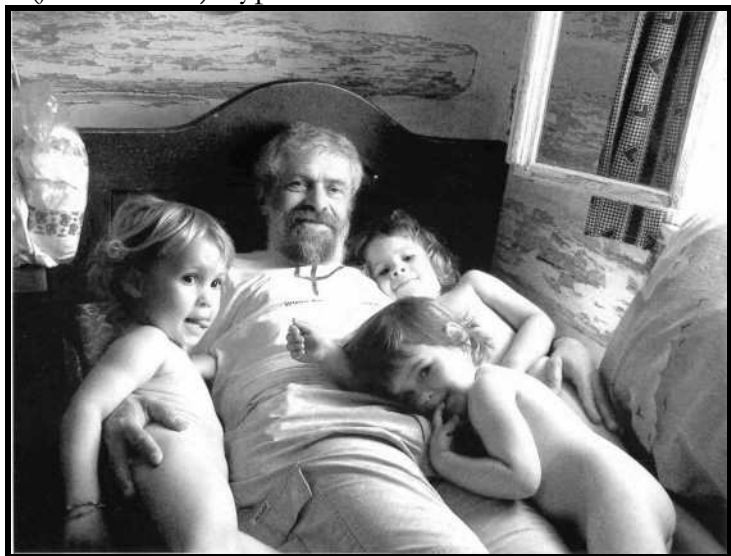


<p>číslo 5</p>	<p style="text-align: center;">PSYCH@SOM</p> <p style="text-align: center;">LIBERECKÝ INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ,O.P.S. PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI A OSTATNÍ ZÁJEMCE</p>	<p style="text-align: right;">ROČNÍK III/2005 ISSN 1214-6102</p>
<p>OBSAH</p>	<p>EDITORIAL 142</p> <p>Z POŠTY 143</p> <p>K PRÁZDNINOVÉMU LENOŠENÍ.. 143 K PONĚŠICKÉMU... 143</p> <p>POLITIKA, KONCEPCE 144</p> <p>MUDR. RADKIN HONZÁK, CSC.: ŽIVOT JE KRÁTKÝ, CESTA UMĚNÍ DLOUHÁ, OKAMŽIK PRCHAVÝ, ZKUŠENOST KLAMNÁ, SOUD OBTÍŽNÝ 144</p> <p>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 149</p> <p>Z KURZU IPVZ 149 PROJEKT 11.CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI VE DNECH 21.-23.ZÁŘÍ 2006 153 Tematické okruhy 153</p> <p>ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ 155</p> <p>DANIELA STACKEOVÁ: PSYCHOSOMATIKA VE FYZIOTERAPII 155 Úvod – výuka psychosomatiky u studentů fyzioterapie na FTVS UK v Praze 155 Psychosomatické vztahy v rámci pohybového systému. 156 Dýchání, postura a psychosomatické souvislosti v rámci pohybového aparátu. 157 Obranná gesta 158 Možnosti prevence a terapie bolestí zad 159 Pohybová aktivita v prevenci a terapii bolestí zad 159 Možnosti ovlivnění svalového tonu v rámci relaxačních technik 159</p> <p>KASUISTIKY 161</p> <p>MUDR.I.VONDŘICH, PHDR.T.HÁJKOVÁ, PHD.: CO SE STANE, KDYŽ HOMEOPATIKUM OTEVŘE DVEŘE 161</p> <p>TEORIE 170</p> <p>THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL, ČÁST 8 170</p> <p>RECENZE A ANOTACE 182</p> <p>JAN PONĚŠICKÝ: AGRESE, NÁSILÍ A PSYCHOLOGIE MOCI. 182 STANISLAV KOMÁREK: SPASENÍ TĚLA: MOC, NEMOC A PSYCHOSOMATIKA. 186 HNÍZDIL J., ŠAVLÍK J., BERÁNKOVÁ B.: „BOLESTI ZAD: MÝTY A REALITA“ 190</p>	
<p>Redakční rada</p>	<p>REDAKČNÍ RADA: MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P.MOOS, MGR.J.KNOP, PROF. RNDR. S.KOMÁREK, DOC.J.BERAN, DOC.J.ŠÍMEK,CSC., MUDR.PHDR.J.PONĚŠICKÝ,PHD</p>	<p>Uzrálo dne 15.10.2005</p>
<p>Redakce</p>	<p>Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz. Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>	

Tak nám zemřel kamarád Tonda Šimek. Vy mladší, kdo jste ho neznali možná ještě nevíte, že jste o hodně přišli a my starší taky. Zvláště silně si to uvědomuju jako lékař za nás lékaře: Tonda totiž uměl dělat přátelskou atmosféru mezi profesionály z pomáhajících profesí. Nevím jak to dělal, ale vím, že v okolí Pardubické nemocnice se (alespoň zvonkajšku to tak vyzerá) dobře snášeli lékaři s klinickými psychology, ti zase se speciálními pedagogy a psychology ze školství, poraden nebo z vězeňství. Jednou za čas pod hlavičkou východočeské pobočky Pražského psychoterapeutického institutu se všichni sešli jako hosté Tondy Šimka, ten pozval nějaké hosty, aby řeč nestála a my hosté jsme měli báječnou příležitost dýchat tu přátelskou atmosféru. Tonda byl duší bohém, rozuměl si s výtvarníky, popíjel s lékaři, tlumil rozpory, překlenoval neslučitelné postoje. Rozdíly jsou totiž vždy a všude, a pokud nedáme pozor, snadno se stanou překážkou v porozumění. Vyhroť se, vydělí rozdílné skupiny do zavřených hranic. Když není nikoho, kdo by pečoval o bezpečí a atmosféru sdílnosti mezi profesionály, kteří se z principu musí dělit o práci nad jedním pacientem (a to je právě pro psychosomatiku typické), skončí společenství rozhádané a nevraživé. Možná je to jeden z významných faktorů, pro které se vždy znovu psychosomatika ztrácí: vždy nakonec převládnu animozity, nevraživost a nedorozumění, takže se jen těžko udržuje soudržnost, spolupráce a vzájemný respekt. No a takové společenství musí nutně dříve nebo později zahynout. Tonda Šimek jako klinický psycholog a psychoterapeut udělal pro psychosomatiku hodně, aniž by se k ní explicitně hlásil. Pečoval o spolupráci profesionálů různých profesí, dokud mohl, pečoval také o pěstování mezinárodních vztahů českých psychoterapeutů a o toleranci mezi jednotlivými terapeutickými školami navzájem. Kdo to teď bude dělat, když Tonda už se nachází v psychoterapeutickém ráji, kde to (jak doufám) vypadá takhle:



obrázek 1: Autorem snímku je Dan Šimek

K prázdninovému lenošení..

... Vaše úvaha o letním lenošení mě přinutila okamžitě znovu odepsat, víte kam by šli ti naši klienti, kteří mají dost odvahy ptát se na smysl svých potíží, kdybychom ztratili odvalu, víru, chuť a snahu přicházet s něčím, co je pro řadu lidí celkem nepochopitelné? Pracuju teď už 3x týdně na poli krizové intervence, která souvisí s nějakým gynekologickým problémem, bez časové osy, psychosomatického přístupu a odvahy hledat cestu, po které tápu jako slepec s rukama před sebou a klientem v závěsu, bez odvahy zůstat ním, jeho nejbližšími a emocemi, které ke smrti a vážnému ohrožení života nebo jeho kvality patří, bych byla jen další osobou, která se pokouší dát něco dobrých rad ve smyslu čas vše zahojí, co nejdřív si pořídíte další dítě, nesmíte na to už myslet. Nechtěla bych ani za nic zpět, do bezpečných vod zavedených postupů diagnostických i léčebných, tady se pro každého terapie tvoří originálně, každé setkání, i když téma může být zdánlivě obdobné, nás nově pozmění a obohatí, opracujeme se jaksí navzájem, já si připadám jako detektiv nebo jako ten, kdo jde ve tmě a hmatá po provaze, aby mohl rozeznít zvon, a je to potíž, to znáte, někdy se daří a někdy to nejde a nejde, ale když jej ucítíte v dlani a zatáhnete, tak srdce zvonu Vám oznámí, že jste svědkem skoro zázraku, máte to, něco se stane líp, než kdyby k tomuto setkání nedošlo a to stojí za všechnu tu dřinu a snahu posunout tento přístup mezi oficiálně uznané, rozumím dobře tomu pocitu osamění a někdy únavy a možná i znechucení, ale stejně už cesta zpátky není, tak vydržte, držím palce a znovu nabízím jakoukoliv pomoc. Lenka Hansmanová

K Poněšickému...

