

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
 MUDr. Aleš Füst: furst@pbsp.cz
 Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz
 PhDr. Ludmila Trapková trapkova@mybox.cz
 Mgr. Pavla Loucká
 Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz
 SKT Liberec
 Jáchymovská 385
 460 10 Liberec 10
 Tel.: +420 485 151 398

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

Uzávěrka čísla 2/2014 dne 15. 5. 2014, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 5. 2014.
 Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih
 a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed.
 ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerus.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od roku 2014 spolupracuje s Psychosomatickou společností České lékařské společnosti J.E.P. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praxí a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

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



OBSAH 4/2013

<i>Obsah 4/2013.....</i>	<i>93</i>
Editorial	95
<i>Chvála V.: Končí život v mezerách?</i>	<i>95</i>
Pro praxi	97
<i>Honzák R., Chvála V.: Psychosomatická medicína</i>	<i>97</i>
Teorie	108
<i>Poněšický J.: Bio-psycho-socio-filosofické pojetí psychosomatiky. Příspěvek k identitě psychosomatika/y</i>	<i>108</i>
Výzkum	118
<i>Ježorská Š., Vévoda J., Petrášová H., Ivanová K.: Hodnocení vlivu sociální opory na míru úzkosti a deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem</i>	<i>118</i>
Filosofie	126
<i>Komárek S.: Duše a tělo.....</i>	<i>126</i>
Recenze	132
<i>Trapková L.: Recenze Komárkovy knihy Tělo, duše a jejich spasení</i>	<i>132</i>
Úvahy, eseje	137
<i>Honzák R.: De morbo telephonico (Nové nemoci).....</i>	<i>137</i>
<i>Honzák R.: Sůl nad zlato pro potravinářské a farmaceutické firmy; pro lidi ne.....</i>	<i>140</i>
Diskuse	143
<i>Po prvním setkání: Reakce na kurz Základní psychosomatická péče IPVZ</i>	<i>143</i>
Zprávy ze zahraničí.....	148
<i>Masner O.: Psychosomatická medicína ve Vídni aneb nesnesitelná lehkost léčení</i>	<i>148</i>
Politika, koncepce	152
<i>Byla založena odborná společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP</i>	<i>152</i>
<i>Charakteristika akreditovaných pracovišť v ČR.....</i>	<i>155</i>
Akce, nabídky	159
<i>AKTIVNÍ IMAGINACE V POHYBU.....</i>	<i>159</i>
<i>15. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI.....</i>	<i>161</i>
VYCHÁZÍ.....	163
<i>Logoterapie</i>	<i>163</i>



<i>Teorie a praxe poradenské psychologie</i>	<i>164</i>
<i>Pokyny pro autory</i>	<i>166</i>



EDITORIAL

CHVÁLA V.: KONČÍ ŽIVOT V MEZERÁCH?

Druhé číslo Psychosomu v roce 2014 je plné psychosomatiky. Tři hutné texty ukazují bohatost bio-psycho-somatického pojetí zdraví a nemoci. K tomu se sice oficiálně hlásí celá WHO, ale praxe je jen bio-bio-bio. Když budeme vědět, jak složitá je problematika psycho- a socio- oblastí, nemusíme nikomu vyčítat, že se drží jen svého bio-pojetí. Ale stejnou toleranci, podobný respekt a zdroje, jsme chtěli i z druhé strany pomyslné barikády. Protože nás, kdo jsme se vydali na cestu k psychosomatice, nevedla touha po odlišení, ale naše vlastní lékařská praxe. Hledali jsme, co našim chronickým pacientům pomůže. Hledali jsme, kde to šlo, zpravidla v mezerách mezi obory. Psychosomatická medicína se konečně stala regulérní součástí českého zdravotnictví. Nyní je možné se vzdělávat v rámci tzv. certifikovaného kurzu, tzn. v návstavné atestaci na jakýkoli klinický obor. Úředníci už vědí, že tato škatulka existuje, a tak najednou všechno může fungovat. Máme akreditační komisi MZD., subkatedru psychosomatiky IPVZ, máme odbornou společnost. Jsme legální. Skončí teď náš život v mezerách mezi obory? To záleží na tom, co sami s novou situací uděláme. Jak naplníme náš obor. Čím si získáme respekt většinové bio-medicíny.

K tomu si musíme položit otázku, co nás vedlo (nebo svedlo?) k cestě mimo hlavní proud. Nespokojenost? Neochota podvolit se diktátu doporučených postupů? Neschopnost přijmout jedinou myšlenkovou doktrínu medicíny bez

emocí a bez příběhu nemocného? Nedůvěra v jedinou správnou cestu vyznačenou výzkumem? Možná od každého trochu. Každý pak bloudil, jak to jen šlo. Našli jsme a osvojili si akupunkturu, paradoxně evropskému myšlení nejvzdálenější způsob léčení. Později se někteří z nás seznámili s celým systémem čínské medicíny. Od akupunktury byl už jen krůček k elektroakupunktuře dle dr. Vola (čti „fola“), a odtud k „informační“ medicíně a doslova k virtuální realitě. O duši jsme se neučili, hledali jsme tedy nehmotné „příčiny nemoci“. Do toho se vrátila dávno vyhnaná homeopatie a vzbudila odpor vědců a nadšení praktiků. To všechno ještě v rukou lékaře (když nebudeme trvat na hmotných důkazech účinku) mělo charakter medicínské praxe. A protože navíc u části populace tyto metody byly (a jsou) účinné, marný byl boj skeptiků proti tomu všemu, co vzdoruje objektivizaci. A to nechci ani vytahovat na světlo metody z hlediska vědy daleko za hranou. Kolik dobré vůle, kolik hledajících, kolik bloudících?

Co bylo tím hlavním vodítkem při hledání, co bylo kompasem, abychom ještě byli schopni říci, že jsme lékaři? To není těžké uhádnout. Byli to pacienti, kteří nebyli léčitelní podle našich učebnic. Stonali, měli nepochybně potíže, neměli k nim často odpovídající nálezy, anebo i měli, ale nereagovali na správně indikovanou léčbu. Byli to stále titíž pacienti, pacienti psychosomatičtí. Domnívám se, že celý ten boom alternativních metod nastal především v



důsledku absence a naprostého popření psychosomatické medicíny. Tedy popření skutečnosti, že teorie a praxe stojí vždy jak na biologických, tak na psychologických a sociálních vědách. Trest za zpupnost vědy, která se rozhodla zobrazit a zdokumentovat všechno, co lze. A co vidět není, tak popřít. Tvrdit, že to prostě není. Jenže v tom je právě ten kámen úrazu, ani psychické, ani sociální systémy zobrazit nelze. Lze se na ně jen zeptat a uvěřit. Ale v medicíně postavené na nedůvěře (a co jiného je medicína vyžadující objektivizaci?) uvěřit bez ověření není možné. Možná to hlavní, co potřebuje náš pacient, je, abychom mu uvěřili. Pak může uvěřit on nám.

A tak najednou po těch letech hledání v mezerách stojíme vzpřímeně, zvedáme oči od svých pacientů, a když se sejdeme, můžeme se dohadovat, co je to vlastně ta psychosomatická medicína. Každému se zkrátka vyplatilo dělat něco jiného, a tak si může stát za svým. Rozhodující je, co pomohlo našim pacientům. Mám zkušenost, že vedle důvěry, že pacient je opravdu nemocný, pomáhá sebedůvěra lékaře, že umí a může pomoci. On sám musí věřit tomu, co pacientovi nabízí. Snad proto mají lékaři odjakživa tendenci zaujímat expertní pozici. Pacienti to žádají, a lékařům to pomáhá. Jenže to nepomáhá vždy. A nejvíc to vážne tam, kde jsou ve hře psychické i sociální faktory vedle těch biologických. Proč? No právě proto, že se o nich

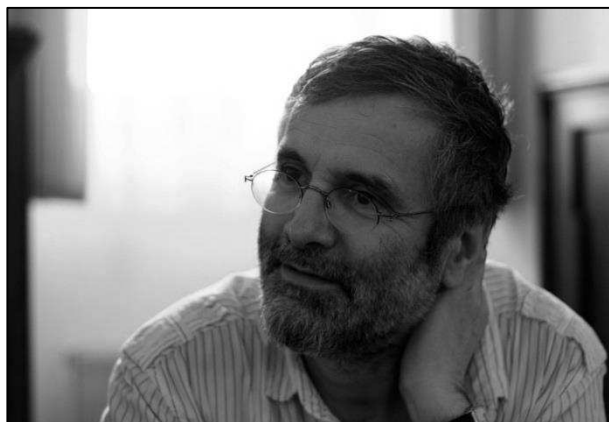
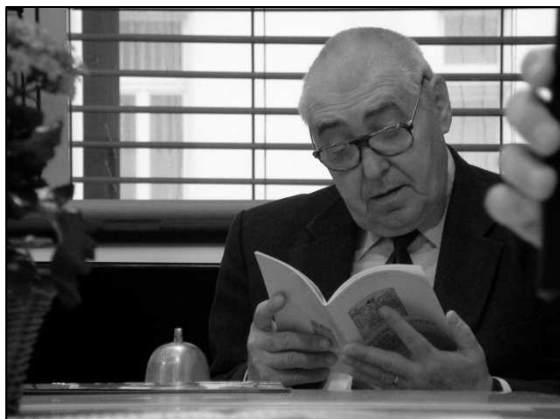
můžeme dovědět pouze v dialogu. Musíme se na ně umět zeptat. A to vyžaduje umění vytvořit důvěryhodný vztah s pacientem a umění ptát se. To není jen tak. V dialogu, je-li to opravdový dialog, se proměníme. Po dialogu jsme jiní, protože jsme vzali vážně také argumenty toho druhého. To je samozřejmě velmi náročný požadavek. Přitom to vypadá tak samozřejmě. Vždyť s nimi mluvíme, řeknou všichni lékaři. Ano? Mluvíme? Ptáme se jich, jak se jmenují, u jaké jsou pojišťovny a co je bolí. A pak už diktujeme, co je třeba vyšetřit, kam je třeba zajít, co mají brát za léky a kdy mají přijít na kontrolu. To není dialog, ale monolog.

Proto jsem přesvědčen, že bio-psychosomatické, a tedy dialogické pojetí jako definice psychosomatické medicíny úplně stačí. Velká výhoda je v tom, že většinová medicína, která se formálně k tomuto přístupu hlásí, nemůže proti takové psychosomatické medicíně nic namítat. Abychom v rámci medicíny měli své místo, musíme přinést něco nového, co ostatní obory neumí, nebo přehlíží. Například otevřít se dalším odborníkům, klinickým psychologům, rodinným a systémovým terapeutům, fyzioterapeutům, případně dalším odborníkům, a vytvořit s nimi takové týmy, v nichž se budou naše znalosti a dovednosti spíše podporovat než devalvovat.

V Liberci 3. 6. 2014



PRO PRAXI



HONZÁK R., CHVÁLA V.: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

(aneb tahák pro studenty, kapitola z připravované učebnice Psychiatrie LF UK)

SOUHRN: HONZÁK R., CHVÁLA V.: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA. PSYCHOSOM 2014; 12 (2). s. 97- 107: Autoři shrnují co nejstručněji historii pojmu psychosomatika. Ukazují na tradici i na současné možnosti tohoto oboru. Text je určen pro učebnici psychiatrie lékařské fakulty. Proto představuje tu nejstručnější informaci pro studenty.

SUMMARY: HONZÁK R., CHVÁLA V.: PSYCHOSOMATIC MEDICINE. PSYCHOSOM 2014; 12 (2). The authors summarize as briefly as possible the history of the term psychosomatics. They refer to the tradition and the contemporary possibilities of this field. The text is intended to be a textbook of psychiatry for the Faculty of Medicine. Therefore it represents the most concise information for students.



Slovo **psychosomatika** bylo vynalezeno roku 1818 německým psychiatrem Heinrothem a použito jako označení jedné spánkové poruchy. Za dvě staletí své existence mělo různé náplně, proto je nezbytné si na počátku této kapitoly ujasnit, co se pod tímto pojmem rozumí dnes.

Psychosomatická medicína (=biopsychosociální přístup, celostní, holistická, také behaviorální medicína) požaduje, aby v diagnostice, léčbě, rehabilitaci a prevenci byly brány v úvahu vedle faktorů biologických rovněž faktory psychologické, sociální, eventuálně i spirituální, které jsou nedílnou součástí výbavy člověka ve zdraví a nemoci.

Psychosomatická medicína **není alternativou** (ve smyslu buď, anebo) současně dominující medicíny založené na důkazech (EBM = evidence based medicine), ale je požadavkem na její rozšíření z modelu biologického preparátu na model skutečného člověka, jehož zdravotní problémy vidí v celkovém kontextu jeho bytí.

Psychosomatická medicína také **není** naukou o psychogenezi, tedy vzniku nemocí cestou psychologického konfliktu, ani selektivní naukou o specifických psychosomatických chorobách, jak byla ve 30. letech minulého století se svými deklarovanými sedmi klinickými jednotkami (hypertenze, hypertyreóza, astma, vředová choroba žaludku a duodena, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida a atopický ekzém), ale požaduje biopsychosociální přístup u všech nemocí.

Jestliže přední neurochirurg, jehož názory jsou vážně brány v potaz také v širších kontextech, prohlásí na kameru, že psychosomatiku neuznává, protože ještě neviděl, že by touto cestou bylo možné vyléčit mozkový nádor, je možné k tomu pouze dodat, že vůbec

nepochopil, o co se jedná, a že jde o argument stejně nesmyslný, jakým by bylo opačně postavené tvrzení, že neurochirurg neumí léčit psoriázu. Pacient po operaci mozkového nádoru totiž bude mít mnoho psychosociálních problémů, s nimiž – jak vidno – mu už specialista pomoci nehodlá.

Psychosomatika **nechce vše léčit pouze a jenom psychologickými prostředky**, biologickou léčbu uznává v plném rozsahu, psychoterapii považuje však za indikovanou v mnoha případech, zejména tam, kde se na vzniku a udržování obtíží patogeneticky významně podílejí psychosociální vlivy. To je zejména oblast tzv. funkčních poruch bez odpovídajícího patologicko-anatomického nálezu (MUS – Medically Unexplained Syndromes).

Psychosomatická medicína **není součástí ani odnoží psychiatrie**, přestože část pacientů, léčených zde, u ní pomoc bude hledat a přestože jistě využívá psychoterapeutické, farmakoterapeutické i některé další postupy v psychiatrii běžně používané.

Měla by být – v zájmu destigmatizace nemocných – od psychiatrie naopak striktně oddělena a stát se součástí přístupu většiny lékařů, zejména pak lékařů praktických a rodinných. Má však své místo ve všech specializacích (tedy zdánlivě paradoxně i v psychiatrii, již však není podřazená) jako pohled primárně na nemocného, a teprve skrze něj na jeho nemoc. Léčí tedy především pacienta, nikoliv především nemoc.

Dvojitý pohled na nemoc zohledňuje anglická terminologie pojmy *illness*, do češtiny ne zrovna nejšťastněji překládaným jako stonání, a *disease* – choroba ve smyslu medicínského konstruktů.



„*Illness* je to, co pacient **cítí**, když jde k lékaři, zatímco *disease* je to, co **má**, když od lékaře odchází. *Disease* je něco, čím trpí orgán, zatímco *illness* je něco, čím trpí pacient“ (C. K. Cassel).

	ILLNESS – STONÁNÍ	DISEASE – CHOROBA
ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA	SUBJEKTIVNÍ. PROŽITEK/ZKUŠENOST, POCIT DISKOMFORTU	OBJEKTIVNÍ. MEDICÍNSKÝ KONSTRUKT ZAMĚŘENÝ NA PORUCHY V ORGANISMU
FILOSOFIE	SUBJEKTIVISMUS	POZITIVISMUS
KLINICKÝ ROZDÍL	OBTÍŽE („SYMPTOMS“)	OBJEKTIVNÍ NÁLEZY („SIGNS“)
VÝKLADOVÝ MODEL	OD RACIONÁLNÍHO PO FANTASMAGORICKÝ	ETIOPATOGENEZE (VĚDECKY OVĚŘENÁ ČI OVĚROVANÁ)
LÉČBA	OD RACIONÁLNÍ LÉČBY PO RŮZNÉ ALTERNATIVNÍ POSTUPY	KAUZÁLNĚ ZAMĚŘENÁ (V OPTIMÁLNÍM PŘÍPADĚ)
NESOULAD MODELŮ	STESKY NEODPOVÍDAJÍ OBJEKTIVNÍM NÁLEZŮM (OBTÍŽE MOHOU BÝT VĚTŠÍ NEBO MENŠÍ NEŽ NÁLEZ)	OBJEKTIVNÍ NÁLEZ NEODPOVÍDÁ UVÁDĚNÝM SYMPTOMŮM
PROBLÉMY	NEOVĚŘITELNOST (NAPŘ. INTENZITA UVÁDĚNÉ BOLESTI)	FALEŠNĚ POZITIVNÍ NEBO FALEŠNĚ NEGATIVNÍ NÁLEZY

OBRÁZEK 1: HLAVNÍ ROZDÍLY MEZI „ILLNESS“ A „DISEASE“, STONÁNÍM A CHOROBOU

Psychosomatická medicína vznikla jako reakce na mechanický přístup stávající medicíny vědecké (EBM). Abychom pochopili rozdíl mezi oběma přístupy, je nutné jít do historie. Řecký filosof Platón rozdělil člověka na tělo a duši. Duši přirovnal k dvojspřeží, jehož vozatajem je rozum. Ten má na uzdě dva koně: vzpurného – špatné emoce a hodného – dobré emoce. Tento model převzal jako základ pohledu na člověka jeden z otců evropské medicíny, Galénos z Pergamu, Nabádal sice své žáky, aby o duši dbali stejně jako o tělo, ale to se posléze neuskutečnilo.

Postgalileovské období přineslo rozvoj věd jako specifického pozitivistického způsobu poznávání určitých oblastí,

údajně (hohohó!) nezátíženého ideologií. Základní domněnky, představy a hypotézy té které vědy se nazývají **paradigma**. Také medicína zatoužila být vědou, a to vědou o člověku, který však měl platónskou nesmrtelnou duši. Církev, tehdy ještě mocná a své nepřátele zvesela upalující, sice mlčky povolila pitvu mrtvého těla, křehké to schránky nesmrtelné duše, péči o ni ale ze své kompetence nehodlala pustit.

Tehdy přišel medicíně na pomoc francouzský filosof a matematik René Descartes a navrhl, ať mladá věda ponechá duši ve správě církve a možná také zčásti filosofie, a člověka ať bere jako **rozumný stroj** (to byl tehdy běžně užívaný terminus technicus). Nemoc



v tomto pojetí je pak poruchou provozu rozumného stroje a lékař je odborník, který ji rozpoznává a dle svých možností řeší. Tyto filosofické základy po vědecké stránce požehnal slavný patolog Rudolf Virchow, který ve své neméně slavné učebnici z r. 1858 stanovil, že **nemoc je porucha buněk, tkání a orgánů**, z níž pramení porucha funkce, a ta se projeví nejrozličnějšími příznaky. To se tenkrát stalo základním paradigmatem medicíny a pro EBM to je platné – s obohacením o postupně získané poznatky – v zásadě dosud. Pro emoce zahrnuté v platónské duši není v EBM místo. Pouze jejich patologické podobě se věnuje psychiatrie.

Emoce nejsou žádní koně, ani efemérní motýlci, jsou to biologické neurochemické děje, řídicí systémy, starší než systémy kognitivní, tedy rozum, rychlejší a účinnější. Vytvářejí funkční strukturu, ovlivňující průběh všech fyziologických i patofyziologických dějů. „Emoce se odehrávají v divadle těla, v divadle vědomí pak vystupují jako **pocity**“ (A. Damasio). Plky psychologů o „tělesnění emocí“ jsou holým nesmyslem, protože emoce jsou primárně tělesné děje. Jenže EBM s nimi nepočítá!

Slovo emoce pochází z latinského slovesa *emovere* – pohnout, vzrušit (z *movere* – hýbat). Emoce jsou tedy něčím, co s námi doslova hýbe. Tento pohyb dle jeho složitosti můžeme rozdělit na **nabuzení** versus **uklidnění**, pohyb **k něčemu (někomu)** nebo **od něčeho**, a posléze na **spolupráci** versus **soupeření**. Psychologové se nakonec shodli, že základních emocí je šest: strach, hněv, radost, smutek, hnus a údiv. Z nich se skládá mnoho dalších, podobně jako ze tří základních barev je složena polychromatická barevná paleta. Lidé, kteří si uvědomují jen somatické projevy emocí, aniž jsou schopni zachytit jejich pocitový překlad do oblasti

vědomí, se označují jako **alexithymici** (z řeckého *a* – ne, *lexi* – čtu, *thymos* – emoce) a tvoří část pacientů v množině somatizačních poruch, protože tuto skutečnost vnímají jako nepříjemnou až chorobnou.

Dalším dynamickým konceptem, který psychosomatika zohledňuje, je působení **stresu** na organismus. Podle bruselských požadavků rozlišujeme **stres sociální (organizační), psychologický (prožívaný jako obtížně řešitelná situace) a fyziologický, resp. patofyziologický na úrovni biologického organismu**. Fyziologii a patofyziologii stresu se začal zabývat ve 20. století už Walter Cannon, rozhodující poznatky ale přinesl až Hans Selye.

Dříve, než se budeme věnovat stresové koncepci, je nezbytné zmínit slavné období psychosomatiky ve 30. letech, které je natolik vlivné, že mnoho lidí – lékařů i laiků – ho stále považuje za živé učení, přestože sami autoři ho po kritické revizi označili za slepou cestu.

Freud, někteří jeho předchůdci a mnoho následovníků prokázali, že do té doby intuitivní a v atmosféře biomedicínského pozitivismu spíše folklorní představa o možnosti **psychogeneze** některých obtíží je reálná. K tomu, aby se objevily tělesné příznaky, není tedy nezbytná porucha tkání.

Triumfální Freudovo turné po USA přineslo v této zemi psychoanalýze nesmírnou popularitu, a to v době, kdy biomedicínský výkladový model dostával v některých oblastech trhliny. V 30. letech existovala významná část nemocných, pro jejichž obtíže chyběl přiměřený patologicko-anatomický korelát, navíc byla u nich na první pohled nápadná psychosociální problematika. Může-li být výsledkem intrapsychického konfliktu neuróza, může být za jistých



okolností jeho výsledkem „orgánová neuróza“. Tak zní výchozí hypotéza psychosomatické medicíny, u jejíhož zrodu stál Franz Alexander a Flanders Dunbarová, mj. také zakladatelé stále vycházejícího prestižního časopisu **Psychosomatic Medicine**.

Tvůrci prvního vážného pokusu o integraci vycházeli z teorie **specificity** a teorie **psychogeneze** tzv. psychosomatických nemocí, mezi něž zařadili hypertenzi, hypertyreózu, astma, vředovou chorobu, ulcerativní kolitidu, revmatoidní artritidu a atopický ekzém.

Vzhledem k tomu, že lékaři provozující praxi měli intimní zkušenost se skutečností, že pacienti s těmito diagnózami skutečně mají výrazné psychologické až psychopatologické charakteristiky, měly psychosomatické myšlenky značnou odezvu. Přestože v 50. letech autoři sami na základě provedené slepé studie nepotvrdili hypotézu specificity, myšlenka psychosomatických souvislostí zůstala a byla dále rozpracovávána.

Selye navázal na starší Cannonovy práce, zaměřené na poplachovou (adrenergní fázi), a rozpracoval také mechanismy druhé fáze stresu – rezistence, až do závěrečného selhání po vyčerpání rezerv. Selye geniálním myšlenkovým skokem vyslovil předpoklad, že **stresové vlivy z psychosociální sféry budou stejně nebezpečné jako stresové vlivy z oblasti biologické**. Tuto jeho myšlenku experimentálně ověřil Herbert Weiner v prospektivní studii provedené na brancích paradesantní jednotky. Zde prokázal, že kombinace určitých osobnostních charakteristik typických pro pacienty s vředovou chorobou a biochemických odlišností – vyšší koncentrace pepsinogenu – vede ve stresových podmínkách k rozvoji onemocnění.

Stresová teorie vedená zásadní myšlenkou **nespecificity** možných stresových vlivů vnesla zásadní obrat do původně analytických koncepcí a pomohla nashromáždit cenné poznatky, z nichž bylo možné vyvozovat další hypotézy. Také psychosomatika se odklání od představy, že intrapsychický konflikt je jediným spouštěčem obtíží, je objevován význam mezilidských – interpersonálních – vztahů (Sullivan) a v 60. letech je formulována teorie životních událostí.

Přestože se Weiner zcela nevzdal prvků specificity, vytvořil svou koncepcí přechod do další etapy psychosomatického přístupu, a to do modelu označovaného jako **stres > diatéza**, který se do značné míry podobá úvahám Galénovým. Podíváme-li se na vývoj výzkumu stresu, vidíme zde – na rozdíl od původních psychosomatických předpokladů – důsledné prosazování především **nespecifických** vlivů, a to jak v pracích Cannonových ze začátku století, jež byly zaměřeny na poplachovou fázi, tak především v díle Selyeho, který tuto skutečnost zdůraznil již v názvu stresové odpovědi (GAS – nespecifický adaptační syndrom).

