

PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Číslo

1

Ročník

IV/2006

ISSN 1214-6102

28.2.2006

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

Editorial	4	
V.Chvála: Psychosomatika jako téma psychiatrů v USA?	4	4
Z pošty	5	
Psychosomatika v jedné kožní praxi	5	
Honzák R.: Zoufalý výkřik	7	
Politika, koncepce	7	
Volby nového výboru sekce	7	
Nebo se poučit v zahraničí?	7	
Akce, kurzy, semináře	9	
Zkušenosti z pracovišť	14	
P. Moos: Psych@somatické rozjímání	14	14
Báječná léta s psychologickou nadstavbou	14	
Chvála na konci tunelu	14	
A už se to štípe	15	
Psychosomatika jako nová firemní kultura	16	
Nedělejme ramena a odstrojme se	16	
Praxe	17	
V.Chvála: Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část I	17	17
Ženské pohlaví v sociálním kontextu	19	
Nabídka symptomů v oblasti ženské pánve	21	
Symptomy v dětství	22	
Teorie	25	
R.Honzák: Parasomnie RBD (REM behaviour disorder)	25	
K.Köhle: Komunikace, část I	27	
Knihy: Ilona Burdová: Křesťanská psychoterapie	38	

PEER-REVIEW BOARD

PROF.PHDR.KAREL BALCAR, PHD.
PHDR. BOHUMILA BAŠTECKÁ
PROF.PHDR.MARCELA BENDO VÁ, PHD.
DOC.MUDR. JIŘÍ BERAN, CSC.
DOC.MUDR.MARTIN BOJAR, CSC.
MUDR.RADKIN HONZÁK, CSC.
PROF. RNDR. STANISLAV KOMÁREK, PHD.
DOC.PHDR.MICHAL MIOVSKÝ, PHD.
PROF.PHDR.STAN. KRATOCHVÍL, CSC.
PROF.MUDR.MILOSLAV KUKLETA, CSC.
MUDR.PHDR.JIŘÍ PONĚŠICKÝ, PHD.
MUDR.JIŘÍ ŠAVLÍK, CSC.
DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK, CSC.

REDAKČNÍ RADA

MUDR.RADKIN HONZÁK
MUDR.VLADISLAV CHVÁLA
PHDR.LUDMILA TRAPKOVÁ
MGR.PETR MOOS
MGR.JAN KNOP
MUDR.PHDR.JAN PONĚŠICKÝ
DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK
DOC.MUDR.JIŘÍ BERAN

REDAKCE

SKT LIBEREC
JÁCHYMOVSKÁ 385
46010 LIBEREC 10
TEL.:485151398

E-MAIL: CHVALA@SKTLIB.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

V.Chvála: Psychosomatika jako téma psychiatrů v USA?

O své cestě na 158. konferenci nejstarší organizace psychiatrů, založenou už v r.1844 Benjaminem Rushem, podal stručnou zprávu profesor Jiří Raboch v osmém čísle České a slovenské psychiatrie na konci minulého roku. Konference měla jako hlavní téma Psychosomatická medicína- integrace psychiatrie a medicíny. Protože zdaleka ne všichni naši čtenáři jsou členy Psychiatrické společnosti, nedostávají tedy povinně výtisk tohoto časopisu, dovoluji si informaci přenést na naše stránky. Je totiž z řady důvodů pro nás zajímavá. Nejen proto, že se celá naše odborná veřejnost tváří, jako by psychosomatická medicína byla dávno mrtvá, ale také z jiných důvodů. Zdá se totiž, že dveřmi vyhnaná psychosomatika, se vrací na scénu oknem. Možná by bylo lépe hovořit o psycho-terapeutické medicíně, jak je definovaná a zavedená v sousedním Německu. Ta totiž v moderním pojetí evidence based medicíny dostává pochopitelně na frak. Ne že by nebyla účinná, ale faktory, které jsou podstatou jejího účinku jsou obtížně zkoumatelné ve srovnání s podáváním chemických látek. Osobnost lékaře, jeho vztah s pacientem, využívání verbálních i neverbálních složek komunikace, proměny vztahů v případě rodinné terapie, to všechno jsou těžko objektivizovatelné parametry. Leda by se využilo možností kvalitativního výzkumu, ale ten není u nás zatím příliš zavedený, resp. jen těžko se prosazuje jako argument mezi akademickou špičkou.

Co se to tedy v Americe stalo? Psychiatři zjistili, že mladí adepti lékařství nemají o jejich (chemicky vedenou a od vztahu očištěnou) psychiatrii zájem. Prozradil to Michele Riba, odstoupující prezident APA. Studenti medicíny často trpí poruchami příjmu potravy, problémy s alkoholem, depresí a sebevražednými tendencemi. APA přišla s programem pregraduální přípravy studentů a propagace psychiatrie mezi studenty. Klesající trend zájemců se v minulém roce zastavil. Podstatné však prozradil ve svém projevu nastupující prezident Steven Sharfstein z Baltimoru. Podle jeho názoru jde o krizi celého amerického zdravotního systému a pak se pustil do vlastních řad. Soudí, že „...psychiatrům schází důvěryhodnost. Až příliš často zakrývali omyly svých kolegů. Dovolili, (a teď poslouchejte!) aby bio-psycho-sociální model se stal modelem bio-bio-bio. Připustili velkou nerovnost v přístupu ke zdravotní péči. Nechali se korumpovat lukrativní spoluprací s farmaceutickým průmyslem. Mnozí se na psychiatry dívají jako na zájmovou skupinu a ta se tak, bohužel, skutečně chová. ...“ A co nový prezident doporučil psychiatrům? Mimo jiné: „...Musíme se naučit odmítat některé nabídky firem...“

Ale o čem vlastně tam ta psychosomatika v USA byla? Z referátu profesora Rabocha se můžeme dočíst, že „... řada symposií byla věnována hlavnímu

tématu konference - psychosomatice. Firma Pfizer připomněla vztahy mezi depresí a reprodukčními údobími žen, astmatem a depresí a kardiovaskulárními poruchami...“ Jiná studie se věnovala bezpečnosti podávání sertralinu u pacientů po prodělaném infarktu myokardu i po mozkové mrtvici. „Módním tématem se stala fibromyalgie a algický syndrom vůbec (rozuměj bolesti těla). Léčebný přístup“, jak se dočítáme, „je zde samozřejmě komplexní, včetně podávání různých psychofarmak.“ No, komplexnější péči si už nedovedu představit! Hlavně asi psychiatři ne, za nejkomplexnější péči považují patrně podávání komplexní sady všech léků firmy Pfizer najednou místo toho, aby se pacienta zeptali, kdo že ho to doma tak štve, nebo co že to řeší v rodině za problém, že ho z toho všechno bolí!

Možná trpím předsudkem, ale podívejte se sami. Ve zprávě o kongresu APA věnovanému psychosomatice, není zmínka o psychoterapii, natož o rodinné terapii. Psychosomatika je pro ně stále jen vynalezení lepšího léku. Předpokládám, že se to projeví aspoň v názvech preparátů s obsahem standardních sertralinů. Na trhu se pod vlivem nové „psychosomatické“ orientace amerických kolegů nejspíš objeví sertralin, fluoxetin nebo paroxetin jako Psychostop®, Terapeutin Forte®, Familyxetin®, Nesperfam depot® a podobně. (Pro případ zájmu farmaceutický firem o tyto názvy si je nechám zaregistrovat.)

Ale dost legrace. To, že se americká psychiatrická společnost chce věnovat znovu psychosomatice, je dobrá věc. Jestli je budou následovat také naši hoši, to uvidíme. Že to nebude vůbec snadné, vědí všichni, kdo s psychosomatickými pacienty pracují. Prostě na to nestačí pětiminutová konzultace jednou za 2 měsíce a předpis léku, jak si nepochybně představují pracovníci pojišťovny OZP. Kdyby to mysleli psychiatři vážně, začali by se intenzivně zajímat o těch několik málo pracovišť, která tady v Čechách máme. Neházeli by klacky pod nohy psychoterapeutům, ale vážili by si jich. Nemusí k tomu být každý disponován a nelze také každého k takovému způsobu práce nutit. Ale otázkou je, nakolik lze vůbec psychosomatickému pacientovi nabízet péči na psychiatrii. Vždyť on potřebuje být ošetřován tam, „kam patří“ podle svých symptomů. Na gynekologii, na interně, na kožním oddělení. Ale ne obyčejně, nýbrž neobyčejně s ohledem na bio-psycho-sociální realitu. V Liberci 27.2.2006

Z POŠTY

Psychosomatika v jedné kožní praxi

Milý Vládo,

tak se mi zdá, že psychosomatika je v poslední době stále více a více skloňovaný termín. ČLK a IPVZ pořádají kurzy, je možné získat osvědčení o vzdělání v psychosomatické medicíně, vychází stále více článků na toto téma v odborném tisku, dokonce i v denním tisku. Někteří lékaři již považují odběr psychosomatické anamnézy za standardní postup při příjmu pacienta do péče. V mém oboru vznikla psychodermatologická sekce České dermatovenerologické společnosti. Zkrátka mi připadá, že na akademické úrovni medicíny se formuje zajímavý a přitažlivý myšlenkový proud. Klinická praxe je však o hodně prozaičtější.

Během denní práce na kožním oddělení KN v Liberci zjišťuji, že psychosomatika není žádný nový medicínský obor nebo metoda. Pod tímto odborným názvem se vlastně skrývá obyčejná (zdánlivě jednoduchá) věc, totiž obnovení PŘÍSTUPU K ČLOVĚKU jako k jedinečné bytosti, s níž jsem jakožto lékařka ochotna a připravena vstoupit do jedinečného VZTAHU. Z tohoto vztahu se posléze stává účinný lék. Jeho účinnost ovšem nelze dokázat na podkladě jakékoli vědecké studie.

O jedinečném vztahu s pacientem se velmi hezky hovoří, ale prakticky je s tím často problém. Drtivá většina pacientů vůbec není na můj psychosomatický přístup zvědavá. Lidé chtějí rychlou úlevu od potíží, aniž by se museli v léčbě více angažovat. Často se stává, že pacient trpící obtížemi zjevně psychosomatického rázu (např. acne excoriée) není ochoten tento fakt nahlédnout a připustit, čímž u mě vyvolává pocity bezmocného vzteku. Pokud se mu snažím svoje vidění problému vnucovat, naštveme se postupně oba a o léčebném vztahu nemůže být řeč. Proto si myslím, že v běžné ambulanci je zbytečnou námahou pacienty pro psychosomatický přístup získávat. To platí i obráceně - ať si psychosomatictí pacienti najdou psychosomatické doktory!

Na kožním oddělení v nemocnici jsem vedle „klasické ambulance“ zavedla tzv. „psychodermatologickou poradnu“, s cedulkou na dveřích, kde je jasně v několika větách možnost psychosomatického přístupu k pacientovi otevřená. Chtěla jsem tak zúročit i své komplexní vzdělání v psychoterapii. Problém je ovšem v tom, že v rámci „psychodermatologické poradny“ ke mně docházejí dva pacienti, zatímco v rámci „klasické ambulance“ s několikaminutovým mezilidským kontaktem se začíná

zvyšovat počet lidí, kteří oceňují mou ochotu jim naslouchat a vyprávějí mi své často neuvěřitelné životní příběhy. Občas se stane, že nemoc nalezne v příběhu své místo, je vyléčena nebo taky ne, ale najednou je při odkrytí svého smyslu prostě zavzata a přijata do životního příběhu. Možná, že to je vlastně ten hojivý účinek dobrého vztahu. Ten ale známe všichni i bez odborných kurzů, nebo ne?

V Liberci 5.2.2006

MUDr. Hana Moosová - dermatovenerolog

Honzák R.: Zoufalý výkřik

PŘÍSPĚVEK DO Č-S PSYCHIATRIE (rubrika DOPISY)

MUDr. František Faltus, DrSc.