Chci jenom stručně k reakci Poněšického na článek A. Hogenové K filosofii výkonu. Bylo by potřeba, aby dr. Poněšický nečetl Hogenovou aristotelovsky, ale všiml si její intence. Gadamer upozorňuje na tento neblahý aristotelovský způsob

četby filosofických textů. Pak by Poněšický zjistil, že mezi tím, co říká Hogenová a co říká on, není žádný rozdíl, kromě toho, že pro Poněšického pravděpodobně není filosofie vědou. Doporučuji Poněšickému studovat přednášky Hogenové uveřejněné ve Společnosti fenomenologické filosofie a psychologie na internetu. S pozdravem Eva Pávková

POLITIKA, KONCEPCE

MUDr. Radkin Honzák, CSc.: Život je krátký, cesta umění dlouhá, okamžik prchavý, zkušenost klamná, soud obtížný

(Komentář k článku doc. Pánkové, který otiskl Časopis lékařů českých, převzatý z téhož listu se svolením autora i šéfredaktora ku poučení čtenářů našich)

„Život je krátký, cesta umění dlouhá, okamžik prchavý, zkušenost klamná, soud obtížný. Proto musí nejenom lékař všebo využít, ale i nemocný a jeho rodina a všechny vnější okolnosti musí být využity.“ Tak to řekl na počátku historie evropské medicíny Hippokrates, který vypudil z oboru ocitajícím se „mezi vědou a uměním“ bohy, duchy a strašidla a nemoc (včetně „svaté nemoci“ – epilepsie) vyvozoval z přirozených příčin. Člověka však vnímal v jeho celistvosti a rozhodně ho nepoltil.

S tím začal až 400 let po něm Galenos pod vlivem Platonova učení a odkázal příštím generacím složitou dualitu těla a duše. Nabádal sice své žáky (je mimo jiné autorem výroku: *„veselé ženy nikdy ne onemocní rakovinou prsu; rakovina prsu je melancholická diathesa“*), aby se oběma složkám věnovali rovnoměrně, ale to se nenaplnilo. V době, kdy medicína zatoužila státi se vědou, posvětil nešťastné rozdělení francouzský matematik a filosof René Descartes, který jejím představitelům doporučil, aby medicína pojednávala člověka *„jako rozumný stroj,*

nemoc jako poruchu tohoto rozumného stroje a lékaře jako odborníka, který poruchu diagnostikuje a dle možností odstraní.“¹

Tímto pojetím měla předejít handrkování s církevními autoritami, jimž byla duše ponechána v kompetenci. Tak byl položen základ **biomedicínského** modelu charakterizovaného pozitivistickou filosofií a doloženého opakovatelnými objektivními nálezy. Klenákem v klenbě tohoto oblouku byl Wirchovův verdikt (patolog přece vždy stanovuje konečnou diagnózu), že nemoc je „*poruchou buněk, tkání a orgánů*.“ Diadémem na něm je výkřik: jeden gen – jedna nemoc. Medicínský konstrukt „nemoci“ tak zcela zastínil „nemocného člověka“ (6). V péči Galenových následovníků nakonec duše zcela ostrouhala.

První systematickou snahou po její rehabilitaci a reintegraci do medicíny bylo **psychosomatické hnutí** vedené Franzem Alexandrem (zakladatelem časopisu Psychosomatic Medicine, 1939) a Flanders Dunbarovou. V duchu kyvadla, jež se přechyluje až na zcela extrémně opačnou polohu, pojali zakladatelé některé nemoci („psychosomatické choroby“ – esenciální hypertenze, hypertyreóza, astma, vředová choroba, ulcerativní kolitida, atopický ekzém a revmatoidní artritida) jako primárně psychogenní (teorie psychogeneze) a vyvolané specifickým intrapsychickým konfliktem (teorie specifity). Autoři sami podrobili tyto hypotézy kritickému rozboru a zjistili jejich neplatnost (2).

¹ **Descartes, René:** Filozofický "kmostr" v 17.století vznikající vědecké medicíny, zastával názor, že existují dva zcela odlišné, neslučitelné a protikladné principy: duchovní a hmotný. Bůh je bytost pouze duchovní, zvířata duchovní podstatu postrádají a mají jen podstatu hmotnou, zatímco člověk se skládá jak z podstaty hmotné, tak z podstaty duchovní, které se setkávají v šišince. A jenom člověk, jako jediná bytost z přírody, která je nadaná rozumem, může trpět. "*Když biješ psa, nemyslí, že trpí. A jestliže nařiká, je to totéž, jako bys tloukl do piana a ono vydávalo zvuky*", pravil tento barokní humanista a otevřel tak dokořán dveře sadistické zábavě nazývané vivisekce (my ho nazýváme barokním prasetem s kříšťálovým charakterem, neb po dlouhodobé spolupráci s katolíky přeběhl údajně z ideových, ve skutečnosti však z pekuniárních důvodů ke královně Kristýně, a to ještě netušil, že ji ve Vinohradském divadle bude hrát jako svou derniéru Dagmar Veškrnová poslěze Havlová). Jeden z jeho dnešních životopisců píše: *Říká se, že Descartes byl zavražděn; bobužel nebyl.* KONEC VLOŽENÉHO TEXTU POD ČÁRU.

Práce o stresu přinesly myšlenkové obohacení psychosomatického modelu, který po zapracování Selyeho myšlenek vedl ke změně původního paradigmatu: specifický intrapsychický konflikt → specifické psychosomatické onemocnění na paradigma: intrapsychický konflikt + biologická vulnerabilita + stres → psychosomatické onemocnění (7). Stresové mechanismy zůstávají v koncepci „psychosomatických“ nemocí dodnes.

Po druhé světové válce Engel v USA zahajuje projekt „konzultační/liaison“ psychiatrie (3), který v téže zemi byl v loňském roce uznán jako samostatná psychiatrická disciplína v podobě tzv. „psychiatrie pro nemocné“. Od rigidní psycho-somatické koncepce se dostávají požadavky na integraci psychiky do medicíny do obecnější polohy a jsou v 80. letech minulého definovány Lipowskim (5), který deklaruje, že **současný psychosomatický (bio-psycho-sociální) přístup** je vědeckou a klinickou disciplínou zabývající se:

- studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi;
- studiem interakcí mezi psychologickými, sociálními 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 (5).

V souladu s pragmatickým americkým pohledem na psychiatrii/psychologii pro somaticky nemocné se v jednotlivých oborech konstituují „psycho“ – podobory. Jednou z prvních byla psychonefrologie (po zavedení dialyzační léčby se u pacientů objevila nečekaně vysoká sebevražednost, převyšující dokonce suicidalitu depresivní populace; tito lidé totiž nijak nestáli o život „zachráněný“, toužili po životě kvalitním a tak byli povoláni specialisté). Významný integrující obor představuje psychoneuroimunologie, díky jejímž představitelům byla rozpoznána řídicí funkce imunitního systému (1).

Práce docentky Pánkové představuje psychodermatologii nejen v její ideové (kůže jako zrcadlo emocí, bariérový orgán s ochrannou i prezentační funkcí), ale bohudík již také institucionalizované podobě. Její příspěvek je skromnou inventurou neuvěřitelně tvrdé a houževnaté práce. Zatímco v době reálného socialismu se nám dařilo pozvolna infiltrovat „psycholidmi“ jednotlivé obory a vytvářet původně nesystemizovaná, ale velmi užitečná pracovní místa liaison/konzultačních psychiatrů a psychologů na pracovištích, kde psychiatři a psychologové měli svým somatickým kolegům skutečně co nabídnout, současné finanční nastavení zdravotní péče vedlo k jejich systematické likvidaci. „Dost bylo psycholidí!“ zatroubil dokonce bojovně jeden z děkanů jedné z lékařských fakult, „potřebujeme více počítačů!“

Psychické problémy lidí postižených kožními chorobami a tedy i defekty „vzhledu“ jsou známy od starověku. Homér popsal Thresita, nejošklivějšího muže před Trójou, jako člověka, který má ohavnou duši v ohavném těle – odtud vzal své jméno i Thrésitův komplex, kterým trpí lidé postižení akné, lupenkou, ekzémy a dalšími kožními chorobami. Naše JÁ je vždy tělesné JÁ a nejistoty somatické a psychické se nesčítají, ale násobí. Kvalita života lidí trpících psoriázou je stejně špatná, jako kvalita života lidí po infarktu. A to nevyřeší oprava porouchaného stroje, protože stroj se rouchá dál a dál působením psychiky, s níž biomedicínský model nepočítá. Přitom již před více než 30 roky spočítali úředníci pojišťoven v USA, že konziliární psychiatr vrátí zařízení, ve kterém působí, svůj plat v pětinásobku, navíc jeho práce vrací pacienty domů, nikoli do pečovatelských institucí (4).

Integroující přístupy jsou blahodárnými faktory pro nemocné. Je zde však otázka, zda jsou blahodárné též pro mocné: ministerské úředníky a je platící farmaceutické firmy. Jednodušší léčení pro ně totiž přináší menší kšefty. To může být také mocným hybatelem byrokratické zdravotní politiky a nevraživosti vůči aplikaci biopsychosociálního modelu (většina farmakoekonomických údajů byla vyhlášena Ministerstvem zdravotnictví za TAJNÉ, transparentnost financování je tak pro

jakoukoli analýzu v... nivči). V této konspirativní atmosféře se mi jeví výsledky docentky Pánkové o to cennější a jest jen doufat, že ve službách byrokracie tomuto úspěšnému výhonku teoretické i klinické medicíny nějaká vyhláška nezakrouťí krkem.