Selye posloužil psychosomaticce hlavně tím, že po propracování teorie nespecifického adaptačního syndromu geniálním logickým skokem vyslovil předpoklad, aniž tuto hypotézu experimentálně ověřoval, že stresory přicházející z psychosociální oblasti budou mít na organismus stejný vliv jako stresory z oblasti biologické.

Stres si můžeme představit (viz obr. 1) jako autonomně probíhající kaskádu dějů, které mají v první **poplachové** fázi připravit organismus na útok nebo útek, ve druhé fázi **rezistence** pak na přežití za krajně nepříznivých okolností. Stres je mechanismus ochraňující život,



a to za nesmírně vysokou energetickou cenu, navíc však také za cenu „vypnutí“ některých funkcí (např. imunity) v zájmu posílení funkcí zásadních a prioritních. Zatímco první fáze je řízena přede-

vším sympatickým systémem a druhá systémem parasympatickým, představuje třetí fáze **vyčerpání** selhání regulačních mechanismů a dezorganizaci jak systémů řídicích, tak systémů řízených.



OBRÁZEK 2

Připomeneme-li si fyziologické a patofyziologické procesy, jež se během stresové reakce odehrávají, máme při jejich promítnutí do klinické roviny

pestrý obraz řady obtíží, z nichž méně závažná část může být označována ještě jako funkční, závažnější část (např. důsledky zvýšené krevní srážlivosti pro



nemocné ICHS) již jako plně klinicky relevantní až smrtící.

Stres je jednoznačně výhodný v boji o biologické přežití; jeho účinnost je však přinejmenším dubiózní, pokud se spouští na podněty (někdy velmi malicherné) z psychosociální oblasti. Řešením a prevencí škodlivých důsledků jsou mechanismy označované jako „coping“, tedy strategie, které mohou od samého počátku modulovat průběh, a tedy i závažnost stresové reakce.

Stresová hypotéza našla své praktické uplatnění v **teorii životních událostí**, která klinicky prokázala, že nadměrná stresová zátěž znamená reálné ohrožení zdravotního stavu. U jejího zrodu nestál v 50. letech minulého století žádný badatelský tým, ale úředníci zdravotních

pojišťoven ve Walesu, kteří si všimli, že vdovy po zavalených hornících mají více zdravotních obtíží, závažnějších a často smrtících, než randomizovaná kohorta žen, jež tato životní událost nepoznala.

Po více než patnácti letech klinických výzkumů prováděných po celém světě sestavili američtí psychologové Holmes a Rahe známou tabulku životních událostí (ŽU), kde každé významné životní události přiřadili určitou bodovou hodnotu od 100 (úmrtí partnera) po 11 (přestupek, např. dopravní a jeho úřední řešení). Klinické zkušenosti odpovídá, že pokud někdo během posledních 12 měsíců „nasbírá“ více než 350 bodů, je u něj vysoká pravděpodobnost vzniku psychického nebo tělesného („psychosomatického“) onemocnění. (Tabulka 1)

Tabulka 1

Inventář životních událostí	
Úmrtí partnera.....	100
Rozvod.....	73
Rozvrat manželství.....	65
Uvěznění.....	63
Úmrtí blízkého člena rodiny.....	63
Úraz nebo vážné onemocnění.....	53
Sňatek.....	50
Ztráta zaměstnání.....	47
Usmíření nebo přebudování manželství.....	45
Odchod do důchodu.....	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny.....	44
Těhotenství.....	40
Sexuální potíže.....	39
Přírůstek nového člena rodiny.....	39
Změna zaměstnání.....	39
Změna finančního stavu.....	38
Úmrtí blízkého přítele.....	37
Přeřazení na jinou práci.....	36
Závažné neshody s partnerem.....	35
Půjčka vyšší než průměrný roční plat.....	31
Splatnost půjčky.....	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání.....	29
Syn nebo dcera opouští domov.....	29
Konflikty s tchánem/tchyní/zetěm/snachou.....	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon.....	28
Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání.....	26
Vstup do školy nebo její ukončení.....	26
Změna životních podmínek.....	25
Změna životních zvyklostí.....	24
Problémy a konflikty se šéfem.....	23
Změna pracovní doby nebo podmínek.....	20
Změna bydliště.....	20
Změna školy.....	20
Změna církve nebo politické strany.....	19
Změna sociálních aktivit.....	18
Půjčka menší než průměrný roční plat.....	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu.....	16
Změny v širší rodině (sňatky, úmrtí).....	15
Změna stravovacích zvyklostí.....	15
Dovolená.....	13
Vánoce.....	12
Přestupek a jeho projednání.....	11

Je pochopitelné, že bodová hodnota není univerzálně platná a že osobnostní vlastnosti i sociální okolnosti mají vliv na dopad zátěžové situace. Na druhé straně poslední výzkumy ukazují, že hodnoty inventáře ŽU korelují s některými patofyziologickými parametry těsněji než subjektivní výpověď o prožívaném distresu pacientů. Poslední práce dokládají, že životní události spojené s pocitem ponížení a devalvace životní role mají horší dopad než události spojené s ohrožením nebo ztrátou.

Ve druhé polovině 20. století nabídl Ludwig von Bertalanfy a Geoffrey Bateson vědám nové paradigma: všeobecnou teorii systémů, která překračuje striktně scientistní rámec. Podle systémové teorie je možno nahlížet na každé jsoucno nebo jev jako na svébytný systém, jenž obsahuje celou řadu subsystémů, současně je však sám subsystémem systémů vyšších. Změny, které se odehrají v některém ze



subsystémů, se zákonitě odrážejí také v subsystémech dalších, ne však ve smyslu lineární kauzality, ale daleko častěji ve smyslu kauzality cirkulární, v níž změny neprobíhají jednosměrně, výsledek může zase zpětně působit na příčinu a vyvolávat další změnu.

V případě sledování ČLOVĚKA ve zdraví a nemoci je možné pohlížet na člověka jako na systém, který obsahuje subsystémy řídicí (nervový, endokrinní, imunitní) a systémy řízené (trávicí, oběhový, pohybový...). Tyto subsystémy pak můžeme dále dělit na orgány, tkáně, buňky, molekuly atd., které jsou sledovány specializovanými odvětvími. Nicméně v celostním pohledu člověk jako takový není absolutním vrcholem této pyramidy, ale subsystémem vyšších psychosociálních systémů. Z nich nejbližším nadřazeným subsystémem je dvojice – dyáda, dalším rodina, pak užší lidské společenství, národ... až celý zemský systém označovaný jako Gaia. Problém je obvykle v tom, jak takový přístup realizovat, nechceme-li zůstat u obecného tvrzení, že „vše souvisí se vším“, které samo o sobě nepřináší žádný praktický posun v možnostech léčby. Ten přináší až praktická aplikace v systemické rodinné terapii, o které se zmíníme dále.

Můžeme-li si pohodlně představit, že závažná změna v některém z řízených systémů, například kardiovaskulární onemocnění, se může odrazit v systémech řídicích, např. ve stavu psychické pohody, a to nikoli univerzálně (někoho nemoc psychicky zlomí, v jiném naopak mobilizuje síly) a dále v systémech vyššího řádu, rovněž velmi individuálním způsobem (některá rodina se stmelí, jiná se v takové situaci rozpadne), je nutné přijmout i myšlenku, že změny odehrávající se v systémech vyššího řádu se odrazí v subsystémech nižších (např. dysfunkční rodina bude

„produkovat“ více chorobných stavů). Úhel pohledu je zde zaostřen, jak již bylo uvedeno, na člověka ve zdraví a nemoci, nikoli na sledování CHOROB v člověku.

Tento teoretický model zapracoval do požadavků na psychosomatický přístup nejprve americký psychiatr Engel, a posléze (v 80. letech) kanadský psychosomatik a psychiatr Lipowski. Pro odlišení od klasické psychosomatické koncepce konce 30. let minulého století oba autoři prosazují označení **bio-psychosociální (celostní) přístup**. Ve vymezení tohoto přístupu je uvedeno, že jde o vědeckou a klinickou disciplínu, zabývající se:

- studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi;
- studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii, načasování začátku onemocnění, průběhem a vyústěním **u všech nemocí**;
- prosazováním celostního biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné;
- aplikací psychiatrických, psychologických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických nemocí.

Nejčastěji se biopsychosociální přístup v klinice uskutečňoval prostřednictvím tzv. **liaison (konzultační) psychiatrie či psychologie**, která je považována za svébytnou odnož těchto klinických disciplín. Její vývoj v Evropě můžeme sledovat od 60. let minulého století, kdy vznikla řada „psychosomatických klinik“, lůžkových zařízení orientovaných na diagnostiku a léčbu „psychosomatických chorob“, za něž byly považovány jednak nemoci takto označené Alexanderem a Dunbarovou, jednak funkční obtíže bez přiměřeného patologickoanatomického korelátu (dnes nazývané MUS – medically unexplained syndromes). Od konce minulého století ale také vznikají



svébytná psychosomatická pracoviště (Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch – Liberec, Psychosomatická klinika Praha a další).

Dnes se tedy psychosomatická medicína u nás – díky úřednímu uznání – dostatečně emancipovala, aby nemusela být

závislá na žádném ze specializačních oborů a stala se samostatně působícím přístupem pro všechny lékaře. Zejména pro všeobecné, kteří by ji v zájmu nemocných, ale také ve svém vlastním zájmu měli zařadit do svého armamentaria. Nejlépe podle vzoru NSR, kde velmi efektivně funguje již řadu let.

RODINNÁ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Zajímavou možnost jak nahlížet na psychosomatické poruchy nabízí *teorie systémů* Ludwiga von Bertalanffyho a praxe *rodinné terapie*. Výzkum vlivu konfliktní komunikace na organismus přinesl přesvědčivé důkazy o tělesných regulacích, které jsou podkladem pro vznik nejrůznějších symptomů, už v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století. Málokterá teorie má takovou oporu v každodenní zkušenosti i v jazyce, jako teorie rodinné terapie. Vždyť nejsilnější vliv na naši duševní rovnováhu mají právě ti nejbližší. A přece se tímto směrem dnes ubírá málokterý výzkum. Na otázku, proč je tomu tak, existuje řada odpovědí. Určitě to není jen nezájmem výzkumníků. Jedním z podstatných faktorů je skutečnost, že systemická teorie překračuje rámec hned několika oborů s naprosto odlišnými koncepty světa, které lze těžko sloučit v hlavě jednoho badatele či jedné katedry. K ilustraci postačí položit si otázku, jaké důsledky pro praxi má Engelův *biopsychosociální model nemoci*, který WHO přijala za svůj již v r. 1977.

Zdánlivě jednoduchá odpověď, že každá nemoc je ovlivňována jak biologickými, tak psychickými a sociálními faktory, se komplikuje, jakmile uvážíme, jakým způsobem se tyto jednotlivé oblasti lidské existence vzájemně ovlivňují. Jeden z nejsrozumitelnějších výkladů

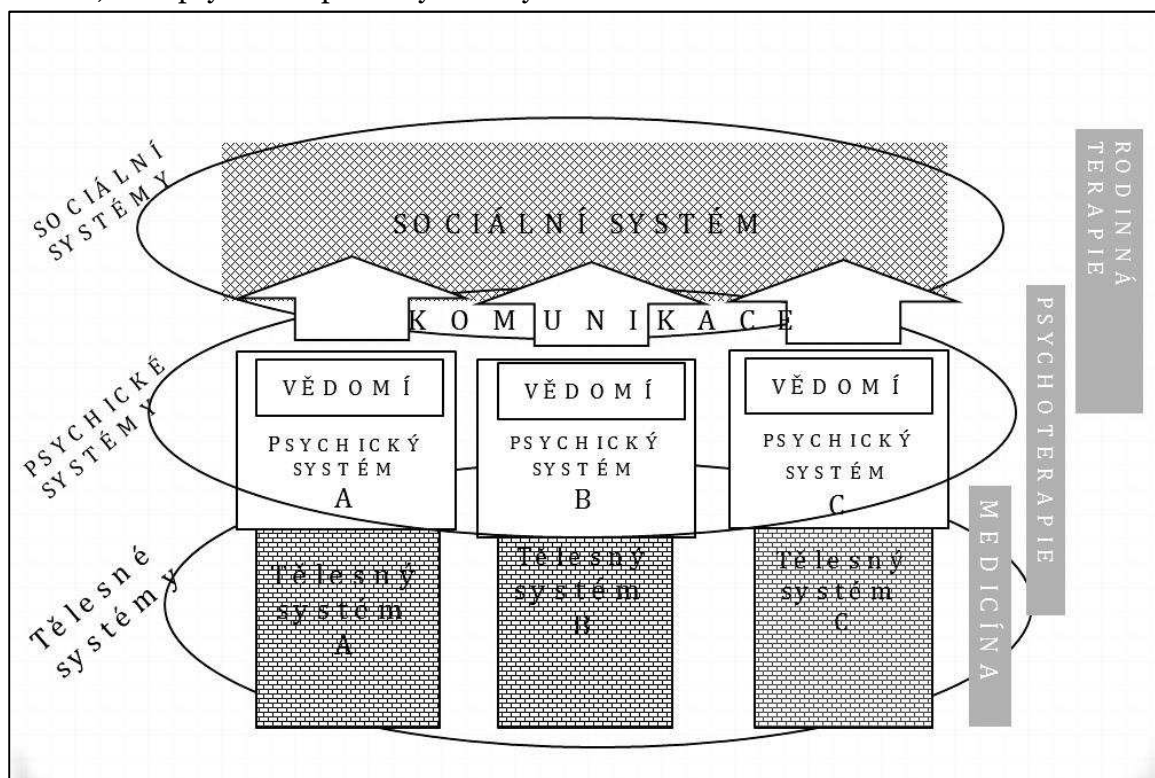
toho, jak „spolu komunikují tělo a duše“ přinesl Hans Lieb, zastánce systemického uvažování. Na rozdíl od běžného monistického chápání světa (všechno je jen chemie či všechno je jen duše), nebo od dualistických výkladů, které předpokládají (ale nenalézají) nějakou vzájemnou instruktivní komunikaci mezi tělem a duší, přichází Lieb s modelem dvou operacionálně uzavřených strukturálně sdružených celků. Představa, že tělesné i duševní jevy představují vzájemně zcela uzavřené autopoietické (seberozvíjející) autonomní celky, které jsou si vzájemně prostředím, byla revolučním objevem, který doslova změnil paradigma vědy. Nic na tom nemění fakt, že jako řada jiných velkých objevů nebyl dosud většinou badatelů doceněn. Nejde o nějakou nevědeckou postmoderní spekulaci. Byl to chilský fyziolog Humberto Maturana, který při svém výzkumu neurofyzologie vidění v sedmdesátých letech minulého století učinil tento převratný myšlenkový krok, když navázal na práce Gregory Batesona. Nic tělesného není psychickým jevem a naopak. Jednotlivé stavy na sebe jen odkazují. Obě skupiny jevů jsou spolu *strukturálně* svázány ve vzájemné koevoluci. *Strukturální vazba* znamená, že každá změna v jednom systému je provázena změnou v druhém systému nikoli přímým zásahem, ale jen jako když změna prostředí (např. teploty) vede ke změně v systému, který sám,



nezávisle a výhradně svými vlastními prostředky, udržuje svou rovnováhu a trvání v čase (např. zvýšení svalového tonu).

Jestliže si takovouto vzájemnou uzavřenost tělesných a psychických systémů těžko představujeme, ještě obtížnější je představit si existenci další nezávislé vrstvy lidské existence, totiž systémů sociálních. Tento další krok k rozvinutí nového paradigmatu vědy učinil důsledně ve svých pracích sociolog Niclas Luhmann. Ukázal, že také *sociální systémy* vznikají samy ze sebe, samy udržují své trvání a operují jen svými vlastními prostředky, které nejsou ani tělesné, ani psychické podstaty. Každý

systém určuje své vlastní prvky. Je-li základním prvkem tělesného systému *buňka* (u buněčného systému třeba organela, nebo bílkovina), u psychického systému *smysl*, pak u sociálního systému je to *událost*. Každý z těchto systémů udržuje své trvání svými vlastními prostředky, a ostatní systémy jsou mu prostředím. Tyto tři vrstvy naší existence, tělesná, psychická a sociální, jsou sice vzájemně strukturálně svázané v koevoluci, ale současně jsou vzájemně uzavřené. Z řečeného je zřejmé, že na každou z těchto oblastí potřebujeme zcela jiný způsob detekce a ovlivňování. Na obr.3 se pokoušíme znázornit složitost celé situace.



OBRÁZEK 3 VZTAH BIOLOGICKÝCH, PSYCHOLOGICKÝCH A SOCIÁLNÍCH SYSTÉMŮ (VOLNĚ PODLE LUHMANN)

Je zřejmé, že na biologii založená medicína může intervenovat jen do tělesné oblasti; do psychické oblasti „vidíme“ skrze psychologii a psychoterapii,

a rodinná terapie operuje v oblasti sociálních systémů. Vzájemná provázanost těchto vrstev v každém okamžiku kontaktu lékaře, pacienta a jeho



sociálního pole-především rodiny, naše orientace výhradně na biologické parametry, způsobuje velký chaos a spoustu nedorozumění v praktické medicíně. Také vytrvale přezíravý postoj výzkumníků, kteří disponují pouze biologicky orientovaným aparátem k ověřování reality, k psychosomatické medicíně je z tohoto pohledu pochopitelný, pro efektivitu medicíny však fatální.

Složitost situace každého člověka si můžeme dobře ilustrovat na výzkumu vlivu testosteronu na dominanci a agresi. Hladina testosteronu (tělesný systém) velmi citlivě kolísá v závislosti na situaci člověka (sociální systém), a hlavně na jejím hodnocení samotným člověkem (psychický systém). Sportovec, který je členem vítězného týmu, má hladinu testosteronu vyšší než ten, který prohrál. Hodnoty však záleží na tom, jak velké úsilí bylo třeba do vítězství vložit. Hladina testosteronu má vliv na chování jedince (testosteron aktivuje některé části mozku – tělesný systém), což má vliv na hodnocení celé situace (psychický systém) a to zase na chování, které je prvkem sociálního systému. Vyšší hladiny testosteronu zvyšují stabilitu jedince v sociálním systému, a ten se pak může chovat jinak než jedinec, který má nejisté postavení. Jiný příklad vzájemné provázanosti všech tří vrstev (tělesné, psychické a sociální) máme běžně před očima, když vidíme dospívající dívku. Ta se pod vlivem hormonů tělesně mění (tělesný systém), což je zaregistrováno muži v jejím okolí (sociální systém),

kterí jsou jejími tvary přitahováni (psychický systém) a mění se jejich chování, což způsobuje zmatky v sebehodnocení té dívky (psychický systém) a v jejím chování (sociální systém).

Rodinná terapie, která vychází ze systemických teorií, chápe tělesné symptomy jako součást celého pole rodinných vztahů, kde ostatní jsou pro každý jednotlivý organismus prostředím. Tělesné systémy samy vytvářejí své symptomy podle toho, jak rozumí tomu, co se s nimi v sociálním systému, který spoluvytvářejí, děje, co je od nich očekáváno a jakou mocí disponují, aby ovlivnily chování celé rodiny. K vytvoření symptomů má každý organismus k dispozici všechny tělesné regulační systémy, proto je škála symptomů tak pestrá, jak ji známe ze všech klinických oborů medicíny. Pacientem pro rodinného terapeuta je celá rodina. Podle závažnosti onemocnění a podle míry angažovanosti rodiny můžeme rozlišit až 5 stupňů práce s rodinou – od pouhého informování rodiny, jaké podává každý lékař, přes intenzivnější instruktáž, až po specializovanou a odběrně i časově náročnou rodinnou terapii u nejzávažnějších a zpravidla jinak neléčitelných poruch.

Do redakce přišlo 25. 2. 2014
K tisku zařazeno 15.5.2014 se souhlasem autorů



TEORIE

PONĚŠICKÝ J.: BIO-PSYCHO-SOCIO-FILOSOFICKÉ POJETÍ PSYCHOSOMATIKY. PŘÍSPĚVEK K IDENTITĚ PSYCHOSOMATIKA/Y



SOURHN: PONĚŠICKÝ J.: BIO-PSYCHO-SOCIO-FILOSOFICKÉ POJETÍ PSYCHOSOMATIKY. PŘÍSPĚVEK K IDENTITĚ PSYCHOSOMATIKA/Y. PSYCHOSOM 2014; 12 (2), s.109- 119

K běžnému bio-psycho-sociálnímu modelu zdraví a nemoci, přidává autor ve své úvaze filosofický aspekt. Klade si otázku, proč vlastně kritizujeme Descarta za neřešitelnou karteziánskou podvojnost těla a duše, když jde skutečně o dvě odlišné úrovně lidského žití? K plnému porozumění člověka, jenž je charakterizován autopoezou a svobodnou volbou, patří i pochopení a smysl, čemuž odpovídají konotativní teorie. Zde se hodí k poznání vnitřního světa a chování druhého empatie, příběhy, obrazy, přirovnání a metafory, tak je třeba chápat i psychoanalytické teorie a interpretace.

SUMMARY: PONĚŠICKÝ J.: BIO-PSYCHO-SOCIO-PHILOSOPHICAL APPROACH OF PSYCHOSOMATICS. CONTRIBUTION TO PSYCHOSOMATIC IDENTITY / THE IDENTITY OF PSYCHOSOMATICS. PSYCHOSOM 2014; 12 (2), PP. 109- 119

The author, in his essay, adds a philosophical aspect to the current bio-psycho-social model of health and illness. The question "Why is Descartes criticized for intractable Cartesian duality of body and soul when it is really two different levels of human life?" is being raised. Both understanding and sense are involved in full understanding of a human being, who is characterized by autopoiesis and free choice, with which connotative theories correspond. Empathy, stories, images, similes and metaphors suit to the knowledge of the inner world and the behaviour of the others. It is to be even understood psychoanalytic theories and interpretations.



VZTAH PSYCHIKY A TĚLA

Proč kritizujeme Descarta za „neřešitelnou karteziánskou podvojnost těla a duše“ (Růžička 2010), když jde skutečně o dvě odlišné úrovně lidského žití? Úrovněvé uspořádání funkce člověka je zřejmé jak z fylogenetického vývoje, tak z členění našeho mozku. Jde spíše o to, že Descartes neviděl žádnou spojitost mezi oběma oblastmi.

Výše zmíněnou perspektivu – subjekt oddělený od objektu, tj. i od vlastního těla – považujeme za přirozenou. Vznikla sice z původní jednoty jedince a jeho prostředí, jež mu v nitroděložním období vše potřebné poskytovalo; po narození byl však zdroj uspokojení mimo ně, a tak začalo dítě rozlišovat sebe a své prostředí na pozadí uspokojování svých potřeb a jejich frustrace na přinášející pohodu či narušující optimální homeostázu, na dobrý a špatný svět, což se přeneslo i na dítě samotné: buď je v něm něco dobrého, zdravého, co je třeba podporovat, či něco špatného, nemocného, rušící jeho homeostázu, což je nutno eliminovat, proti tomu bojovat. Takové je i paradigma dnešní medicíny: boj proti bakteriím a virům, okamžitá aplikace léků proti zvýšené teplotě, bolestem, nespavosti, ba jakékoli nepohodě (vznikají nové diagnózy, např. syndrom únavy, syndrom zahořknutí, burning out, mobbing), čímž se často my sami stresujeme, a tím narušujeme tvorbu protilátek a opravdu onemocníme, místo abychom hledali cestu k uspokojujícím vztahům vůči okolí.

Americký filosof Mc Dowel rozlišuje Space of nature a Space of reasons, jež jsou však spojeny tím, že je všechno naše poznání poznamenáno naší subjektivitou. Přesto lze mezi hmotným a duševním světem provést následné rozlišení:

Na tělesné úrovni platí denotativní teorie s matematicko-logickým algoritmem, jež jednoznačně vyjadřují vztah mezi realitou a její symbolickou reprezentací, tj. modelem v naší mysli, která je, alespoň zjevně, nezávislá na subjektu.

K plnému porozumění člověka, jenž je charakterizován autopoezou a svobodnou volbou, patří i pochopení a smysl, čemuž odpovídají konotativní teorie. Zde se hodí k poznání vnitřního světa a chování druhého empatie, příběhy, obrazy, přirovnání a metafory, tak je třeba chápat i psychoanalytické teorie a interpretace.

Denotativní a konotativní teorie tudíž souvisí s dialektikou determinovanosti a svobody, přírodních a duchovních věd, kauzálního a hermeneutického výkladu, s mozkiem a duševním životem, který je do značné míry obestřen tajemstvím. Do jaké míry je psychika samostatný či emergentní jev spjatý s fungováním mozku, lze jen těžko prokázat. C. G. Jung píše:

Což ještě nikomu nesvitlo, že řekne-li se psyché, je tím symbolicky naznačeno to nejhustší temno, jaké si lze představit?