Atakdále

Pane profesore Rabochu a výbore Psychiatrické společnosti ČLS JEP, velice mě potěšilo, že jste POST MORTEM vyloučili z řad svého členstva MUDr. Josefa Nesvadbu, který stačil zemřít asi tři měsíce před vaším verdiktem. Nýbrž nejsem už nejmladší, připomíná mi to návštěvu Gestapa u Olgy Scheinpflugové (měli zatknout Karla Čapka). Míra vašeho vkusu je nad mou přízemní úroveň a proto prosím o laskavé vyškrtnutí z Psychiatrické společnosti ČLS JEP ještě zaživa.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Praha - 28. 2. 2006

POLITIKA, KONCEPCE

Volby nového výboru sekce

Myslím, že nutným dalším krokem v utváření pevného profesionálního společenství psychosomatické medicíny je obnovení a posílení mandátu výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti. To bychom měli udělat volbami nového výboru, nejlépe by se k tomu hodila připravovaná 11. celostátní konference v září v Liberci. Nemusí to být kdovíjak velký orgán, stačí 5 lidí, kteří jsou schopní se domluvit a chvíli tlačít káru společenské odpovědnosti. Taky nemusí být všichni nutně z Prahy, myslím, že v době internetu můžeme řadu věcí projednat elektronicky a sejít se tak 1-2x ročně. Zvažte, čtenáři odborníci, kdo byste se do toho mohl pustit a napište mi (chvala@sktlib.cz)

Nebo se poučit v zahraničí?

Je docela možné, že sekce psychiatrické společnosti není tím nejlepším řešením organizace života psychosomatické medicíny u nás. Zatím je však zájemců o tuto problematiku tak málo, že se nezdálo vhodné, vytvářet samostatnou organizaci. Ale podívejte se na léčbu bolesti, jak ta se vypracovala na naší scéně do aktivní organizace. Samozřejmě bylo zbytečné vydělovat bolest z širšího kontextu psychosomatické problematiky, ale když nebyla v té době jiná možnost...

Co se poučit v zahraničí? Německo by nám mohlo být nejbližší. Je tam více organizací, ale zaujalo mě Německé kolegium pro psychosomatickou medicínu ([DKPM](#)). Sdružuje lékaře. Sociální pracovníky, psychology a další pomáhající profese se zájmem o psychosomatickou medicínu. Řádným členem může být každý, kdo v oblasti psychosomatiky pracuje aspoň 5 let, má uznávané pre- a postgraduální vzdělávání, účastní se svými příspěvky bádání a publikací. Členský příspěvek je 135 EU ročně.

Cíle DKPM jsou jasné:

- Je to vědecká odborná společnost
- Vzdělávací a interdisciplinární
- Podporuje další vzdělávání ve všech oblastech psychosomatické medicíny
- Koordinuje další vzdělávání, výzkum a praxi psychosomatické medicíny v rozdílných medicínských oborech
- Podílí se na rozvoji kvalitativních opatření a na rozvoji linie medicínské péče
- Podporuje výroční a další odborná setkání, významná pro psychosomatiku
- Podporuje mezinárodní kontakty v oblasti psychosomatické medicíny
- Podporuje transfer vědeckých poznatků do klinické praxe
- Angažuje se v kontaktu s veřejností v psychosomatické medicíně

Pozoruhodné jsou pracovní skupiny DKPM:

- Psychoonkologie
- Psychosomatická dermatologie
- Základní péče
- Psychosomatika v kardiologii
- Psychoanalytická psychosomatika
- Konsiliární- a liaison psychosomatika
- Rodinná psychosomatika

- Tělová diagnostika a tělová terapie
- Vzdělávání
- Poruchy příjmu potravy
- Psychoneuroimunologie
- Tinitus
- Stacionáře dynamicky orientované psychoterapie deprese
- Transplantační medicína
- Volně s DKPM spolupracuje psychosomatická urologie pre- a postgraduální komise německé urologie

Předsedou DKPM je v současnosti prof.dr.Peter Joraschky, šéf psychosomatické kliniky při lékařské fakultě v Drážďanech. S ním jsme v tomto roce navázali kontakt. V příštím čísle se pokusíme přinést pro vás rozhovor s ním o možnostech rozvoje psychosomatické medicíny v Evropské unii.

Pro úplnost uvedme další německé organizace, které pečují o psychoterapii v medicíně:

- Německá společnost pro psychotraumatologii ([DeGPT](#))
- Všeobecná lékařská společnost pro psychoterapii ([AÄGP](#))
- Německá společnost pro medicínskou psychologii ([DGMP](#))
- Německá společnost pro psychosomatickou gynekologii a porodnictví ([DGPFG](#))
- Německá společnost pro psychiatrii, psychoterapii a neurologii ([DGPPN](#))
- Německá společnost pro psychoterapeutickou medicínu ([DGPM](#))
- Německá společnost pro psychoanalýzu, psychoterapii, psychosomatiku a hlubinnou psychologii ([DGPT](#))

Že si neumíte představit, jak tolik organizačních subjektů může spolupracovat? Nebo si říkáte, že jsme hodně pozadu? No, to jsme, ale taky to je dobrá výzva, ne?



AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

2. INFORMACE PRO ÚČASTNÍKY I. CELOSTÁTNÍHO LÉKAŘSKÉHO KONGRESU POD NÁZVEM

„BOLEST JE VŠUDYPŘÍTOMNÁ“

KONGRESOVÉ CENTRUM BABYLON LIBEREC

27.-29. DUBEN 2006

POŘÁDÁ

Česká lékařská akademie (ČLA)

Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP

SEKRETARIÁT ČLA

Mgr. Petra Horáková
261

Španělská 1073/10
120 00 Praha 2

tel.: 221 180 266, fax: 221180

mobil: 728 862 850

e-mail: cla@medical-academy.cz

Internet: www.medical-academy.cz

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

prim. MUDr. Jiří Kozák

Předseda organizačního výboru

Primář Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů

FN v Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

VĚDECKÝ VÝBOR

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

Předseda vědeckého výboru

Přednosta Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie

3. LF UK, Ke Karlovu 4, 120 00 Praha 2

Mgr. Petra Ježková

Ředitelka České lékařské akademie

Španělská 1073/10, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.

Přednosta Neurologické kliniky LF UK Plzeň Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň-Lochtín

prof. MUDr. Beneš ml., DrSc.

Přednosta Neurochirurgické kliniky

U vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

prof. MUDr. Vladimír Beneš st., DrSc.

Zakladatel samostatné dětské neurochirurgie

ve FN Motol v Praze

U Třetí baterie 1625, 160 00 Praha 6

prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.

Přednosta I. neurologické kliniky LF a FN

U svaté Anny Pekařská 53, 656 91 Brno

prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.

Přednosta Ústavu farmakologie 3. LF UK

Ruská 87, 100 00 Praha 10

prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc.

Přednosta Neurologická kliniky 1. LF a VFN
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.

Přednosta III. chirurg. klin.1. LF UK
Praha
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 - Motol

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Přednostka Geriatrické kliniky 1.LF a VFN
Londýnská 15, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

Přednosta Ústavu revmatologie 1. LF UK
Na Slupi 4, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Přednosta Interní hematoonkol. kliniky FN
Jihlavská 20, 625 00 Brno

PŘEHLED DŮLEŽITÝCH INFORMACÍ

Stále je možné přihlásit se k účasti a ubytování na konferenci – přihlášku naleznete v příloze 2. informace nebo na webových stránkách České lékařské akademie www.medical-academy.cz

Ubytování zaplatte převodem na účet: ČSOB Liberec, 605097183/0300 (pro Slovenskou republiku: ČSOB Liberec, CZ46 0300 0000 0006 7393 7703), prosím nezapomeňte na Váš variabilní symbol, aby mohl Hotel Vaši platbu identifikovat.

Ubytování je nutné uhradit do 31. března 2006!

Ceny ubytování:

1L pokoj: 1148,- Kč/ noc

2L pokoj single use 1365,- Kč/noc

2L pokoj: 1806,- Kč/noc

3L pokoj: 2513,- Kč/noc

Ceny obsahují DPH.

V ceně ubytování je snídaně, vstupy zdarma do Aquaparku, Lunaparku a Interaktivního muzea po celou dobu pobytu.

K ubytování si můžete zakoupit polopenzi – večeři v Business Buffetu za 249,- Kč. Cena zahrnuje polévku, teplé jídlo (výběr z cca 7mi teplých jídel a různých

příloh, studený předkrm, zeleninové saláty a moučníky – vše formou bufetu. Na stolech jsou umístěny džbánky s vodou. Další nápoje si můžete zakoupit u obsluhy.

Česká lékařská akademie může garantovat uvedené ceny ubytování pouze do 31. března 2006. Po tomto termínu se prosím obraťte buď na rezervační oddělení Hotelu Babylon (420 485 249 597 nebo +420 485 249 509) nebo využijte jiné ubytovací kapacity.

Konferenční poplatek ve výši 400 Kč prosím uhradte převodem na účet České lékařské akademie: 193702067/0300 (ČSOB, Anglická 20, Praha 2).

Konferenční poplatek zahrnuje přístup na všechny odborné a společenské akce, tištěné Supplementum časopisu Bolest obsahující program konference.

U registrace od Vás budeme požadovat potvrzení o uhrazení konferenčního poplatku, pokud ho nebudete mít k dispozici, budete muset poplatek uhradit znovu.

Pozor změna! Parkování v hotelových garážích je zahrnuto v ceně ubytování, tj. neplatí se. Pokud jste tak ještě neučinili prosím zarezervujte si u nás místo na parkování. Bez písemné rezervace Vám jej nebudeme schopni zajistit!

Odhlášení účasti – konferenční poplatek bude akceptováno v případě doručení písemné žádosti na adresu sekretariátu ČLA do termínu 15. dubna 2006. Po tomto datu nebudou konferenční poplatky vráceny.

Body do celoživotního vzdělávání ČLK

Každému účastníkovi konference bude vydáno potvrzení ČLK, které slouží jako doklad o kontinuálním vzdělávání v oblasti studia a léčby bolesti. Potvrzení bude předáno účastníkovi v místě sekretariátu konference.

Registrace na kongres bude probíhat 27. dubna 2006 od 10,00 hodin. Přístup na pokoj bude umožněn od 12,00 hodin (do té doby je možné využít služeb Aquaparku, které jsou v ceně ubytování – viz výše, kufry bude možné si uložit na recepci Hotelu).

Při registraci obdržíte víceúčelovou visačku s Vaším jménem. Bez této visačky Vám nebude povolen přístup na odborný a společenský program.

AKTIVNÍ ÚČAST

Na konferenci je možné přihlásit svoji kazuistiku k některé z níže uvedených sekcí v délce trvání

5 minut. Seznam kazuistik obsahující název příslušné sekce prosím zašlete nejpozději **do 10. dubna 2006** na adresu sekretariátu ČLA cla@medical-academy.cz.



Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti Č.L.S., Psychoterapeutická společnost & Společnost pro psychosomatické integrace Č.L.S.J.E.Purkyně a Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny o.p.s.



VÁS ZVOU

NA 11.CELOSTÁTNÍ KONFERENCI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI



21.9.-23.9.2006

EMOCE A NEMOC



■ MÍSTO AKCE: LIBEREC, VĚDECKÁ KNIHOVNA, RUMJANCEVOVA 1362/1

■ President konference: MUDr.Radkin Honzák, CSc.

■ Sekretariát: MUDr.V. Chvála, R. Menclová (menclova@sktlib.cz)



■ Vědecký výbor: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Doc. MUDr. Jaroslav Baštecký, CSc., Doc. PhDr. Marcela Bendová, Doc.MUDr. Jiří Beran, CSc., Doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc., MUDr. Jozef Hašto, Doc. MUDr. Josef Herink, Dr.Sc., Doc. PhDr. Anna Hogenová, CSc., MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, MUDr.Vladislav Chvála, PhDr. Hana Junová, Mgr. Jan Knop, Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., prof. RnDr. Stanislav Komárek, prof. MUDr. Miloslav Kukleta, Doc. PhDr. Michal Miovský, PhD., MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Doc. MUDr. Růžena Pánková, MUDr.Alena Procházková-Večeřová, Doc. PhDr. Iva Stuchlíková, CSc., MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Doc. MUDr. Jiří Šimek, PhDr. Ludmila Trapková



■ PŘIHLÁŠKY, INFORMACE, TÉMATICKÉ OKRUHY, SEZNAMY ÚČASTNÍKŮ, UBYTOVÁNÍ, PŘIHLÁŠKY SDĚLENÍ, STAVBA PROGRAMU VIZ INTERNETOVÉ STRÁNKY KONFERENCE: <http://www.lirtaps.cz/konference.htm>, PEVNÁ LINKA: +420485151398

■ KONFERENCEČNÍ POPLATKY NA ÚČET ČÍSLO 2242330001/2400

■ KAPACITA SÁLU JE 150 OSOB, STORNO POPLATEK 30%

■ BĚHEM KONFERENCE PROBĚHNOU VOLBY DO VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE!