Literatura:

- 1) **Ader R, Cohen A:** Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous systém and the immune systém. Lancet, 1995, 345:99-104
- 2) **Alexander F:** Psychosomatic Medicine, London, Norton, 1950
- 3) **Engel GL:** The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 1977, 196:129-136
- 4) **Honzák R:** Ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických oborů. Prakt Lék, 1989, 69:95-97
- 5) **Lipowski ZJ:** Psychosomatic Medicine: Past and Present. Can J Psychiat, 1986, 31:2-21
- 6) **Reiser SJ:** The era of the patient. Using the experience of illness in shaping mission of health care. JAMA, 1993, 269:1012-1017
- 7) **Weiner H:** Psychobiology and human diseases. New York-Oxford-Amsterdam, Elsevier, 1977

Praha, 9.října 2005

MUDr. Radkin Honzák, konziliární psychiatr IKEM – jeden z mála přeživších

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

Z kurzu IPVZ

Poměrně nedávno se nám podařilo prosadit do pravidelných kurzů IPVZ také výuku psychosomatické problematiky. Ne, že by se do té doby nevyučovala vůbec. Samozřejmě byla součástí nejrůznějších výukových bloků, v kurzech léčby bolesti, nebo v kurzech akupunktury. Chyběla však platforma pro soustavné studium složité interdisciplinární problematiky bio-psycho-sociální. Teď když nejméně 2x ročně kurz, obvykle dvoudenní, probíhá, užitek z něho mají obvykle jen účastníci. Navíc o něm většina lékařů ani neví, nabídka je jen pod katedrou psychiatrie a tam většina internistů či gynekologů sotva něco hledá. Proto se chci pokusit na tomto místě podat nějakou zprávičku také pro ostatní zájemce o psychosomatická studia. Poslední kurz proběhl před týdnem a bylo nás tam čtrnáct. Jako obvykle byly v pátek přednášky poněkud teoretičtější, v sobotu pak stále více z praxe. První přednášky na téma Somatoformní syndrom se ujal pan profesor Chromý. O této problematice, která se může týkat až 48% návštěvníků našich ordinací, se věnuje malá pozornost a tím spíše spotřebovává tato část populace obrovské náklady na vyšetřování a chybné léčení. Tím spíš byly pro nás zajímavé výsledky výzkumných prací, které nám prof.Chromý zprostředkoval s kolektivem autorů v nedávno vydané knize (Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy. Grada, Praha, 2005, 216 s., doporučená cena 299.- Kč, ISBN 80-247-1473-6). Zde také najdeme ekonomické argumenty pro organizátory zdravotnické péče, kteří poskytují psychosomatické malou podporu.

V dalších dvou přednáškách se dr.Honzák věnoval problematice úzkostného pacienta v ordinaci praktického lékaře. I když problematiku se spoluautory také nedávno odevzdal do tisku nakl.Galén (R. Honzák a kol: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře. Praha, Galén, 2005. viz v minulém čísle Psych@somu recenze), jeho podání je nenapodobitelné. Na závěr pátečního

programu proběhla balintovská skupina vedená dr.Trapkovou. Věnovali jsme se případu kolegyně z dermatovenerologie. Jaký užitek to mělo pro ni a pro její pacientku, to by nám musela napsat ona sama.

V sobotu se tématu psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře ujal Dr.Skorunka, psychiatr mladší generace, pro kterého je již existence psychosomatického pacienta samozřejmostí. Je také zkušený psychoterapeut a rodinný terapeut, ale umí už zvažovat své síly. Se samozřejmostí kombinuje farmakoterapii s psychoterapií tam kde to jde. Vyučuje studenty medicíny na LF v Hradci Králové.

Po něm přišel s pozoruhodným tématem slepé skvrny mladý neurolog s psychoterapeutickou erudicí Eduard Rys. Přednesl kasuistiku, ve které spolu s kolegy přehlédli rozvíjející se karcinom prsu a analyzoval podrobně zdroje možného přehlédnutí. Pozoruhodná byla přítom kombinace dvou zcela odlišných jazykových modů: klinický medicínský slovník objektivních nálezů se v jednom přednášejícím snoubí s reflektujícím jazykem psychoterapeuta. Diskuse k případu byla bohatá.

Po obědě jsme pokračovali rozborem videozáznamu příjmu pacienta do léčby na psychosomatickém pracovišti a následoval již tradiční seminář nad případy posluchačů. Domnívám se, že nebývale dobrá a přátelská atmosféra těchto kurzů IPVZ je dána mimo jiné péčí stále přítomných pořadatelů kurzu o diskusi a provazování přednášek.

IPVZ Praha: Kurz psychosomatické problematiky 17.-18. 2. 2006 č. 222006

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Předběžný program:

Pátek:

9:00-10:30	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Co je to vyhoření? (Burn out syndrom)
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Jak nevyhořet při práci s psychosomatickými pacienty.
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Videozáznam příjmu pacienta

15:30-17:00 Kobic, Paloušová, Trapková* Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30 MUDr.Petr Klimpl

Psychodynamika vybraných
poruch osobnosti

10:15-12:15 MUDr.Petr Klimpl

Psychodynamika vybraných
poruch osobnosti

13:45-15:15 MUDr.Karel Blahna

Neurobiologie sociálního chování

15:30-17:00 Téma se ujasňuje

Změna programu vyhrazena

- *dle počtu účastníků
- Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz



Záběr z 2.zkoušky IPVZ z psychosomatické medicíny na IPVZ, jaro, 2005. Další termín zkoušky je 16.11.2005, přihlášky ke zkoušce u doc.Berana.

Pokračovací kurz v psychosomatice LK II.

(pro absolventy základních kurzů a pokročilé)

Datum konání: 12.11.2005, začátek 8.30

Místo konání: Praha, Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157, Praha 4

Koordinátor kurzu: MUDr. Jan Hnízdil, Psychosomatická klinika Praha

1. Ochutnávka Pesso-Boyden: psychomotorická terapie I. MUDr. Petra Petrovská
2. Ochutnávka Pesso-Boyden: psychomotorická terapie II. MUDr. Petra Petrovská
3. Medikalizace lidského života. MUDr. David Skorunka
4. Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře. MUDr. David Skorunka
5. Stádia postojů k nemoci, práce s motivací k terapii a psychoterapii. MUDr. Alena Procházková
6. Psychoterapie psychosomatických poruch. MUDr. Alena Procházková
7. Degenerativní kloubní onemocnění v komplexním přístupu. MUDr. Jan Hnízdil
8. Reformovat je nutné medicínu i zdravotnictví. Panelová diskuze. MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

Základy komplexního psychosomatického přístupu LK III.

Datum konání: 3.12.2005, začátek 8.30

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 5, Praha 2

Koordinátor kurzu: MUDr. Jan Hnízdil, Psychosomatická klinika Praha

1. Artróza v psychosomatickém přístupu. Kazuistiky. MUDr. Jan Hnízdil
2. Pohled na antické lékařství z perspektivy dneška. Mgr. Hynek Bartoš, Ph.D.
3. Empatie. Intuice. MUDr. Petra Petrovská
4. Možnosti využití hypnózy v současné medicíně. PhDr. Jiří Zíka
5. Farmakoterapie psychosomatických poruch. MUDr. Alena Procházková
6. Teoretické modely v psychoterapii. MUDr. PhDr. Jan Poněšický
7. Proces změny v psychoterapii. MUDr. PhDr. Jan Poněšický
8. Medicína biotechnologická, psychosomatická a alternativní. Panelová diskuze. MUDr. Jan Hnízdil

Příhlášky zasílejte na adresu ČLK, Oddělení vzdělávání ČLK, Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257220618, mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz

11.celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci ve dnech 21.-23.září 2006

Termín akce: 21.-23.září 2006
Téma: EMOCE a NEMOCE
Místo konání: Liberec, Knihovna
Pořadatelé: Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti Č.L.S. J.E.P
Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny o.p.s.
Psychoterapeutická společnost Č.L.S.J.E.P.
Případně též Společnost pro psychosomatické integrace Č.L.S.J.E.P.
President konference: MUDr.Radkin Honzák, CSc.
Sekretář konference: MUDr.Vladislav Chvála
Vědecký výbor: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Doc. MUDr. Jaroslav Baštecký, CSc., Doc. PhDr. Marcela Bendová, Doc.MUDr. Jiří Beran, CSc., Doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc, Doc. MUDr. Josef Herink, Dr.Sc., Doc. PhDr. Anna Hogenová, CSc., MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, MUDr.Vladislav Chvála, PhDr. Hana Junová, Mgr. Jan Knop, Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., prof. RnDr. Stanislav Komárek, prof. MUDr. Jaroslav Kukleta, Doc. PhDr. Michal Miovský, PhD., MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Doc. MUDr. Růžena Pánková, MUDr.Alena Procházková-Večeřová, Doc. PhDr. Iva Stuchlíková, CSc., MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Doc. MUDr. Jiří Šimek, PhDr. Ludmila Trapková
Sekretariát: chvala@sktlib.cz, tel. 737 13 88 46, pevná linka: +420485151398,
Sekretářka: paní Radka Menclová, menclova@sktlib.cz
Internetové stránky konference: www.lirtaps.cz

TÉMATICKÉ OKRUHY

Následující výčet témat je jen první nástin problematiky, která by se mohla na 11.konferenci objevit. Kdyby Vás napadla jiná či další témata, prosím, přidejte je. Pokud by Vám bylo známo, na koho z odborníků se v těch kterých okruzích obrátit, dejte mi, prosím, vědět. Předpokládám, že zdaleka všechny okruhy neobsadíme.