Zdá se, že u člověka jde (v psychosomatickém, či lépe řečeno somatopsychickém slova smyslu) jak o nomologickou, tak o autopoetickou realitu (jevy), platí v něm obecné i jedinečné, a čím více se blížíme tělesnosti, tím více se hlásí o slovo kauzalita, jež se opět dostává do pozadí v případě vědomého svobodného jednání.

O syntézu se pokoušel již I. P. Pavlov. Nestor německé psychosomatiky Thure von Uexküll ve své obsáhlé knize Psychosomatická medicína, čítající 1350 stran, zmiňuje, že učení I. P. Pavlova je v



psychosomatické nedoceněno. O co nejspíše jde?

V případě podmíněných reflexů reaguje tělo již i na podněty, jež signalizují určitou situaci související s tělesnými potřebami či jejich frustracemi, často i ve formě tělesných funkčních poruch.

Těmito signály, jež se spojily s tělesnou (ne)pohodou, je i naše řeč, ba i naše vnitřní řeč, problémy kterými se zabýváme. Nejdůležitější je spojení těchto signálů s našimi emocemi, které coby psychosomatické fenomény opět signalizují a dávají směr našim potřebám a pohnutkám.

Toto spojení, tedy reagování na podněty či celé scény, může být neuvědomované, a tím spíše perpetuované z dvojího důvodu: buďto jde o spojení, jež se vytvořila v preverbální době časného dětství a nestala se nikdy vědomými, nebo o spojení, jež byla zapomenuta, resp. potlačena. Proč zdůrazňujeme dětství? Poněvadž jde o období, kdy se teprve vytvářejí neuronální spoje, které jsou důležité pro orientaci při hledání podnětů sloužících k uspokojování vitálních potřeb a vyhýbání se ohrožujícím situacím.

Avšak, jak pozorujeme u posttraumatické stresové poruchy (PTSS), může vzniknout nové a též velmi stabilní spojení – v daném případě traumatické – situace s psychickou a somatickou reakcí i v dospělosti, a to rovněž mimovědomě, totiž v situaci disociovaného vědomí. A to se stane obranou proti vstupu traumatické vzpomínky do naší biografické paměti. Ta sídlí v hipokampu, jehož funkčnost je narušena stresovým hormonem kortizolem. Jinak řečeno, takový jedinec se brání plnému uvědomění a významu traumatu tím, že nespojí jednotlivé části,

vjemy a zážitky traumatické situace do smysluplného gestaltu.

Takovéto pojetí podmíněných reflexů, které se vztahuje i na druho-signální podnětový význam řeči, sugeruje představu kauzality: určitý podnět – i slovo – má za následek reakci, která je s ním významově spojena. Jak je zde možno odůvodnit („zachránit“) svobodu jednání?

I když toto spojení skutečně přetrvává, reaguje člověk více či méně celostně: může pak k zážitku původní vyvolávající situace „přidat“ i jiné prožitky a náhledy, zvláště poté, co byl schopen celou situaci komplexně vědomě posoudit. Kromě toho či zároveň s tím je schopen dát původní situaci (během opětovné expozice) nový význam, jenž vytěsňuje či modifikuje původní význam, který má za následek odlišnou psychickou a somatickou odpověď. Jak říká přísloví: člověk nikdy nevstoupí podruhé do stejné řeky. Člověk je – více či méně – svobodný v posuzování situace, v níž se nachází, a dá-li jí jiný význam, reaguje na něj opět druho-signálně celý organismus jinak.

Příklad: Muž se cítí být zraněn tím, že partnerka přišla na schůzku o hodinu později. To si asociuje se situací absence matky v dětství, což je provázáno psychosomatickou panickou úzkostí. Po chvíli se dozví, že do partnerky vrazilo auto a ona přes bolestivé zranění na schůzku přišla – celá situace získá nový význam, mající vzápětí za následek tělesné uvolnění a hřejivý pocit hluboké náklonnosti.

Obecně jde o přechod (odpoutání se) od jednostranného vnímání a reagování ke komplexní významovosti.

To se může udát i v situaci stále stejného chování psychoterapeuta, kterého pacient vnímá jako frustrujícího jeho



potřebu bezpodmínečného přijetí. Po čase si uvědomí, že tento nerealistický nárok byl příčinou mnoha konfliktů v jeho životě, a začne hodnotit terapeutův postoj pozitivně.

V podstatě se zabývá starým i novým (např. realističtějším, smysluplným) významem symptomů každá psychoterapie (novou „narácí“). To staré i nové inscenuje pacient s terapeutem i ve vzájemné interakci:

Pacient coby spolujezdec po oslavě, po níž řidič ani on sám ještě nevystřízlivěli, pocítí úzkost s bušením srdce během jízdy v tunelu. Za několik dní jej přepadne panická úzkost s nesnesitelným pocitem ztráty kontroly nad sebou a srdečními obtížemi, stačí ještě zavolat sanitku a je hospitalizován na kardiologii – s negativním nálezem. To se několikrát opakovalo. Na psychosomatické klinice si udržuje ve vztahu k terapeutce kontrolu nad tématy, o kterých hovoří, a uvádí jí do stavu bezradnosti. Vyhýbá se tím (analogicky se situací v tunelu) bezmocné vydanosti a závislosti. Je na terapeutce, aby mu třeba i interakcemi ve vzájemném vztahu zprostředkovala poznání, že poněkud

méně sebekontroly i připuštění „dospělé“ (zde dokonce vzájemné) závislosti může vést k uspokojivější životnosti ve vztazích (a že tunely, kterým se začal po neúspěšných pokusech vyhýbat, pouze symbolizují jeho problematiku).

Mnohdy je obtížné psychosomatickému symptomu porozumět, zvláště jde-li o dvě protichůdné reakce např. na situaci velké blízkosti, tedy jak o přání a touhu v ní přetrvat, tak o úzkost ze ztráty vlastního sebeohrazení, vlastní identity, spojenou s přáním se separovat. Tyto dva souběžné a vylučující se gestaly jsou na kognitivní i emocionální rovině neřešitelné, jednoznačné chování není možné, a tudíž reaguje tělo. A tak může určitá komplexní scéna vyvolat různé tělesné impulzy v různé kombinaci, jak vidno u konverze.

Přesto jsme se stále nepřiblížili k těžko zodpověditelné otázce, zda reaguje i naše tělo intencionálně, zda panuje smysluplnost i v našich tělesných procesech.

PSYCHOSOMATICKÉ MODELÝ

Vraťme se znovu k patogenezi psychosomatických poruch. Spíše kauzální odpověď na tuto otázku nabízí několik možností:

1. Jde o preverbální, původní reagování pouze na tělesné úrovni, jež nebylo nikdy zvědoměno, převedeno do symbolické, emocionální a verbální roviny. Tomuto neuvědomění odpovídá subjektivně pocit prázdna, a tento deficit emocionálně-kognitivní introspekce bývá často diagnosticky označován jako alexythymie.

2. Jindy jde o nedostatečnou kapacitu, resp. schopnost pro řešení určitých stresových či konfliktních situací. Z individuálního vývojově-psychologického hlediska jde často o sebezáchovnou tělesnou reakci dítěte na traumatizující prostředí, která proto získá velkou důležitost vzhledem k jinak dětské bezmocnosti. To se může týkat jak chování (u poruch osobnosti), tak i reakce ve formě zkomoleného výrazu, tělesného symptomu. Obé mívá za základ deficitně vytvořené jáské funkce, resp. coping-mechanismy, a pro obě



poruchy je indikována podobná zážitková interakční psychoterapie (Heigl). K tělesným následkům stresu patří i oslabení imunologické obrany.

3. Jindy je člověk již schopen reagovat celostně, tělesně i psychicky, avšak aby se vyhnul vědomé konfrontaci, „nechá“ – nevědomě – reagovat jen své tělo. Zde tudíž nejde o deficit symbolizace neverbálních interakčních forem (Lorenzer), nýbrž o sekundární symbolizaci těla, a tím opět o resomatizaci. Může tak ve smyslu „mluvy těla“ být vyjádřen určitý obsah vědomí, jenž je spojen s úzkostí, vinou či studem (konverze, disociace), či jde o somatizaci afektu, jenž je v rozporu se sebepojetím.

Ve všech těchto případech je v terapii nutno dosáti emocionálně-kognitivní symbolizace, zvědomění, což je obtížné, představíme-li si mnohost pohnutek i forem jejich zábran a primární zisk z nemoci (abreakce bez zvědomění).

Tělesnému symptomu lze tudíž rozumět tak, že jde o zástupnou, rudimentární zkomolenou reakci, pakliže z nějakého důvodu není celostní, tudíž ani psychické zpracování určité situace možné. Problém je v tom, že onen bezesporu celostní tělesně-psychický modus prožívání a jednání je narušen i vinou naší „svobody“, schopnosti psychiku (její kognitivní i emocionální stránku) manipulovat, např. vytěsnit z vědomí. Potom vnímá a reaguje pouze naše tělo, navíc bez naší vůle, ba dokonce i proti ní. Tělo nás prozrazuje, mluví a komunikuje, vyjadřuje tajná přání – samozřejmě jen náznakově, zlomkovitě, neboť se v něm zračí i protichůdné tendence, úzkosti, stud apod. Najednou nemáme vše pod kontrolou, jsme vystaveni našim nevědomým impulzům napospas. A to je další rána našemu narcismu, jenž byl již tolikrát otřesen: Země není středem

vesmíru, člověk není božský tvor, spíše má mnoho společného se svými zvířecími předky, a nyní zjišťuje, že není ani pánem ve vlastním domě. Tomu se brání jak univerzity – v Česku na rozdíl od mnoha jiných zemí neexistují na lékařských fakultách katedry psychosomatiky a psychoterapie – tak i filosofická, zvl. fenomenologická obec, jež se pyšní tím, že odkryje fenomenologickou redukcí skrze „radikální epoché“ pravou skutečnost, pravdu a smysl. Zde je upřednostňován duchovní rozměr. Úloha subjektivity našeho vnímání i porozumění, zvl. subjektivních nevědomých procesů, jež podporují i neuropsychologické nálezy, nepřesvědčí.

Alternativně k poněkud kauzálně-deterministické podmíněnosti psychosomatických symptomů se lze zabývat z hlediska lidské intencionality jejich finalitou, smyslem:

1. Jde o snahu zvládnout problematickou situaci na biologické tělesně-motorické úrovni ve formě útoku či útěku (sympatická reakce) nebo stažení se do sebe (parasympatická reakce). (F. Alexander) Poněvadž je tato možnost v mnohých sociálních situacích vyloučena, dochází pouze k připravenosti na akci, svalovému napětí, bolestem, vyčerpání či depresi. A opravdu, nejčastější důvod hospitalizace na psychosomatických odděleních je deprese spojená s bolestmi, často pod jinými diagnostickými názvy, jako fibromyalgie, únavový syndrom či syndrom vyhoření.

2. Dále může jít o tělesnou obranu proti stresu. V současné době např. přibývá pacientů s jednostrannou ztrátou sluchu spojenou s tinitem – jde o jakousi clonu, obranu proti zevním podnětům. Podobně je tomu u migrény. Již psychoanalytik W. Reich upozornil na výskyt tělesného charakterového pancíře, kdy se přehnaně opatrný či



korektní pacient chrání i prostřednictvím svalového napětí, ztuhnutím, před projevením citových hnutí, jež by mohla vést k jednání vyvolávajícímu konflikt. Obrana disociací je diagnostikována nejen u konverze, nýbrž i u posttraumatické stresové poruchy.

3. Obecně často jde o – byť jen zastřenou, tělesnou - expresivitu, vyjádření, komunikaci či volání o pomoc. Zvláště zde se stále diskutuje otázka orgánové specifity. Jednak jde o to, který orgán či tělesná funkce se hodí coby tělesný prekurzor jáské funkce k vyjádření psychického dění, jednak může být určitá tělesná oblast či funkce spojena na základě individuální biografie s určitým zážitkem či může mít určitý orgán, např. srdce, obecný symbolický význam. Samozřejmě hraje roli i vrozená či získaná snížená obranyschopnost určitého orgánového systému.

4. Zastánci antropologického (i *daseins-analytického*) pojetí nemoci se zabývají tím, jak určitá nemoc zapadá do dosavadního běhu života či současné životní situace, jaký je její smysl, např. když nemoc zdůvodní jinak obtížné rozhodnutí. V. von Weizsäcker vykládá vznik psychosomatického onemocnění na pozadí přítomné životní situace směřované do budoucna: příznak se objevuje na místě nežitého života a nevykonaného činu.

Ve vztahu těla a duše jde tudíž o simultánní psycho-somatické agování a reagování, někdy je v popředí psychická složka, jindy je více vnímána tělesná reakce (odtud deskriptivní rozlišení neurotických a psychosomatických chorob). Symptom je výsledkem nevyřešeného vychýlení z homeostázy, zračí se v něm jak snaha po zpětné regulaci, vyřešení, tak i vliv překážek, jež jí stojí v cestě, zvl. bezradnosti, zoufalství, úzkosti a zábran. Je třeba vycházet z faktu, že

jsou psychické stavy spojeny s tělesným prožíváním (somatizace) a senzomotorickou intencionální aktivitou (eventuálně konverzí) a ona tělesná složka se spíše projeví, je-li psychický výraz či jednání potlačeno, resp. spojení, jednotu tělesného a psychického fungování narušena. I neuropsychologové dokazují moderními zobrazovacími technikami, že již naše představy aktivují vjemový i motorický aparát, a že na ně reagujeme, jako by šlo o materiální skutečnost. Analogicky bylo pojednáno o spojitosti druhé a první signální soustavy (podmíněné reflexní procesy).

Oním tajemným skokem (Freud) z psychiky do tělesné oblasti se zabývá v poslední době i epigenetika ve spojení s biochemií a neuronální aktivitou mozku. Smyslové vjemy (světelné, akustické apod.) jsou ihned transformovány do obrazů, pojmů a představ s kognitivně-emočním významem dle životní důležitosti, resp. dle dřívějších zkušeností. Tato kategorizace, jako bezpečí – nebezpečí, slast – strast, svoboda – nesvoboda apod., vede k jednání, jehož výsledkem je buď uspokojení, nebo frustrace, bezvýchodnost apod. Tato pozitivní či negativní konotace vzniklé situace buď aktivuje, nebo naopak inhibuje vstup (genové spínače) ke genové aktivitě. Ta pak buď podnítl tvorbu neurotrofních působků, majících vliv na tvorbu nových synapsí (či na utužování osvědčených neuronálních spojení), nebo při nezvládnutí situace je aktivován CRH gen, produkující CRH cortikotropin-releasing hormon v hypotalamu. Ten pak aktivuje další gen POMC, jenž spouští produkci ACTH v hypofýze, působící na tvorbu a vyplavování cortizolu v nadledvinkách. CRH působí i na mozkový kmen s následkem syntézy adrenalinu a noradrenalinu. Dle onoho vyhodnocení v mozkové kůře i



emocionálním limbickém systému je aktivován sympatický či parasympatický vegetativní nervový systém.

Tato neurofyzilogická regulace je zpětně vnímána jako sebezpotvrzení či jako výzva (v patologickém případě i např. jako panika) k řešení, k jednání. Tím je na celostní úrovni aktivován celý organismus, celý člověk, který – odpojen od instinktivního spojení se svým prostředím – jedná sice dle svých dřívějších zkušeností přesto i svobodně, dokonce i ve svém vnitřním světě. Například vědomou či jednající část potlačí, vytěsni ji do nevědomí, ale ona

se přesto nepozorovaně prosadí, byť ve formě symptomu.

Zde je na místě si uvědomit, že označení jako psychosomatika kůže, zažívacího traktu či kardiovaskulárního systému mohou být zavádějící v tom smyslu, že vždy jde o psychosomatiku mozkové činnosti. V mozku, našem sociálním orgánu, vznikají neustálá nová spojení, též mezi vnímáním zevního světa a tělesností. Tam nastávají poruchy regulace činnosti různých orgánových systémů, tam se zapisují naše maladaptivní zkušenosti.

SOMATICKÁ MEDICÍNA A PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

V čem je tudíž problém? Proč ony vášnivé diskuse o dualismu duše a těla? Z čeho pramení odpor lékařů i pacientů vůči psychosomatickému nazírání na nemoc?

Obecně jde u lékařů o připuštění alternativního přístupu k poznání, nikoli jen o představu subjektu, jenž je schopen objektivně vnímat a logicky posuzovat realitu (nemoc), nýbrž o vědění založené na vcítění, na smysluplném výkladu a aktu spoluprožitku. (To se dokonce neučí ani studenti psychologie.)

Zde často jde o nejednoznačnost, obtížné rozluštění symptomatiky, což je frustrující pro obě strany. Perfekcionistická pacientka se závratěmi může mít, bez zjevné příčiny, strach z bezmoci, ztráty sebekontroly a stability (dg. Perfekcionistické, nutkavé poruchy osobnosti), na druhé straně záleží její problém možná v tom, že si právě přeje sebekontrolu odhodit, oddat se, opřít se o někoho, či padnout někomu do náruče (depresivní porucha s přáním po souznění). Může mít strach z ostudy, když si představí, že spadne na zem (sociální fobie), či se

projeví její přání se stát středem pozornosti (histrionská porucha osobnosti).

Zde by se musel lékař vcítovat, jakož i vzdělávat v psychopatologii, psychosomatice a psychoterapii, což by stálo čas i peníze. Ten však v dnešní specializované medicíně sotva stačí sledovat pokroky ve svém oboru.

V praxi by si musel udělat více času na své, zvláště problematické psychosomatické pacienty.

Kromě toho je právě terapeutická práce s těmito jedinci spojena s mnoha frustracemi: chybí okamžitý efekt, který často poskytuje, byť krátkodobě, medikamentózní léčba, na které pacienti často trvají. Lékař by je musel přesvědčovat o psychogenitě jejich potíží a o nutnosti změnit způsob jejich života, což naráží vesměs na odpor.

Lékař by se musel oprostit od obvyklého nazírání na nemoc jen jako na nepřítele, na něco negativního, rušivého, na slabost, ztrátu z poškození a rozpoznat v ní i jiný aspekt, osvobození se od stressu,



smysluplnou strategii, či varovný důležitý signál, ba novou šanci, výzvu něco u sebe a ve svých vztazích změnit.

Samotná psychoterapeutická práce s psychosomatickými pacienty je obtížná, často frustrující, vyvolávající zlost a tendenci k rezignaci, časem je těžké respektovat jejich lpění na tělesných příznacích coby primárním zisku z nemoci, tj. možnosti sebevyjádření a odreagování.

Lékař by musel vydržet jistou bezmoc, chybějí jednoznačná diagnostická kritéria i prostředky léčby (léky, operativní možnosti), tak jak mu to bylo prezentováno během studia medicíny. Léčebný nástroj se stává on sám.

V praxi by pak lékař musel přijatelným způsobem zaujmout protichůdný postoj ve vztahu k pacientovi, jenž nechce skrytou osobní problematiku nahlédnout a „raději“ ji vyjádří skrytě ve formě symptomu. Apeluje tím na pomoc a zároveň torpéduje kauzální léčbu. Kromě toho obsadil pacient narcisticky svou tělesnou nemoc jako něco důležitého, co je nutno brát vážně (i s pomocí lékařů). To by musel lékař ovlivnit tak, aby jeho pacienta více zajímaly psychosociální příčiny jeho onemocnění a aby získal kladný vztah ke svému tělu, jež je součástí jeho subjektivity a identity.

Lékař by se musel naučit počítat s idealizovaným přenosem na sebe, jenž je i nabízen zdravotním systémem a je i součástí společenského vědomí. Pacient se tím dostává do závislé, dětské a pasivní role. Víra ve všemocného lékaře má zprvu placebo efekt, popisovaný i jako krátkodobé přenosové vyléčení. Nechají-li se tím obě strany ukolébat, dojde po čase k vystřízlivění, zklamání a zhoršení potíží, což vyvolá negativní afekty na obou stranách. Kromě toho by

tím lékař podporoval závislý, pasivní postoj pacienta.

Nakonec záleží další potíží v doporučení pacienta do specializované péče psychoterapeuta či psychiatra, což u řady pacientů vyvolá otázku, zda to znamená, že to nemají v hlavě v pořádku, či nejsou schopni se vypořádat se svými privátními problémy.

Nyní podrobněji s příklady: jedna skupina teorií se opírá o vývojovou psychologii – jde spíše o aristotelský výklad „zdola nahoru“, od hmoty k duši.

Týká se to např. pojetí tělesných prekurzorů, tj. předchůdců psychických jásných funkcí, které se nejdříve manifestují na fyziologické, resp. preverbální úrovni fungování dítěte. Například autoři tak rozdílní jako psychoanalytička Melanie Klein a zakladatel gestaltterapie Fritz Perls považují kousání potravy za základ budoucí agresivity, schopnosti brát si a přivlastňovat to, co člověk potřebuje a chce. V životní situaci frustrace se může objevit místo zlosti bruxismus – noční skřípění zubů. Jiný příklad: kůže zprostředkovává kontakt s okolím – je na rozhraní vnitřku a vnějšku – a tak se s ní spojí zkušenosti vřelého, traumatického či chladného kontaktu. V optimálním případě se tyto zážitky zvědomí, resp. oduševní a postupně nahradí cíleným chováním, vědomými způsoby setkávání, které přesto zůstávají ve spojení s původními zážitky tělesného kontaktu. V patologickém případě, např. při příliš těsném kontaktu, může docházet jen k tělesným reakcím, např. k ekzému.

Vývojově-psychologicky jde o interakční formy jednání, jež se stávají postupně vědomé jednak tím, že se osvědčují v praxi, jednak i tím, že jsou okolím (rodiči) pojmenovány a schvalovány. To



však může být nedostatečné, chybné či jednostranné, ovlivněné subjektivitou rodičů (např. tabuizací), což vede k tomu, že některé preverbální interakční formy nejsou symbolizovány, tj. i převedeny do vědomé formy, a zůstávají fixovány na úrovni tělesného reagování, popř. i tělesných symptomů. To se děje zvláště v situacích traumatizace, kde samozřejmě ani rodičovi, ani dítěti nezáleží na tom, aby byla tato situace zvědoměna.

V obou případech tudíž jde o vývojovou poruchu, pozastavení souběžného, ale i progresivního vývoje od tělesnosti k psychičnu.

Antroposofičtí lékaři vidí i v činnosti vnitřních orgánů základ vývoje psychických funkcí. Tak například srdce není jen pumpa, nýbrž i orgán vnímající potřeby v celém těle a reagující na ně změnou činnosti, což souvisí se schopností naslouchat a reagovat. Srdeční činnost transportuje nejen krev, nýbrž i teplo do celého těla, a tak souvisí se srdečností, ale i se srdnatostí, neboť srdce se nevyhýbá odpovědnosti za udržování života, pracuje ve dne i v noci.

SOCIÁLNÍ A FILOSOFICKÉ ASPEKTY

Nyní se pozastavme u sociálních aspektů psychosomatických onemocnění. Nejcitovanější příčinou jejich vzrůstajícího výskytu se udává nutnost přizpůsobit se společenským podmínkám, jež jsou vzdáleny přirozenému způsobu života: jde o jednostrannost naší technicko-racionální kultury (odtud název civilizační choroby), o rychlé životní a pracovní tempo, tržní konkurenční tlak s důrazem na výkon a prestiž, což mnozí lidé nedokáží zvládnout ani se proti tomu bránit, a tak buď dekompenzují, či se s těmito očekáváními stále optimálně fungovat „raději“ identifikují. Musí pak

V určitých případech je přiměřenější představa vzniku psychosomatických příznaků spíše „shora dolů“ ve dvou variantách:

U somatizace afektů jde o vyhýbání se těm, které nejsou kongruentní s naším sebepojetím, tím silnější je však jejich tělesné vyjádření. Hovoříme o somatických ekvivalentech afektů, např. úzkosti ve formě bušení srdce a tlaku v této lokalitě spolu s pocením v situaci možného selhání, či o zvýšeném svalovém napětí místo agresivity, tělesné bolesti místo připuštění psychické bolesti.

U konverze jde o komplexnější proces vytěsnění tabuizovaných představ do nevědomí, resp. na jeviště těla, které symbolicky vyjadřuje to, o co jde, ale samotnému pacientovi to zůstává skryto (primární zisk z nemoci).

V obou těchto případech jde o regresivní obranu proti konfrontaci se zátěžovou situací a s nimi spojenými zážitky; jde vlastně o zneužívání těla k něčemu, co by měl člověk sám vyjádřit, čemu by se měl postavit.

bojovat na dvou frontách: proti nárokům okolí i proti vlastním očekáváním ohledně výkonnosti resp. bezproblémového fungování. Mladí lidé se snaží zůstat „cool“, což je nepřirozené a může se stát jednou z podmínek vzniku psychosomatického onemocnění.

Zároveň jde i o obecný materialistický pohled na člověka a o zbožštění vědy, víru v její vševědomost a všemohoucnost.