■ TATO ODBORNÁ AKCE JE NEZÁVISLÁ NA FARMACEUTICKÝCH FIRMÁCH



- přihlášky do 30.5.2006.....1000Kč
- přihlášky do 31.7.2006.....1300Kč
- přihlášky do 31.8.2006.....1500Kč

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

P. Moos: Psych@somatické rozjímání

BÁJEČNÁ LÉTA S PSYCHOLOGICKOU NADSTAVBOU

Je tomu přesně pět let, co jsem se jako klinický psycholog a psychoterapeut nacházel na psychiatrickém oddělení liberecké nemocnice. V té době jsem tam čtvrtým rokem působil jako stroječek na tak řečená psychologická vyšetření, nechával jsem lidem zaškrtnout položky v nejrůznějších dotaznících o tom, zda jim jejich stolice připadá být tmavší než stolice jiných lidí, popřípadě jsem jim nad rorschachovskými tabulemi kladl stále dokola onu tvořivou otázku: „Co vám to připomíná, co by to mohlo být?“, abych si pak u toho zaznamenal reakční čas a nejrůznější značky pro nekonečné rozpravy s kolegy o F, Fb nebo dokonce FbF.

Někdy mi zavolali z jiného oddělení (nejčastěji ARO, interny a chirurgie), abych tam přišel nějakému člověku změřit osobnost, protože není jisté, zda unese sdělení o smrtelné chorobě. Kromě osobnosti také chtěli změřit jakousi nadstavbu. To byl obzvlášť příléhavý pojem, který ukazoval na fakt, že medicína se rozděluje na evidentní pravdu a na vyfantazírovanou nadstavbu pravdy. Měl jsem tenkrát odlišit jedno od druhého a vnést do celé věci jasno.

To neustálé oddělování klinických dat, laboratorních hodnot a lžiskorů od osobního života nemocného člověka mě po těch čtyřech letech v nemocnici přestávalo bavit. Možná také proto, že o ničem jiném se v prostředí biomedicíny ani mluvit nedalo, neboť se z nejrůznějších důvodů o jistých věcech taktně mlčelo, aby se náhodou nějaký erudovaný specialista nevhodně neodkopal. Mohlo by se totiž najednou provařit, že pacient je kromě GMT, ALT, AST, ALP, urea, IQ, FbF a nadstavby také velmi smutný otec, který ve svých očích a očích své milé, nenáviděné manželky neustále selhává, nesnáší už lidi kolem sebe, neustále myslí střídavě na platíčka léků, žiletku nebo kolejnice s Pendolinem, cítí se podveden životem, rodiči a vládou, sám podvádí svou ženu i vládu a pere se s tím, zda vlastně ještě má nějakou cenu žít v této úzkostné hrůze dál. No a co pak s tím? Z které žíly ještě provést nějaký obranný odběr, aby se lékař nemusel v pacientovi setkat sám se sebou a svou vlastní manželkou?

CHVÁLA NA KONCI TUNELU

Zkrátka už mě to v tom hierarchickém, mocensky uspořádaném obranném systému nemocničního molocha vědy strašně štvalo a říkal jsem si, jak jsou všichni kolem mě hloupí, anžto já vidím dál, hlouběji, nad to, pod to a možná ještě i do strany. V té době jsem se již častěji setkával v restauraci Pod branou s Vládou Chválou k disputacím o psychosomatice a velmi mě to

pokaždé obohatilo. Přitahoval mě hlavně způsob, jakým Vláďa o psychosomatice hovořil. Bylo to hodně osobní, na prožitku založené povídání, měl jsem pocit, že v tom skoro nic není evidence based. A vůbec nevypadal jako doktor, který si neustále hlídá, aby se svým viděním věcí před ostatními doktory neztrapnil.

Myslel jsem si tenkrát, že psychosomatika je vlastně Chvála, takže jsem nakonec před těmi pěti lety z liberecké nemocnice odešel do jeho Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch s nadějí, že psychosomatické pojetí zdraví a nemoci je to pravé ořechové. Této vědě budu konečně moci být oddán duší i tělem (tedy opravdu psychosomaticky).

S velkým nadšením jsem se pustil do studia příslušné literatury, začala se revitalizovat psychosomatická sekce psychiatrické společnosti, takže jsem vstoupil do jejího výboru, vznikl elektronický časopis Psych@som, kde jsem se ocitl v redakční radě, pozorně jsem pročítal nejrůznější texty Chvály a Trapkové, Poněšického, Komárka, Bojara, Bašteckého, Uexkülla, účastnil jsem se pěkného Praškova symposia o emocích a žlutých skvrnách na mozku u obrázků SPECTu a tak dále, bylo toho víc. Velice zajímavé a přínosné počáteční dobrodružství.

A UŽ SE TO ŠTÍPE

Postupem času jsem ale zjistil, že psychosomatika zdaleka není jen osobní sdílení poznatků s Chválou ve středisku. Počala se z toho klubat opravdová věda. Najednou jsem začal pozorovat, že se tato věda (jako každá jiná) štěpí. V tomto případě na dvě vědecké sekce. Z per zastánců jedné sekce jsem se dozvěděl, že psychosomatika je vlastně útok nebo únik (stresoví specialisté psychiatři), nebo že jsou to pořádné nervy (neurologové), stav k pozvracení (gastroenterologové), stav celkového zhrošení (dermatologové), nebo že je to vlastně lidský projev něčeho, co se vyskytuje u slonů, kde je to pořádně vyzkoumané (biologové), zkrátka vzato obecně, že je to jakýsi druh biologického (nebo třeba neurovegetativního) stavu organismu, který asi má také souvislost trochu s tou úzkostí. Z per zastánců druhé sekce jsem se dozvěděl, že psychosomatika je v podstatě porucha separace v rodině, petrifikované ego-obranné mechanismy, hlavně vytěsnění, popření, potlačení a racionalizace, porucha mužské a ženské role, nevyplakané slzy, odmítání svého tlustého těla. No to je jasné, pane, že vás z toho asi trochu také bolí břicho, tak se vyplačte a separujte.

První zmíněná sekce psychosomatiku „biologizuje“ a vše ostatní považuje za její zpestření, druhá sekce ji „psychologizuje“ a to ostatní zanedbává. Obě sekce pak ostatním medicínským sekcím co nejpřesněji a nejvědecktěji dokazují, že psychosomatická sekce má v medicíně své nezastupitelné místo. Podle mého názoru to nezastupitelné místo opravdu má, ale ve zcela jiné podobě než jak je ukázáno trochu zjednodušeně na příkladu oněch dvou „sekcí“.

PSYCHOSOMATIKA JAKO NOVÁ FIREMNÍ KULTURA

Po proběhlé celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci a po přečtení několika posledních čísel Psch@somu mě napadlo, že psychosomatika jako taková vlastně žádnou vědou není a ani by neměla být. Připadá mi, že to, v čem se na daném poli angažuje Chvála, Poněšický, Trapková, Komárek a jim podobní lidé, je jistým pokusem vnést novou „firemní kulturu“ do toho obrovského medicínského podniku, kde lékaři u pásu vyrábějí „zdraví“ na nemocných pacientech. Je to pokus o novou formu rozhovoru a vzájemného dorozumívání v široké lékařské a terapeutické obci pomahačů.

Každý z doktorů je také a především člověk. Každý o psychosomatice něco sám v sobě ví, každý ji denně v klinické praxi vidí svým vnitřním zrakem, cítí ji v sobě, ale vědecký přístup v medicíně je nastaven tak, že nutí odborníka setrávat v naordinovaném jazyce vědy, v přísně daných a povolených úhlech pohledu na věc, takže terapeut v sobě musí své citlivé lidství potlačit. Nemůže sdílet jistě a bezpečně své pocity ohledně celkového náhledu na nemoc a její souvislosti, neboť by se vystavil možnému odsouzení a zostuzení ze strany komor a sekcí. V tomto postoji pak lékař vychovává i svého pacienta, který si nakonec zvykne nabízet specialistovi pouze to, co se dle očekávání setká s pochopením. A toho je věru čím dál méně.

Šance psychosomatiky jako nové firemní kultury v medicíně tkví především v možnosti otevřít široké a bezpečné komunikační pole pro prosté sdílení zkušeností s léčbou čehokoli. Pokud se ovšem podaří vytvořit atmosféru bezpečí pro každého, kdo se chce ostatním pravdivě se svou zkušeností otevřít. Pakliže se terapeut otevře bez nutnosti ponechat si svůj obranný štít, nutně se sám stává součástí léčby, se svým prožíváním, úzkostí, nadšením i zklamáním a nejistotou. Ovoce psychosomatické kultury může být skryto právě zde. Zatímco standardní medicína je plná obranných konstrukcí před nejistotou v podnikání, firemní kultura psychosomatiky může dát této nejistotě volný průchod ve vzájemném sdílení. Jedině tak mohou vzniknout nové inspirace, nápady a kroky vpřed.

NEDĚLEJME RAMENA A Odstrojme se

Takto pojatá psychosomatická kultura nemůže snést mocenské uspořádání a hierarchii, na níž je vlastně medicína založená. Hierarchie zvyšuje úzkost a nutnost obran, blokuje volnou komunikaci, umrtvuje jakýkoli pokus o oživení a polidštění vztahu mezi lékaři, potažmo pak mezi lékaři a pacienty. V tom bych viděl i nebezpečí institucionalizace psychosomatiky jako medicínského oboru. Podle mého názoru se psychosomatika ani nedá vyučovat, natož zkoušet a atestovat. Všechna tři poslední slovesa jsou obsahově mocenská, tedy s volnou a bezpečnou komunikací neslučitelná.

Pokud bychom psychosomatiku pojali takto, automaticky si vyrábíme nepřátele z řad komor a sekcí, neboť s sebou přinášíme nejistotu a otevřené poukazy na ni. Svět zdravotnictví, založený na moci a jejím neustálém ukazování, se může cítit ohrožen. Logicky začne vnímat psychosomatickou

společnost jako nevypočitatelnou sektu a ve své paranoiditě bude očekávat, kdy přijde nějaká revoluce nebo puč. Bude tedy tuto novou komunikační kulturu systematicky potlačovat a zpochybňovat.

To, co dělá Chvála a další, není nic nového ve smyslu převratu v léčbě nemocí, převratu v důkazech o tom, jak co funguje. Je to pokus o návrat k prostému řádu věcí, nazval bych to pokusem o „odstrojení medicíny“ z těch bílých hadrů. Pojem „odstrojení“ zabíjí dvě mouchy jednou ranou. Jednak nás vybízí k tomu, abychom konečně přestali brát pacienta jako stroj a jednak nám nabízí možnost se jeden před druhým svléknout, nestydět se za to, že něco víme nebo nevíme a volně o tom mluvit.

Už mě toho moc nenapadá. Snad jen to, že mé počáteční nadšení pro psychosomatiku jako zajímavý „vědní obor“ poměrně záhy pohaslo. Ale možnost nové „psychosomatické“ kultury komunikace v oboru, sdílení a vzájemné předávání si kousků svých osobních psychických i somatických prožitků a inspirací ve vztazích s pacienty, to mě zase tím nadšením začíná naplňovat. Tak jsem zvědavý, jak dlouho mi to vydrží.

*V Liberci dne 29.1.2006
Petr Moos*

PRAXE

V.Chvála: Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část I

Mezi obyčejnou lékařskou praxí a poučeným psychosomatickým přístupem nemusí být žádný viditelný rozdíl. Jde-li o to, respektovat bio-psycho-sociální realitu pacienta, bude rozdíl ve způsobu myšlení, v šířce zorného úhlu a v důsledku toho i v tom, jak a na co se budeme pacienta ptát. Zdálo by se, že realita je jen jedna totiž ta objektivní. My lékaři podstupujeme náročné a dlouhé vzdělávání ne nepodobné indoktrinaci právě proto, abychom realitu viděli pokud možno stejně. Aby nezáleželo na tom, kdo z nás právě pacienta vyšetřuje, vždy musíme přece najít zápal plic, když má zápal plic! Jenže... Ono to tak nejde. Dozvídáme se to, na co se zeptáme, a uvidíme svět takový, jaké otázky klademe. A ty vycházejí z naší předchozí zkušenosti.