1. Co je emoce?
 - a. z filosofického pohledu (Hogenová, Šimek)
 - b. z biologického pohledu - Komárek)
 - c. regulace emocí, autonomní regulace a kognitivní schémata
2. Somatizace emocí
 - a. somatizace úzkosti (Honzák Chromý)

- b. alexithymie (historie konceptu Šimek)
 - c. popření a jiné obranné mechanismy (někdo z ČPS)
 - d. posttraumatický syndrom, jeho diagnostika a léčba
3. Emoce v klinické praxi
- a. sexuologie, urologie a gynekologie
 - b. kardiologie
 - c. traumatologie
 - d. neuroimunologie
 - e. dermatologie
 - f. onkologie
 - g. gastroenterologie (Šavlík?)
 - h. tinitus
 - i. bolest (Rokyta?)
 - j. poruchy příjmu potravy
 - k. emoce ve vztahu lékař – pacient
 - l. transplantační medicína z hlediska traumatu a emocí (také trauma pozůstalých!!!)
4. Terapie
- a. skupinová, párová a rodinná terapie
 - b. na tělo zaměřená terapie, odkaz MUDr.W.Reicha (chceme promítnout filmová záznamy Reichovy terapie v Praze, které jsou v Národním filmovém archivu)
 - c. muziko a arteterapie
 - d. konsiliární a liaison psychosomatika
 - e. rehabilitace a práce s emocemi
 - f. výzkum procesu a výsledku terapie
 - g. péče o výzkum a vzdělávání

V Liberci 4.10.2005

dr.Chvála Vladislav, sekretář konference

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

DANIELA STACKEOVÁ: PSYCHOSOMATIKA VE FYZIOTERAPII

Katedra psychologie, pedagogiky a didaktiky sportu, FTVS UK Praha

ÚVOD – VÝUKA PSYCHOSOMATIKY U STUDENTŮ FYZIOTERAPIE NA FTVS UK V PRAZE

Koncepce studia fyzioterapie na FTVS UK v Praze se v posledních letech několikrát poměrně radikálně změnila. Přesto zůstala výuka psychosomatiky jako povinného předmětu zachována. Při současné koncepci studia je vyžadováno po studentech, aby při nástupu do magisterského studia zvolili přesné téma diplomové práce, resp. tzv. diplomovou specializaci včetně jejího vedoucího, který studentům pomáhá s výběrem volitelných předmětů v návaznosti na téma diplomové práce. Před touto novou koncepcí, zavedenou před cca 5 lety, volili studenti na začátku 4. ročníku specializaci magisterského studia a jednou z těchto specializací byla “somatopsychoterapie”, založená a vedená dr. M. Vyhnálkem, CSc., v naší republice do té doby ojedinělá a připravující úzce profilované odborníky s uplatněním především na psychiatrických a psychosomatických pracovištích. Po zrušení této specializace zůstala studentům kromě povinného předmětu Psychosomatika v 1. ročníku následného magisterského studia možnost studia volitelných předmětů na něj navazujících: Somatopsychoterapie a Tělové schéma a možnosti jeho ovlivnění ve fyzioterapii.

Jednosemestrový povinný předmět Psychosomatika zakončený zápočtem a zkouškou přináší studentům informaci o psychosomatické problematice v jednotlivých oborech medicíny s důrazem na problematiku psychosomatických vztahů v rámci pohybového aparátu. Dle osobních zkušeností s výukou tohoto předmětu musím konstatovat, že shledávám velké rozdíly v chápání psychosomatické problematiky a nazírání na ni u studentů přicházejících do následného mgr. studia z bc. studia na lékařských fakultách ve srovnání se studenty přicházejícími z bc. studia na „nemedicínských“ fakultách (FTVS UK v Praze, FTK UP v Olomouci a další), kteří ve většině případů jeví daleko větší pochopení pro komplexní přístup k pacientům. Příčinou tohoto rozdílu je pravděpodobně koncepce bc. studia, prezentace dané problematiky vyučujícími, resp. její opomíjení či nepřesné chápání a prezentace.

Volitelný předmět Tělové schéma a možnosti jeho ovlivnění ve fyzioterapii přináší studentům informaci o pojmu tělové schéma, o jeho ontogenetickém vývoji, o poruchách tělového schématu a možnostech jeho ovlivnění a s následnými praktickými ukázkami jednotlivých technik.

Předmět Somatopsychoterapie přináší studentům základní informaci o terapeutických směrech a technikách jako je bioenergetika, Alexandrova metoda, Feldenkreisova metoda, somatorelaxační techniky a další s následnými praktickými ukázkami jednotlivých technik. I při výuce těchto předmětů se jeví velký rozdíl v chápání problematiky mezi studenty-absolventy bc. studia na LF a ostatními.

Problematiku psychosomatiky resp. somatopsychiky považují za jedno ze stěžejních témat při studiu fyzioterapie. Bohužel v posledních letech je dle mých zkušeností řadou vyučujících chápána stále jako něco okrajového, „méněcenného“ vůči ostatním, medicínsky orientovaným předmětům.

V dalším textu přináším přehled problematiky psychosomatických vztahů v rámci pohybového systému a bolestí zad jako stěžejní téma psychosomatiky ve fyzioterapii.

PSYCHOSOMATICKÉ VZTAHY V RÁMCI POHYBOVÉHO SYSTÉMU.

Svalový a respirační systém jsou jedny z těch orgánových systémů, které bezprostředně reagují na emocionální stav, přičemž jejich funkce spolu velmi úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Na rozdíl od jiných tělesných funkcí jsou ovšem dobře přístupné cílené regulaci, čehož je využíváno v relaxačních a jiných psychoterapeutických či fyzioterapeutických metodách.

Bolesti zad mají multifaktoriální etiologii, v řadě možných příčin jejich vzniku však zaujímají vyjímečnou roli psychogenní faktory. V poslední době bývají bolesti zad právem řazeny k tzv. psychosomatickým onemocněním.

Svalový tonus, postura a psychosomatické souvislosti v rámci pohybového aparátu. Svalový tonus v jednotlivých svalech a svalových skupinách citlivě reaguje a mění se vlivem zatížení pohybového aparátu a vlivem změn psychického stavu. Obecně můžeme říci, že ve stresu svalový tonus stoupá, ovšem nerovnoměrně a v některých svalových skupinách paradoxně klesá. Čím je tato reakce způsobena?

Fyziologický základ v rozdílné reaktivitě svalů na zatížení spočívá v rozdělení svalů na posturální a fázické. Posturální svaly jsou fyziologicky starší, udržují vzpřímený postoj a mají tendenci ke zkrácení (viz dále). Mají nižší práh dráždivosti, lepší cévní zásobení, vyšší odolnost vůči škodlivým vlivům a lepší regenerační schopnosti. Fázické svaly jsou fylogeneticky mladší, mají zvýšený práh dráždivosti, mají tendenci k oslabení až hypotrofii. Oba systémy jsou v součinnosti, kterou nazýváme dynamická svalová rovnováha. Je udržována centrálním řídicím mechanismem formou dynamických pohybových stereotypů. Porušením této rovnováhy následkem jednostranného přetěžování nebo rovněž vlivem psychického stavu vzniká tzv. svalová dysbalance.

Pojmem „postura“ označujeme zaujatou polohu těla a jeho částí v klidu nebo také v širším a v tomto případě platném kontextu dynamický proces udržování polohy

těla vůči měnícím se podmínkám okolí. Postura vždy pohyb předchází a posturální systém se snaží posturu udržet a proto brání její změně aktivací tonických svalů. Při pohybu ale dochází k inhibici posturálního systému fázickým svalovým systémem, který provádí pohyb, takže se proti udržování polohy pohyb prosazuje. Po skončení pohybu opět převažuje funkce posturální, udržující novou dosaženou polohu. Posturální funkce je realizována především axiálním systémem, který pracuje diferencovaně i v klidu. Míra aktivity posturálního systému vzrůstá při tvorbě pohybového záměru, kdy se poloha začíná orientovat ve směru zamýšleného pohybu. Velkou roli v tomto procesu hraje autochtonní muskulatura páteře (krátké vazivem prostoupené svalové snopce bez typických bříšek spojující obratle mezi sebou), která reaguje již při pouhé představě pohybu (Véle, 1995). Posturální funkce je významně ovlivněna funkcí vnitřních orgánů a psychickým stavem, proto v klinické praxi slouží její vyšetření jako zdroj informací nejen o stavu posturálního systému, ale i o organismu jako celku včetně psychiky (Véle, 1995). Při stresu tedy dochází ke zhoršení kvality funkce posturálního systému svalového a k nerovnoměrnému rozmístění svalového tonu s podobnou tendencí jako při vzniku svalových dysbalancí – v posturálních svalech svalový tonus stoupá, ve fázických svalech naopak klesá.