A nyní pár slov o psychosomatice z filosofického hlediska:



C. G. Jung poznamenává: „*Psychično má svou vlastní strukturu a formu, je fenoménem samo o sobě, duše je řadou obrazů.*“ ... „*Duše a tělo je jeden a tentýž život; hmota a psyché jsou aspekty jedné a téže věci. Duch je jeden aspekt, příroda je aspekt druhý.*“ „*Smyslnost a duch, jedno odvozuje svůj život od druhého. Jedno reguluje druhé, jde o regulativní funkci protikladů.*“ Ale i: „*Konflikt mezi fyzickým a duchovním aspektem dokazuje, že psychično je konec konců cosi nepochopitelného.*“

Zde se vnučuje i otázka, do jaké míry musí filosofové a psychoterapeuti integrovat a respektovat nové poznatky výzkumu funkce mozku.

Současný filosof Dennet poukazuje na fakt, že fylogenetický vývoj neodhazuje to staré (jak je i patrné z hierarchické struktury našeho mozku), takže si tělo nadále uchovává schopnost reagovat na podněty (podobně jako před vytvořením centrální nervové soustavy), zvláště v situacích, kdy psychika selhává („moje tělo má svojí hlavu“). A. Mitscherlich hovoří o biologické inteligenci.

Filosof a psycholog Merleau-Ponty ve své slavné knize *Fenomenologie vnímání* poukazuje na fakt, že vnímání, reagování a poznávání reality je původně tělesné, tělesně-smyslová percepce i motorika dává vzniknout vědomí. Tělesně si osvojujeme svět, jeho významovost, tělesný základ mají i naše myšlenkové operace a vědecké teorie, nemůžeme se vzdát naší tělesné perspektivy ani dosavadních tělesných zkušeností.

U psychosomatóz (tak se označují převážně psychogenní poruchy mající za následek orgánovou lézi) jde často buď o zkušenost chybějící rezonance, průměrného emocionálního i symbolického zrcadlení určité tělesné funkce, či

naopak o její nadměrnou stimulaci. Obě vede k odštěpení této části těla (či i celého těla) od subjektivního jáského prožívání, k jakémusi nepřijetí či vyhoštění (např. sexuality její tabuizací, či konečnicku při nadměrné péči o vylučování), což se stává predisponujícím faktorem vývinu nemoci. Negativní či chybějící emocionální vztah k vlastnímu tělu pozorujeme např. u anorexie či obezity.

Co říci na závěr ke všem těm hypotézám a teoriím? Již jsem se zmínil, že jsou vykonstruovány naší subjektivitou na pozadí naší tělesnosti, a pod vlivem paradigmatu současné vědy tak, aby se do ní mohly včlenit. Další determinující faktory jsou společenské politicko-ekonomické podmínky a závislosti. Dosud chybí psychosomatické a psychoterapii přiměřený vědecký přístup, který by byl odlišný od ideálu pozorujícího subjektu a objektivně, logicky by popisoval a vysvětloval realitu.

Již před více než 50 lety si povzdychla známá anglická psychoanalytička Paula Heimann v dopise svému supervizorovi Thedoru Reikovi: „Přestane být vůbec někdy psychika obestřena tajemstvím? Nejsou všechny naše pojmy a teorie jen neobratnými pokusy vyznat se v lidské psychice?“

Doplněná verze přednášky na konferenci „Společný prostor“ v Olomouci 21. 3. 2014

Do redakce přišlo 1. 3. 2014
Upraveno přijato 13. 4. 2014



VÝZKUM

JEŽORSKÁ Š., VÉVODA J., PETRÁŠOVÁ H., IVANOVÁ K.: HODNOCENÍ Vlivu SOCIÁLNÍ OPORY NA MÍRU ÚZKOSTI A DEPRESE U PACIENTŮ S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

SOUHRN: JEŽORSKÁ Š., VÉVODA J., PETRÁŠOVÁ H., IVANOVÁ K.: HODNOCENÍ Vlivu SOCIÁLNÍ OPORY NA MÍRU ÚZKOSTI A DEPRESE U PACIENTŮ S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM. PSYCHOSOM 2014; 12 (2), s. 120- 128

Celosvětové počet onemocnění zhoubným nádorem vzrůstá. Stejná situace je i v České republice, přičemž ta patří z hlediska epidemiologie zhoubných nádorů mezi nejzatíženější státy Evropy. Sdělení diagnózy nádorového onemocnění je pro pacienta těžko pochopitelné a může u něj spustit silné emoční reakce. V tomto náročném období je sociální opora – přátelé, rodina či partner/ka – důležitější a stávají se zdrojem jistoty a spokojenosti. Výzkum se zaměřuje na zjištění výskytu úzkosti a deprese u pacientů s kolorektálním karcinodem a zjištění vlivu sociální opory na výskyt deprese a úzkosti u těchto pacientů. Byl použit kvantitativní výzkum využívající ex-post facto výzkumný design. Ke sběru dat byly použity tři standardizované dotazníky: PSSS, BDI-II., BIA. Soubor respondentů tvořilo 113 respondentů – 55 pacientů proktologické ambulance a 58 respondentů kontrolního souboru. Získávání dat proběhlo v roce 2012–2013. Z výsledků vyplynulo, že se vzrůstající mírou sociální opory klesá míra úzkosti ($r = -0,899$) i míra deprese ($r = -0,910$). Sociální opora tak byla potvrzena jako významný protektivní faktor zdraví. Dobrá sociální opora je významný faktor vedoucí ke snížení úzkosti a deprese u onkologických pacientů, a tím přispívá ke zlepšení průběhu nemoci.

KLÍČOVÁ SLOVA: sociální opora, nádorové onemocnění, deprese, úzkost

SUMMARY: JEŽORSKÁ Š., VÉVODA J., PETRÁŠOVÁ H., IVANOVÁ K.: ASSESSMENT OF THE IMPACT OF SOCIAL SUPPORT ON THE LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER, PSYCHOSOM 2014; 12 (2), PP.120-128

Number of malignant diseases has been increasing worldwide. The situation is similar in the Czech Republic, which seen from the epidemiologic perspective belongs among countries with the highest incidence in Europe. For the patients, it is difficult to grasp the diagnosis of malignant disease and may trigger strong emotional reactions. The aim focuses on establishing the rate of anxiety and depression in patients with colorectal



cancer and to determine the effect of social support on the prevalence of anxiety and depression in these patients. A quantitative research was used, using ex-post facto research design. Three standardised questionnaires were used to collect data: PSSS, BDI-II. The research group comprised of 113 respondents – 55 clients of proctological outpatient surgery and 58 respondents in the control group. The data were gathered in 2012-2013. The results indicate that with the higher level of social support, the lower degree of anxiety ($r = -0,899$) as well as depression. ($r = -0,910$). Thus, social support was confirmed as a significant health-protective factor. A good social support is an important factor contributing to lower degree of anxiety and depression in oncology patient, thus helping in the course of the disease.

KEYWORDS: social support, oncology disease, depression, anxiety

ÚVOD

Každý rok onemocní rakovinou téměř 70 000 obyvatel České republiky. Úmrtnost na onkologická onemocnění sice dlouhodobě klesá, jejich výskyt však naopak roste. Česká republika patří z hlediska epidemiologie zhoubných nádorů mezi nejzatíženější státy Evropy. V roce 2007 činila prevalence v ČR téměř 290 000 osob. Mezi nejčastější diagnózy patří karcinom tlustého střeva a konečníku, zhoubné nádory plic, karcinom prsu u žen a karcinom prostaty u mužů. Incidence kolorektálního karcinomu v České republice se zvyšuje a celkově držíme ve výskytu tohoto onemocnění smutné celosvětové prvenství. (Dušek et al., 2010)

Sdělení onkologické diagnózy je pro člověka těžko pochopitelné, jeho nitro to odmítá a jen těžce rozumí tomu, co mu lékař právě oznámil. Tento otřes může být spouštěčem

silných emocí. (Skála, 2007) V tomto náročném období se stávají partner/ka, rodina, či přátelé důležitější než doposud. Jsou pro nemocného zdrojem jistoty a spokojenosti. (Skála, 2007) Sociální opora, která je tak důležitá u zdravých jedinců, nabývá u nemocných zvláštního významu. Problematice protektivního vlivu sociální opory na zdraví se věnuje řada autorů (Mohapl, 1992; Mareš, 2001 a 2003; Praško, 2010; Křivohlavý, 2002; Šolcová, Kebza, 1999; Kebza, Šolcová, 2010). České i zahraniční výzkumy prokázaly pozitivní vliv sociální opory na zdraví člověka, zvláště u kardiovaskulárních onemocnění a depresí. (Křivohlavý, 2001; Mrvová, 2010; Kebza, Šolcová, 2003; Chung, Hsiung, 2009; Kebza, Šolcová, 1999; Cohen, Underwood; Gottlieb, 2000) Sociální opora ovlivňuje míru deprese jak přímo, tak nepřímo (Chung et al. 2009), má



signifikantní protektivní vliv na výskyt deprese a úzkosti u pacientů s chronickým onkologickým onemocněním. (Ježorská, Tomanová a Schwetzová, 2011) Holahan a Holahan (In Kebza, Šolcová, 1999) prokázali protektivní vliv sociální opory na vznik a rozvoj deprese. Pechačová et al. (In Kebza, Šolcová, 1999) uvedli ve své studii zkoumající vztah sociální opory a deprese české populace, že sociální opora má protektivní vliv na depresivní poruchy nálad. Sociální opora je však důležitá nejen u onkologicky nemocných, má také významný ochranný vliv na výskyt úzkosti u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. (Hughes a kol. 2004, s. 181)

Pokud pacient trpí onemocněním ohrožujícím jeho život, představuje to pro něj chronický psychický stres. Psychickým aspektem onkologického onemocnění je však stále věnována jen malá pozornost. Lékaři by se měli při léčbě somatického onemocnění aktivně zabývat i psychikou pacienta, předně proto, že pokud nemocný současně trpí depresí nebo úzkostí, má základní onemocnění horší průběh a je hůře léčebně ovlivnitelné. (Anders, 2005, s. 20, Honzák, 2012 s. 33 - 37) Endokrinní změny doprovázející deprese způsobují snížení imunitních funkcí a následně zhoršení průběhu malignit. (Bouček, 2006) Rizikové faktory jako sociální

izolace, čerstvé ztráty, tendence k pesimismu, přítomnost bolesti a socioekonomické tlaky mohou u nemocných s nádorovým onemocněním předznamenat vývoj depresivních příznaků. (Wiesman, Worden, Sobel, 1984) Mezi další faktory přispívající k vyššímu riziku rozvoje deprese můžeme zařadit alkoholismus a závislost na psychotropních látkách, anamnézu emočních poruch nebo sebevražedných pokusů. Predisponujícími faktory pro vznik deprese u onkologicky nemocných jsou: mladší věk, ženské pohlaví, probíhající aktivní nebo paliativní léčba (na rozdíl od sledovaného období bez léčby) a symptomatická léčba spojená s hospitalizacemi. (Hynčík, Průša, 2000)

Způsob, jímž onkologický pacient zvládá psychickou zátěž vyvolanou tímto onemocněním, hraje v celém procesu jeho léčení významnou roli. Nemocní, kteří využívají nápomocné aktivní zvládací strategie, mají vyšší kvalitu života. Má-li jedinec k dispozici zdroje pro zvládání nemoci a dostává se mu dostatek sociální opory, zvládá onemocnění lépe než jedinec využívající obranné pasivní mechanismy. Odhady hovoří až o 40 % pacientů s onkologickým onemocněním, kteří potřebují pro psychické vyrovnání s nemocí odbornou pomoc. Těmto pacientům by měla být k dispozici psychoonkologická pomoc ve formě terapie. (Tschuschke, 2004)

CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

Výzkum se zaměřuje na zjištění výskytu úzkosti a deprese u pacientů

s kolorektálním karcinomem. Cílem výzkumu bylo zjistit výskyt úzkosti a



deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem a zmapovat u nich vliv sociální opory na míru úzkosti a deprese. Byly stanoveny 4 hypotézy: Existuje signifikantně vyšší míra deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem než u kontrolní skupiny. Existuje signifikantně vyšší míra úzkosti u pacientů s kolorektálním

karcinomem než u kontrolní skupiny. Existuje statisticky významný vztah mezi mírou úzkosti u pacientů s kolorektálním karcinomem a mírou sociální opory. Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem a mírou sociální opory.

SOUBOR A METODIKA

Byl použit kvantitativní výzkum využívající ex-post facto výzkumný design. Ke sběru dat byly použity tři standardizované dotazníky: PSSS (Perceived Social Support Scale) J. A. Blumenthala, BDI-II (Beck Depression Inventory) Becka et al., a Beckův inventář úzkosti. Standardizovaný dotazník sociální opory PSSS J. A. Blumenthala a spolupracovníků posloužil ke zmapování míry sociální opory. (Kebza, Šolcová, 1999, s. 31; Gillernová, 2011, s. 41) BDI-II (Beckův inventář deprese) vznikl z revize BDI v roce 1996. Autory jsou Aaron T. Beck a jeho spolupracovníci. BDI-II je subjektivní stupnicí deprese, která obsahuje 21 položek. (Kebza, Šolcová, 1999; Gillernová, 2011)

Soubor tvořilo 113 respondentů – 55 pacientů proktologické ambulance a 58 respondentů kontrolní skupiny. Šlo o prostý záměrný výběr. Respondenti byli do výzkumu zařazeni na základě kritérií: věk od 18 let (pacient v péči praktického lékaře), navštěvující proktologickou ambulanci

s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem, a tudíž jsou dispenzarizováni pro tuto chorobu, nebyli léčeni pro diagnózu deprese a úzkosti před rozvojem onemocnění. Kontrolní skupina: věk od 18 let (pacient v péči praktického lékaře), nebyli léčeni a dispenzarizováni pro kolorektální karcinom či jiné onkologické a závažné onemocnění. Získávání dat se konalo v letech 2012–2013. Ve zkoumaném souboru bylo 35 (63,6 %) mužů a 20 (36,4 %) žen. Průměrný věk respondentů činil 62,7 let. V kontrolní skupině bylo 36 (62,1 %) mužů a 22 (37,9 %) žen. Průměrný věk činil 62,8 roku.

Pro statistické zpracování dat byl použit počítačový program Microsoft Excel. K výpočtu významnosti rozdílů mezi naměřenými veličinami byl použit studentův t-test s rovností rozptylu. Ke zjištění, zda jsou naměřené hodnoty dvou proměnných ve vzájemném vztahu, byl využit Pearsonův korelační koeficient. (Reiterová, 2009)



VÝSLEDKY

Průměrné hodnoty deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny jsou uvedeny v tabulce č. 1. Z tabulky je patrné, že průměrné hodnoty deprese jsou vyšší u zkoumaného souboru, tento rozdíl však není signifikantní. Pro statistické srovnání zkoumaného souboru a kontrolní skupiny v míře deprese

byl použit jednostranný t-test s rovností rozptylu. Výsledné $t = 0,02_{0,05}$. Jelikož tato hodnota není signifikantní, lze konstatovat, že neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Hypotéza č. 1 byla ověřena a byla přijata nulová hypotéza.

Tab. 1 Distribuce průměrných hodnot deprese naměřených dotazníkem BDI-II

	N	BDI-II/ x	Min. hodnoty	Max. hodnoty
Zkoumaný soubor	55	9,13	0	25
Kontrolní skupina	58	6,86	0	20

V tabulce č. 2 je uvedena distribuce hodnot úzkosti u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny. Z tabulky je patrné, že průměrné hodnoty úzkosti jsou vyšší u zkoumaného souboru. Pro statistické srovnání zkoumaného a kontrolního souboru byl taktéž použit jednostranný t-test s rovností rozptylu. Výsledné $t =$

$2,74_{0,05}$. Lze konstatovat, že existuje signifikantní rozdíl v míře úzkosti mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Hypotéza č. 2 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Soubor respondentů s kolorektálním karcinomem má signifikantně vyšší míru úzkosti než kontrolní soubor.

Tab. 2 Distribuce průměrných hodnot úzkosti naměřených Beckovým inventářem úzkosti

	N	Beck/ x	Min. hodnoty	Max. hodnoty
Zkoumaný soubor	55	16,1	0	40
Kontrolní skupina	58	10,22	0	24



Dle H_{03} očekáváme, že neexistuje signifikantní negativní vztah mezi mírou sociální opory a mírou úzkosti u zkoumaného souboru. Pro porovnání hodnot sociální opory a hodnot úzkosti byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = -0,899_{0,01}$, lze tedy konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou sociální opory a mírou úzkosti. Se vzrůstající mírou sociální opory klesá míra úzkosti. Hypotéza č. 3 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

Dle H_{04} očekáváme, že neexistuje signifikantní negativní vztah mezi mírou

sociální opory a mírou deprese. Pro porovnání výsledků hodnot PSSS a hodnot BDI-II byl rovněž použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = -0,91_{0,01}$. Lze tedy konstatovat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou sociální opory a mírou deprese. Se vzrůstající mírou sociální opory klesá míra deprese. Hypotéza č. 4 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Bylo ověřeno, že se vzrůstající mírou sociální opory se snižuje úzkost i deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem.

DISKUSE

Zjištění vyplývající z výsledků výzkumného šetření potvrzuje, že osoby s diagnózou kolorektálního karcinomu mají signifikantně vyšší hodnoty úzkosti naměřené Beckovým inventářem úzkosti než skupina kontrolní. Sdělení diagnózy kolorektálního karcinomu lékařem zvýší úzkost pacienta, což koresponduje s výsledky výzkumu Ježorské, Tomanové a Schwetzkové (2011, s. 3). Získané výsledky však nepotvrdily existenci signifikantního rozdílu v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Toto zjištění není v souladu s výsledky dosavadních studií od Wiesmana a Wordena (In Hynčík, Průša, 2000, s. 9), Foxe (1998, s. 113–114), Seniorové (In Kebza, Paclt, 2002, s. 65), které prokázaly na vzájemný vztah mezi depresí, stresem a vznikem onkologických a kardiovaskulárních nemocí. Tato skutečnost mohla být ovlivněna malým počtem respondentů, oblastí, ve které bylo výzkumné šetření prováděno, množstvím proměnných, vlastní spokojeností či nespokojeností respondenta z kontrolní skupiny či jinou životní situace probanda a dalšími okolnostmi.

Výsledky výzkumného šetření prokázaly existenci signifikantně negativního vztahu mezi mírou sociální opory a mírou úzkosti. To znamená, že se vzrůstající mírou sociální opory klesá u pacientů míra úzkosti. Toto zjištění koresponduje s výsledky výzkumů Hughese a kol., 2004, s. 181; Mrvová, 2010. Stejně tak se podařilo prokázat, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou sociální opory a mírou deprese. Tedy se vzrůstající mírou sociální opory klesá míra deprese, což rovněž koresponduje s výsledky dosavadních výzkumů dané problematiky (Křivohlavý, 2001; Kebza, Šolcová, 2003; Chung, Hsiung, 2009; Kebza, Šolcová, 1999; Cohen, Underwood; Gottlieb, 2000; Holahan a Holahan, In Kebza, Šolcová, 1999, s. 23).

Správná sociální opora je významným protektivním faktorem zdraví a měla by být v co nejvyšší možné míře podporována u pacientů s kolorektálním karcinomem.

Do redakce přišlo 16. 4. 2014
Po recenzi upraveno 23. 5. 2014
K tisku zařazeno 24. 5. 2014



Príspevek je dedikovaný projektu Podpora lidských zdrojů ve VaV nelékařských zdravotnických oborů Fakulty zdravotnických věd UP v Olomouci CZ.1.07/2.3.00/20.0163

LITERATURA

1. ANDERS, M. et al. 2005. Depresivní porucha v neurologické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-306-0.
2. BOUČEK, J. a kol. 2006. Speciální psychiatrie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X.
3. BOUČEK, J. 2006. Deprese u somatických onemocnění – tianeptin v denní praxi. Interní medicína pro praxi, 2006, roč. 6, č. 6, s. 288–291. ISSN 1212-7299.
4. COHEN, S., UNDERWOOD, L., GOTTLIEB, S. H. 2000. Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists [online]. New York: Oxford University Press. [cit. 5. 3. 2012]. ISBN 0-19-512670-X. Dostupné z: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/CohGotUnd2000.pdf>.
5. DUŠEK, L. et al. 2010. Epidemiologie solidních nádorů v ČR podle dat Národního onkologického registru za období 1977 - 2007. Postgraduální medicína [online]. 2010, roč. VI, č. 3, s. 45 – 51. [cit. 15. 2. 2012]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-solidnich-nadoru-v-cr-podle-dat-narodniho-onkologickeho-registru-za-obdobi-1977-2007-450137>.
6. FOX, B. H. 1998. Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In: J. C. HOLLAND. Psychooncology. New York: Oxford University Press, s. 110 – 124. ISBN 0-309-06480-5.
7. Honzák, R. Deprese u onkologických pacientů. *Psychiatrie pro praxi*. 2012; roč. 13, č. 1, s. 33-37. ISSN 1803-5272.
8. HUGHES, J. W., TOMLINSON, A., BLUMENTHAL, J. A., DAVIDSON J., SKETCH, M. H., WATKINS, L. L. 2004. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Ann Behav Medline* [online]. 2004, 28(3), 179 – 185. [cit. 15. 3. 2012]. ISSN 0955-2359. Dostupné z: WWW:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576256>>.
9. HYNČÍK, D., PRŮŠA, I. 2000. Deprese a bolest v onkologii. *Zdravotnické noviny* [online]. 2000, roč. IX, č. 6, s. 6 – 9. [cit. 14. 3. 2012]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/deprese-a-bolest-v-onkologii-124219>.
10. CHUNG, L. P., Ay-Woan. HSIUNG, Ping-Chuan. 2009. Quality of life for patients with major depression in Taiwan: A model-based. *Psychiatry Research* [online]. 2009, 168(2), 153–162. [cit. 15. 3. 2012]. ISSN 0022-3956. Dostupné z: <http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/quality-of-life-for-patients-with-major-depression-in-taiwan-a-model-8ebCu6AlDX>.
11. GILLERNOVÁ, I. et al. 2011. Psychologické aspekty změn v české společnosti. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2798-1.
12. JEŽORSKÁ, Š., TOMANOVÁ, D., SCHWETZOVÁ, D. 2011. Vybrané psychosociální faktory u pacientů s chronickým onemocněním. *PROFESE on-line* [online]. 2011, roč. IV, č. 2, s. 1–5. [cit. 5. 3. 2012]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/vybrane-psychosocialni-faktory-u-pacientu-s-chronickym-onemocnenim/>.
13. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 1999. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. 1999, roč. 43, č. 1, s. 19 – 35. ISSN 0009-062X.
14. KEBZA, V., PACLT, I. 2002. Depresivní porucha v primární lékařské péči. *Československá psychologie*. 2002, ročník XLVI, č. 1, s. 64 – 74. ISSN 0009-062X.
15. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*. 2003, roč. 47, č. 3, s. 220 – 228. ISSN 0009-062X.
16. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2010. Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*. 2010, roč. 54, č. 1, s. 1 – 16. ISSN 0009-062X.
17. KRIVOHLAVÝ, J. 2001. Psychologie zdraví. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
18. KRIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-247-0179-0.



19. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Sociální opora v intervenčních programech. Československá psychologie. 2002, roč. XLVI, č. 4, s. 340–346. ISSN 0009-062X.
20. PRAŠKO, J. 2010. Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2365-4.
21. PRAŠKO, J. et al. 2007. Co je to deprese a jak se léčí. 2. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-065-2.
22. MAREŠ, J. 2001. Sociální opora u dětí a dospívajících I. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2001. ISBN 80-86225-19-4.
23. MAREŠ, J. 2002. Sociální opora u dětí a dospívajících II. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2002. ISBN 80-86225-25-9.
24. MAREŠ, J. 2003. Sociální opora u dětí a dospívajících III. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2003. ISBN 80-86225-47-1.
25. MOHAPL, P. 1992. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1992. ISBN 80-7067-127-10.
26. MRVOVÁ, Martina. Vliv sociální opory na výskyt úzkosti u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Úspěšně obhájena bakalářská práce. Univerzita Palackého: Olomouc, 2010.
27. REITEROVÁ, E. 2009. Základy statistiky pro studenty psychologie. 3. upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2316-6.
28. SKÁLA, E. 2007. Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí?. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2007. ISBN 978-80-254-2969-3.
29. TSCHUSCHKE, V. 2004. Psychoonkologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
30. WEISMAN, A. D., WORDEN, J. W. SOBEL, H. J. 1984. Psychosocial screening and intervention with cancer patients. General Hospital Psychiatry [online]. 1984, 6(4), 243–249. [cit. 15. 3. 2012]. ISSN 0163-8343. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0163834384900161>.

AUTOŘI:

Šárka Ježorská – psycholožka, v současnosti je přednostkou Ústavu společenských a humanitních věd na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Dříve pracovala jako psycholog v manželské poradně.

Jiří Vévoda – je odborným asistentem na Lékařské fakultě a Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Dlouhodobě se zabývá metodologií kvantitativního zpracování dat.