Pokusil jsem se utřídit svou klinickou zkušenost gynekologa, porodníka a sexuologa do textu o psychosomatické gynekologii a sexuologii. Patřila by tam jistě i urologie a další obory, protože tělo je jeden celek a jeho rozdělením na obory podle orgánů medicína mnoho ztratila. Stať je připravena k vydání v knížce, kde bude součástí širšího textu. Pro naše čtenáře ji uveřejňuji v předstihu ve třech částech. Diskuse je vítána.

Moderní medicína se soustředila především na biologické příčiny nemocí. Lékaři jsou stále většími experty na biochemické, genetické a strukturální detaily lidského těla. Přitom nám unikají širší souvislosti stonání. Laikovi by se mohlo zdát samozřejmostí, že pohlavní orgány ženy, kterými se zabývá ženské lékařství, musí nutně souviset s jejím pohlavním životem a tedy se vztahy a s emocemi. S těmi se ale v kvantitativním vědeckém výzkumu prakticky nepočítá, nejspíš proto, že jsou nevypočitatelné. Přesto je možné se na základě klinické zkušenosti podívat na nemoci také jinak, takříkajíc z druhé strany. Nikoli jako na omyl nebo chybu těla, ale jako na jeho vlastní tvorbu, byť ne příliš vítanou, nemoc, jako součást přirozeného vývoje člověka v jeho vztazích. Naše psychosomatické pojetí gynekologických symptomů, příznaků postihujících ženy v oblasti genitálu, vychází z několika samozřejmých předpokladů:

- člověk neexistuje sám o sobě, vždy je součástí sociálního společenství (**systemové pojetí**)
- člověk vždy představuje vyvíjející se proces (**vývojové pojetí**)
- člověk je sebeutvářející se složitá soustava (**autopoietické pojetí**)

Vycházíme z mnohaleté praxe jak gynekologické a sexuologické, tak psychoterapeutické. Zaměření autora na rodinnou terapii umožňuje lépe porozumět vztahovým souvislostem jednotlivých symptomů. Existují samozřejmě teorie kladoucí důraz na intrapsychické procesy. Ty se nezbytně na somatizaci podílejí, rodinná terapie považuje za primární vztahovou síť, která ovlivňuje individuální intrapsychické děje. V realitě se obě oblasti jevů, jak intra- tak interpersonálních, podmiňují. Pokusme se tedy uvažovat o vývoji plodícího ústrojí ženy z pohledu individuální historie jedince v síti jeho sociálních vztahů, rodinného a rodového příběhu. Ilustrujme jednotlivá období vhodnými kasuistikami, které vystihují typickou situaci, aniž bychom si dělali nárok na úplnost. Naše zkušenost vychází z velkého množství případů, jak to v klasické medicíně chodí, ty však mají váhu spíše v kvalitativním než kvantitativním výzkumu.

Výhodou takového pojetí je především přirozený pohled na většinu symptomů, které samy o sobě neznamenají, že jejich nositel je nějakým způsobem méněcenný (neurotik, hysterička, psychastenička atd.). Nerozlišujeme symptomy na skutečné a neskutečné, organické a funkční. Vždyť jaký je rozdíl mezi prožitkem bolesti vzniklých z pouhého překrvení malé pánve oproti bolesti vzniklé zánětem nebo nádorem? Ovšem, pro lékaře je rozdíl jasný, musí zcela jinak postupovat při léčebném zákroku. Proto z pohledu nás lékařů má symptom signalizující závažný stav (zánět, nádor) mnohem větší význam než příznak bez odpovídajícího nálezu. Pro pacienta je tomu často naopak. Najde-li lékař k jeho bolesti odpovídající vysvětlení, může ji zmírnit, nemoc vyléčit. Ale pokud se vysvětlení nenajde a bolest dál trvá, zneklidňuje pacienta mnohem více. Už v tom se situace lékaře a pacienta

diametrálně liší v momentě, kdy není nalezeno uspokojivé vysvětlení: lékaři se uleví, pacientovi přitíží.

Podrobnosti o tom, jakými cestami tělo vytváří jednotlivé příznaky nebo celé jejich skupiny, může čtenář najít v jiných publikacích, především v učebnicích gynekologie a porodnictví. Pozornost výzkumníků je zaměřena na prokazatelné odchylky od normy. Symptomy, které nemají příslušný tělesný korelát, jsou považovány pouze za subjektivní stesky psychicky alterovaných jedinců. Přitom ve skutečnosti převážnou většinu symptomů vytváří tělo způsobem, který není destruktivní. Naštěstí jen v menším procentu případů je bolest, výtok nebo svědění v oblasti genitálu projevem nebezpečného poškození. V ostatních případech klinik nenalezne nic závažného a jde spíše o somatizaci nebo funkční poruchu. (Chromý, K., Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy, Avicenum, Grada, 2005) To neznámá, že potíže, které přivedly pacientku k vyšetření, nestojí za pozornost, nebo že si je žena vymýšlí. Ale zbytečně nasazená léčba situaci spíše komplikuje. Podceňování somatizace a nedostatek vědomostí o psychosociálním významu takto vzniklého symptomu, vede nezdědka k nechtěnému poškozování pacientek. Vždyť jak často je ochoten lékař s pacientkou promluvit o její sexualitě, a jak často je ochotná pacientka svěřit se mu s tíživou realitou svého intimního života? Obávám se, že se to stává málokdy. A jaký jiný psychosociální kontext chcete v oblasti genitálu hledat?

Pacientka se několik let léčí zcela marně pro úporné svědění genitálu. Její lékař už vyzkoušel všechno. Kultivace jsou často negativní, jindy jsou zachyceny kvasinky, zřídka Escherichia coli. Při masivní lokální i celkové léčbě už není ani jasné, co je tam příčinou a co následkem léčby. Zhoršení obvykle předchází pohlavní styk. Proto je do léčby zahrnut i manžel, což znamená, že je poslán na kultivaci a přes negativní výsledek jsou mu aplikována lokálně antimykotika. Při prvním vyšetření v psychosomatické ambulanci se dozvídáme pozoruhodnou zkušenost této ženy: symptomy se sice výrazně horší pohlavním stykem, ale jen s vlastním manželem. S milencem, kterého má žena už několik let, nemá nejmenší problém ani po pohlavním styku. O jeho existenci gynekolog neměl ponětí, protože se na to neptal. Je ovšem otázka, co by si s takovým faktem počal. Možná by mu to alespoň poněkud zamíchalo jeho představy o jednoduché lineární kauzalitě.

ŽENSKÉ POHLAVÍ V SOCIÁLNÍM KONTEXTU

Tajemství, které po staletí genitálie a pohlavní život zahalovalo, často až do nesmyslné prudernosti, bylo strženo. Sama podstata vědeckého přístupu, vysvětlování, vyjasňování poukazuje na odkrývání všeho tajemného. V temnotě se může skrývat nebezpečí. Věda proniká do všech puklin a temných dutin, kde se ještě může skrývat něco, co nebylo vysvětleno, nasvětleno, odhaleno. Vědecká vysvětlení jsou popularizována, odhalení

zobrazována. Pudově vedený pohled takříkajíc „pod sukně“ skutečnosti, odhaluje v temném stínu ženského pohlaví skrytý přitažlivý objekt mužské sexuality. Naše zvědavost chce odhalit **tajemství zrození**, které ani nejpodrobnější prohlídka ženského přirození nemůže vysvětlit v jeho úplnosti. Michael Foucault si povšiml ve svých dějinách sexuality, že zatímco na Východě je dospívající člověk do tajemství sexuality **zasvěcován**, když k tomu dozraje čas, v Západní kultuře je sexualita **odhalována** kdykoli a brutálně bez ohledu na vhodný čas a kontext.

Pokud zůstaneme u čistě biologických faktů jako jsou teplota, vlhkost, barva, prokrvení, složení vaginálního sekretu, ekologie mikrobiální fauny, hodnoty hormonálních hladin atd. nedostaneme se nikam jinam, než k běžnému obsahu učebnic ženského lékařství. Naše chápání se může proměnit, pokud postřehneme takovou samozřejmost, že ženské pohlaví je součástí ženy, ta je součástí **sociální sítě**, kterou spoluvytváří, nebo dokonce přímo **osnuje** a schopnost **plodit** je středobodem neustálého **obnovování lidského společenství**, jeho dějin, bez nadsázky je hybatelem života lidstva na této planetě. Proto není možné funkce ženského genitálu a jejich poruchy oddělovat od **vztahů**, do kterých žena vstupuje.

Pohlavní dimorfismus je u člověka kulturně zesilován, anatomicky a funkčně malé rozdíly mezi muži a ženami nabývají na významu. Celkem fádňá skutečnost pohlavního spojení je díky pudové výbavě zdrojem složitých rituálních námluv, které jsou v každé kultuře zpracovány do společenských pravidel. Ta svazují spontánní sexualitu tak, aby byl možný dlouhodobý a stabilní vývoj společenství. Tak nabývá oblast genitálu postupně na významu, jsou s ní spojená četná pravidla a tabu, jaká nenajdeme u jiné části našeho těla. Tělesná intimita umožňuje rozvoj vrstevnatého uspořádání bezprostředního okolí dítěte tak, aby bylo chráněno před nároky okolí, ke kterým dosud nedozrálo. Toto intimní uspořádání vztahů kolem dítěte jsme nazvali sociální dělohou, protože plní pro dítě srovnatelné ochranné funkce jako děloha pro plod. (Trapková, L., Chvála.V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, 2004)

Sexualita je téměř synonymem **pro intimitu**, ani její dlouhodobé veřejné komerční provozování ve společnosti nevede k tomu, že by se ve skutečných vztazích stala věcí veřejnou. Přesto, že individuální rozdíly v utváření pohlaví jsou velmi malé, všichni jednotlivci se snaží skrývat genitál před ostatními a bývá tím posledním, s čím jedinec vychází na světlo. Ani ty největší módní výstřelky mimo sexuální komerci nedovolí otevřeně prezentovat genitál. To samo o sobě představuje jeden z kroků sexuální aktivity, zdaleka ne první. Jednotlivé kroky vedou ke změně stavu vědomí. Toto silně motivované zřetězené chování vede postupně ke snížení ostražitosti, ke sblížení, synchronizaci a nakonec ke kohabitaci s cílem oplození. Dotyky v oblasti genitálu, na hýždích a prsou za vhodného kontextu intimity a bezpečí vyvolávají specifickou změnu vědomí, sexuální vzrušení. Vznik takových podmínek je umožněno rozvojem vztahu mezi dvěma lidmi a jejich opakování posiluje vztah. V tomto místě přímo souvisí tělo s emocemi a s mezilidskými

vztahy a je velmi obtížné je od sebe rozplést. Sexuální fantazie o možnosti provozovat sex bez vztahu lze sice jako exces realizovat, v konečném důsledku vede buď k rozvoji skrytých vztahů, které dříve či později budou frustrovány, nebo k rozvoji komerční sexuální aktivity, prostituci.

V poslední době se objevují v ordinaci sexuologa páry, které se pustily do sexuálního dobrodružství pod vlivem médií. Manželé X.Y. přišli proto, že během posledního roku se téměř ztratila jejich schopnost milovat se. Když jsme se problémem těchto sympatických rodičů dvou dětí zabývali, ukázalo se, že před časem muže napadlo, že by měli svůj sexuální život trochu zpestřit a navrhl, aby k milování přizvali sousedku, která se mu líbila. Žena měla svého muže ráda a viděla, jak touží poznat to, co je prezentováno v pornografické produkci jako normální, a nebyla proti tomu. Sousedka se jí líbila, byly kamarádky, aniž by měly lesbické sklony. Společný zážitek jim sice zpestřil sex, dokonce opakovaně, ale muž byl stále více přitahován sousedkou. To samozřejmě zaneslo nesvár mezi partnery. Aniž by se muž chtěl rozvádět a měnit životní partnerku, byla silně narušena intimita páru.