Tyto změny jsou příčinou bolestí zad a následně i kloubních blokády jak v oblasti páteře, tak na dalších kloubech. V oblasti psychiky vyvolává tento stav nepříjemné pocity napětí a diskomfortu, čímž vzniká bludný kruh neustálého prohlubování tohoto stavu.

DÝCHÁNÍ, POSTURA A PSYCHOSOMATICKÉ SOUVISLOSTI V RÁMCI POHYBOVÉHO APARÁTU.

Dech byl odedávna spojován s duchem (spiritus), což ukazuje na jeho úzký vztah k psychice, ovlivňuje ovšem i celou řadu somatických funkcí, proto mu byla věnována velká pozornost ve všech systémech pracujících s tělem a cílených na ovlivnění psychiky (somatopsychoterapie).

Průběh dechových pohybů označujeme jako dechovou vlnu. Při klidném dýchání se pokládá stah bránice a interkostálních svalů za hlavní zdroj síly pro nádech, který vede ke zvětšení objemu hrudníku a ke vzniku podtlaku v dutině hrudní a přetlaku v dutině břišní. Výdech se obvykle hodnotí jako pasivní proces, kdy ke zmenšování objemu hrudníku dochází uvolňováním energie z elastických tkání, která se v nich nahromadila jejich napětím při nádechu. Po funkční stránce dělíme respirační mechaniku na tři sektory. Dolní sektor je tvořen svalovinou ohraničující dutinu břišní (bránice, svaly břišní stěny, svaly pánevního dna a svalovina lumbální páteře). Střední sektor je tvořen svalovinou hrudníku mezi dolními žebry Th5-12 včetně příslušných svalů zádoových a horní sektor je tvořen svalovinou partií hrudníku včetně svalů pletencových a svalů krčních. Při nádechu postupuje dechová vlna (svalová aktivita) od dolního sektoru přes střední sektor k hornímu a stejně tak při

výdechu a je patrná na jednotlivých segmentech páteře. Přerušení plynulého průběhu této vlny je patrné v místech pohybových omezení neboli blokad jednotlivých páteřních segmentů (Véle, 2000).

Bránice se upíná na páteř a při její kontrakci dochází k prohloubení bederní lordózy, téměř neznatelnému, které je kompenzováno aktivitou přímých a šikmých břišních svalů, které přibližují stydkou sponu ke sternu, zmenšují sklon pánve dopředu a vyrovnávají tak bederní lordózu. Úzký vztah k dechovým pohybům má hrudní páteř, proto má dýchání významný vliv na konfiguraci páteře v této oblasti. Výdech sice inhibuje svalovou činnost, ale k tomu dochází až ke konci inspiria a v preinspirační pauze. V průběhu výdechu dochází k aktivní extenzi hrudní páteře, což zajišťuje hluboká vrstva zádových svalů. Tato extenze koriguje hrudní kyfózu vzniklou přirozenou tendencí k flexi trupu, typickou pro vadné držení těla. Při klidném dýchání se při inspiriu tlak v dutině břišní zvyšuje a při expiriu snižuje. Při forsírované expiraci se aktivitou svalstva obklopujícího dutinu břišní tlak v ní naopak zvyšuje (Véle, 2000).

Dýchání má formující vliv na konfiguraci páteře podobně jako postura a proto existuje úzký vztah mezi dýcháním, posturou a konfigurací osového orgánu, kterého lze využít jak diagnosticky, tak terapeuticky. Rovněž existuje úzký stav mezi psychikou a konfigurací páteře, změna jejího tvaru může nastat z čistě psychických vlivů. Jak postura, tak respirační pohyby se mohou měnit nociceptivní aferencí a oba tyto fenomény mají vliv na strukturu i funkci páteře (Véle, 2000).

Dýchání samo je zdrojem určitých pocitů a emocionální vlivy mění dýchací rytmus i hloubku dýchání. Při různých stavech myslí se dech zkracuje nebo prodlužuje. Obecně platí, že při nádechu se zvyšuje dráždivost nervové soustavy i svalů a při výdechu se dráždivost snižuje.

Při stresu se dýchání stává mělké, povrchní s převažujícím horním typem dýchání. To způsobí zapojení svalů v oblasti krku, šíje a ramen do dýchání, čímž se zvyšuje jejich napětí a to je pak zdrojem dalších nepříjemných prožitků.

OBRANNÁ GESTA

Kromě výše zmíněných mechanismů vlivu psychiky na svalový systém, tedy změny kvality funkce posturálního svalového systému a změny dýchání, existují u člověka jakási „obranná gesta“, nevědomé pohyby, které provádíme ve stavu napětí a stresu. Jedním z nich je vytažení ramen vzhůru, předsunutí hlavy a skousnutí (viz lidové rčení „zatnout zuby“). Toto gesto způsobuje zvýšení svalového napětí v oblasti krku a šíje, následně její bolestivost, popř. i kloubní blokády v oblasti horní krční páteře a temporomandibulárního skloubení.

V bioenergetické teorii má tato a podobné reakce označení „svalový krunýř“ a jsou interpretovány ve vztahu k Freudovu pojetí vývoje psychiky v raném dětství.

Nejen bioenergetika poukazuje na souvislost převahy určitých emocí a vzniku bolestí zad v konkrétním úseku páteře. Úzkost je spojována s problémy v oblasti šíje a krční páteře, příčinou je výše zmíněné obranné gesto spolu se změnou dýchání, které se v tenzi stává povrchním, mělkým, s převažujícím horním typem dýchání, při kterém se zapojují pomocné dýchací svaly v oblasti krku, šíje a ramen, dostávají se do spasmu, stávají se bolestivé a dráždivé, což navozuje sekundární nepříjemné pocity a vzniká tak začarovaný kruh. Prožitek deprese je spojován s bolestmi v dolních úsecích páteře. Specifickou problematiku tvoří bolesti hlavy, které souvisí s tenzí, často s již zmíněnou úzkostí, takové bolesti hlavy jsou provázeny blokádami hlavových kloubů, rovněž tak často souvisí bolesti hlavy s prožitky potlačované agrese.

Teorie týkající se etiologie bolestí zad ve vztahu k psychice jsou často odmítány jako vědecky neprůkazné, což považuji za velký problém psychosomatiky, kdy jsme skutečně často odkázáni pouze na kasuistiky a aplikovat metody kvantitativního výzkumu je v praxi z metodologického hlediska téměř nemožné.

MOŽNOSTI PREVENCE A TERAPIE BOLESTÍ ZAD

Možnosti prevence a terapie bolestí zad vyplývají z předchozího výkladu mechanismu jejich vzniku. Jedná se jednak o změnu pohybového režimu a fyzioterapeutické techniky zaměřené na somatickou stránku těchto obtíží, jednak o psychologické či psychoterapeutické postupy zaměřené především na prevenci a redukci stresu, mezi něž řadíme především relaxační techniky, a metody zaměřené dlouhodobě na změnu tělového schématu.

POHYBOVÁ AKTIVITA V PREVENCI A TERAPII BOLESTÍ ZAD

Pohybová aktivita má v prevenci a terapii bolestí zad nezastupitelné místo, a to jednak díky přímému vlivu na svalový systém, jednak díky svého „antistresového“ vlivu v oblasti psychiky. Obecně můžeme říci, že pohyb má anxiolytický, antidepressivní a abreaktivní vliv, tento vliv je dále specifikován podle konkrétní pohybové aktivity. V prevenci a terapii bolestí zad využíváme především ty druhy specifické pohybové aktivity, které jsou zacíleny na funkci posturálního svalového systému.

MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ SVALOVÉHO TONU V RÁMCI RELAXAČNÍCH TECHNIK

Relaxační techniky využívají k navození stavu relaxace jednak práci s tělem, tedy především se svalovým systémem a s dýcháním (tzv. „somatorelaxační techniky“), jednak práci s psychickými fenomény, především vizualizaci a imaginaci (tzv. „psychorelaxační techniky“). Toto dělení je ovšem schématické a snaží se postihnout pouze to, které prvky v dané technice převažují, nevyhnuli bychom se jinak dualistickému chápání duše a těla.

V rámci tzv. „somatorelaxačních“ technik je stav relaxace navozován záměrným ovlivněním tělesných funkcí, tj. především svalového tonu a dýchání. Práce s dechem spočívá ve zpomalení dýchání, ovlivnění dechové vlny ve smyslu převahy břišního typu dýchání a prodloužení expiria.