Hana Petrášová – je všeobecnou sestrou na urologické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Je absolventkou Fakulty zdravotnických věd oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých.

Kateřina Ivanová – je přednostkou Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Radka Kozáková – je odborným asistentem na Fakultě zdravotnických věd. Dlouhodobě se věnuje problematice sociální práce. V současnosti působí také v oblasti sociální péče.

Korespondující autor:

Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Ústav společenských a humanitních věd

Fakulta zdravotnických věd

Univerzita Palackého Olomouc

Tř. Svobody 8

771 11 Olomouc

email: sarka.jezorska@upol.cz



FILOSOFIE



KOMÁREK S.: DUŠE A TĚLO

Od rané antiky se táhnoucí rozlišení člověka na „duši“ a „tělo“ je dáno důvody poněkud hlubšími, než jen trapným omylem při popisu jednoho a jednotného, byť poněkud zašmodrchaného fenoménu. Naše myšlení a vnímání světa, zejména ve své západní

variantě (počítaje v to i Indii), je svou povahou polární, tj. není schopno vnímat nějakou věc „panoramaticky“ jedním pohledem, ale rozpadá se mu do párových protikladů, mezi nimiž je možný jen náhlý přeskok.

BIPOLÁRNÍ VNÍMÁNÍ SVĚTA

C. G. Jung, který se tímto aspektem lidského vnímání světa na mnoha místech zabývá, konstatuje, že archetypální obrazy v lidské mysli mají právě takovýto podvojný, ambivalentní charakter. To se týká vztahů ke všem věcem, které jsou nějakým způsobem emočně silné a „stojí za to“, abychom se jimi zabývali: kojenec se jeví střídavě jako malý růžový andílek i řvoucí a páchnoucí fakan, lev jako královská šelma i lidožravá bestie, žena jako polobohyně a moudrá inspirátorka i rozmarňá,

nelogická a ubíjející „slípka“, muž jako hrdina i tupý sobecký násilník atd. Příroda a svět jsou pro nás ostatně čímsi jako Rorschachovým testem, umožňujícím nám v tomtéž obrazu podle našeho vnitřního vyladění uvidět okvěti krásné orchideje či ohnívající netopýří blánu.

Tato vlastnost naší mysli dává sice dalekosáhlé manipulativní schopnosti, rozhodně ale ne životní štěstí. Z tohoto důvodu bývá ostatně v lidové ikonografii zpodobňován ďábel se znaky binární rozpolcenosti: rohy, vidlemi, „sudoku-



pytnými“ kopyty, rozeklaným hadím jazykem atd. (Dethlefsen, 1978). Právě z polárního vnímání světa totiž plyne to, co v pozitivní variantě známe jako „svobodu volby“, v negativní jako „nutnost rozhodování“ (Wer hat Wahl, der hat Qual, říkají Němci).

Polární rozlišování různých aspektů světa pojmovými páry (zlý – dobrý, horký – studený) přispívá k naší schopnosti rozlišování a diferencovanějšímu vztahu k světu a odpovídá i našemu rozdílnému emocionálnímu prožívání obou polárních složek téže dimenze (pěkně to vystihuje biblické vyprávění o Adamovi a Evě, kteří po úspěšném rozlišování dobrého a zlého museli z ráje ven). Kamenem úrazu se stává toto polární vnímání v okamžiku, kdy podceníme vznik polárních dichotomií naším vnímáním a rozvrhováním pojmů a pokládáme je za světu bytostně vlastní.

Zdá se, že v řadě archaičtějších jazyků zahrnovalo původně jedno slovo oba polární protiklady, jak si povšiml už Freud (1910) – latinsky *altus* – vysoký i hluboký, řecky *farmakon* – lék i jed, či *hagios* – svatý i ohavný, anglicky *apparent* – zjevný i domnělý atd. Konec konců i slovo „psychosomatický“ je podobné povahy – podivnou složeninou ve stylu „egoaltruistický“ či „pozemsko-nebeský“ dává najevo, že má na mysli celek, v tomto případě člověka, v obou jeho aspektech, chápaných běžně jako polární protiklady (nemám teď na mysli nahrazení tohoto možná neohrabaného, ale zavedeného výrazu jiným, ale chci poukázat spíše na jeho povahu). Někdy má běžný jazyk zastřešující výraz pro polarity obě – třeba „bankovní operace“ zahrnují vybírání z kont i ukládání na ně, úkony protikladné a i emočně prožívané zcela různě. Bližší exkurs problematiky lidské polární percepce světa najde čtenář v autorově knize *Příroda a kultura* (Komárek, 2008).

ŘECKO-INDICKÁ TRADICE DUALISMU TĚLO-DUŠE

Zatímco třeba ve staré Číně se dichotomie duše–tělo až do přijetí buddhistických koncepcí z Indie prakticky nevynořovala, ve starém Řecku i v Indii víceméně paralelně vzniklo vidění světa, které s „duší“ oproti „tělu“ závazně počítá.

Je to zcela podobné, jako rozlišovat třeba „materiál“ a „formu“, dva aspekty každé věci, které je třeba teprve intelektuální námahou oddělit a dále takto traktovat, byť se všemi riziky, která takovýto počin nese. Je obecně málo akceptované, ale při bližším pohledu přece zřejmé, že teprve určitou percepční námahou vydělujeme z (v zásadě kompaktního a kontinuálního bytí) jednotlivé věci a i ty samy se nám pak rozpadají, ač tvoří také jeden celek,

do smyslových aspektů (vzhled, zvukové projevy, konzistence atd.) či jejich jemnějších dělení (tvar, barva, lesk aj.). Toto poznávání představuje pochopitelně na světě určité násilí – „krávolouka“ se rozpadá na krávu a louku až v důsledku našeho interpretačního umu, byť ten jde v tomto případě do značné míry „po srsti“ světa (celý fenomén nejlíp vynikne v případech lidí, kteří třeba v důsledku chirurgické intervence nabudou zraku, jímž dříve nedisponovali – musejí se teprve „učit vidět“ a jsou zpočátku zmateni, ne nadšeni).

Starší vrstvy řeckého myšlení ještě ukazují odlišné použití slov, která se později vztahují na duši a duševní pochody, od pozdějších úžů. Není cílem



tohoto eseje obírat se podrobněji genezí pojmu duše v řeckém či indickém prostředí a odkázal bych zde na podrobnější práce mých přátel a mladších kolegů (např. Bartoš, 2006). Paradoxně se dichotomické odlišení „duševního“ a „tělesného“ u člověka, staré tak asi 2400 let, velmi posílilo v řeckém medicínském myšlení.

Má-li pacient nůž v zádech, je lépe se mu věnovat na „tělesné“ rovině, starat se o odstranění instrumentu, zastavení krvácení, ošetření rány. Teprve potom je příhodná doba kontemplovat o tom, co tím osud míní, zda se tak stalo poprvé či opakovaně, proč vlastně ke vpichu došlo, jak byl či nebyl pacient s touto osobou zapleten a jak, eventuálně také o tom, jak podobným incidentům zabránit v budoucnosti. Dichotomická představa člověka jako panáka, oživovaného přítomností duše (která nemusela být nutně chápána jako „nehmotná“, ale byla rozhodně „jemněji hmotná“ než tělo), se vyvinula nezávisle v Řecku i Indii, patrně ze společného staroindoevropského myšlenkového základu (a také struktury jazyka, což se většinou nebere v úvahu).

Zajisté v tom hraje určitou roli i praktická zkušenost – čerstvě umrlý strýc je jako takový ještě nějakou dobu k poznání, ale už to jaksi není on, cosi podstatného mu chybí (primárně to lze chápat i jako dech – od toho i slovanské „duše“) – řada jazyků má i rozdílné výrazy pro „tělo s duší“ a „tělo bez duše“ – německy *Laib* × *Körper*, řecky *sarx* ×

sóma. Takto „uvolněná“ duše se pak může nejen nechat také odumřít či „vyznít“, ale i rozmanitým způsobem recyklovat či deponovat do různých nebí, pekel, očistců atd. Je pozoruhodné, že reinkarnační představa, která došla obrovského rozšíření v Asii, měla velmi významné náběhy už v antickém světě a musela být církevní autoritou rázně potlačována ve prospěch duše „na jedno použití“ (velmi působný je v tomto smyslu jeden z raných byzantských výnosů, který zakazuje reinkarnaci – nejen víru v ni, ale i akt sám – pod trestem smrti) – možná z důvodů této latentní tradice se dnes buddhisticko-hinduistické koncepty v nábožensky „unavené“ Evropě tak snadno šíří.

Podle antického či indického konceptu samozřejmě duši nemají jen lidé, ale také zvířata a rostliny, zkrátka vše živé – teprve křesťanství přichází s tím, že lidská duše je nesmrtelná, zatímco duše ostatních organismů zanikají zároveň s nimi. Řecká *psýché* (slovo je příbuzné s *psýchos*, chladný, jako metafora dechu srážejícího se za chladného počasí – slovanské duše souvisí, jak už řečeno, s dechem, německé *Seele* je etymologicky příbuzno našemu síla, latinské *anima* od *animus* – dech, duch, závan – srovnej řecké *anemos* - vítr) znamenala vše jiné než „spiritistickou“ jednotku. Spíše to byl souborný název pro všechny integrativní, regenerativní, emocionální, a vůbec celostní procesy v organismu, s tělesností bezprostředně související a vzájemně se ovlivňující, ne až tak věc, jako spíše proces.

DESCARTŮV „VĚDECKÝ“ DUALISMUS A JEHO DŮSLEDKY

S vývojem křesťanství se stále více a více dostávají do popředí vědomé poznávací schopnosti duše, až je posléze u Descarta

zredukována jen na tyto coby *res cogitans* (tato by měla být – v protikladu



k hmotnému světu, k němuž patří i tělo, res extensa – také bezrozměrná).

Něco podobného samozřejmě zvířata nemají či mít nesmějí (blíže Komárek, 2011) a po pohnutých diskusích o tom, kde tato podivná entita sídlí (uvažovalo se např. o hypofýze či epifýze, tam by se takovýto prapodivný bod dobře vyjímal), se posléze novověká věda přichýlila k tomu, že nic podobného neexistuje a hovory o duších je na čase zcela zapovědět. Kámen úrazu je v tom, že i v případě, že ve všech hnutích a počinech myslí nějak spatřujeme epifenomén těla a jeho hmoty (hmota je zde už postdescartovsky traktovaná jako pasivní výplň prázdnoty, nadaná jen inercií, něco bez vlastní spontánní aktivity – i o zvířatech praví Descartes „animal non agit, agitur“), jsou některé tyto funkce ze zmíněného úhlu pohledu těžko popsitelné.

Podobně ostatně chápala emoce a naladění myslí už antika – melancholik má v těle přebytek černé žluči, proto je smutný a mrzutý, naopak v cholerikovi při afektu vzkypí žluč žlutá – děje na neuronech, jejich mediátory a hormony jsou jen komplikovanější a pozdější verzi téhož. Rozplétat a popisovat ovšem takový proces, jako je třeba malování obrazu, z této roviny je technicky neproveditelné či alespoň neúčelné a zastávání podobného stanoviska v praxi nepředstavuje víc než vyznání víry. Je to trochu podobné, jako si historie žádá své speciální shrnující terminologie, hovořící o válkách, bitvách, korunovacích, konferencích atd. Byť bychom věřili, že druhá světová válka znamená právě jen pohyb sta miliónů Němců mezi lety 1939–1945, smysluplná cesta k jejímu popisu a rozmotání to zjevně nebude. A

co teprve taková bitva u Kurska, viděná na molekulární úrovni!

Z tohoto důvodu se udržuje speciální svět metod a terminologií psychologických, neboť se bez nich v praxi těžko obejít (praktické aspekty nad deklaracemi, že něco „je a musí být tak“ vždy jaksi převažují – byť kreacionista nahlíží, že i štěnice učinil Všemohoucí, je nutno je hubit stejně). Živé organismy představují především proces, průběhovitost, byť nám struktura indoevropské věty, kde jsou podstatná jména jakoby fixní a všechna dynamika se koncentruje do sloves, při tom příliš nepomáhá – vidíme-li ale např. živou křepelku, tato dynamičnost nám lehko dojde, byť nebudeme užívat nějakého slovního novotvaru typu „křepelení“.

Hranice toho, které procesy chápeme jako „duševní“ (třeba sčítání) a které jako „tělesné“ (třeba trávení) je samozřejmě ryze arbitrární, mezi nimi je plynulá řada přechodů (co třeba úlek či jiné emoce?). Pochopitelně, mezi „fyzilogií“ a „psychologií“ žádná zřetelná dělicí čára není, podobně jako také mezi nevědomými a vědomými procesy v organismu.

Drtivá většina procesů v živém těle je pochopitelně nevědomá, od buněčného biochemismu po peristaltiku střev či tep srdce – právě tyto dvě činnosti se jogínům po neobyčejně úsilném tréninku daří ovládat vůlí a naopak zautomatizovaná jednání typu psaní na stroji či řízení auta se mohou stát takřka „nevědomými“. Pochopení nevědomého jako součásti kompetence „psychologie“ pak vedlo k formulaci východisek psychosomatické medicíny tak, jak je známe dnes.



JAKOB VON UEXKÜLL A KONCEPCE UMWELTU

K pochopení živých organismů včetně člověka je však nutné mít na zřeteli, že funkce a souvislosti organismu pokračují daleko za jeho hranice dané povrchem těla jako jakási „ektopsychická zóna“, popisovaná nejlépe asi německým biologem Jacobem von Uexküllem (1921) a shrnovaná pod pojem Umwelt. Slovo znamená v současné němčině i životní prostředí, což je v této souvislosti zavádějící – nejedná se o fyzikální okolí živočicha, ale o jeho okolí subjektivní, „vlastní svět“, síť vazeb, umožňovaných smyslovými vjemy – Merkwelt a konáním a jednáním živočicha – Wirkwelt, v češtině je asi nejlépe mluvit přímo o umveltu jakožto technickém termínu. K lidskému umveltu patří pochopitelně i řeč, která může na sebe „vytlačovat“ umvelty více osob a nechat je splývat – v triviální, ale přesvědčivé formě to pocítíme při náhlém příchodu k restauračnímu stolu, kde už se tamní společnost delší dobu baví – jejich umvelt jim náhle narušíme a sami se hned nemůžeme začlenit.

NOVOVĚKÝ ROZKOL

Ač je jisté „monistický“ popis člověka, chápající jej jako jednu bytost, více odpovídající nejen principu Occamovy břitvy, ale i našemu očekávání jednoty světa, v praxi se tento náhled, nepochybně vědecktější než jeho dualistický opak, příliš neprosadil. Jednak by takovýto popis ležel nepříjemně kdesi mezi tím, co jsme si zvykli představovat jako „tělesné“, a tím, co obvykle chápeme jako „duševní“, jednak má karteziánský dualismus tuhý kořen i institucionálně (nechci zde na R. Descarta, muže jistě učeného, kdat špínu jako na původce všech omylů, ale na málokdy byl duch doby, dělící v 17.

Ač Uexküll záměrně vybírá za příklad klíště jako tvora člověku velmi vzdáleného, nikoli třeba kočku nebo psa, bytosti nám mimo vši pochybnost bližší, lze jeho závěry na člověka, jehož umvelt je zcela neobyčejně bohatý, velmi dobře aplikovat. Odhlédnutí od lidského umveltu je mnohem drsnějším zanedbáním, než brát třeba v úvahu pavouka, ale jeho síť už ne. Nejde o to, že bychom ve vědeckých popisech nemohli a neměli něco zanedbávat, ale abychom si toho byli vědomi a poté netvrdili, že náš „osekaný“ model je pravda celá – s prioritami ve vědě je to podobné jako u medicínského konání (reponování a znehybnění zlomené nohy má přednost před odstraněním banánové slupky, po níž se uklouzlo, ale nemá vést k jejímu popření). Tyto koncepce dále v etologii rozváděli Lorenz a zejména Portmann (1960), který pro všechny psychické procesy v organismu, nevědomé i vědomé, které působí jeho vztahování se k světu v nejširším slova smyslu (Weltbeziehung, Weltzuwendung), razí pojem niternost, Innerlichkeit.

století nauky na „přírodovědné“ a „duchovědné“, tak patrný, jako na něm).

Z tohoto důvodu se psychologie jakožto „duchověda“ ocitla na fakultách filosofických, psychiatrie jakožto „přírodní věda“ na lékařských. Lze si představit, že by tamtéž sídlily normální a patologické anatomie či fyziologie? (Jev ostatně není tak raritní – paleontologie, tj. nauka o živočiších a rostlinách minulých ér, se usídlila v rámci geologie, nikoli jako třeba historická zoologie či botanika). Z toho pak pochopitelně vyrůstá prapodivná dvoukolejnost – potíž přítomné doby není ani tak v tom, že by medicína byla „materialistická“ bezesbytku, ale v



těchto „reziduích“, jaksi jako pohádková Popelka trpěných na okraji v podobě psychoterapie či právě psychosomatiky (co by mělo být vědecktějšího nežli právě ona!), tak asi jako v devatenáctém století náboženství v privátní sféře o křtech, svatbách, pohřbech a nedělních dopoledních, „aby děti nezlobily a tolik se nekradlo“.

Dualismus raného novověku se z medicíny nevytratil, v nouzi se jaksi náhle skáče do jiného paradigmatu, tak jako se mnohý horlivý osvícenec nakonec těšil vědomím, že jeho zemřelá manželka je přece jen v nebi. Na rozdílném historickém kořenu psychologie a psychiatrie spočívají i jejich převládající metody v klinické praxi, tj. jejich aplikace na „choré duše“ – zatímco současná psychiatrie dává vždy přednost nějaké formě chemoterapie, klinická psychologie trvá na metodách slovních. Pouze ve

světě, kde duševní a tělesné bylo od sebe myšlenkově odseparováno, se jeví překvapivým, že duševní pochody a hnutí mohou nějak ovlivnit tělesnost – o opačném vztahu, například že vysoká horečka může vyvolat blouznění či otřes mozku výpadky paměti, naopak pochyby nejsou (je obtížné zde necitovat půvabný případ uváděný Vondráčkem, 1968, kdy se jisté ženě prudce vytvořil velký hematom na měkkém patře při sledování kreslené grotesky o Palečkovi – ten se ve filmu snažil zoufale zachytit na krčním čípku kozy, která jej hrozila spolknout se soustem sena – lokalizace krevního výronu byla právě tam).

Psychosomatika by neměla znamenat obrácení kauzalistního chápání ve smyslu „duševno primární, tělesno odvozené“ či „okolo zdravého ducha zdravé tělo“, ale právě psychofyzickou jednotu člověka.

LITERATURA

Dethlefsen, Th. (1978): *Schicksal als Chance*. München, Goldman. (česky: *Osud jako šance*, Brno, O. Svoboda, 1992).

Freud, S. (1910): *Vom Gegensinn der Urworte*. Gesammelte Werke, Bd. 10. Frankfurt /M., Fischer (česky: *ibid.*, sv. 8, 1997)

Komárek, S. (2008): *Příroda a kultura – svět jevů a svět interpretací*. Praha, Academia.

Bartoš, H. (2006): *Očima lékaře – Studie k počátkům řeckého myšlení o lidské přirozenosti z hlediska rozlišení duše – tělo*. Červený Kostelec, P. Mervart.

Komárek, S. (2011): *Ochlupení bližní: zvířata v kulturních kontextech*. Praha, Academia.

Uexküll, J. von (1921): *Umwelt und Innenwelt der Tiere*. Berlin, Springer.

Portmann, A. (1960): *Neue Wege der Biologie*. München, Piper (česky: *Nové cesty biologie*. Scientia et Philosophia 7,8. Praha, Jůza a Jůzová, 1997).

Vondráček, V. (1968) : *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha, Avicenum.

Ukázka z knihy *Tělo, duše a jejich spasení. Kapitoly o moci, nemoci a psychosomatické nakl. Academia, Praha 2014*, zde otištěna se svolením autora i nakladatelství.

Do redakce přišlo 20.30.2014
K tisku zařazeno 25. 5. 2014



RECENZE



TRAPKOVÁ L.: RECENZE KOMÁRKOVY KNIHY TĚLO, DUŠE A JEJICH SPASENÍ

Druhé vydání knihy esejí o psychosomatice Stanislava Komárka přichází právě v době, kdy se podařilo po desetiletích zdánlivě marného úsilí prosadit i u nás psychosomatiku do novely vyhlášky 185/2004 Sb. zákona 95/2004 Sb. a zařadit ji mezi lékařské specializační obory. Praktici především z řad lékařů, ale zprostředkovaně také kliničti psychologové a zástupci dalších pomáhajících profesí, kteří se dávno psychosociálními okolnostmi stonání svých pacientů a klientů zabývají, budou mít od letošního roku 2014 konečně pro svou práci v oblasti psychosomatické medicíny oporu v zákoně. První formální krok mohl následovat: Byla založena Společnost pro psychosomatickou medicínu ČLS J.E.P.

To je dobrá zpráva, na druhé straně nás čeká mnoho práce na institucionalizaci doposud víceméně živelně se prosazujícího psychosomatického myšlení, které jde ze své podstaty napříč všemi obory zabývajícími se zdravím a nemocí.

Čeká nás nesnadná cesta vymezování a vytyčování hranic psychosomatické medicíny tak, aby se neztratilo to podstatné, co radikálně rozšiřuje možnosti klasické západní medicíny (podle Komárka medicínsko-průmyslového komplexu) a současně aby nebyly petrifikovány praxe, které nejsou podloženy solidním vzděláním a není možné je na půdě ČLS J.E.P. garantovat. Pro šíři a podmínky tohoto vzdělávání bude třeba vytvořit pravidla. Přitom se budeme muset pohybovat na kontroverzním pomezí dosavadní životaplné tvořivosti, která se každému omezování brání, a vytváření formální struktury oboru, která mu zaručí páteř a potřebnou míru stability.

V tomto kontextu se stává druhé vydání Komárkovy knihy příspěvkem, který může dopomáhat k orientaci jak laikům a pacientům, tak i pochybovačům z řad lékařů, kteří sice formálně uznávají bio-psycho-sociální kontext stonání, ale ve skutečnosti stále pracují a uvažují jen



v intencích mechanistického pojetí medicíny, ve kterém byli vyškoleni a kterému pečlivě a poctivě slouží. Psychosociální vlivy na stonání připouštějí, ale nevědí, o čem by si měli s pacientem povídat, kdyby na něj měli několiknásobně víc času než jen obvyklých několik minut, a nedovedou ani vhodně indikovat psychoterapii u psychologa, jehož léčba je naopak na tento čas náročná, ale kromě počítače a vhodné místnosti nespотřebuje žádné další velké náklady a je-li úspěšná, je pro zdravotnictví také ekonomicky výhodná.

Komárkova kniha může být podnětem a inspirací také odborníkům humanitních věd, aby se přidávali k těm, kteří z občanských pozic zvedají kritické hlasy proti jednostranné technologizaci medicíny a vykazování lidských příběhů mimo pozornost západní medicíny. Přitom právě v nich bývá skrytý klíč k náhledu na způsob, jak v konkrétním případě nemoc vznikla a jak by zase mohla odeznít. Bez této narativní dynamické diagnostiky nelze v mnoha případech zejména chronických onemocnění mluvit o léčbě *lege artis*.

Stanislav Komárek je biolog. Má tedy privilegium všimnout si bio-psycho-socio-duchovních aspektů stonání optikou sobě vlastní, a protože, jak píše, není do medicínských aktivit institucionálně vpleten, může se pohybovat ve svých úvahách svobodně a nezávisle. Pozoruje psychické a sociální systémy a vyhmatavá k nim analogie v říši zvířat a rostlin. Ty někdy až anekdoticky přinesou nápad, který zazní vnitřní pravdivostí, takže se nám ostatním náhle otevře nový obzor v obtížném tématu, který posune pochopení v terapeutickém procesu do nové dimenze objevů. Tak například Komárkova znalost rozmnožování jednoho druhu rybiček, které v nuzných podmínkách dovedou měnit pohlaví, se nám už mnohokrát osvědčila

při metaforickém mapování mužsko-ženských vztahů v rodinách, jejichž vychýlení z rovnováhy stálo za nemocností dospívajících dětí ve stagnujícím separačním procesu.

Komárek je profesorem na akademické půdě, konstatuje, že s praxí vlastně nikdy neměl přímý kontakt. Ale pro nás praktiky je díky své sečtělosti živou studnicí informací neznajících hranice oborů. Přistupuje k psychosomatické medicíně zvenčí a otevírá okna těm, kteří žijeme a pracujeme uvnitř na její kultivaci. Nebýt takových, jako je Komárek, hrozilo by medicíně uzavření do sebe sama. A uzavřený systém spontánně jen degeneruje, jak zní parafráze druhé termodynamické věty.