NABÍDKA SYMPTOMŮ V OBLASTI ŽENSKÉ PÁNVE

Podívejme se na to, jakými **možnostmi** ženský genitál disponuje v průběhu života ženy, pokud jde o nabídku symptomů. Ano, ve skutečnosti jde totiž právě o **nabídku symptomů**, kterými v oblasti pánve organizmus disponuje v procesu sebeutváření v síti vztahů. To je možná klíč k našemu odlišnému pohledu na gynekologická onemocnění. Jinak řečeno, symptomy organizmus sám vytváří, zatímco **význam** a tím i vliv na mezilidské vztahy jim přičítáme my sami. Předpokládáme, že pro gynekology může být zajímavý tento přehled vývoje vztahového pole z hlediska ženy, objektu jejich zájmu. Víme, že se otázkami vztahů obvykle nezabývají a protože je mají mimo zorné pole, nemusí vědět, že symptomy ženy nějak souvisí s jejími vztahy, vyjma jasné pohlavně přenosné infekce.

Jaké má organizmus možnosti? Jinak řečeno, co se stane, když něco v pánvi funguje jinak, než jsme zvyklí. Symptomy v oblasti pánve vznikají nejčastěji běžnými regulacemi při fyziologických pochodech a jejich výkyvech, jako všude jinde v těle (bolesti při menses, při překrvení, fyziologická lubrikace, předrážděné vnímání jako svědění, dysbalance detrusoru a svěrače močového měchýře a podobně). Závažnější jsou důsledky organických poruch orgánů malé pánve ženy. O tyto orgány (močový měchýř, pochvu s dělohou a adnexe, konečník) se starají tři různé obory: urologie, gynekologie a proktologie. Do toho ještě zasahuje neurologie, ortopedie, dermatovenerologie (pokud jde o symptomy v oblasti vulvy a pohlavní choroby), chirurgie (když se jedná o problémy s appendixem slepého střeva) onkologie (když jde o léčbu zhoubných onemocnění) a sexuologie (jsou-li v popředí potíže sexuální). Přesto je nabídka symptomů pohlavních orgánů relativně

stereotypní: **otok, svědění, výtok, změny krvácení a bolest**. Když přidáme možnosti močového měchýře, přibude **pálení při močení** a pestré **poruchy močení** od častého močení, neudržení moči až po nemožnost se vymočit. Konečník se svou významnou funkcí zadržování stolice a defekace poskytuje možnosti poruchy průchodu obsahu střeva, svědění, bolest či krvácení.

Je jasné, že intimní vztahy pánevních orgánů způsobují, že často reagují společně, ať už primární zátěž postihla kterýkoli z nich. Citlivost na sexuální dráždění je významná v celé oblasti, překrvením a kongescí reaguje oblast pánve jako celek. Málokde na těle tak záleží na významu, který podnětu dáme, jako v této oblasti. Proto tolik záleží na uspořádání celé situace, když má být genitál odhalován a dokonce vyšetřován. Symptomy zde mohou pro své specifické postavení v životě ženy dostávat větší význam než jinde na těle. Zatímco bolest kotníku je hodnocena toliko s ohledem k možnosti chůze, bolesti v podbřišku mohou zavdat příčinu k obavám o naplnění generativní funkce ženy a tedy její celé budoucnosti, nebo dokonce budoucnosti rodu. A navíc málokterý symptom tak spolehlivě zasahuje do sexuálního chování páru jako symptomy v oblasti genitálu.

V psychosomatické medicíně postavené na systémovém uvažování jsme si zvykli na fakt, že každý symptom patří do nějakého vztahu. To znamená, že by se organizmus v oblasti genitálu měl projevovat podle toho, do jakých vztahů může žena v tom kterém věku vstupovat, jinak řečeno, jakými vztahovými možnostmi disponuje a před jaké specifické vztahové úkoly je v tom kterém období postavena. Podle toho bychom mohli rozlišit **symptomy**

- **v dětství**
- **v dospívání**
- **v období od prvního pohlavního styku k těhotenství**
- **od početí k porodu**
- **v období porodu a šestinedělí**
- **od porodu po separaci dítěte**
- **v době přechodu od přímé generativní funkce k funkci generačně podpůrné**

SYMPTOMY V DĚTSTVÍ

Funkce genitálu u dítěte jsou **tabuizované a potlačované**. Snad také proto u dětí nacházíme poměrně málo symptomů v oblasti pohlaví oproti dospělým ženám. Dítě mnohem častěji reaguje na emoční zátěž kůží celého těla nebo jen jeho částí (ekzém, kopřivka), případně na sliznici v oblasti horních cest dýchacích a středního ucha (alergická rýma, bronchitidy, astma, záněty středouší), zažívacího traktu nebo močového systému (pomočování, záněty). Většina emočních stavů, pokud je nemožné je projevit otevřeně (záchvat

vzteku, pláč) může se v dětství snadno projevit symptomy v jiných oblastech, než na genitálu, protože je to dostatečně účinné (potřebná pozornost rodičů je připoutána snadněji např. kašlem než výtokem). Objeví-li dítě, a to někdy i velmi časně, možnost uvolnit své psychické napětí drážděním genitálu, masturbuje, a může si tak přivodit některé genitální symptomy již nyní (**bolest, výtok, svědění**). **Vážným a nezanedbatelným zdrojem symptomů genitálu v dětství je sexuální tlak ze strany dospělého světa při porušení tabu a rodičovské ochrany dětí před zneužitím.**

Rádi se oháníme normou, předškolní a školní věk dítěte si představujeme v růžových barvách, panenky, čůpky, mašle. Tak tomu může být tehdy, když bezprostřední sociální okolí dítě chrání před předčasnými nároky. Dívka má dostatek času na synchronizaci tělesného růstu, psychického zrání a sociálních funkcí. V takovém případě se její organizmus neprojevuje nápadnými gynekologickými symptomy, tato oblast může být až do puberty málo využitelná pro vyjadřování pocitů a potřeb dítěte.

Je to pochopitelné, když víme, jak v rámci nácviku hygienické normy běžné v naší společnosti se po období radostného objevování tělesných slastí u batolat dostává oblast genitálu a konečníku do zakázané oblasti. Zde má být na dlouho tělo „špinavé“ a společensky nepřijatelné. Je třeba ho skrývat, stydět se za ně. Tato norma zajistí především skrytý klidný vývoj dítěte, možná lépe řečeno **skrytý sexuální vývoj**. Pokud se podaří dítěti dostatečně vstřípit stud za vlastní genitál, bude se automaticky chránit před jeho vystavováním na veřejnosti i v době, kdy na to nemohou rodiče sami dohlédnout.

To je nezbytné hlavně proto, že genitál je samozřejmě po celé dětství citlivým místem, ze kterého lze vyvolat silné tělesné pocity. Dráždění zde může přivést organizmus do tranzu, který uvolní nepříjemné napětí. Pokud to dítě objeví, samozřejmě toho začne používat. Rodiče pak přicházejí se starostmi, že jejich dítě masturbuje, mnozí se za to stydí a prezentují raději svědění a výtok u dítěte. Manipulace s genitálem je pro svou společenskou nepřijatelnost tajena a maskována, vědomí takového chování bývá i u rodičů potlačeno nebo vytěsněno.

U jedenáctileté holčičky došla věc tak daleko, že na genitálu po dlouhém a úporném svědění gynekolog a s ním i dermatolog konstatovali nález kraurozy. To je vážné onemocnění postihující spíše stařecký genitál, který může být důvodem k vulvektomii. Diagnosa byla potvrzena histologicky po odběru tkáně. Úporné svědění tím bylo vysvětleno, aplikovány byly masti a koupele. Kolegové nic nevěděli o domácím napětí. Manželství dvou nezralých jedinců odpovídajících v jazyce psychologů diagnose hraniční poruchy osobnosti bylo plné psychického teroru, rodičovský pár pro konflikty nebyl schopen realizovat sexuální styk. Sexuální napětí oba uspokojovali masturbací s šílenými pocity viny, které u nich rodiče od dětství pěstovali. To jen zhoršovalo situaci. V tomto prostředí dcera masturbovala excesivně už asi od čtyř let, zbavovala se tak nahromaděného napětí. To však rostlo i s tím, jak dceru denně rodiče

na popud lékařů ošetřovali. Mastičky do genitálu pečlivě vtírala nejen matka ale i otec. Je pochopitelné, že genitál dítěte se tak stal ústředním bodem pozornosti rodičů i dítěte a čím více ho mazali, tím více se hlásil o „slovo“ svědění. Určitě by popřeli, že to mohlo mít kontext pohlavního zneužívání dítěte, vždyť ho léčili. Bohužel však kontext takový byl. Teprve rázný zásah terapeuta, ke kterému již delší dobu oba rodiče chodili do terapie, zastavil takový způsob ošetřování, a časem navodil zdravější chování dítěte.

Dítě se samozřejmě uvolňuje tím častěji, čím větší napětí vnímá. A to obvykle souvisí se situací v rodině. Symptomy genitálu u předškolního a časně školního dítěte mohou ukazovat na napětí mezi jeho rodiči, na nedostatečnou ochranu dítěte před stresem, před sexuálním chováním dospělých a jeho důsledky.

Pohlavní zneužívání je vážným tématem a častým zdrojem symptomů v oblasti genitálu a břicha u dětí. K ilustraci můžeme použít výňatky z dopisu pacientky, která dlouho tajila před světem, co se s ní jako s malou holčičkou dělo.

„Když mi bylo pět nebo šest let, tak jsem byla pohlavně zneužívána... tím mužem byl jeden náš vzdálený příbuzný... nikdy jsem o tom rodičům neřekla...

...pokud bych měla na těchto zážitcích najít něco pozitivního, tak určitě to, že jsem necítila žádnou fyzickou bolest... spíše jsem byla hrozně zmatená, protože jsem tomu vůbec nerozuměla a nikomu jsem se nesvěřila... měla jsem to od toho muže zakázané komukoliv říct, proto jsem ho poslechla...

...jak jsem si to jako dítě neuměla vysvětlit, tak jsem si velmi dlouho myslela, že třeba budu mít miminko... i třeba po třech letech od těchto zážitků... bála jsem se, že se tím na celou věc přijde...

...začala jsem mít už i v takhle časném dětství gynekologické problémy... chodila jsem proto s mámou na vyšetření, kde mi prováděli výplachy pochvy... hrozně mě to bolelo, bála jsem se tam chodit...

...no a pak, když mi bylo asi 13 nebo 14 a já stále neměla menstruaci, tak jsem myslela, že na to má vliv právě dětská intimní zkušenost... vysvětlovala jsem si to tak, že mě ten muž uvnitř nějak poškodil a já teď nemám menstruaci, jako ostatní kamarádky... opět se objevil strach z toho, že to budu muset říci...

Nejspíš není náhodou, že matka této ženy byla rozvedená, selhávala tak ochrana dítěte, aniž by to matka zavinila. V současnosti, kdy je internet, médium masivně ovlivňující celé populace, zaplněn pornografií včetně dětské, může být značně oslabováno vědomí nezbytnosti ochrany dětí před předčasnými zkušenostmi s dospělou sexualitou. Křehkost dětské duše přitom zůstává stále stejná.

TEORIE

R.Honzák: Parasomnie RBD (REM behaviour disorder)

V roce 1951 pozoroval poprvé Eugene Aserinski (1921-1998) trhavé rychlé pohyby očí během spánku (Rapid Eye Movements = REM) u svého osmiletého syna a tento objev publikoval po dalších sledováních spolu s Nathanem Kleitmanem v roce 1953. Poté se naplno rozběhl spánkový výzkum, později vydatně podporovaný NASA (vzhledem k plánované cestě amerických astronautů na Měsíc). Spánek se rozdělil na pomalovlnný (non-REM) představující ve čtyřech stádiích postupný kvantitativní úbytek vědomí a REM doprovázený sympatikotonní aktivací organismu a u člověka většinou související s fyziologickými halucinatorními prožitky – sny. REM fáze byly zachyceny u všech savců (počínaje vačnatci) a jsou považovány za systém periodického nabuzení během spánku a za určitou formu ochrany před predátory.