Somatorelaxační techniky jsou zaměřeny především na snížení tenze, nikoliv kauzálně na ovlivnění prožitku jako je např. bioenergetika, Alexandrova technika a další, jejichž širší uplatnění je otázkou budoucích let.

2. Přehled bibliografických citací.

1. VÉLE, F. Dýchání a jeho vliv na různé funkce organismu. *Jóga v minulosti a přítomnosti* : sborník přednášek z konference – Praha 20.listopadu: 1999. Praha : Sdružení přátel Indie a Český svaz jógy, 2000. s. 18-31.
2. VÉLE, F. *Kineziologie posturálního systému*. Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-100-5.

MUDr.I.Vondřich, PhDr.T.Hájková, PhD.: Co se stane, když homeopatikum otevře dveře

V únoru 2005 jsem se zúčastnil semináře Willa Taylora a jako tradičně jsem byl s jeho vystoupením velmi spokojen. Během přednášek Will sdělil, že se setkal s mnoha pacienty, kteří se během psychoterapie naučili bušit do polštářů, až je celé rozcupovali, ale moc jim to nepomohlo. Až vhodně vybrané homeopatikum jim otevřelo dveře. Co se stane dál, když homeopatikum otevře dveře, Will nerozebíral. Asi na to nebyl čas. Já si pro sebe však tuto otázku řeším delší dobu, a tak jsem neodolal a za Willa jsem to udělal sám. Snad se na mě nebude zlobit.

První variantou je, že pacient s radostí proběhne dveřmi a těší se z nově nabyté svobody. Svět za dveřmi se mu zdá plný, rozmanitý a zajímavý. On se pustí do prozkoumávání tohoto světa a pravidla, normy či schémata, která byla nezbytně nutná pro život za dveřmi, opustí. Homeopat vidí pak u svého pacienta zlepšení fyzických obtíží, celkové energetické zlepšení, psychickou vyrovnanost či odolnost nebo posun na úrovni psychické, který může mít různé formy. Homeopat nejraději vidí, když se posun týká něčeho, v čem pacient při svém vývoji uvízl. Při této variantě jsou jak pacient, tak homeopat spokojeni. S výjimkou situace, kdy se posune pacient, ale jeho životní partner zůstane na místě, nebo se posune na opačnou stranu. To pak může vést k partnerským či manželským krizím, které ne vždy k výše zmíněné spokojenosti přispívají a v krajní situaci mohou vést k rozchodu či rozvodu. Varietou této situace je, že pacient nahlídne současný stav vztahu, ale z nějakého důvodu se nerozhodne pro rozchod. Příkladem může být vdaná žena, která se z nedospělé dívky posune do pozice zralé ženy, která pak již nechce toho chlapce, kterého si vzhledem ke své nezralosti vybrala, ale chtěla by dospělý partnerský vztah. V té době má však již děti, širokou síť vazeb s okolím a příbuzenstvem. Rozhodnout se a uskutečnit rozchod bývá velmi těžké a ne vždy se pro něj žena rozhodne či je schopná ho realizovat.

Další možností je, že pacient je opatrnější než v prvním případě. Do světa za dveřmi nahlídne, možná udělá i pár kroků do nového světa a pak rychle zpátky. Pokud se do nového světa pouští stále častěji a odvažuje se čím dál na větší vzdálenost od dveří, výsledek bude nakonec stejný jako u předchozí varianty. Bude to jen trvat delší dobu. Zde homeopat vidí u svého pacienta kolísání klinického stavu jak na úrovni fyzické tak psychické. Od homeopata se očekává, že vybráním vhodného homeopatika jeho práce nekončí. Nejenže musí pro sebe opakovaně zvažovat vhodnost výběru či možnost druhého předpisu, ale měl by též poskytnout pacientovi alespoň bazální psychoterapeutickou podporu. Musí vhodně podporovat výlety do nově otevřeného světa, ale stejně jako u dítěte zvažovat rizika těchto výletů, zvažovat, kdy podpořit, kdy se chovat s pochopením, kdy na něco poukázat, něco zdůraznit či pacienta přibrzdit. Někdy je pro pacienta velmi obtížné nové změny strávit a zintegrovat a celý proces může trvat poměrně dlouho.

Může se však stát, že pacient na rozdíl od předešlé varianty uvízne mezi dvěma světy. Chvíli tráví za dveřmi, chvíli zpět ve svém původním světě. Nebo určité věci žije v jednom a jiné ve druhém světě. Není schopen se rozhodnout, v jakém světě chce žít a uvízne na půli cesty. Není pak již spokojen ani ve starém, ani v novém světě. Klinicky pak lze pozorovat měnící se škálu fyzických problémů. Psychicky pak někdy nebo v něčem získá nový náhled na svojí životní situaci, jindy upadá do starých schémat. Toto je obzvláště frustrující pro homeopata, protože chvílemi má pocit pokroku v léčbě a vidí případ prognosticky nadějně. Pak najednou jakoby mávnutím kouzelného proutku pacient přestal některé věci slyšet, přestal určité věci vnímat a mnohdy se snaží nabízet terapeutovi naprosto s případem nesouvisející vysvětlení stavu s návrhy co dělat. Nic není platná opakovaná a s větší vervou uplatňovaná snaha homeopata pacienta směřovat do stavu, kdy by byl schopen svůj stav nahlédnout. I zde většinou homeopat nejprve mění potenci léku, pak se snaží o lepší předpis či o jinou analýzu případu.

Dále se může stát, že po počátečních výletech za dveře se pacient vrátí do svého původního světa a již ho otevřené dveře nezajímají, a tak se ve většině

případů zase zavřou. Homeopat tuto situaci většinou zhodnotí jako chybně vybraný lék, a pokud pacient vytrvá, dojde k předepsání léku jiného. Aby pacient vytrval, je i zde třeba poměrně velmi citlivého přístupu k pacientově psychice. Otázkou zůstává, co by se stalo, kdyby homeopat měl zájem a schopnost vzít pacienta za ruku a pomoci mu nový svět, který se může jevit jako stresující, náročný či nepřátelský, prozkoumat, zbavit ho oné nebezpečnosti a přivést pacienta nakonec k tomu, aby se mu ve světě za dveřmi zalíbilo. K tomu však většina homeopatů lékařů nemá příslušné psychoterapeutické vzdělání a způsob práce čistě homeopatický to ani neumožňuje.

Také se může stát, že zář z otevřených dveří pacienta úplně oslepí. Tento obraz jsem si vypůjčil ze známého Platonova pojednání o jeskyni. Pokud jsme zvyklí na temnotu, ticho, určitý typ zvuků, pokud jsou pro nás stíny realitou, bývá obtížné považovat svět za dveřmi za normální. Pacient pak buď sedí oslněn a nedělá nic, či je zlákan onou září a snaží se ke dveřím dostat. Protože skoro nic nevidí, jde to těžko. Nebo se snaží ze všech sil dveře zabouchnout. Homeopat i v tomto případě většinou nehodnotí svůj předpis jako úspěšný, a pokud je mu to umožněno, snaží se o předpis lepší. I zde se nabízí otázka, co by se stalo, kdyby byl homeopat schopen pacienta bezpečně dovést ke dveřím, pomohl mu zvyknout si na oslepující jas slunce za dveřmi či mu pomohl onen svět za dveřmi poznat.

Jak jsem podotkl na začátku, řeším si pro sebe otázku, co se stane, když homeopatikum otevře dveře, už dlouho. Zpočátku jsem měl pocit, že se pacient do světa za dveřmi nevypraví také proto, že nemám ani základní vzdělání a zkušenosti s psychologíí či psychoterapií. Je docela dobře možné, že kdybych znal lépe svoje nedostatky, kdybych byl schopen lépe pochopit a provést pacienta obtížnou situací, otevřené dveře by se nezavřely. Přihlásil jsem tedy do výcviku v rodinné terapii. Po 4 letech a po úspěšném dokončení výcviku jsem zjistil, že možná rozumím některým věcem lépe, že jsem možná někdy schopen vidět svoje vlastní projekce, že jsem možná schopen oné bazální psychoterapeutické podpory. Ale moje pochybnosti o mé plné kompetentnosti k psychoterapeutické práci to nerozptýlilo.