Tělo, duše a jejich spasení je souborem jedenácti esejí, které – každá z jiného úhlu – nasvěčují jedno téma: skutečnost, že člověk je dále nedělitelný celek, a tedy je třeba, aby se léčil za případné a nikoli vždy nutné dopomoci somatických lékařů. Všimá si vztahů člověka a systému medicínsko-průmyslového kontextu (MPK) na obecné filosoficko-kulturní rovině. Nepopírá a nesnižuje význam novodobých technologií v boji proti nemocem, ale popisuje odvrácenou stránku této moci MPK, rizika a iatrogenní působení moderní západní medicíny, která nejsou ve společnosti dostatečně reflektována. Navazuje přitom na jednu ze svých předchozích knih *Příroda a kultura*, na kterou zároveň odkazuje a opírá se o bohatou literaturu naši a zahraniční, jejíž seznam je uveden na konci knihy, převažují publikace v němčině a angličtině.

Názvy jednotlivých esejí napovídají šíři pojetí tématu:

Duše a tělo, Stručný nástin dějin psychosomatického uvažování, Patologické a normální, Nemoci a jejich



příčiny, Nemoc a synchronicita, Moc, Sociální interakce a patogeneze, Ontologický dluh a transdebitace, Sdělný a sociální význam nemoci, Smrt, Medicínsko-průmyslový komplex, Sociální stát a pozdní doba aneb kudy kam?

Oproti prvnímu vydání, vychází druhé vydání čtenářům vstříc doplněním mezititulků uvnitř kapitol, které činí knihu mnohem přehlednější zvláště pro toho, kdo v ní potřebuje i po přečtení znovu listovat. Každý mezititulek má literární, metaforickou, nejen věcnou hodnotu. Je klíčem k nadcházející podkapitolce a připravuje na ni čtenáře s předstihem, takže má jeho mysl čas předem generovat vlastní otázky na pojmenované téma. Potencuje se tím se čtenářem živější dialog, než tomu bylo ve vydání prvním, které bylo psáno v dřívějším Komárkově stylu „start – cíl bez oddechu“. Také seznam literatury je v druhém vydání sympaticky rozčleněn, doporučené tituly následují zvláště až za odkazy citovanými v textu.

Mezi kapitolami knihy recenzentka oceňuje především prostřední tři kapitoly: Sociální interakce a patogeneze, Ontologický dluh a transdebitace a Sdělný a sociální význam nemoci. Jistě proto, že sama pracuje jako klinická psycholožka s rodinnými systémy, s transgeneračním předáváním traumat a s významy symptomů členů rodiny zavázaných do rodinných a rodových příběhů. Vyjmenované kapitoly Komárkovy knihy poskytují psychosomaticky zaměřeným odborníkům široké zázemí filosofického, přírodovědeckého i kulturního kontextu, stejně jako z druhé strany i my praktici můžeme potvrdit jeho teoretické úvahy a mohli bychom je doplňovat dlouhou řadou ilustrativních kazuistik, například z praxe rodinné terapie psychosomatických poruch.

V kapitole Sociální interakce a patogeneze Komárek propojuje pohledy na jedince ve společenství v přírodě, v lidské rodině, v rodě a širších sociálních celcích, jako je národ nebo církevní společenství. Upozorňuje na fenomény, kterým se v systemické terapii říká systémové síly. Z nich se jedinec nemůže vyvázat, a přitom osudově ovlivňují jeho psychosomatické prospívání. Tak se Komárek například zmiňuje o „neobyčejně silných vazbách“ mezi rodiči a dětmi, mezi partnery, a mluví v takových případech o „psychické propustnosti“. Míní, že to je „tematika v novověkém slovníku těžko vyjádřitelná a formulovatelná“. Nelze Komárkovi vyčítat, že není zběhlý v současném psychoanalytické teorii a slovníku, kde naopak už pro takto pevné mezilidské vazby existují teorie validní pro psychotherapeutickou praxi, jako je teorie attachmentu nebo teorie objektních vztahů, se svými termíny, např. projektivní identifikace. Můžeme naopak jen souhlasit s jeho postřehy o rodině jako samostatném organismu s jednotlivými „orgány“ a „ekologickými nikami“, kde mají vlastnosti jednotlivců tendenci se polarizovat, dětské nemoci kompenzovat emoční dysbalanci mezi rodiči apod. Komárek se nevěnuje jen rodině – skupině *sui genesis*, kde členy rodiny spojují vrozené vazby – ale volně asociuje historii i současné vztahy v sociálních systémech vzdělávacích, politických, náboženských, zvláště se věnuje svépomocným skupinám.

Ve světle takového přehledu se stávají srozumitelnějšími požadavky psychosomatické medicíny, aby se léčba neomezovala jen na jedince, jeho jednotlivé orgány nebo ještě menší součásti organismu až na buněčné úrovni, aby se nespokojovala se zaměřováním pozornosti pouze na poruchu a dysfunkci a neopomíjela současně



spontánní sebeúdržbné – autopoietické možnosti každého organismu, aby neuvažovala jen v rámci lineární kauzality a aby například chápala, že každý symptom patří do nějakého vztahu nebo soustavy vztahů, ve které je větší pravděpodobností léčitelný. Aby dovedla využívat skutečnosti, že změnou kontextu v sociálních vztazích lze často rázem ozdravět více jedinců najednou.

K tomu inspirují všechny kapitoly Komárkovy knihy. Za pozornost samozřejmě stojí kapitola o smrti, která je oproti prvnímu vydání významně rozšířená. Komárek popisuje smrt jako fenomén, který je přinejmenším v posledním století ze společenského vědomí vytěšňován. Důsledkem vytěšňování je pak nedůstojné umírání, diskvalifikace plnohodnotného stárnutí a diskriminace a neúcta ke starým lidem. Kapitola poskytuje čtenáři přehled o tom, jak se umíralo v různých historických a kulturních kontextech. Promlouvá o ambivalenci západní společnosti a postojích medicíny, kde není umírající provázen v pravý čas k „dobré smrti“, ale až do poslední chvíle je tahán zpět do života způsobem, který nabývá forem moderního týrání pod zástěrkou léčby podle zásad evidence based medicine (EBM). Téma smrti úzce souvisí s mocí a bezmocí na půdě medicíny, které jsou probírány v kapitole o moci zvlášť.

První dvě kapitoly bych doporučila všem, kteří se na půdě psychosomatické medicíny teprve orientují, studentům lékařských, filosofických a pedagogických fakult. Tvoří výborný, a přitom rozsahem úsporný úvod a přehled o vývoji myšlení o těle a duši, dualismu tělo-duše a jeho důsledcích pro psychosomatické myšlení. Citováno je osmnáct osobností, které jej vyzvedávaly, prosazovaly a udržovaly při životě až do současnosti, přestože tyto

myšlenky mají tendenci znova a znova upadat v zapomnění. V knize zaznívají silně zvláště v kontrastu k výdobytkům medicínsko- průmyslového komplexu, kterému se autor věnuje podrobně už ve své předchozí knize Příroda a kultura a zde mu dává znovu prostor v novém kontextu ostatních kapitol.

Cenná je i kapitola – esej na téma pečovatelského státu, která celou knihu uzavírá. Příznačné pro ni je, že byla v prvním vydání prezentovaná pod názvem Sociální stát aneb kudy kam? Přejmenování a důraz na slovo „pečovatelský“ ve vydání druhém zvyrazňuje etická dilemata, kterými se čtenář musí nutně zabývat: Kdy ještě je péče pomáhající a kdy naopak „přehnaná starostlivost vede k duševnímu a někdy i tělesnému mrzačení zdravých“? Můžeme potvrdit, že nebývá pokaždé jasné, kdo se o koho v systému pečující-opečovávaný vlastně stará? V praxi vidíme, jak často volí pomáhající profese ti, kteří ve skutečnosti nereflektovaně hledají pomoc sami pro sebe; kontrast s ještě nuznějšími jim psychologicky zlepšuje osobní komfort, když je na sebe komplementárně vážou do symbiotických vztahů.

Za pozornost politiků a ekonomů stojí Komárkovy poznámky na adresu státu, ve kterém je určitá část společnosti neuváženou mírou poskytování tzv. sociálních jistot infantilizována a stává se na státu dětinsky závislou. S tím bezprostředně souvisí rozpadání rodinné struktury a přesouvání tradičně rodinných kompetencí na stát. Komárek přináší argumenty ve prospěch psychosomatického přístupu, který by mohl „podstatným způsobem zlevnit medicínskou péči“.

Při četbě je jasné, že je autor vědec širokého záběru, daleko přesahujícího jeho základní biologické vzdělání. Je



schopen, jak už to dokázal v předchozích publikacích odborných, populárně naučných i literárních, fundovaně překračovat hranice oborů tomu jeho blízkých i vzdálenějších. V tom je jeho velký přínos i proto, že u nás nevychází dostatek literatury, která by přispívala k etablování psychosomatického myšlení na všech společenských úrovních, nejen v medicíně. Bylo by záslužné, kdyby tyto

myšlenky překonávaly nejen hranice oborů, ale také jazykové bariéry. Při té příležitosti se také přimlouvám za překlad rozsáhlé německé učebnice T. Uexküllera z roku 2003, která je u nás téměř neznámá a která nechybí v Komárkově seznamu literatury.

V Liberci 23. 3. 2014

Do redakce přišlo 20. 3. 2014

K tisku zařazeno se svolením autorky i nakladatelství dne 20.5.2014



ÚVAHY, ESEJE

HONZÁK R.: DE MORBO TELEPHONICO (NOVÉ NEMOCI)

Nastoupil jsem do osmnáctky. Abych nebyl na pochybách, kde vlastně jsem, zařval za mnou mládenec sedící na invalidním sedadle (nejspíš invalida na hlavu): „Jedu tramvají.“ Tuto neobvyčejnou historickou událost sdělil spolucestujícím a někomu na druhém konci telefonického spojení. „Jedu na Karlák,“ upřesnil cíl své cesty. „Budu tam tak za čtvrt hodky a možná dřív.“ Hodnotu časové informace jsem ocenil. Za tu dobu totiž stačil seznámit se svými záměry ještě tři lidi, přičemž jednoho, který zřejmě něco namítal, stihnul ještě pokárat: „Neser, vole!“

Považuji proto za nezbytné přidat ke dvěma dosud registrovaným chorobným jednotkám vztahujícím se k mobilním telefonům ještě jednotku třetí, zvanou **vopruz**. Řešení nabízí uvedený záběr, který přestože pochází z minulé doby, je použitelný i v případě smartphonů: <http://www.spy.cz/video/zabava/2547-silena-telefonistka>

Na první pohled se jeví vopruz jako pouze společensky závadný, může však nabýt formy sebevražedné (telefonující nevnímá hrozící nebezpečí, do něhož vstupuje, nebo které se naň řítí), ale také vražedné (telefonující řídí vozidlo, které se může stát smrtící zbraní).

Nehodlám se zde zabývat tělesnými poruchami způsobenými buď nesprávným používáním přístroje (otlačené uši, gynekologické potíže po použití telefonu jako vibrátoru), ani vlivem elektromagnetického záření (zavařený mozek,

nepłodnost a impotence ze zavařených varlat), ani kolaterálními škodami na partnerských vztazích vzniklých po objevech utajovaných SMS, ale dvěma psychopatologickými jednotkami, které už dokonce mají své pojmenování.

Seriózní statistika ze začátku dubna tohoto roku uvádí, že za jeden rok (březen 2013 – březen 2014) přibýlo na Zemi celkem 145 milionů normálních telefonistů, takže jich je ku dnešku 784 000 000, což představuje 23% přírůstek oproti loňsku. To jsou ti, co používají přístroj méně než 16× denně. Pak tu je 440 milionů cvoků, kteří sáhnou po mobilu 16–60× za den (před rokem jich bylo 283 milionů, takže jich je o 55 % víc). Nakonec jsou tu kandidáti na blázinec, jejichž potřeba kontroly telefonu je vyšší než šedesátkrát za den a těch je ku dnešku 176 milionů ve srovnání s loňskými 79 miliony, takže vykazují 123% přírůstek. Rekrutují se hlavně z mladé a střední generace, převahu tvoří ženy. Kromě mobilů převládají v jejich zájmech sportovní fandění (pasivní), móda a automobilismus.

Nomofobie (odvozeno z anglického „**no mobil**“, tedy mobil není) je stav narůstajícího napětí a úzkosti v případě, že postižený nemá mobil po ruce, že v místě není dost silný signál, že mu/jí už dvě minuty nikdo netelefonoval ani neposlal SMS. Na cestě do maléru je podle nejrozumnějších anket kolem 90 % všech uživatelů, kteří přiznávají, že prožívají nepříjemné pocity, pokud se



nevěnují telefonu alespoň jednou za hodinu. Z tohoto zlovyku se posléze stává návyk, který přechází do závislosti s následujícími manifestními příznaky:

- berou si mobil do postele;
- ještě po ulehnutí telefonují a posílají SMS;
- při probuzení v noci posílají SMS;
- ráno je jejich první počín kontrola telefonu;
- přes den se nedokáží odpoutat od telefonu;
- při jídle jej mají položený vedle talíře a několikrát během oběda jej zkontrolují;
- kontrolují jej několikrát za hodinu;
- berou si mobil s sebou na záchod, do koupelny, na pláž, do kostela, do divadla, atd.;
- nedovedou odložit mobil ani při sexu;
- 18 % žen z kritické skupiny (více než 60 kontrol denně) uvedlo, že telefonuje během sexu nebo bezprostředně po skončení;
- eventuální ztrátu mobilu hodnotí hůř než ztrátu peněženky nebo klíčů od domu či od auta.

Za nejbizarnější považuji případ muže z Londýna, který přestal jezdit metrem, protože se bojí, že by mohl zmeškat nějakou zprávu v místech, kde není signál.

Textafrenie je chorobná jednotka psychotické hloubky, která už byla popsána v odborné literatuře. Objevuje se především u mladých lidí a popisy přicházejí z Indie a jihovýchodní Asie.

Jde o kombinaci sluchových event. tělových halucinací a bludného

přesvědčení, že dotyčný slyšel tón či cítil vibrace telefonu v situacích, kdy se nic takového nestalo. Podle článku v *African Journal of Psychiatry* se šíří tyto poruchy velmi rychle (na mě to dělá spíš dojem hysterické epidemie) především mezi teenagery. Autoři uvádějí, že podobně jako u nomofobie je mezi postiženými nápadně vyšší přítomnost úzkostí, depresí, poruch spánku, anorexie, předrážděnosti, impulzivity a dalších obtíží, včetně psychosomatických. Uváděny jsou také poruchy pohyblivosti palce. Jedna z hypotéz totiž tvrdí, že se s používáním mobilu mění anatomie ruky a usazení palce v dlani.

Pochopitelně se zde ucházejí o chleba (co chleba! přímo biskupský chlebiček!!!) farmaceutické firmy, protože tendence udělat ze zlovyku chorobu je následována nabídkou těch jedine správných a účinných psychofarmak. Odborníci z oblasti duševního zdraví doporučují pro návrat psychické rovnováhy následující postup:

- Uvědomte si, v jaké situaci saháte po telefonu. Jaké jsou vaše emoce? Nuda? Osamělost? Úzkost? Zamyslete se, co jiného než telefon by vás mohlo uklidnit, potěšit.
- Projevte sílu vůle, když uslyšíte zazvonění. Vždyť nemusíte hned odpovídat. Nejlepším řešením je vypnout zvuk.
- Buďte ukázněni a naučte se vůbec nepoužívat telefon v některých situacích (když jste s dětmi, když řídíte, na schůzkách) a také v některých předem stanovených hodinách (např. od 21:00 do 9:00). Budete překvapeni, jaké potěšení vám to přinese.

Jakkoliv na svou „normalitu“ nesázím, tím méně sirotčí peníze, co se týče mobilů, jsem si jist, že mě žádná z uvedených obtíží nestihne. Mám mobil



doma v šupleti a používám jej jako rodinnou vysílačku, jinak ne. Musím-li napsat SMS, činím tak z počítače. A mám pokoj! Co si o tom myslí ostatní, je mi srdečně jedno.

27. 4. 2014



HONZÁK R.: SŮL NAD ZLATO PRO POTRAVINÁŘSKÉ A FARMACEUTICKÉ FIRMY; PRO LIDI NE

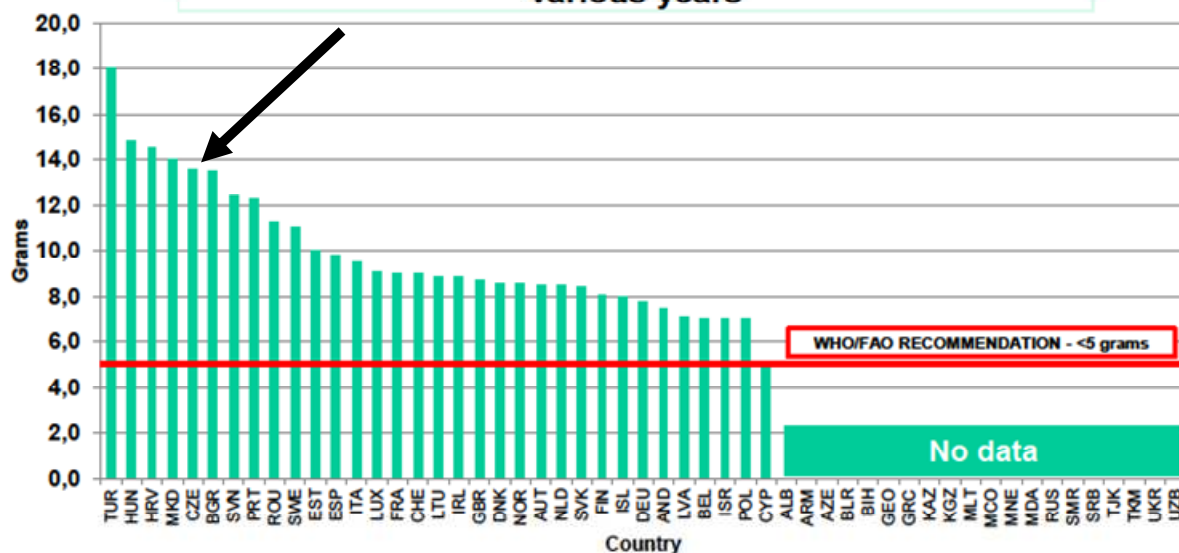
Z politického hlediska medicína je mocenská instituce a její moc je srovnatelná s mocí církve za vrcholného středověku. Bez její asistence a jejího požehnání se u nás nikdo nenarodí, nikdo neumře, nikdo nejde do školy, nemůže řídit auto, vykonávat řemeslo a pomalu ani nebude moci jít na záchod. Moc je to velká a vnučuje se otázka, k čemu ji používá.

Kdyby ji skutečně zajímalo zdraví, využila by ji k tomu, že by například –

jako první minimální cíl – přinutila výrobce a distributory potravin, aby na všech obalech uváděli plné složení, na němž by nechyběl velkým písmem údaj, kolik soli tovar obsahuje. Jasný a zřetelný, bez všelijakých omezení, aby bylo kupujícímu jasné, jak brzy z něj bude solný sloup. Druhý krok by představoval snížení množství tohoto nerostu v potravinách.

Příjem soli na osobu dospělé populace v Evropském regionu

Salt intake per person per day for adults in the WHO European Region from individual country-based surveys, various years



Není totiž tajemstvím, že se spotřebou patnácti gramů soli na hlavu a den patříme (podobně jako v alkoholu, kouření trávy a dalších ctnostech) ke špičkám v Evropě i ve světě. Než však zajistit takovéto preventivní opatření, jeví se výhodnější léčit hypertenzi. Doufám, že nemusím citovat stovky prací prokazujících souvislost přísunu soli, resp. natria a hypertenze a také věřím, že všichni vědí, že většinu soli do sebe nedostáváme z domácí solničky, ale z přesolených potravin.

Vzít záruku nad přisunem soli, analogicky jako nad kvalitou vody, by ale znamenalo především komplikované handrkování se solnou a celou potravinářskou lobby, jíž sůl vynáší tolik, co šejkům nafta. Nejde totiž jen o ty tuny NaCl, ale také o to, že přesolené potraviny zvyšují chuť k dalšímu jídlu a také žízeň, hašenou u nás buď pivem, nebo slazenými nápoji. Že to vede k obezitě, tedy dalšímu rizikovému faktoru hypertenze, je nad slunce jasné.

„Odhaduje se, že snížením denního příjmu soli na zhruba polovinu by v Česku došlo k omezení výskytu cévních mozkových příhod o čtvrtinu a výskytu kardiovaskulárních onemocnění o 17 %. Proto je v této oblasti velice důležitá prevence a osvěta,“ říká ministr zdravotnictví Martin Holcát – tedy ten, co má také, co se týče spotřeby alkoholu, zajímavé normy (Tisková zpráva MZd ČR 26. 11. 2013).

V tomtéž dokumentu
(<http://www.mzcr.cz/dokumenty/nadm>

[erna-spotreba-soli-prispiva-k-zavaznym-onemocnenim_8476_1.html](#))

najdeme i následující zprávy: Brazílie: Yanomamo Indians z deštného pralesa mají extrémně nízký příjem soli, proti tomu vysoký příjem draslíku (testováno dle výdeje NaCl a KCl v moči). Jediným zdrojem draslíku je popel, který je přidáván k pokrmům. Tito jedinci nemají hypertenzi a jejich krevní tlak vůbec nestoupá s věkem. Tělesná hmotnost byla sice nižší, než ve vyspělých zemích, ale rozhodně nešlo o podvýživu. Oliver WJ et al: Circulation, 1975, 52, 146-51.

Japonsko: V dnešní době je v Japonsku spotřeba soli 13–15 g/den, ale v polovině minulého století byl např. na ostrově Honšú průměrný příjem soli až 60 g na den. Strava obsahovala velmi slané omáčky, v oblasti byla extrémně vysoká úmrtnost na mozkové příhody u japonských rybářů – tenkrát nejvyšší na světě. Souvislost počtu úmrtí se stravovacími návyky byla přitom jasně prokázána.

Ale skutek utek. Ony by totiž také utekly všechny peníze za tuny léků proti vysokému tlaku, které takto vzniklí pacienti snědí (nebo také ne, protože ročně se u nás vyháží léků za jednu miliardu korun), a všechny ty „kampaně a akce“. Zajímavé je, že ve Velké Británii se podařilo příjem soli snížit o 1,5 gramu a, jak vidno z prezentace profesora McGregora, občanstvo nemělo námitek proti méně slané stravě, protože na něm nikdo nechtěl, aby „drželo diety“.



Hidden Salt in food

e.g. processed, fast, takeaway, restaurant food

Food industry slowly reduce
- No rejection by public

Fantastic for Public Health

Very little
cost

↓ BP

No need to
change diet



Naše praxe naopak dává zapravdu úvodní větě knihy *Limity medicíny – medicínská Nemesis* Ivana Illiche

z roku 1975, která zní: Medicínský establishment se stal významným nebezpečím pro zdraví.



DISKUSE

PO PRVNÍM SETKÁNÍ: REAKCE NA KURZ ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE IPVZ

Řekli jsme si o reakce na první část sedmidílného kurzu základní psychosomatické péče IPVZ, který se stal jedním z povinných kurzů nového oboru psychosomatická medicína.

Kurz je určen pro:

všeobecné lékaře, pediatri, gynekology, rehabilitační lékaře a další specialisty somatických oborů, pro psychiatry a klinické psychology.