Aby jedinec nemohl jednat ve shodě s halucinatorními ději, má v blízkosti jádra locus coreuleus jakousi „pojistku“, která během REM vyvolá atonii antigravitačního svalstva, takže jakýkoli aktivní pohyb je tímto mechanismem paralyzován. Francouzský badatel Michel Jouvet v 60. letech minulého století nejprve sledoval důsledky deprivace REM spánku u koček. Ty posadil na podstavce umístěné v bazénu s vodou; pokud kočky spaly pomalovlnným spánkem, zůstávaly sedět na stojanu, pokud se přihlásil ke slovu REM spánek, jejich antigravitační svaly přestaly fungovat a kočky padaly do vody a tak se probudily. Po dvoutýdenní REM deprivaci – při zachovaném celkovém množství spánku – se začaly projevovat u Jouvetových koček poruchy chování: zvýšila se agresivita, zhoršily se hygienické rituály, objevilo se také homosexuální chování. Tehdy byla vyslovena hypotéza, že nonREM spánek je nutný k tělesné regeneraci, zatímco REM spánek především k regeneraci psychické. Tato hypotéza je potvrzována také při polysomnograficky sledované deprivaci REM spánku u lidí; zhoršuje především paměť a pozornost, objevuje se emoční nevyrovnanost a labilita. REM spánek je považován za práci mozku „off-line“, která zajišťuje řadu kognitivních i emočních procesů.

Již Jouvet se pokusil odstranit pojistku vypínající antigravitační svalstvo, chování pokusných zvířat však nepřikládal větší význam. Teprve australský badatel Ian Oswald popsal ve své nádherné práci nazvané „O čem se zdá kočka?“ (What the cat dreams about? – jde o parafrázi slavné Freudovy věty *O čem se zdá kuřeti? O prosu!* Ta ilustrovala jeho tvrzení, že sen je splněné přání). Oswald zjistil, jak se jeho kočky ve svých snech chovají a konstatoval, že čím mírnější byly v bdělém stavu, tím více agresivity projevovaly během REM fáze a naopak.

Dosavadní klinická pozorování vedla k závěrům, že parasomnie (spánkové poruchy projevující se mluvením, chozením ve spánku, nočními děsy či tzv. „nočními můrami“) se u lidí odehrávají pouze v nonREM spánku. Současné poznatky však ukazují, že k poruchám chování během spánku může docházet i během snové fáze a člověk se potom chová podle halucinovaného děje svého snu. Porucha se projevuje častěji u starších mužů. Příčinou vyřazení „pojistky vypínající antigravitační svalstvo“ mohou být neurologická onemocnění již ve svých samotných počátcích bez manifestní klinické symptomatologie, část poruch je považována za idiopatickou. Pacienti uvádějí „akční“, divoké a agresivní sny podle jejich scénáře se chovají, aniž mají možnost vědomé kontroly (příčemž podobně jako Oswaldovy kočky nevykazují za bdělého stavu zvýšenou míru agresivity, spíše naopak). Poruchu lze spolehlivě objektivizovat polysomnografickým spánkovým vyšetřením.

Klinická doporučení týkající se těchto situací, ve kterých je pacient nebezpečný sobě i svému okolí, se zaměřují na obecná zajištění bezpečnosti (izolace na noc v pokoji bez ostrých hran, lesklých ploch a možnosti opustit pokoj), medikamentózně je doporučován gabaergně působící klonazepam, pokud je z nějakých důvodů kontraindikován, pak melatonin (produkt epifyzy podílející se na regulaci spánku) nebo pramipexol (agonista dopaminu).

Ze všech excirpovaných prací za nejreprezentativnější považuji
Parrigopoulos TJ: REM sleep behaviour disorder: clinical profiles and pathophysiology, *Int Rev Psychiatry*, 2005;17(4):293-300

Praha 12.2.2006

K.Köhle: Komunikace, část I

(2. kapitola z učebnice Uexküll: Psychosomatische Medizin, Urban&Fischer, 6.vydání, 2004) Pro Psych&Som přeložil Mgr.Lubor Špís

Saluti at solatio aegrorum – Pro zdraví a útěchu nemocných (Josef II. 1784) pravi nápis nad branou Všeobecné nemocnice města Vídně

Současný systém zdravotnické péče je nedostatečný s ohledem na péči o nevyлéčitelně nemocné pacienty (Americká lékařská asociace, Rada pro vědecké záležitosti 1996).

1. Skutečnost a pravda – teorie poznání a chování lékařů

1.1 Předkritický realismus – paternalistický vztah lékaře a pacienta

Lev N. Tolstoj vypráví ve svém díle „Smrt Ivana Iljiče“ (1886), jak katastrofa nevyлéčitelné nemoci vniká do „příjemného a spořádaného života“ pětačtyřicetiletého váženého soudce. Ivan Iljič trpí rostoucí měrou bolestmi v levé krajině břichu; po nějaké době se rozhodne vyhledat „slavného lékaře“:

Zdá se, že tehdejší typická lékařská praxe *Tolstého* popis spíše ještě překonávala. **Bismarck** informuje o lékařském postupu vůči německému korunnnímu princovi s ohledem na jeho karcinom hrtanu: „*Ošetřující lékaři byli 20. května 1887 připraveni uspat jej a provést exstirpaci hrtanu, aniž by mu svůj záměr oznámili. Protestoval jsem a požadoval jsem, aby zákrok nebyl prováděn bez souhlasu pacienta, a jelikož se jedná o nástupce trůnu, aby se zákrokem souhlasila rovněž hlava rodiny. Císař, mnou informován, zakázal operaci provést bez souhlasu svého syna.*“ (In: Myšlenky a vzpomínky 497).

Ještě v roce 1923 nebyl sám **Sigmund Freud** informován svým domácím lékařem, psychoanalytikem *Felixem Deutschem*, o maligním charakteru jeho onemocnění ústního patra. V roce 1956 vysvětloval *Deutsch* své tehdejší úvahy a informoval o *Freudově* dopisu, v němž si stěžuje na své zklamání: „*Vždycky jsem byl schopen přizpůsobit se jakékoli realitě a dokonce i snášet nejistotu, pokud byla vynucena realitou. Ale být ponechám sám se svojí vlastní nejistotou, bez podpory a účasti osudu, na pospas neúprosné a nevyhnutelné nutnosti, to neznamená nic jiného, než se stát kořistí bídné lidské zbabělosti a nedůstojným představením pro druhé.*“ (*Deutsch* 1956)

Sociolog lékařství *J. Siegrist* nacházel ještě v roce 1976 při vyhodnocování úseků rozhovorů z interních a chirurgických vizit staničních lékařů zjevné **asymetrické druhy reakcí** lékařů vůči těžce nemocným: Zatímco lékaři podávali na otázky lehce nemocných pacientů týkajících se jejich zdravotního stavu během vizity v 64 % případů uspokojivé odpovědi, reagovali titíž lékaři na dotazy těžce nemocných s nepříznivou prognózou mnohem častěji, a sice v 92 % veškerých

případů, vyhýbavě, a to způsoby, které nejsou slučitelné se všedními konvencemi jazykové konverzace (Siegfrist 1982).

Sociolog *Talcott Parsons* určil ve své teorii rolí (Sociální systémy 1951) formy asymetrie mezi lékařem a pacientem vyplývající z paternalistického pojetí do jisté míry jako normu. Popisuje centrální očekávání, které společnost u nemocného předpokládá, a sice, že se podrobí péči lékaře. Kanadský sociolog *A.W. Frank* (1995), který sám onemocněl rakovinou varlete, označuje tuto povinnost jako centrální moment zkušenosti s nemocí v moderně a spatřuje v ní vydání sebe sama do rukou medicínského chápání a s tím spojenou pojmovost; odcizení vlastního dosavadního chápání sebe sama popisuje jako „narativní kapitulaci“: pacient přechází k tomu, že své chápání sebe sama formuluje v lékařské terminologii.

Také Ivan Ilič „*si při tom vzpomněl na to, co mu doktoři vyprávěli: Jaké by to bylo, pokud by se utrhla ledvina a začala by cestovat. Za velké námahy vlastní fantazie se mu konečně podařilo ledvinu zachytit, zastavit ji a upevnit...*“ „*Slepé střevo se lepší, něco se nasává.*“ *Než ho bolest a nevole opět upozorní na existencionální nebezpečí: „Náhle se mu nemoc zjevila ve zcela novém světle. Slepé střevo! Ledvina! řekl si. Nejde o slepé střevo, ani o ledvinu, nýbrž o život...smrt. Ano, tam někde byl život a ten se nyní vytrácí, vytrácí se a já ho nemohu zachytit. Ano. Proč podvádět sebe sama?“*

„Dopadlo to, jak očekával; docela tak, jak to vždycky bývá. I čekání, i **doktorova strojená vážnost**, jemu známá, táž, které on sám užíval u soudu, i proklepávání, i poslouchání, i **všechny ty otázky**, dožadující se předem známých a **očividně zbytečných odpovědí**, i významné pohledy, jež člověku namlouvají: ale co, **jen se nám svěř**, a my všechno zařídíme, nám je známo a jasno, jak to zařídít, **všechno tímž způsobem u kohokoli**, kdo přijde. Všechno bylo **přesně stejné jako u soudu**. ...

Doktor říkal: To a to ukazuje, že ve vnitřnostech bude tohle a tohle; jestliže ovšem vyšetření to a to nepotvrdí, pak se u Vás musí soudit na toto a toto. Za předpokladu, že jde o tohle, pak ... atd. **Pro Ivana Iliče byla ale důležitá jen jedna otázka, totiž je-li jeho stav vážný nebo ne. Ale tuto nemístnou otázku doktor ignoroval. Z jeho hlediska byla tato otázka zbytečná** a zcela mimo diskuzi; šlo jen o zvážení pravděpodobností – bludná ledvina, chronický katar, zánět slepého střeva. **Otázka týkající se života Ivana Iliče neexistovala.** ...

Bylo to do puntíku totéž, co Ivan Ilič stejně skvělým způsobem sám tisíckrát prováděl s obžalovanými. Stejně skvěle **učinil své resumé doktor** a dokonce s jásavou vítězoslávou pohlédl přes brýle na vyšetřovaného. Z doktorova resumé byl však **Ivan Ilič** schopen dospět **pouze k jedinému závěru, že je to špatné**, ale že doktorovi a možná i všem ostatním **je to jedno**, ... **A tento závěr Ivana Iliče bolestivě zrtíl**, vyvolal v něm **pocit velké lítosti nad sebou samým a velikého rozhořčení na doktora**, tak lhostejného k této důležité otázce.

Neřekl však nic, nýbrž vstal, položil peníze na stůl a povzdechl: „My nemocní Vám často klademe nemístné otázky. Je to vůbec vážná nemoc, nebo ne?“

Doktor na něho přísně pohlédl přes brýle jedním okem, jako by říkal: **Obžalovaný**, nebudete-li se držet **v mezích** daných otázek, budu nucen Vás dát vyvést ze zasedací síně.

Ivan Iljič pomaloučku vyšel ze síně, **sklíčeně** nasedl do saní a jel domů. Celou cestu **nepřetržitě probíral**, co mu doktor říkal, a snažil se všechna ta zamotaná vědecká slova **převést do prosté řeči** a vyčíst z nich odpověď na otázku: je to se mnou zlé, je to se mnou moc zlé, nebo to ještě ujde? A zdálo se mu, že smysl všeho, co doktor řekl, je ten, **že je to velmi zlé**.

Na ulicích se Ivanu Iljiči zdálo vše **zarmoucené**. Drožkáři byli zarmoucení, domy byly zarmoucené, a dokonce i kolemjdoucí a krámky byly zarmoucené. A bolest v boku, tupá, **hlodavá bolest**, ani na okamžik nepřestávající, zdála se **v souvislosti s nejasnými slovy doktora nabývat jiného, vážnějšího významu**.