Možná je to tím, že už nejsem schopen některé nové věci, které mladší homeopat zvládne, plně přijmout, ale mám pocit, že k plně profesionálnímu užívání homeopatie a psychoterapie nemám dostatek kapacit. Způsob práce homeopata a psychoterapeuta se liší. Ve valné většině případů jsou frekvence setkávání terapeuta s klientem při psychoterapii daleko častější, rozdílný je jazyk obou disciplín, rozdíl je i v informacích rozhodujících či zajímavých pro obě disciplíny, rozdílný je i způsob vedení setkání s pacientem, a tak je i z těchto důvodů obtížné obojí skloubit do jednoho času a jedné osoby. Proto jsem se rozhodl ponechat obě disciplíny oddělené a úzce spolupracovat s psycholožkou. Na rozdíl od většiny paralelně vedených psychoterapií a homeopatických léčeb se snažíme o spolupráci otevřenou. O této otevřenosti je informován pacient před začátkem této spolupráce. Otevřenost spolupráce znamená, že spolu o pacientech detailně a do hloubky hovoříme, snažíme se společně dojít k tomu, kde vidíme hlavní životní problém pacienta. Já čtu zápisy ze sezení psychoterapie, naopak se snažím kolegyni psychoterapeutce vysvětlit, co mě vedlo k předpisu či jak nahlížím situaci po podání homeopatika. Výhodu společného postupu vidíme mimo jiné i v tom, že tento postup umožňuje, aby si pacient změny navozené homeopatikem zvědoměl. Ke zvědomění posunů na úrovni psychiky většinou nedochází automaticky. Myslíme si, že ani homeopatikum to neumožňuje. K tomu je třeba jít krůček po krůčku, je třeba prožít si různé situace a hodně se napracovat. To pak pacientovi umožňuje si plně uvědoměle vybrat, zda dveřmi projde či neprojde a nést za to odpovědnost. Pro vstup do psychoterapie se pacient rozhoduje sám, já ji nabízím jako jednu z léčebných možností při vstupním pohovoru. Po téměř dvouleté spolupráci se dá říci, že je pro pacienty alespoň u druhé varianty otevřených dveří přínosná. Jestli i u ostatních, je těžko odpovědět, protože pokud se spolupráce povede, k zavření dveří již nedojde. Těžko pak posoudit, zda zásluhou psychoterapie, homeopatie či obou a které více. Nechci zde možnosti spolupráce do detailu rozebírat. Chtěl bych spíše na tuto možnost upozornit, protože většina homeopatů pracuje přísně individuálně.

Stranou ponechávám i další otázky, které přesahují účel tohoto sdělení, ale pro mě jsou stejně tíživé, jako otázka homeopatikem otevřených dveří. Občas se ptám sám sebe, zda mám vůbec právo tak hluboce zasahovat do života ostatních lidí, zda lidé o hluboké změny a posuny ve svých životech vůbec stojí, zda jim to opravdu prospěje, či jim jen nakládám další balvany, které pak budou svým životem vláčet. Stejně tak lze polemizovat o tom, zda pacienti i po vysvětlení od homeopata co je čeká, co se může stát, jaké mohou být komplikace, jsou schopni nahlédnout hloubku oněch možných změn a uvědomit si, co je všechno může následkem těchto změn potkat a tudíž kompetentně rozhodovat o tom, co chtějí.

Abych jen neteoretizoval, jako příklad spolupráce uvádím kasuistiku.

Kasuistika

28.7. 2003 přichází k příjmovému pohovoru 30 letá žena.

Důvodem její návštěvy jsou bolesti kyčle vlevo. Bolest je silná, kyčel se zasekává. Klasickým lékařem ortopedem pro III.stupeň coxarthrosy indikovaná k náhradě kyčelního kloubu.

V roce 1991 hospitalizovaná ve svých 18 letech na dětské onkologii pro maligní lymfogranulom (morbus Hodgkin). V závěru léčby hospitalizovaná na dětské psychiatrii pro bludy, strach, že umře.

Pacientka má 2 syny, druhý syn měl po porodu prasklou plíci a byl uměle ventilovaný 2 týdny.

Hovoří o tom, že má někde strašně zasunutý strach ze smrti.

Analýza případu

Mladá paní s anamnézou velmi závažných onemocnění v mládí, nejspíše jako projev autoagrese. Mohlo by jít o strach ze smrti, který byl potlačený a projevil se na somatické úrovni malignitou. Po vyléčení malignity se potlačení projevilo bludy a psychotickým jednáním s hlavním tématem umírání. Centrálním tématem je potlačený strach ze smrti.

Léčba

Současně s homeopatií aplikovaná akupunktura v začátku v týdenních intervalech. Od ledna 2004 psychoterapie.

Průběh

28.7 2003 ARSENICUM ALBUM D 200

Bolesti v kyčli poměrně rychle ustupují. Pak asi po měsíci recidiva bolesti.

23.9 2003 ARSENICUM ALBUM D 200

Somatické bolesti se rychle upravují. Po hospitalizaci syna na popáleninovém odd.

Strachy a úzkosti

6.10 2003 ARSENICUM ALBUM D 1000

14.10 2003 jsme hovořili o jejích prožitcích během hospitalizace na onkologii. První noc jí spolupacientka řekla, že má to samé a už se nikdy neuzdraví. Pociťovala silný strach ze smrti, ale „pak jsem si to už vůbec nepřipouštěla“. „Když jsem se zbláznila, strach, že přestanu dýchat. I u Vás na akupunkturu jsem se dostala do takového stavu. Tančila jsem na louce, víly, studánka a když jsem se tam podívala, byla tam smrt“.

4.11 2003 ARSENICUM ALBUM D 1000

Křečovitě bolesti v epigastriu, druhý den silné bolesti kyčle. Stav se rozvinul poté, co jí rodiče líčili jejich manželské problémy. Při ošetření v nemocnici anafylaktická reakce na spasmolytikum.

6.1 2004 první psychoterapeutický rozhovor

leden 2004

V průběhu ledna 04 se pacientka cítila hodně unavená, měla pocity viny, úzkosti. Objevovala se beznaděj, strach z nemoci a smrti. Ojediněle pacientka zmiňovala vztek. V té době jsme se věnovaly hlavně její původní rodině, kde pacientka postupně přicházela od obdivu otce k jeho chybám a objevování manipulací v dětství i v dospělosti z jeho strany. Významná část terapie byla také věnována jejímu vztahu s manželem, který se v té době ambulantně léčil na psychiatrii a pacientka ho vnímala jako nekompetentního.

Únor 2004

2.2 2004 ARSENICUM ALBUM D 1000

Somaticky recidiva bolestí kyčlí se strachem z možné recidivy m.Hodgkin. Ke konci měsíce bolesti břicha. Den po podání léku panická ataka se strachem, že se zblázní. Sama si zavolala krizovou linku, další den v pořádku.

Únor 04 přinesl pacientce úlevu, přestože se stále objevoval význačný strach ze smrti a nemoci. Docházelo ke střetům mezi jejím manželem a otcem, v realitě i v pacientčině mysli. Objevila se touha po sebehledání, naplňování vlastních potřeb.

Březen 2004

24.3 2004 ARSENICUM ALBUM D 1000

Somaticky v počátku měsíce několik dní silné bolesti hlavy v occipitální oblast. Ke konci měsíce bolesti v kyčli a v oblasti krční páteře

Tento měsíc terapie byl naplněn pacientčíným vztekem. Vyhraňovala se jak vůči manželovi, tak i rodičům a tchýni. Kolísala mezi krátkou úlevou a zhoršením fyzického stavu. Její manžel byl v té době hospitalizován na psychiatrickém oddělení.

Duben 2004

27.4 2004 ARSENICUM ALBUM D 1000

Somaticky v konci měsíce recidiva bolestí kyčle.

V průběhu dubna se v pacientčině terapii objevovala témata mezigeneračních vztahů a vzorů chování předávaných v její rodině. Snažila se v nich hledat vlastní cestu. Objevila se hlavně témata vztahu s matkou a vyrovnávání se s otcem. Věnovaly jsme se také jejímu vztahu k dětem a rozlišování jejich životních rolí.

Květen 2004

18.5 2004 ARSENICUM ALBUM 50M

Somaticky akutní zánět horních cest dýchacích s vysokými teplotami, ležela doma. Praktickým lékařem podaná antibiotika. Koncem měsíce vyšetřena na ortopedii Fakultní nemocnice. Opět vyslovená indikace k endoprotéze, ale pacientka jasně cítí, že operaci nechce.

Tento měsíc postoupila pacientka plynule k výhledům do budoucna. V té době se výrazně zlepšila její manželská situace a došlo ke zlepšení v sexu. Pacientka zmiňovala, že se cítí dospěle a uvědomovala si více své širší okolí včetně své ženskosti (zájem jiných mužů). Tuto situaci dokázala využít ve vztahu s manželem, kde vyslovovala „dospělé“ požadavky a zároveň s ním dokázala komunikovat bez výčitek se současným naplňováním svých i jeho potřeb. K posunům došlo i v pojetí strachu ze smrti. Uvědomila si svou touhu po bezchybnosti jako vyhýbání se přijetí své smrtelnosti. Pacientka si však uvědomovala i nepříjemná očekávání změn a reakcí na její posuny v nejbližším okolí.

Červen, červenec 2004

26.7 2004 ARSENICUM ALBUM 50 M

Somaticky nic významného.