TADY JE PROGRAM PRVNÍ ČÁSTI:

- Zahájení kurzu, informace o oboru (Chvála)
- Úvod do psychosomatické medicíny, historický přehled (Šimek)
- Interpersonální medicína (Skorunka):
- Od subjektivního prožívání ke komplexním modelům zdraví a nemoci; různé dimenze psychosomatické medicíny.
- Psychoterapeutický přístup v medicíně.
- Manifestace životních dilemat, zátěžových situací a interpersonálních procesů v tělesných, duševních a sociálně-komunikačních symptomech.
- Co to znamená, když se řekne bio-psycho-sociální (Chvála, Trapková)
- Práce s časovou osou, praktické ukázky, rozbor (Trapková, Chvála)
- Bálintovská skupina (Trapková)

A TADY JSOU REAKCE PO TOMTO KURZU

Velmi se mi líbila druhá část kurzu s praktickými ukázkami a videem..., to bylo velmi přínosné a zajímavé. Hůře jsem vnímala první část, která mi připadala příliš abstraktní a méně využitelná pro praxi (o receptorech v membránách atd.). Dělal mi potíže v této části udržet pozornost. Uvítala bych větší zaměření na konkrétní situace v ordinaci a psychosomatický přístup k jednotlivým nemocem a stavům. Dále vnímám celkovou atmosféru kurzu jako

velmi opatrnou, se snahou vyhnout se čemukoliv „příliš duchovnímu, šamanskému, holistickému“. Myslím, že lékaři, kteří na tyto kurzy chodí, již opustili přísně biologické pojetí nemoci a je možné na kurzech mluvit otevřeně. Řada z nás používá i alternativní metody nebo se zajímá o osobní a duchovní růst a věci mezi nebem a zemí. Chápu ale opatrný přístup při diskusích s kolegy mimo obor psychosomatika. Tolik můj názor a velmi děkuji za možnost se takto



vzdělávat, což bylo ještě před pár lety nemyslitelné. (MUDr. Marková)

O kurzu jsem slyšel jen to nejlepší od mnoha kamarádů a opravdu jsem se těšil. Jsem v přípravě na atestaci z praktického lékařství, zabývám se čínskou a indickou medicínou, pracoval jsem dva roky v Německu, jsem ve výcviku u kolegy Knopa a psychosomatický přístup v medicíně vidím jako své životní poslání. Proběhlé úvodní dva dny mi připadaly zajímavé snad pro ty, kteří se doteď o psychosomatiku vůbec nezajímali a potřebují být přesvědčováni, anebo potřebují nadávat na současný medicínský systém. Musím říci, že o přednáškách doc. Šimka a doktora Skorunky jsem se převážně nudil. Chyba může být samozřejmě na mé straně. Oba přednášející jsem rád poznal. Během času, který měli k dispozici, nám snad mohli říci mnoho zajímavého. Těšil jsem se, že se dozvím něco z historie psychosomatiky, něco o filosofických, spirituálních, medicínských, vědeckých i nevědeckých kořenech celostního přístupu k pacientovi, něco o současném stavu psychosomatické medicíny ve světě. Něco jste zmínil Vy s kolegyní Trapkovou. Vaše bloky mi také přišly nejzajímavější. Líbil se mi exkurz do rozdílnosti pohledu lékařského a psychologického. Jinak se mi ale moc informací ani zkušeností nedostalo. (Martin Seifert)

Přednáška doc. Šimka byla úžasná, na prvním místě svým obsahem. Fascinovala mě také jeho překrásná čeština a rétorika. Doktor Skorunka byl velmi emotivní a velmi inspirativní. Moc se mi líbila páteční přednáška Vás a paní doktorky Trapkové, to, jak jste se navzájem bezprostředně doplňovali. Doufám, že se dostanu na samostatný kurz časové osy, považuji ji za velmi užitečný nástroj. Bálintovská skupina

byla pro mě něco zcela nového, zúčastnila jsem se pouze pasivně, nejsem si jistá, zda bych byla schopna aktivně se zapojit. Možná po více zkušenostech. Shrnu-li mé dojmy, pak tato první část kurzu splnila má očekávání a určitě bych chtěla dál pokračovat. Bio-psycho-sociální souvislosti nemocí mých pacientů rozpoznávám. Zůstává mi ale kardinální otázka „Co s tím?“ a těším se na odpovědi na ni. Samozřejmě tuším, že jednoduché ani jednoznačné nebudou. (M. T.)

Především Vám i paní doktorce i ostatním chci poděkovat, bylo to fajn a odcházela jsem s dobrými dojmy, obcerstvená a s pocitem těšení na podzim. Líbila se mi atmosféra v kurzu, mezi námi účastníky i mezi námi a vámi přednášejícími, bylo to takové živé a přirozené, prostě fajn. Zaujala mě přednáška pana doc. Šimka, jak ta historie, tak jeho úvahy o patofyziologii vzniku somatického příznaku z psychosociálních souvislostí. Určitě mě to popíchlo k dalšímu přemýšlení a mám chuť si o té historii něco přečíst. Příspěvek Vás a paní doktorky se mi také líbil, bylo fajn, že to bylo hodně prakticky zaměřené (kazuistika, video) a také, jak jste sehnali, navíc muž-žena, lékař-a psycholožka, tedy toho hodně „pokryjete“. A povídání o těch systémech a o vzájemných interakcích pro mě bylo také zajímavé, ráda bych se dozvěděla víc. Pan doktor Skorunka mluvil také dobře, ale jelikož jsme ze stejného oboru (psychiatr s psychoterapeutickým výcvikem, i když jiným – v logoterapii a existenciální analýze), tak mi to přineslo asi nejméně nového. A moc se mi líbila bálintovská skupina, to bylo super a velká inspirace něco takového s kolegy zkusit! Zajímalo by mě ještě, jaké je oborové zastoupení účastníků kurzu, kolik je tam psychologů či psychiatrů a kolik somatických lékařů či



fyzioterapeutů. Měla jsem dojem, že je tam více „psycho“ témat, a já jako „psycho“ člověk bych možná uvítala více toho „somatického“. Ale to možná přijde v dalších kurzech? Celkově ještě chci napsat, že psychosomatický přístup mi byl, myslím, vždycky blízký (a to nejen proto, že o tom slyším hodně doma...), jen to třeba nemám tak propracované či zarámované do nějaké teorie. Ale prostě mě vždycky zajímalo skoro více než daná nemoc to, co to pro daného člověka znamená a jak to prožívá či zvládá, jak s tím žije. Někdy se trochu dohaduji s Ondrou, protože si myslím, že by psychosomatika neměl být nástavbový obor jako něco „přidaného“, ale že by ten přístup měl mít každý lékař tak nějak už od začátku, učit se to a poznávat současně se svým oborem, ne „potom“, ale „paralelně“. Nevím, jestli jsem to srozumitelně napsala. A možná je tato myšlenka v dnešní medicíně utopie. (Jindra Masnerová)

Na kurzu jsem se cítila dobře, byla jsem ráda, že se mi potvrzují, z povolaných úst, myšlenky a nápady, které ke mně posledních cca patnáct let přicházejí. Páteční program se mi líbil více, protože už byl praktičtěji zaměřen, i když chápu nutnost programu úvodního dne. Jsem ráda, že jste nás ujistil, že máme s pacienty problém rovnou řešit (ve smyslu nabízet, objasnit). Činím tak sice dlouhodobě, ale spíše s nejistotou, jestli nepřekračuji svoji odbornost. Za Vaši podporu v tomto smyslu jsem vděčná. První den se mi líbila zejména přednáška pana profesora Šimka. (Martina Juhaňáková)

Kurz se mi moc líbil, jen bych uvítala, kdyby se podařilo ho ukončit dřív než v roce 2016. Taky by bylo fajn, kdyby všichni budoucí vyučující dali k dispozici přednášky paní Malé, abychom mohli poslouchat a nemuseli psát. Děkuji. (Dědková, Ústí nad Orlicí)

Toto první setkání na mě působilo jako poněkud opatrnější oproti tomu, jak jsem z předchozích kurzů na Vaši práci zvyklá, pravda ale je, že jen do té doby, než jsem mluvila některými kolegy, pro které to bylo jiné. Dokážu pochopit a z kliniky vím, že když člověk léta jede podle naučených postupů a najednou má o pacientovi trochu jinak přemýšlet, může z toho být přinejmenším rozpačitý, a navíc je to většinou na úkor jeho pracovní doby. Byla pro mě cenná zkušenost, že jsem už měla za sebou předchozí kurzy a uvědomila si, jak je důležité při prvním setkání hned to na lékaře „nerozbalit“, držet se trochu zpátky a být tam v první řadě za lékaře, a až poté za psychoterapeuta... (Lucie Joklová)

S kurzem jsem byla velmi spokojená, a zvláště s přednáškami ten druhý den, tedy tou Vaší a terapeutky paní Trapkové. „Seděl“ mi styl přednášení. Chvilí mi trvalo se přeorientovat, jsem zvyklá na přednášce vytáhnout tužku a papír a intenzivně zapisovat. Tady jsem si musela uvědomit, že jde o zcela jiný styl práce. Prakticky jsem neměla žádné konkrétní představy o náplni kurzu a moc mě překvapilo, že jsem hned po absolvování byť jen první části mohla aplikovat nové poznatky ve své ordinaci. Jsem praktická lékařka pro dospělé a vždy jsem cítila, že se ve své ambulanci potkávám s pacienty, kteří by potřebovali něco navíc, co jsem jim nebyla schopná nabídnout. Věřím, že toto se v příštím roce díky přednáškám změní. Nyní se moc těším na další pokračování. (MUDr. Iveta Petrželová)

Není to žádná kritika, já ty kurzy mám rád a vždy se na ně těším. Ale přemýšlel jsem o něčem z některého z minulých běhů a zjistil jsem, že mi jednotlivé přednášky dost splývají. Že je to tak trochu soubor výroků, názorů, postřehů, citátů, zkušeností, většinou zajímavých a



podnětných, ale není v tom žádný systém, struktura. Což je asi dáno charakterem oboru. Je takový těžko uchopitelný. Když jste hovořil o atestaci, představil jsem si, co bych se asi učil na zkoušku, kdyby nějaká byla ... a moc jsem si to představit nedokázal. Není to jako jinde – anatomie a patologická anatomie, patofyziologie, epidemiologie, etiologie, rozdělení, léčba a) chirurgická, b) konzervativní. Omlouvám se za banální postřeh. Nedokázal jsem bezprostředně verbalizovat svůj dojem z Bálinta, ale už cestou domů jsem přišel na to, že to pomáhá. Sice i nadále nevím, co si s tím pacientem mám počít, ale ulevilo se mi trochu už tím, že jsem si o něm mohl kvalifikovaně popovídat. Hned další pracovní den po kurzu se mi v ordinaci sešlo několik psychosomatických klientů. Já nevím, asi už se mezi kolegy rozkřiklo, že je nějak sbírám nebo co. (Mimochodem, těch urologických psychosomatiků jsou zástupy, ale připadají mi nějak opomíjení. Všude se píše o Crohnovi, ekzému, bolestech zad... ale chronická prostatitida nebo všelijaké nevysvětlitelné mikční dysfunkce jakoby ani neexistovaly. Přitom do každé urologické ambulance jich přijde za den významné procento.) Tedy jsem se do nich pustil pln ideálů čerstvě nabytých na školení, sestra vedle se mohla vzteknout nad plnicí se čekárnou... Toho psychiatrického pacienta, kterému se OCD vrazila do prostaty a už 6 urologů a několik dalších odborníků (imunolog, infektolog) mu s tím nepomohlo, jsem po 50 minutách stejně nakonec poslal jinam. Několikrát jsem mu nadhodil něco o možné komplexní bio-psycho příčině jeho potíží, a pacient vypadal, že mi dá do držky, že trpí a já z něj dělám blázna, a tak jsem rezignoval a odeslal ho k jednomu slovutnému (a drahému) docentovi urologie, co se onehdá holedbal, že vyléčí každou prostatitidu.

Držím mu palce. Příště snad budu výmluvnější. (MUDr. Jiří Poněšický, urolog)

Pracuji třetím rokem v klinické praxi v Psychiatrické nemocnici, jsem zařazena do předatestační přípravy v oboru psychiatrie. Na Vámi organizovaný kurz jsme se přihlásily s mou kolegyní částečně ze zvědavosti, částečně z potřeby hledat formu medicíny, která „má smysl“. Upřímně, byla a jsem nadšená ze všech přednášek v rámci oněch dvou dní, měla jsem konečně pocit souznění s prezentovanými informacemi a poznatky. Dostavily se u mne až pocity osvobození v tom smyslu: „Konečně někdo uvažuje jako já – nejsem sama...“

Velmi se mi líbila myšlenka přednesená panem docentem Šimkem, který nazval psychosomatiku „nabídkou“, což nadmíru oceňuji, neboť současná forma medicíny mi již od studií připadá mechanická, manipulující, odosobněná. Je tristní i samotné pojetí nemocnic jakožto „továren na zdraví“, které na oko fungují, ale kauzálně neřeší prakticky nic.

Velmi si cením Vaší práce a práce Vašich spolupracovníků a držím Vám palce, aby byly okolnosti příznivě nakloněny k dotáhnutí oboru psychosomatiky do cílené podoby. Je to asi přirozený návrat k původním rodinným lékařům, kteří znali rodinu i její fungování jako celku a v tomto kontextu mohli i lépe působit...

Těším se na další pokračování kurzu, jeho začátek byl jednoznačně inspirující a ukázal mi cestu, kterou bych jednou ráda nastoupila... (Eliška Pirner Polcarová)

Celkově se mi kurz líbil a dodal mi naději, že se něco v českém zdravotnictví pozitivně mění. Žijeme momentálně v Zittau, pracuji v jedné nemocnici poblíž



jako psychiatr, ale ráda bych se časem vrátila do ČR. Více věcí v současném pojetí (nemocniční) psychiatrie mi vnitřně nesedí, a tak jsem si někdy už říkala, že asi budu muset vystoupit z celého toho zdravotnického systému, abych vůbec mohla dělat práci, se kterou se vnitřně budu ztotožňovat a nebudu s jejím "obsahem" v rozporu. Ale během toho kurzu v Praze jsem vnímala, že tento nový obor psychosomatiky by mi mohl poskytnout

prostor, ve kterém bych mohla dělat to, co mě baví a co mi dává smysl a mohla bych přitom zůstat dál ve zdravotnictví. A to je pro mě pozitivní zjištění. V každém případě Vám moc děkuji za Vaše nasazení v oboru psychosomatiky. (Michaela Krtíčková ze Saska)

Z dopisů se souhlasem autorů vybral a sestavil V.Ch. po uzávěrci tohoto čísla



ZPRÁVY ZE ZAHRANIČÍ

MASNER O.: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA VE VÍDNI ANEK NESNESITELNÁ LEHKOST LÉČENÍ



Koncem loňského listopadu vyrazilo naše Sdružení pro psychosomatiku (SPPS) na návštěvu psychosomatického oddělení do Vídně. Celou akci zorganizovala z velké části kolegyně MUDr. Andrea Fišnarová, a patří jí za její iniciativu veliký dík, poznávací výlet byl totiž velmi zdařilý.

Naše výprava mířila do samého středu Vídně, kde leží nemocnice *Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien* nedaleko věhlasné Mariahilferstrasse. Pan primář Dr.med. Peter Weiss tam vede v rámci interní kliniky již 20 let oddělení pro psychosomatiku. Oddělení má celkem 26 lůžek a 10 míst v denním stacionáři a je pevně začleněno do zázemí interní kliniky. O těch celkem 36 pacientů se stará multioborový tým, který čítá něco přes 20 zdravotníků. Tento tým tvoří páteř a vlastně hlavní

„pracovní nástroj“ celého oddělení. Sestává z internistů, psychoterapeutů, psychiatrů, sociálních pracovníků, zdravotních sester, klinických psychologů. Stará se o pacienty, kteří jsou přítomni na oddělení. Pacienti se dělí na skupinu „běžných“ internistických pacientů bez zvláštní potřeby psychosociální péče (pobyt trvá jen několik dní, dle diagnózy), na skupinu pacientů s významným podílem psychosomatiky (jsou na lůžku 8 týdnů) a na skupinu intermediární (*Fokussierte internistisch-psycho-somatische Behandlung*), kde pacienti setrvávají na lůžku 3-4 týdny. K tomu na kliniku dochází denně již výše zmíněných 10 ambulantních nemocných, kteří na klinice jsou od 9 do 16 hodin ve stacionáři. Zdravotní péče oddělení je plně hrazená zdravotními pojišťovnami.



Z našeho pohledu jistě není bez zajímavosti, jak takové oddělení vůbec vzniklo. U jeho zrodu nestálá žádná velká medicínská nebo zdravotnická instituce, ani nějaký mocný kartel. Pan primář Weiss si toto oddělení před 20 lety založil sám. Stačilo, aby o smysluplnosti podniku přesvědčil majitele nemocnice. Vycházel při tom z toho, že je internistou a že chce pracovat psychosomaticky s pacienty trpícími interními chorobami. Na začátku mu nemocnice vyčlenila 20 chirurgických lůžek (staly se přebytečnými v rámci zkracování průměrného pobytu pacientů na lůžku) a vytvořila tím nové oddělení. Později se k tomu ještě přidalo 10 míst v denním stacionáři. V této souvislosti stojí i za zmínku, že to trvalo plných 8 let, než oddělení bylo schopné vykazovat psychotherapeutické výkony a jiné specifické výkony spojené s psychosomatickou prací pojišťovně. Do té doby se tato činnost musela sponzorovat z výdělků ryze internistických výkonů oddělení či bylo podporováno nemocnicí.

A jak tedy ta medicína vypadá, která se tady dělá? Základem činnosti je v zásadě klasická interní medicína v oblasti gastroenterologie. Asi třetina lůžek je obsazena zcela „běžnými“ internistickými pacienty, probíhá tam standardní somatická léčba, tedy prášky, gastroscopie, laboratorní vyšetření, ultrazvuk, rentgen atd.. Klinika je schopná provádět interní diagnostiku a terapii v běžném rozsahu. Ovšem vše toto s psychosociálním přesahem, který je nutný pro druhou a třetí část pacientů oddělení. U nich se předpokládá, že jejich onemocnění je tak výrazně propojené s psychosociálními faktory, že by standardní přístup EBM nestačil. Proto jsou na oddělení podstatně déle a převažuje u nich léčba z psychotera-

peutického arsenálu. Není to vlastně strašně jednoduché?

Za významné považují, že se o všechny pacienty stará jeden jediný tým. Jde tedy o věrohodné propojení biologicky orientované medicíny s psychotherapeutickými postupy. V tomto konceptu psychosomatická medicína netvoří vlastní entitu nebo specializaci, nýbrž vzniká teprve z integrace té somatické a psychosociální složky. A jejich integraci považuje pan primář Weiss za daleko hodnotnější, než pouhý jejich součet. Integrace probíhá na více úrovních. Jednak prostorově, tj. že se jednotliví nositelé různých odborností setkávají a pracují v jedné budově, a pak i tím, že se pracuje se stejnými pacienty. Další rovina integrace probíhá i uvnitř terapeutů. Prakticky všichni zdravotníci ve vídeňském týmu mají medicínské i psychotherapeutické vzdělání. I zdravotní sestry mají za sebou určitý druh psychosociálního výcviku se sebezkušeností. A psychologové jsou pevnou součástí zdravotního týmu a účastní se všech týmových setkání nebo vizit, kde se probírají i ryze somatické aspekty onemocnění.

Během krátké návštěvy nebyl čas na podrobnější výklad průběhu léčby nebo kazuistiky. Klinika léčí tyto hlavní skupiny pacientů: všeobecně gastroenterologické pacienty, pacienty s poruchou příjmu potravy, se zánětlivým onemocněním zažívacího traktu a smíšené psychosomatické potíže. Vizity na lůžku probíhají 2x týdně a tým, nebo jeho část, se nad pacienty setkává i vícekrát denně. Po každé třeba skupinové terapii proběhne mezi terapeuty alespoň krátké předání informací o tom, jak práce proběhla a jaká témata by se mohla dále rozvíjet v následující terapii. Tím, že všichni pracovníci jsou s pacienty v kontaktu, nepodobají se týmová setkání intervizi,

zahraničí

ze

Zprávy



nýbrž umožňují věrohodnou integraci všech důležitých aspektů jejich stonání v bio-psycho-sociálním smyslu. Pro setkávání týmu je vyhrazeno opravdu hodně času a je pevně zabudováno do týdenního rozvrhu.

Během úvodního přivítání nám pan primář Weiss podal i krátký přehled o výuce psychosomatické medicíny v Rakousku. Postgraduální vzdělání je v Rakousku uspořádané takto do tří stupňů:

- Psy 1: trvání 6 měsíců (víkendové kurzy), Zusatzdiplom Psychosoziale Medizin
- Psy 2: trvání 2 roky (víkendové kurzy + sebezkušenost v uzavřené skupině plus Balint), Zusatzdiplom Psychosomatische Medizin
- Psy 3: všechno co obsahuje Psy2 a navíc ještě regulérní výcvik v Psychoterapii

Jestli by o to byl zájem, mohl bych se pokusit získat podrobnější údaje o odborné náplně jednotlivých stupňů a popřípadě i s tím spojených diagnostických či terapeutických výkonů.

Co jsem si z té návštěvy odnesl? Během čtyřhodinové cesty autem zpět jsem se snažil čerstvě zažité dojmy porovnat s tím, jaké zkušenosti mám s psychosomatickou prací tady u nás v Čechách. Moje myšlenky jsem se pokusil zachytit do heslovitých bodů:

Psychosomatika a **psychosomatická medicína** je rozdíl. To prvé je jistý postoj, jistý náhled na člověka ve zdraví a nemoci. To druhé je, když tento postoj uplatňuje lékař ve svém oboru a tím ho integruje do biologicky orientované medicíny. Psychosomatická medicína se tvoří až tam, kde se nám podaří vnášet náš

pohled zpět do klasické medicíny, až tímto propojením vůbec vzniká.

Integrace. Klíčové slovo, na které jsme během návštěvy neustále naráželi. Psychosomatická medicína vzniká až integrací různých medicínských oborů z obou stran (té bio- orientované a psycho-orientované). Obory zůstávají tedy stejné, chirurg zůstává chirurgem, internista internistou a praktický lékař zůstává praktickým lékařem, jen se uvnitř svého původního oboru začnou chovat jinak, začnou se zajímat také o psycho-sociální souvislosti, začnou do biologické léčby zapojovat psycho-terapeutické postupy. Nejde tedy o to tvořit nový obor, ale umožnit co nejširšímu počtu lékařů si přisvojit tento pohled v rámci nástavbového vzdělání.

Klíčovým nástrojem psychosomatické medicíny je **tým**. Prvním předpokladem pro vznik věrohodného týmu je, že se zdravotníci i nezdravotníci různých odborností nacházejí a potkávají v jedné budově, v jednom prostoru. Druhým předpokladem je, že se tým schází nad jednotlivými pacienty, že o nich mluví, že společně sleduje jejich vývoj. A třetí předpoklad tvoří, že jednotliví členové týmu pacienta znají z vlastní zkušenosti, z vlastní práce s právě tím pacientem.

Proč podobných klinik nebo oddělení není v Rakousku více? Proč je to i po 20 letech ta jediná? Pojišťovna by to už i hradila, vhodně vyškolených zdravotníků je již dostatek (nástavbové specializace psy1, psy2 a psy3 běží již přes 20 let). Pacientů je také víc než dost, klinika si je musí vybírat. Dr.Weiss si není odpovědí jist. Prý také o tom přemýšlel. Prvně byl přesvědčený, že kdekdo bude chtít jeho model kopírovat, proto si hlídal klíčové údaje jako složení týmu a rozvrh hodin téměř jako výrobní tajemství. Pak zjistil, že to není nutné, že se nikdo do toho nehrne. Proč? Došel



k závěru, že to bude nejspíše v neatraktivní pozici psychosomaticky orientovaného lékaře, somatičtí lékaři ho podezřívají, že už není takový odborník, už je trochu divný doktor. A ze strany psychoterapeutů prý to je podobné, kolega má přece jen podstatné mezery v psychologickém vzdělání, vždyť to je vlastně doktor. Není tedy možné se stát „superodborníkem“ v žádném oboru, nehrozí žádná špičková pozice, není

výhled na to získat prestižní ocenění a výsadní pozice, jak mají „jednostranní“ kolegové. Američani by asi řekli, že to prostě „není sexy“ být psychosomatikem!

MUDr. Ondřej Masner

květen 2014

Sdružení pro Psychosomatiku

Do redakce přišlo 31.5.2014

Zařazeno do tisku 31.5.2014

zahraničí

ze

Zprávy



POLITIKA, KONCEPCE

BYLA ZALOŽENA ODBORNÁ SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP

Naše medicína se zařadila k vyspělým zemím Evropy. S více než dvacetiletým zpožděním přijala mezi respektované medicínské obory také psychosomatickou medicínu. Ta byla v nemilosti všech totalitních režimů. Komunisté ji spolu s psychoanalýzou označovali za buržoazní pavědu. Ani po pádu železné opony nedostala zelenou. Převažoval optimismus čistě biologicky orientovaných výzkumníků, kteří věřili, že se podaří vyřešit většinu nemocí zlepšením laboratorního i přístrojového vybavení a lepšími léky. Vliv měl i stále silnější komerční tlak na organizaci zdravotnictví a nedostatek odborníků v řadách akademické obce. Formálně se sice Světová zdravotnická organizace (WHO) stále hlásí k bio-psycho-sociálnímu pojetí zdraví a nemoci, ve skutečnosti je rozvíjena především biologická složka medicíny ve výzkumu i vzdělání. Tento trend vede k prudkému růstu nákladů na zdravotnictví, a přitom stále přibývá pacientů s chronickým průběhem neinfekčních a nenádorových onemocnění. U nich se totiž na vzniku i udržování nemoci nejčastěji podílejí

psychické a sociální faktory, které lze léky jen málo ovlivnit. Protože takových pacientů může být podle nejrozumnějších výzkumů až 40 %, představují významný sektor, ve kterém by se zkvalitněním péče dalo hodně ušetřit. Odborníci zdravotních pojišťoven v Německu vyčíslili, že každé euro investované do této oblasti tři eura vrátí. Více než 200 odborníků založilo v rámci České lékařské společnosti Společnost psychosomatické medicíny (www.psychosomatika-cls.cz), která má za cíl pečovat o rozvoj této oblasti. V současnosti spolupracujeme s akreditační komisí Ministerstva zdravotnictví na náplni oboru, pracujeme na vytváření sítě psychosomaticky orientovaných pracovišť a organizujeme vzdělávání lékařů, kteří budou k dispozici pacientům s komplikovaným psychosomatickým onemocněním.