Tolstoj možná charakter **nepružně paternalistického chování lékaře** lehce přehnal; ještě dnes se nám však zdá být velmi výstižné, jak charakterizuje následky předkritické teorie poznání jako základu lékařského chování: V tomto paradigmatu nepřísluší pacientovi coby subjektu žádný význam, jeho individuální prožívání je pro poznání a jednání v medicíně „zbytečné“. Pouze lékař ví, „jak se dá všechno do pořádku“. Pacient musí přijmout pouze jemu příslušející roli, jež spočívá v „podrobení se“ lékaři. Z ústředního cíle tohoto paradigmatu, kontroly nemoci, pak vyplývá požadavek ohledně kontroly pacienta. A tak praxe vést diagnostické rozhovory jako výsledek a ignorovat naléhavé otázky ustaraných pacientů zcela odpovídá vědeckým hlediskům.

Tolstoj líčí, jak toto **kontrolní paradigma** zabraňuje spojení kurativního jednání s empatickou podporou. Ivan Iljič neprožívá svého lékaře jako člověka „emocionálně neutrálně“ odvráceného, jelikož to objektivní měření vyžaduje – tak, jak je tomu na Picassově obraze –, nýbrž jako člověka zajatého ve svých závěrech a „lhostejného“ vůči existencionálnímu ohrožení, které Ivan Iljič prožívá, i vůči jeho „stále se opakujícímu nerozřešitelnému řetězu myšlenek“.

„Co je to, je to skutečně tak, že je to smrt.“

Nezájem a odmítnutí poskytnou informace na straně lékaře dovedou Ivana Iljiče k závěru, že je ohroženo tělo i samotný život. Lékař tímto způsobem přispívá k tomu – v rozporu s normami své profese, že se obavy Ivana Iljiče spojují s „pocitů sebelítosti“ a „velikého rozhořčení vůči lékaři“. Z důvodu nedostatečné informovanosti vyvozuje Ivan Iljič závěry sám a následuje celá kaskáda psychosomatických sestupných efektů: „Deprimovanost“, deprese a bezradnost způsobují, že je tělesné bolesti přisouzen „mnohem vážnější význam“.

„Nyní to říkáme ...“

V lékařství byl v osmdesátých letech po Tolstého kritickém popisu vyvinut vědecký diskurs k otázce „**sdělování diagnóz**“. Přispěly k tomu pokroky v terapii, zvláště v onkologii, stejně jako prosazení egalitárních vztahových konceptů v politické oblasti a rychlé šíření vědeckých informací v médiích.

Lékaři dnes skutečně mluví o změněných postojích k této problematice; skutečně jsou dnes také pacienti s těžkými nemocemi a nepříznivými prognózami zpravidla informováni o povaze jejich nemoci. V angloamerických zemích a v rostoucí míře také v německy mluvících oblastech se nabízejí a hodnotí „tréninkové možnosti“ pro konkrétní postup (*breaking bad news*).

Empirické výzkumy však upozorňují na to, že optimistické hodnocení tohoto vývoje by mohlo být ještě předčasné. Výsledky, ke kterým dospěla psychoonkoložka *J. Holland*, opodstatňují její otázku – „*Nyní to říkáme, ale jak dobře?*“ Tak kupříkladu v jedné z vedoucích amerických odborných klinik je pacientům s rakovinou sice rutinně sdělována jejich diagnóza, ale to za velmi nepříznivých okolností. 42 % pacientů je informováno po probrání z narkózy nebo telefonicky. K tomu se přidává ještě skutečnost, že mnoho lékařů je pro tento úkol nedostatečně vyškoleny: informují pacienty příliš direktivně a rázně; dávají pacientům příliš málo příležitostí k tomu, aby se sami na něco zeptali. Pacienti se nedostanou v dostatečné míře ke slovu především tehdy, pokud se snaží vyjádřit zatěžující starosti. Téměř 50 % výpovědí lékařů pak neslouží k tomu, aby pacientům pomohly tyto obavy zvládnout, nýbrž k tomu, aby chránily lékaře samotné před emocionálním zatížením způsobeným takovými starostmi.

Tato bilance vyvolává zklamání: Pacient jakožto subjekt zůstává nezohledněn; jeho individuální prožívání nemá pro lékařské poznání a jednání ani nadále téměř žádný význam. Následky jsou závažné: Pacienti neprožívají informace, které jim poskytl jejich lékař, jako něco, co jim pomáhá. To vzbuzuje podezření, že jsme možná v naší snaze přispět k modifikaci komunikačního chování lékařů sledovali předpoklady účinných komunikačních procesů, které vyplývají z teorie poznání, příliš povrchně. „*Má-li nastat změna, pak musí být něco změněno.*“ (*G.W.F. Hegel 1798*)

1.1.1 Pacientova pravda není lékařova pravda

Příběh pacienta

Jeden dermatolog mě požádal, abych konziliárně vyšetřil padesátiletého pacienta, jemuž vyřízl melanom v oblasti břicha. Sdělil mu diagnózu „melanom“ a podrobně mu vysvětlil, že se jedná o tzv. „low-risk-melanom“. Jelikož tkáň tumoru pronikla do zdravé tkáně v hloubce menší než jeden milimetr, je prognóza příznivá: Riziko metastazování během pěti let činí pouze cca 3 až 5 %. Toto sdělení pacienta překvapivě neuklidnilo, reagoval spíše záchvaty strachu.

Pacient mluví o mohutných nočních návalech strachu, a šířícím se depresivním rozladění a disociačních symptomech. Stydí se, že se není schopen se svojí situací i přes příznivou diagnózu, která mu byla sdělena, lépe vyrovnat, že není schopen překonat svůj strach. Už si netroufá na svoji pracovní odpovědnost vyplývající z pozice řídicího pracovníka velkého podniku. Proto se nechal dlouhodobě zneschopnit.

Teprve o tři týdny později je mi pacient schopen vyprávět, jak si z pojmu „low-risk-melanom“ vyvinul svůj vlastní subjektivní koncept pro porozumění. V nedávné době musel z naprosté blízkosti přihlížet trýznivému trápení a rychlé smrti jednoho ze sousedů na následky „low-risk-melanomu“. Když o tom mluví, je stále ještě plný zděšení a strachu ze záhuby. Při pátrání po informacích navštívil odbornou knihovnu. Při tom opětovně narazil na velmi hrozivé údaje ohledně prognózy k onemocnění melanomem.

Proč se dermatologovi nepodařilo pacienta zprostředkovanou informací uklidnit. Zaměřme se nejprve na analýzu pokusu o předání informace; zde zanedbáváme podíly v reakci pacienta specifické pro jeho osobnost.

Viděno z bezpečné vzdálenosti je to zřejmé: **Pojem „low-risk-melanom“ má ve světě pacienta jiný význam než ve světě lékařské vědy.** Pojem „low-risk-melanom“ označuje pro lékaře histologický nález, který je ze statistického hlediska spojen s nízkým rizikem metastazování. Naproti tomu pacient spojuje s tímto pojmem svůj zážitek s utrpením a smrtí svého souseda a prognostické údaje, které našel v odborné literatuře (obrázek 2.2).

Tolstého povídka a náš příklad názorně ukazují, jak předkriticko-naturalistický koncept „objektivně“ dané společné skutečnosti brání komunikaci mezi lékařem a pacientem. Navrhujeme Vám, abyste nahradili tento v medicíně nepozorovatelně tradovaný koncept sémioticko-konstruktivistickou teorií poznání. Budeme při tom vycházet z díla amerického filozofa *Charlese S. Peirce*.

Náš pokus navázat také v medicíně na moderní koncepty teorie poznání Vám možná bude zpočátku připadat příliš namáhavý. Od tohoto pokusu lze však očekávat vyjasnění podmínek pro chování lékaře při informování pacienta, které je současně precizní, individuální i skýtá pomoc. Zlepšení komunikace mezi lékařem a pacientem by mohlo přispět vzájemným vyladěním k prosazení medicíny opírající se o **jistotu** na straně jedné, na straně druhé pak ke snížení emocionálního zatížení lékařů a ošetřujícího personálu.

Obrázek 2-2 Závislost významu pojmu „low-risk-melanom“ na kontextu

význam	pojem	význam
lékař		pacient
	„low-risk-melanom“	

„příznivá prognóza“		„nebezpečí“ „strastiplná smrt sousedů“
svět medicíny		svět pacienta

1.2. Sémiotický konstruktivismus – kooperativní vztah mezi pacientem a lékařem

„Povídejme si o tamtom křesle. „Křeslo“ je slovo. Je to znak. Představa křesla je znak. Co dostanete? Sestupte dolů k přesným rysům významu a nenaleznete tam žádné křeslo. Život, který vedeme, je životem znaků. Znak mezi znaky, bez konce.“

Peirce předjímá radikální **konstruktivismus**: Teprve naše „představa“, náš „koncept“ „křesla“ vytváří z jednotlivých vnímaných prvků možnost k sezení – vzpomeňme si při tom na Goethovo „duševní pouto“. **Konstruuje skutečnost pomocí funkce znaků zprostředkovávající význam.**

Peirce dále rozvíjí meditativní princip scholastiky – „vox significat rem mediantibus conceptibus“ (výraz označuje skutečnost prostřednictvím pojmů): Při konstrukci skutečnosti **mají znaky funkci spočívající ve vytváření účinných vztahů.**

„Zdá se mi, že základní funkcí znaku je převádět neefektivní vztahy na efektivní... – nikoli je uvádět do činnosti, nýbrž vytvořit zvyk nebo obecné pravidlo, podle kterého budou příležitostně fungovat. Podle fyzikálních zákonů se nikdy nic neděje, až na nepřetržitě přímočaré rychlosti s akceleracemi, které doprovázejí různé relativní pozice částic. Veškeré ostatní vztahy, o nichž víme tak mnoho, jsou neefektivní; a znak je něčím, co když víme, tak víme něco víc. S výjimkou znalostí v přítomném okamžiku a obsahů vědomí v tomto okamžiku (existence, jejíž znalost je otevřená pochybnostem) existují veškeré naše myšlenky & znalosti díky znakům. Znak je proto objektem, který je takovým způsobem ve vztahu ke svému objektu na straně jedné a k interpretantovi na straně druhé, aby uváděl interpretanta do vztahu s objektem, který odpovídá jeho vlastnímu vztahu k objektu.“

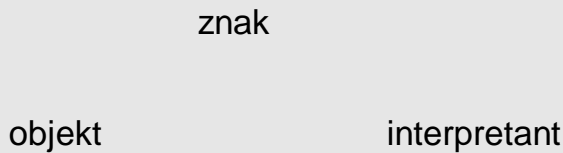
Znaky vykonávají tuto zprostředkující funkci jak v našich „vnitřních“ duševních procesech (z jednoho duševního stavu do druhého), tak i při komunikaci s druhými lidmi (od jednoho člověka k druhému). Znaky se tak stávají **médiem pro komunikaci**:

„Používám slovo „znak“ v nejširším významu pro jakékoli médium pro komunikaci nebo pro rozšiřování nějaké formy (nebo vlastnosti).“

Vytváříme a zprostředkováváme „skutečnost“ tím, že spojujeme smyslové vjemy pomocí konceptů a udělujeme jim ohraničený význam tím, že myšlenky a pojmy rozvíjíme dále nebo spojujeme slova do řečových aktů.

Znaky plní svoji zprostředkující, význam udělující, skutečnost zakládající funkci v **tříčlenném procesu**, který *Peirce* označil jako „**semióza**“.

Obrázek 2-4 Semióza



„...“sémiozou“ mám na mysli ... akci nebo interakci, která je nebo zahrnuje kooperaci tří subjektů, kterými jsou znak, jeho objekt a jeho interpretant, tuto interakci sestávající ze tří vztahů není možné v žádném případě rozložit do akcí mezi páry.“

„Tři subjekty“ – komponenty znak, objekt a interpretant – kooperují podle sémiotických pravidel, která stanovují podobně jako ve hře poziční a funkční možnosti jednotlivých „figurek“ a tím možnosti udělování významu. *Peirce* rozvíjí tyto možnosti kooperace v rámci **sémiotické gramatiky**. V našem popisu procházíme v jednotlivých krocích jeho nejznámější a nejobsáhlejší definici znaku:

„Znak, neboli reprezentant, je něco, co stojí pro někoho místo něčeho v nějakém ohledu nebo funkci, obrací se na někoho, to znamená, vytváří v mysli této osoby odpovídající znak nebo možná rozvinutější znak. Ten znak, který to vytváří, označuji jako interpretanta prvního znaku. Znak stojí místo něčeho, místo svého objektu. Nestojí místo tohoto objektu ale ve všech ohledech, nýbrž ve vztahu k jistému druhu představy, který jsem někdy označoval jako základ reprezentace.“

1.2.1 Sémiotická gramatika

Znaky plní v rámci své triadické kooperace

- prezentační,
- reprezentační a
- interpretační funkci.