V Praze 16. 5. 2014

MUDr. Vladislav Chvála, předseda
odborné společnosti



PROTOKOL O PRŮBĚHU VOLEB DO VÝBORU A REVIZNÍ KOMISE SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP

Přípravný výbor nově zakládané SPM ČLS JEP se sešel 21. 2. 2014, navrhl způsob voleb a zvolil tříčlennou volební komisi: Mgr. Jan Knop, předseda, MUDr. Zina Hánová a MUDr. Jan Kredba. Předseda volební komise vyzval elektronickým dopisem členy přijaté přípravným výborem SPM k 7. 4. 2014 k tomu, aby zaslali návrhy na kandidáty do výboru a revizní komise Společnosti.

Navržení kandidáti byli následně osloveni, zda se svou kandidaturou do výboru a revizní komise Společnosti souhlasí. Tak byla vytvořena kandidátní listina. Kandidáti byli rozděleni dle návrhu přípravného výboru do 4 skupin dle toho, jakou odbornost u svého jména uvedli. Toto rozdělení mělo vést k zajištění rovnoměrného zastoupení čtyř odborností ve výboru SPM.

Všem členům (bylo jich 204), přihlášeným k 7. 4. 2014, byla zaslána kandidátní listina. Volby proběhly jednokolově, členové obdrželi poštou ze sekretariátu ČLS JEP hlasovací lístky, ty po vyplnění zaslali poštou na adresu ČLS JEP, nebo vložili na první valné hromadě zakládané SPM do volební urny, a to dne 22. 4. do 16.30.

Volební komise obdržela do 24. 4. 2014 volební lístky od 135 voličů, shledala je všechny platné, volební lístky sečetla a konstatuje tento výsledek voleb (resp. tyto počty hlasů) v jednotlivých skupinách dle odborností:

Zástupci lékařů:

MUDr. Branná Barbora	38	hlasů
MUDr. Chvála Vladislav	120	hlasů
MUDr. Kabát Jaromír	56	hlasů
MUDr. Masner Ondřej	69	hlasů
MUDr. Ročňová Michaela	25	hlasů
Doc., MUDr. Šimek Jiří	40	hlasů
MUDr. Štefánek Josef	5	hlasů
MUDr. Slovák Jan	26	hlasů

Zástupci psychiatrů:

MUDr. et PhDr. Bartůšková Ludmila	36	hlasů
MUDr. et PhDr. Poněšický Jan, PhD.	105	hlasů
MUDr. Skálová Markéta	54	hlasů
MUDr. Švarcová Iva	44	hlasů

Zástupci psychologů:

Doc. PhDr. Bendová Marcela, PhD.	28	hlasů
PhDr. Chválová Trapková Ludmila	99	hlasů
Mgr. Jandourková Danuše	52	hlasy
PhDr. Neudertová Hana, PhD.	9	hlasů
PhDr. Roubal Pavel	68	hlasů

Zástupci fyzioterapeutů:

Mgr. Krulík Jan	64	hlasů
Mgr. Sladká Hana	33	hlasů



MUDr. Šidáková Silvie	40	hlasů
Mgr. et Mgr. Týkalová Jana	83	hlasů

Dle klíče, který navrhl přípravný výbor SPM, tj. 3 zástupci lékařů a po dvou zástupcích z psychiatrů, psychologů a fyziologů, byli do výboru společnosti zvoleni:

MUDr. Chvála Vladislav

MUDr. Kabát Jaromír

Mgr. Krulík Jan

MUDr. Masner Ondřej

MUDr. et PhDr. Poněšický Jan, PhD.

PhDr. Roubal Pavel

MUDr. Skálová Markéta

PhDr. Trapková Ludmila

Mgr. et Mgr. Týkalová Jana

Za členy revizní komise byli zvoleni:

Rozhodnutím přípravného výboru jsou do revizní komise zvoleni ti, kteří se v počtu jim udělených hlasů v jednotlivých skupinách dle odborností do výboru nedostali, přičemž tyto kandidáty pak komise seřadila podle počtu získaných hlasů již bez ohledu na jednotlivé skupiny a první čtyři kandidáti s největším počtem hlasů se stávají členy revizní komise.

Mgr. Jandourková Danuše

MUDr. Šidáková Silvie

Doc. MUDr. Šimek Jiří

MUDr. Švarcová Iva

Praha dne 24. 4. 2014

Mgr. Jan Knop, předseda volební komise

MUDr. Zina Hánová a MUDr. Jan Kredba, členové volební komise



CHARAKTERISTIKA AKREDITOVANÝCH PRACOVIŠŤ V ČR

(BUDE PLATNÉ AŽ PO UVEŘEJNĚNÍ VE SBÍRCE VYHLÁŠEK MZD.
PŘÍPADNÉ ZMĚNY VYHRAZENY)

Pracoviště zajišťující výuku školenců musí být akreditováno (ustanovení §13 zákona č. 95/2004 Sb.). Pracoviště musí zajistit školenci absolvování vzdělávacího programu nebo jeho podstatnou část. K tomu slouží řádné a plné zapojení školence do práce pod dohledem školitele, a umožnění studia a pobytu na jiném akreditovaném pracovišti poskytujícím další část přípravy, která není dostupná na vlastním pracovišti. To je důležité především s ohledem na multidisciplinární charakter psychosomatické medicíny. Vzhledem k rozdílnému rozsahu poskytované odborné péče a výuky se rozlišují následující typy pracovišť. Minimální kritéria akreditovaného pracoviště jsou dána splněním odborných, provozních, technických a personálních předpokladů.

Nedílnou součástí žádosti o udělení akreditace je plán přípravy školence.

AKREDITOVANÁ PRACOVIŠŤE (AP)

Akreditované pracoviště I. typu – ambulantní samostatné pracoviště

Personální požadavky	• lékař/školitel má nejméně 10 let výkonu povolání lékaře v jakémkoliv základním oboru specializačního vzdělávání, z toho min. 5 let praxe od získání specializované způsobilosti a osvědčení o způsobilosti v oboru psychosomatická medicína vydané IPVZ a/nebo zvláštní odbornou způsobilost v oboru psychosomatika, z toho alespoň 3 roky od získání zvláštní odborné způsobilosti v oboru psychosomatika a s min. úvazkem 0,5. • Poměr školitelů/školenců – 1:1. • Je nutná spolupráce s některými z dalších zdravotnických pracovníků, se kterými školitel uskutečňuje pravidelné klinické semináře, supervizní a/nebo i balintovské skupiny např.: - lékař se specializovanou způsobilostí v jakémkoli základním oboru a prokázanou činností v psychosomatické medicíně, - lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie s orientací na psychosomatiku a psychoterapii, - klinický psycholog, psychoterapeut, - lékař se specializovanou způsobilostí v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, - klinický fyzioterapeut. • Školitel dokládá svou způsobilost při žádosti o akreditaci pracoviště profesním životopisem a přehledem svých odborných a pedagogických aktivit v posledních 5 letech. • Školitel dokládá existenci supervizních a/nebo balintovských skupin (smlouvu s vedoucím balintovských skupin, školitel organizuje supervizní a/nebo balintovská setkání formou supervize). • Spolu se žádostí je nutno předložit plán plnění povinností stanovených vzdělávacím programem pro školence. Pokud pracoviště zajišťuje více než jednu část, vždy výukový plán předkládá.
Materiální a technické vybavení	• Vybavení pracoviště dle standardů personálního a přístrojového vybavení podle Vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. • Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení).



Akreditované pracoviště II. typu – ambulantní týmové pracoviště

Personální požadavky	• lékař/školitel má nejméně 10 let výkonu povolání lékaře v jakémkoliv základním oboru specializačního vzdělávání, z toho min. 5 let praxe od získání specializované způsobilosti a osvědčení o způsobilosti v oboru psychosomatická medicína vydané IPVZ a/nebo zvláštní odbornou způsobilost v oboru psychosomatika, z toho alespoň 3 roky od získání zvláštní odborné způsobilosti v oboru psychosomatika a s min. úvazkem 0,5. • Poměr školitelů/školenců – 1:2. • Trvalá spolupráce s min. 2-4 dalšími zdravotnickými pracovníky, se kterými školitel uskutečňuje pravidelné klinické semináře, supervizní a/nebo i balintovské skupiny: - lékař se specializovanou způsobilostí v jakémkoli základním oboru a prokázanou činností v psychosomatické medicíně, - lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie s orientací na psychosomatiku a psychoterapii, - klinický psycholog a psychoterapeut, - lékař se specializovanou způsobilostí v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, - klinický fyzioterapeut. • Školitel dokládá svou způsobilost při žádosti o akreditaci pracoviště profesním životopisem a přehledem svých odborných a pedagogických aktivit v posledních 5 letech. • Doložení zajištění externí supervize (např. s Českým institutem pro psychoterapii). • Spolu se žádostí je nutno předložit plán plnění povinností stanovených vzdělávacím programem. Pokud pracoviště zajišťuje více než jednu část, vždy výukový plán předkládá.
Materiální a technické vybavení	• Vybavení pracoviště dle standardů personálního a přístrojového vybavení podle Vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.
Organizační a provozní požadavky	• Součástí pracoviště: - klinická část (ambulance, stacionář), - učebna pro teoretickou výuku s příslušným vybavením
Požadované výkony	• Počet nově vyšetřených pacientůmin. 300/rok. • Počet léčených pacientů.....min. 100/rok.
Vědecko-výzkumná činnost	• Školenc by se měl seznámit během své přípravy se zásadami vědecké práce, měl by mít možnost seznámit se s výzkumnou činností pracoviště, případně se i na ní podílet. • Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení).

Akreditované pracoviště III. typu – lůžkové pracoviště

Personální požadavky	• lékař/školitel má nejméně 10 let výkonu povolání lékaře v jakémkoli základním oboru specializačního vzdělávání, z toho min. 5 let praxe od získání specializované způsobilosti a osvědčení o způsobilosti v oboru psychosomatická medicína a/nebo zvláštní odbornou způsobilost v oboru
-----------------------------	---



	• psychosomatika, z toho alespoň 3 roky od získání zvláštní odborné způsobilosti v oboru psychosomatika a s min. úvazkem 0,5. • Poměr školitel/školenec – 1:2. • Je nutná spolupráce s dalšími zdravotnickými pracovníky, kteří jsou součástí týmu a se kterými školitel uskutečňuje pravidelné klinické semináře, supervizní a/nebo i balintovské skupiny: - lékař se specializovanou způsobilostí v jakémkoli základním oboru a prokázanou činností v psychosomatické medicíně, - lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie s orientací na psychosomatiku a psychoterapii, - klinický psycholog a psychoterapeut, - lékař se specializovanou způsobilostí v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, - klinický fyzioterapeut. • Školitel dokládá svou způsobilost při žádosti o akreditaci pracoviště profesním životopisem a přehledem svých odborných a pedagogických aktivit v posledních 5 letech. • Doložení zajištění externí supervize (např. s Českým institutem pro psychoterapii). • Spolu se žádostí je nutno předložit plán plnění povinností stanovených vzdělávacím programem. Pokud pracoviště zajišťuje více než jednu část, vždy výukový plán předkládá.
Materiální a technické vybavení	• Vybavení pracoviště dle standardů personálního a přístrojového vybavení podle Vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.
Organizační a provozní požadavky	• Součástí pracoviště: - stanice s lůžky - učebna pro teoretickou výuku s příslušným vybavením, přednáškový sál.
Požadované výkony	• Počet nově vyšetřených pacientůmin. 300/rok. • Počet léčených pacientů.....min. 100/rok.
Vědecko-výzkumná činnost	• Školenec by se měl seznámit během své přípravy se zásadami vědecké práce, měl by mít možnost seznámit se s výzkumnou činností pracoviště, případně se i na ní podílet • Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení)

VYSVĚTLIVKY – POŽADAVKY NA PRACOVIŠTĚ

- 1) Pracoviště musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem psychosomatika, a to v části „akreditované pracoviště I. typu“.
- 2) Pracoviště musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem psychosomatika, a to v části „akreditované pracoviště II. typu“.
- 3) Pracoviště musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem psychosomatika, a to v části „akreditované pracoviště III. typu“.



4)	Pracoviště je akreditováno pro společné stáže vzdělávacího programu tohoto i jiného oboru v rámci vlastního zdravotnického zařízení nebo smluvního zařízení.
5)	Pracoviště musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem psychiatrie, a to v části „akreditované pracoviště“.
6)	... v jakémkoliv vzdělávacím programu.
7)	...absolvování se týká lékařů, kteří při výkonu povolání pacientům pouze indikují lékařské ozáření, tzn. nejsou radiačními pracovníky, resp. aplikujícími odborníky a nemají zvláštní odbornou způsobilost podle zákona č. 18/1997 Sb., „atomový zákon“, ve znění pozdějších předpisů.
8	... v uvedeném vzdělávacím programu.



AKCE, NABÍDKY

Asociace tanečně pohybové terapie ČR
TANTER®
pořádá workshop
pod vedením Joan Chodorow, PhD, BC-DMT

AKTIVNÍ IMAGINACE V POHYBU



Termín: 4. –6. 7. 2014

‘The unrelated human being lacks wholeness, for he can achieve wholeness only through the soul, and the soul cannot exist without its other side, which is always found in a ‘You.’ Wholeness is a combination of I and You, and these show themselves to be parts of a transcendent unity whose nature can only be grasped symbolically.’ Jung 1946, CW 16, ‘Psychology of the Transference,’ par. 454, pp. 244-245)

Na počátku nebylo slovo, byla tam spíše jednota těla a duše, vyjádřena a komunikována skrze symbolický akt. Živoucí tělo - tělo jako zkušenost – je základem rozvoje vztahu ke světu a k sobě samému.

V rámci workshopu se budeme věnovat pohybovému procesu směřovanému k introspekci, který nám umožní propojit vědomou a nevědomou zkušenost. Pozornost budeme věnovat také pohybovému tichu, kdy budeme naslouchat vnitřním i vnějším vjemům. Tato forma aktivní imaginace zaměřuje pozornost na multisenzorické představy, pocity, nálady a emoce, které jsou východiskem pohybu a jsou v něm rozvíjeny.

Proces probíhá se zavřenými očima v přítomnosti svědka. Tato metoda, někdy nazývána autentický pohyb, je jednou z metod tanečně pohybové terapie. Joan Chodorow je jungiánská analytička a taneční terapeutka. Její zájem o raný vývoj a aktivní imaginaci ji vedl ke studiu multisenzorické povahy lidské zkušenosti. Zajímá se o emoce a možnosti jejich výrazu a transformace. Speciální pozornost věnuje život podporujícím emocím, které se tvoří a transformují z emocí souvisejících s životní krizí a přežitím.

WS je určen především psychoterapeutům a dalším zájemcům z oblasti pomáhajících profesí, kteří si chtějí rozšířit své zkušenosti s prací s tělem v pohybu.

WS je součástí kontinuálního vzdělávání tanečně pohybových terapeutů TANTER.

Časový rozvrh: pátek 15:00-19:00 h, sobota 10:00-18:00 h, neděle 9:00-15:00 h

Místo konání: sál Aikido, Stadion Mládeže DDM Praha, Na Kotlářce 1, Praha 6



Cena: 4200,- Kč (150 Euro)

Registrace: závaznou přihlášku posílejte na email klaracizkova@seznam.cz, přihlášky posílejte nejpozději do 20.6.2014.

Pro registraci a rezervaci místa je nutné zaslat do 20.6.2014 zálohu 2000,- Kč na účet č. 178200261 / 0300 (ČSOB).



15. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI

IDENTITA PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

UŽ 16.– 18. ŘÍJNA 2014

Liberec, vědecká knihovna

Informace na webu: <http://konference.psychosomatika.cz>

PROLOG

Vážené kolegyně, kolegové, přátelé,

Psychosomatická klinika s.r.o. (Praha) a Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci (LIRTAPS) ve spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS J.E.P. a Českou psychoterapeutickou společností ČLS J.E.P. vás srdečně zvou na 15. konferenci psychosomatické medicíny do Liberce.

Podařilo se nám společnými silami zavést psychosomatickou medicínu do novely vládní Vyhlášky 185/2009 o vzdělávání ve zdravotnictví. Tak začala nová etapa vývoje psychosomatické medicíny v ČR. Naplnili jsme tím legislativní předpoklad existence psychosomatiky, jako medicínského oboru. Vyvstala tím naléhavá potřeba definovat obsah oboru a vymezení jeho hranic. Proto se jeví téma identity psychosomatické medicíny jako aktuální.

Ve dnech 16. - 18. 10. 2014 chceme navázat na tradici celostátních setkání všech zájemců o psychosomatickou problematiku ve zdravotnictví v Liberci. Program bude jako obvykle pestrý, rádi bychom si však položili otázky týkající se identity. K aktivní účasti byli vyzváni nebo se přihlásili tito kolegové a kolegyně:

- Doc. PhDr. Karel Balcar Rodinná psychosomatika
- Klára Čížková Taneční terapie v psychosomatice
- PhDr. Vladimír Dvořáček Tělesnění snů
- MUDr. Aleš Fürst Psychosomatici- disidenti medicíny?
- MUDr. Radkin Honzák, CSc.: Ukotvení psychosomatické medicíny v praxi.
- Chvála, Trapková Bio-Psycho-Sociální: Co to znamená?
- MUDr. Jaromír Kabát a tým:
 - o Specifika terapie psychosomatických pacientů
 - o Krize identity psychosomatického lékaře
 - o Patří alternativní postupy do psychosomatické medicíny?
 - o Ekonomické aspekty psychosomatické péče
 - o Můj způsob integrace
 - o Hranice v psychosomatice
 - o Bodyterapie v péči o psychosomatické pacienty
- PhDr. Eva Křížová K alternativám medicíny



- Prof. Loew z Řezna téma rezervováno (něm)
- MUDr. David Skorunka PhD. Příspěvek zaměřený na identitu psychosomatiky
- PhDr. Ingrid Strobachová: Nový volitelný obor, jeho struktura a ohlasy na LF
- Doc. MUDr. Jiří Šimek CSc. Identita psychosomatiky
- Trapková, Chvála Práce s bio-psycho-sociálním modelem, kazuistika.
- Mgr. et Mgr. Marek O. Vácha Úzká specializace versus široký záběr a spolupráce
- Víchová + Bezvodová Autogenní trénink a jeho využití v psychosomatice
- Weiss, Peter téma rezervováno (něm)
- Zimmer a spol Interdisciplinární spolupráce při komplexních psychosomatických vyšetřeních v CKP Roseta

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Vladislav Chvála
MUDr. Jaromír Kabát
Mgr. Jan Knop
MUDr. Ondřej Masner
PhDr. Ludmila Trapková

PROGRAMOVÝ VÝBOR

Prezident konference: Mgr. Et Mgr. Marek O. Vácha, PhD.
Sekretář konference: MUDr. V. Chvála
Doc. PhDr. K. Balcar, CSc.
Doc. MUDr. J. Beran, CSc.
Doc. PhDr. M. Bendová, PhD.
MUDr. R. Honzák, CSc.,
MUDr. J. Kabát
MUDr. M. Konečný,
MUDr. J. Poněšický,
MUDr. D. Skorunka, PhD.
PhDr. I. Strobachová
PhDr. L. Trapková
P. Mgr. Et Mgr. M. O. Vácha, PhD.

VĚDECKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

MUDr. V Chvála
Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s.
Jáchymovská 385, 460 10, LIBEREC 10, Česká republika
Tel: +420 485151398
E-mail: chvala@sktlib.cz

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

Psychosomatická klinika s.r.o. (Praha)
Sekretářka paní Menclová
Tel.: +420 485151398
E-mail: konference@psychosomatika.cz
Informační server: <http://konference.psychosomatika.cz>



VYCHÁZÍ

LOGOTERAPIE

podtitul: Existenciální analýza jako hledání cest

autor: Kosová Martina a kolektiv

ediční řada: Psyché

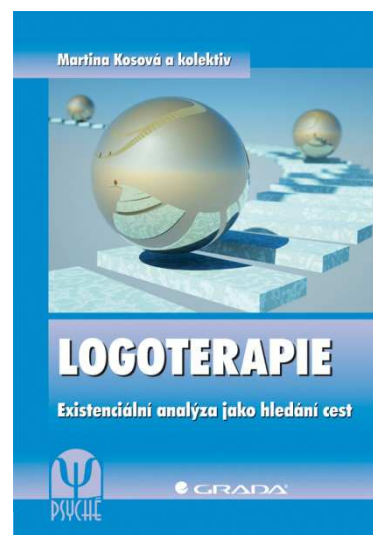
formát: A5

vazba: V2

rozsah: 208 stran

prodejní cena včetně DPH: 339 Kč

ISBN: 978-80-247-4346-2



Anotace:

Nalezněte s pomocí této knihy smysluplnou cestu životem nebo ji využijte při doprovázení svých klientů!

Publikace vám nabízí nejen orientaci v teoretické oblasti, ale především inspiraci pro každodenní praxi. Autoři rozvíjejí hlavní myšlenku naplnění potřeby životního smyslu. Kniha je cenným průvodcem pro všechny, kdo se setkávají s otázkou: „Jak mohu v dané chvíli a za těchto podmínek udělat ze svého života to nejlepší?“

Koncept logoterapie lze přiblížit pomocí metafory: klient přichází za terapeutem a odhaluje mu různé fragmenty svého života, cílem je objevit v těchto jednotlivých kouscích dílky jedinečné mozaiky a pomoci poskládat z nich obraz, na který lze dále navazovat. Člověk zažívá, že je jedinečnou bytostí, že je dobré být na světě. Rozpoznává hodnoty, které působí na jeho city. Krajinu svého života přijímá i se svou minulostí, chybami, prožitým utrpením. Porození vlastnímu životu vede k jeho smysluplnému směřování, k rozpoznání a uskutečnění životního poslání.

Kniha je zdrojem inspirací nejen pro psychology, lékaře, sociální pracovníky a příslušníky dalších pomáhajících profesí, ale i pro všechny čtenáře se zájmem o existenciální rozměr v životě.

„Logoterapie je publikací, která vyplňuje prázdné místo na knižním trhu. Nejde jen o učebnici, ale také o zdroj inspirací, u kterých se lze zastavit, zapřemýšlet a vnést je směrem ven do profesionální práce s klientem, nebo též dovnitř pro proměňování sebe sama.“

Mgr. Alexandra Slobodníková Čmáriková, PhD.



„Logoterapia patrí k známym a uznávaným psychoterapeutickým smerom. Napriek tomu nie je známe, že by existovala pôvodne slovenská alebo česká publikácia venovaná logoterapii a existenciálnej analýze v jej teoretickej i praktickej podobe. Jedinečnosť textu je aj v tom, že neprináša len teoretické východiská a vysvetlenie základných pojmov, ale je i prakticky orientovaný a poukazuje na možnosti aplikácie logoterapie v oblasti psychoterapie, supervízie a vzdelávania a výchovy. To dokladajú i kvalitné a dobre zvolené kazuistiky prelínajúce sa celou knihou.“

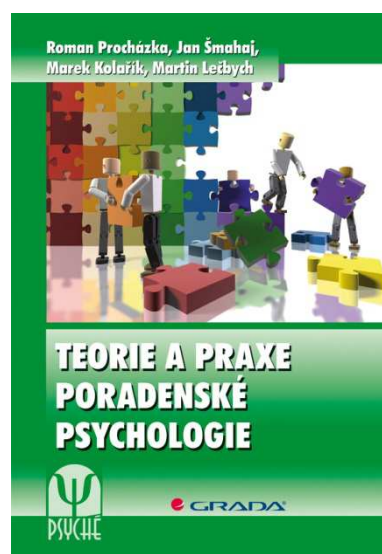
PhDr. Katarína Loneková, PhD.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz

TEORIE A PRAXE PORADENSKÉ PSYCHOLOGIE

autoři: Procházka Roman, Šmahaj Jan, Kolařík Marek, Lečbych Martin
ediční řada: Psyché

formát: B5
vazba: V2
rozsah: 256 stran
prodejní cena včetně DPH: 389 Kč
ISBN: 978-80-247-4451-3



Anotace:

Pojďme se společně vydat po cestě poradenské psychologie a hledat možnosti, jak porozumět procesu mezi poradcem a klienty!

Publikace představuje obor, který klade nemalé nároky na psychologa jak z hlediska znalostí, dovedností, tak jeho osobnostních kvalit. Objasňuje základní principy poradenské psychologie společně s vybranými praktickými tématy.

V jednotlivých kapitolách se autoři zabývají teoretickým zázemím poradenské psychologie a pomocí stručných příkladů je propojují s poradenskou praxí. Nevyhýbají se



ani úskalím, se kterými se pracovníci i klienti poraden potýkají. Témata jednotlivých kapitol byla vybrána na základě otázek, s nimiž se autoři setkávají ve své psychologické praxi a jež jsou často předmětem jak odborné, tak laické diskuse, například:

- rizikové klienti v poradenské práci
- poradenství pro nadané a talentované
- pomoc při volbě povolání a v profesním vývoji
- poradenství u poruch chování a učení
- poradenství v oblasti kyberšikany a drogových závislostí

Kniha je určena nejen psychologům, sociálním pracovníkům, speciálním pedagogům a studentům těchto oborů, ale i ostatním zájemcům o lidskou psychiku.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura. Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší. Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
 Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
 Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
 Literatura
 Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
 Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
 Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na



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

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