Prezentační funkce

Sledujme nejprve znak v jeho znakovosti, jeho funkční **nabídku** v sémiotické kooperaci:

„Znak ... je něco, co stojí pro někoho místo něčeho v nějakém ohledu nebo funkci...“

S ohledem na tuto funkci rozlišuje Peirce tři skupiny typů znaků (obrázek 2-5).

„Low-risk-melanom“ je pro zdravého laika qualisign. Zprostředkovává mu pouze všeobecnou kvalitu „znakovosti“, tedy **možnosti** něco zprostředkovávat (potisign odvozeno od „*Potential Sign*“- *znak s potenciálem*). Pro našeho pacienta je pojem „low-risk-melanom“ především sinsign (odvozeno od *Single Sign* - *jednotlivý znak*). Pro něho označuje jeho individuální postižení v aktuálních souřadnicích „zde“ a „nyní“ (actisign odvozeno od *Actual Sign* - *aktuální znak*); tímto označením se stává „případem“.

Obrázek 2-5 Typologie prezentační funkce znaků

O ----- Znak ----- I

qualisign	sinsign	legisign
potisign	actisign	famisign

Pro lékaře je „low-risk-melanom“ naproti tomu především legisign (odvozeno od „lex“ - *zákon vydaný u určité příležitosti a nesoucí jméno navrhovatele nebo název dotyčné věci*). Jako součást jeho odborné terminologie pro něho reprezentuje výpověď o zákonité nebo alespoň pravidelné souvislosti, se kterou je obeznámen (famisign odvozeno od *Familiar Sign* - *znak, se kterým jsme obeznámeni*).

Již **znak jako znak** se tedy oběma komunikačním partnerům nabízí kategoriálně rozdílným způsobem. Zatímco lékaři signalizuje charakter pravidelného, známého spojení z jeho oboru, konfrontuje pacienta s (tělesným) „postižením, které je způsobeno něčím neznámým“. V pojmosloví *Peircových* fundamentálních kategorií: Pro lékaře náleží vztah zprostředkovaný znakem do světa „třetího řádu“, tedy do světa pravidelných, zákonitých, symbolických vztahů. Pro pacienta náleží tento znak především do světa „druhého řádu“, tedy do oblasti přímého působení (síly), do oblasti *brute force* (*hrubé síly*) popř. „holých skutečností“ (viz. také kapitola 1 „Integrované lékařství, část 2.6.2).

„Už se nemohl klamat – dalo se vněm cosi hrozného, neznámého a tak vážného, že nikdy v životě nic vážnějšího nepoznal. A věděl o tom jenom on sám, nikdo z lidí kolem něho to nechápal či nechtěl chápat, a všichni si mysleli, že všechno na světě jde jako dřív. A právě to trápilo Ivana Iljiče ze všeho nejvíc.“

V nejhlubším nitru Ivan Iljič věděl, že musí zemřít, pouze si nechtěl na tuhle myšlenku ani zvyknout, ani ji nemohl pochopit, pochopit tu holou skutečnost... Pouze **tato myšlenka, která nebyla pouhou myšlenkou, nýbrž očividnou skutečností**, se opět a znovu vracela a stále se před ním vztyčovala.“

Reprezentační funkce

Peirce upřesňuje **vztahování se znaku k objektu**:

*„... Znak stojí místo něčeho, místo **svého objektu**. Nestojí místo tohoto objektu ve všech ohledech, nýbrž pouze ve vztahu k jistému druhu představy...“*

„**Objekt**“ není pro *Peirce* žádnou „fixovanou, materiální věcí“, nýbrž tím, co znak reprezentuje. „Objektem“ je něco, „co v jistém ohledu dosahuje naší myslí“. Znak zprostředkovává informaci přes „objekt“; při tom předpokládá obeznámenost s objektem. „Objekt“ obsahuje **vědění** o tom, co je reprezentováno, které přechází současné semióze. „Objekt“ se tak stává něčím subjektivním, individuálním.

Překvapení lékaře se vysvětluje z tohoto určení bezprostředního „objektu“. Jeho pokus zprostředkovat pacientovi s „low-risk-melanomem“ svůj lékařský koncept nemoci selhává, protože tímto pojmem aktivuje pouze vlastní asociace nemocného a nechává ho tak (opětovně) nalézt všechno to, co s tímto pojmem již doposud spojoval.

V tomto aktivačním procesu je podstatná další *Peircova* diferenciací reprezentací objektu do třech dílčích kategorií (viz. část 2.6.2 v kapitole 1). Znaky reprezentují svůj objekt na základě

- podobnosti (**ikon**)
- přímého spojení (**index**) nebo
- pravidelného vztahu (**symbol**).

Pro dermatologa má pojem „low-risk-melanom“ převážně **symbolický** charakter: Reprezentuje jeho „nashromáždění“ vědění o jisté skupině kožních nádorů, zvláště pak jeho vědění o pravidelné souvislosti mezi histologickým typem nálezu a klinickým průběhem. Akcent pro něho proto leží na „low“.

Pro pacienta má pojem „low-risk-melanom“ naproti tomu především **indexový** charakter. Indikuje mu následující: „Jsi „něčím“ postižen; toto „něco“ je označováno jako „low-risk-melanom“. Na rozdíl od symbolu nezprostředkovává index žádné další informace – nad rámec sdělení „jsem

něčím postižen“. **Index ponechává mnohem více na posluchači, aby se dále informoval** o *vedlejších* (doprovodných) *zkušenostech*. Pacient sáhne ke svým zkušenostem s utrpením a smrtí souseda. Index tedy v pacientovi aktivuje **srovnání s něčím podobným, co sám zažil**. Aniž by to lékař postřehl, získává symbolicky míněná informace pro pacienta ikonický charakter: „Bídně pojde“ (srovnej níže). Pro pacienta leží akcent na „*risk*“.

Místo aby pacienta zprostředkováním vědecky zajištěného konceptu uklidnil, uvádí jej takto indukované ikonické vztahování k objektu do světa „prvního řádu“: Vzhledem k otevřenému vývoji se cítí znejistěn a vydán na pospal střídajícím se **náladám**.

„... od okamžiku, kdy Ivan Ilič poprvé vyhledal doktora, byl jeho život rozdílán dvěma zcela protikladnými náladami, které střídaly jedna druhou: Chvilími to bylo zoufalství a očekávání nepochopitelné a strašlivé smrti, poté se objevovala naděje, spojená s velmi zaujatým sledováním činnosti vlastního těla, chvílemi stály před jeho očima ledvina a slepé střevo, které se na krátký čas vymanily z plnění svých povinností, pak viděl opět jenom nepochopitelnou, strašlivou smrt, které nelze žádným způsobem uniknout. Obě tyto nálady střídaly ustavičně jedna druhou...“

Interpretační funkce

K povaze znaku patří schopnost **nastavovat** interpretanta **na určitý fokus**.

„...obrací se na někoho, to znamená, **vytváří v myslí této osoby odpovídající znak** nebo možná rozvinutější znak...“

S ohledem na funkci členění *Peirce* znaky dále na *rheme*, *dicent* a *argument* (obrázek 2-7).

Pro lékaře má „low-risk-melanom“ charakter **argumentu**: Zaostruje interpretanta pomocí dedukce. „Melanomy určité histologické třídy mají příznivější prognózu; tento melanom náleží do této třídy; jeho prognóza je tedy příznivá.“

Pro pacienta má „low-risk-melanom“ naproti tomu charakter **dicentu**: Znak *Dicent* zprostředkovává podstatně méně významového obsahu. Zaostruje interpretanta pouze na **spojení subjektu** („melanom“ – jako označení pro možný objekt je rématem) **s predikátem** („*low-risk*“) **k určité výpovědi**.

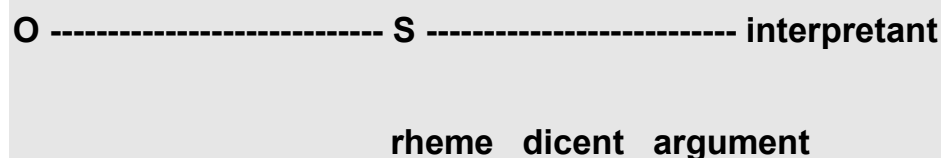
Na rozdíl od argumentu neobsahuje *dicent* žádné důvody pro pravdivostní obsah zprostředkované informace. Zatímco lékař se může opřít o jistotu svého deduktivního závěru, stimuluje *dicentní* spojení „melanomu“ a „*low-risk*“ v pacientovi především **otázky ohledně významu tohoto spojení**.

Shrňme nyní naši sémioticko-gramatickou analýzu: **Lékař** používá formulaci „low-risk-melanom“ jako **argumentační, symbolický legi-znak**. Pokouší se tedy pro pacienta zaměřit interpretanta na 95 procentní naději na vyléčení. Naproti tomu má tentýž znak pro **pacienta** převážně charakter **dicentního, indexového sin-znaku** s vysokým podílem **ikoničnosti**. V průběhu sémiotického procesu se pro něho interpretant zaostřuje na „nebezpečí, že bídně zemře jako jeho soused“. Lékařův a pacientův **konstrukt skutečnosti** se od sebe mohou sotva více lišit: Zatímco lékař ze svého vědění o pravidelném vztahu „low-risk-melanom“ získává jistotu, pacient se cítí být ohrožen na životě.

Tím se potvrzuje naše domněnka: Precizní, individuální a pomáhající informace přepokládá změnu základů komunikačních procesů opírajících se o teorii poznání: Lékař může přispět k vývoji konceptů vědění na straně pacienta pouze tehdy, pokud zná individuální skutečnost pacienta a je schopen navázat na předchozí vědění nemocného.

Takovýto další vývoj komunikační lékařské praxe předpokládá navíc znalosti zákonitostí vývoje znaků („sémiotická logika“) a jejich podpory při komunikaci („sémiotická rétorika“).

Obrázek 2-7 Interpretační charakter znaků



Pokračování v příštím čísle

KNIHY

Vážení kolegové a kolegyně,

ráda bych Vás informovala o nové knize, která by měla vyjít letos na jaře. Jde o publikaci, která se zabývá vztahem mezi křesťanstvím a psychoterapií. Pojednává o zdravé přirozenosti a zdravé spiritualitě, o vztahu mezi tělem, duší a Bohem, o postoji věřících lidí k emocím, agresí a sexualitě. Zabývá se následky znehodnocení emocionálních schopností. Prezentuje, jaký dopad na duchovní život, ale i duševní zdraví, může mít mylné pojetí hříchu či falešné představy o Bohu. Ukazuje také nejčastější chyby v chápání pojmu askeze a vysvětluje, co askeze ve skutečnosti je a jaký je její význam pro duchovní život i duševní zdraví.

Kniha se zabývá také křesťanstvím v terapeutickém vztahu a prezentuje základní postoje terapeutů k duchovnímu životu. Odpuštění a smíření je zde chápáno nejen jako náboženský úkon, ale i jako úkon se značným terapeutickým efektem. Vzhledem k tomu, že věřící pacienti tvoří nezanedbatelnou část naší klientely, věřím, že kniha může být přínosem pro psychiatry a psychology a může být zdrojem poučení i pro pacienty, a to nejen pro praktikující křesťany.

Na žádost nakladatelství nyní provádím průzkum zájmu o tuto publikaci. Pokud Vás toto krátké oznámení zaujalo, prosím, abyste mi napsali, a také, abyste tento mail přeposlali těm, kteří by případně také mohli mít zájem.

S pozdravem Dr. Ilona Burdová

e-mail : Ilona.Burdova@seznam.cz

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: 40, 1, 2, 39 / 38, 3,4,37/ 37,5,6,36/ 35,7,8,34/ 33,9,10,32/ 31,11,12,29/ 28,13,14,27/ 26, 15,16,25/ 24,17,18,23/ 22,19,20,21/ 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 MECLOVA@SKTLIB.CZ, bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tištěného čísla je 50 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.**

TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Psych@Som

Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne PPI Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010