Červen a červenec přinesl pacientce pocit neznáma a věnovaly jsme se i vymezování jejích hranic. Vymezovala se hlavně vůči tchýni, která se snažila zasahovat do její domácnosti a stanovovala nové hranice i s manželem, který byl v té době uprostřed svých starostí s původní rodinou. Pacientka přestala také svou nemoc považovat za osudovou a vyslovila nechuť dávat přednost jiným před sebou. Témata agrese a vzteku byla v té době častá.

Září 2004

Somaticky v pořádku.

V září začala pacientka s manželem uvažovat o odstěhování z Prahy kvůli zaměstnání manžela, nemalou roli hrála i touha po osamostatnění rodiny. Pacientka byla po dlouhé době schopná hlubších kontaktů s kamarádkami a věnovaly jsme čas jejímu ženství, tentokrát nikoliv z hlediska sexuality, ale spíš v rámci rozvoje a sebepoznání v nejhlubším smyslu. V rodině docházelo stále ke střetům mezi otcem a manželem pacientky.

Říjen 2004

Somaticky bez výraznějších obtíží

Říjnová terapie byla opětovně věnována vztahu s otcem, který se výrazně stavěl proti její samostatnosti a odstěhování. Pacientka toužila po urovnání vztahu s ním, měla i pocity viny. Uvědomila si i stinné stránky svých posunů.

Listopad 2004

Somaticky zažívací obtíže, bolesti v kříži, bolesti hlavy.

V listopadu měla pacientka problémy se zažíváním, cítila se ztuhlá. Rodiče na ni vyvíjeli velký tlak, aby se vrátila „pod jejich křídla“. Měla pocit, že nenaplnila jejich očekávání. Přesto trvala na tom, že se odstěhuje a postupně se začala na odloučení od rodiny těšit. V té době jsme terapii ukončily, pacientka vyslovovala svou spokojenost s dosaženými výsledky a byla odhodlaná pokračovat v nastoupené cestě za svou individualizací.

11.1 2005 ARSENICUM ALBUM 50M pro zvýšené úzkosti a obavy.

4.3 2005 ARSENICUM ALBUM 50M.

Narychlo uskutečněné druhé stěhování do malého města, kde manžel získal zaměstnání. Cítí se tam velmi dobře, přichází kvůli starostem o mladšího syna, který špatně spí a zdá se jí úzkostný.

28.6 2005

Zatím poslední návštěva. Cítí se dobře, prakticky bez bolestí či jiných fyzických obtíží, i mladší syn psychicky zlepšen. V novém bydlišti je spokojená, hlavně kvůli dětem. Uvažuje o návratu do zaměstnání. Manžel má dobré zaměstnání, manželství více otevřené ve smyslu komunikace, bez krizí.

V Praze 30.6 2005

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 8

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2 a 3-4/2005)

7 Bio-psycho-sociální medicína jako nauka o vztazích

Nyní musíme odpovědět na otázku, co získává medicína sémiotickou interpretací souvislostí. Řekneme-li, že semiózy popisují vztahy mezi živými systémy a jejich okolím, pak je odpověď snadná: Sémiotická interpretace ukazuje, že lékařská věda je nauka o vztazích. Z tohoto pojetí medicíny pak můžeme vyvodit patřičné důsledky.

Tato teze však také požaduje, abychom definovali termín „vztahy“; neboť tento pojem je v současnosti používám i zneužíván pro veškeré možné, ale také především nemožné souvislosti a procesy.

7.1 Komunikace jako sémiotický problém

Otázka týkající se vztahu mezi organismem a okolím formuluje vlastní základní problém biologie a medicíny. Abychom našli odpověď, zkoumali jsme, jak vznikají vztahy mezi organismy a jejich okolím, a dále jak se tyto vztahy udržují.

Na různých integračních rovinách jsme popsali regulační obvod, funkční obvod a situační obvod jako modely pro konstrukci vegetativních, animálních a humánních vztahů k okolí. Na každé rovině popisoval „vztah“ jako jednotku, v níž se organismus a okolí vzájemně definují a vzájemně se doplňují (*J. von Uexküll* 1980).

Ukázalo se, že „vztah“ je pojmem pro skutečnost zásadní důležitosti, a sice že život se na každé integrační rovině ukazuje v různých podobách, v principu ale vždy tímž systemickým způsobem. Medicína tak získává možnost definovat zdraví jako intaktní a nemoc jako porušenou síť vztahů. Díky tomu se ukazuje, že vztah odpovídá pojmu „integrace“, který je odvozen od latinského slova „integer“, označujícího něco nezraněného či zdravého, a který popisuje pro „nauku o zdraví = medicínu“ ústřední skutkovou podstatu.

Zjištění, že vztahy se skládají ze znaků popř. přenosových spojů, definovalo „látku“, ze které vztahy sestávají. Je možné je popsat jako vlákna komunikačních sítí, které spojují živé systémy s jinými systémy a s jejich okolím. V každém z těchto vláken nabývá činitel „význam“ konkrétní podobu; neboť vztahy jsou vztahy významovými.

Naše analýza **vztahových struktur** živých systémů na různých integračních úrovních však doposud opomíjela otázku, která musí být zodpovězena, mají-li pojmy „vztah“ a „vztahová struktura“ dostat konkrétní obsah: Popsali jsme živé systémy jako „solipsisty“ (pozn. př.: zastánce názoru, že reálně existuje pouze Já se svými specifickými prožitky a že ostatní svět je pouhou představou), kteří jsou zapleteni do rozhovorů se sebou samými a pro které vlivy okolí znamenají pouze pertubace. Dále jsme zmínili, že komunikační způsob přenosu zpráv může vést ke zmatkům; neboť nemohou být přenášeny zprávy samy o sobě, nýbrž pouze jejich materiální nosiče, které musí být kódovány jak stranou, která je vysílá, tak stranou, jež je přijímá. To však předpokládá, že obě strany musí mít k dispozici týž klíč pro kódování i dekodování.

Jako první model komunikačního procesu mezi živými systémy jsme popsali symbiotický funkční obvod, který představuje vzájemné sladování mezi kojencem a matkou. Jak se však ukazuje, nemůžeme při

tom vycházet z toho, že by strana vysílající i strana přijímající disponovaly týmž kódem. Právě naopak, úloha, jejíž řešení tento model popisuje, spočívá ve vzájemném sladování zpočátku velmi odlišných kódů.

Dle modelu symbiotického funkčního obvodu spočívá komunikace ve vzájemném sladování kódu, jehož úspěch musí být opakovaně potvrzován reakcí příjemce. Komunikace je tedy mnohem méně výměnnou informací než potvrzováním toho, že došlo ke shodě ohledně kódu. Tento úspěch je jak v kognitivní, tak v afektivní oblasti spojen s pocitem uspokojení. „**Chápání**“ je tedy podstatně víc než pouhé kognitivní dobrodružství. V konečném efektu se jedná opět o princip *propriocepce*, se kterým jsme se již setkali při vzniku já: Člověk prožívá sebe sama jako integrovaného do systému, v němž je uznáván a potvrzován.

Tato souvislost je důležitá ještě z jednoho dalšího hlediska: Setkáváme se v ní s principem samoorganizace, podle něhož se systémy utvářejí ze subsystémů a který tvoří základ hierarchického členění komplexních systémů a jejich funkce. Poukázali jsme již na to, že pojem „hierarchie“ chápeme špatně, rozumíme-li mu jako řádu nastolenému ovládním, neboť se jedná o řád zakládající se na sladování kódu. Tyto souvislosti se stávají názornějšími, nahlížíme-li na pojem vztahu z hlediska jeho významu pro zdraví a nemoc.

7.2 Důsledky pro praxi

Tyto teoretické úvahy mají bezprostřední důsledky pro problémy praxe, a to na třech různých rovinách:

- Vztahy pacienta k lidem v jeho okolí, rodině, okruhu přátel i zaměstnání jsou integrující části jeho osobnosti. **Kvalita těchto**

vztahů rozhoduje o tom, jak se cítí, i o jeho zdraví. Ztráty objektů; to znamená ztráty vztahů k lidem, kteří pro nás mnoho znamenají, nebo ztráta pozice, která stabilizovala náš vztah ke světu, jsou „narcistická soužení“. Zraňují naše já a ohrožují naše zdraví. Mnoho stížností, s nimiž k nám pacienti přicházejí, jsou reakce na poškození jejich „vztahové sítě“ způsobené „potrhanými“ nebo „zauzlovanými“ vztahy ke světu jejich současníků.

- Hovoříme o **vztahu pacienta a lékaře** a o jeho významu pro diagnostiku a terapii. Také on je vláknem z verbálních a neverbálních zpráv, k jejichž výměně musí mezi pacientem a lékařem docházet, má-li vzniknout to, co nazýváme terapeutickým svazkem. Toto vlákno má diagnostické a terapeutické funkce; napomáhá lékaři objevovat poškození ve vztahové struktuře pacienta, a může mu být rovněž nápomocno při jejich vyspravování a podporování pacienta ve chvílích, kdy hrozí, že dojde k přetržení nějakého z vitálních vláken. Toto vlákno může dokonce propůjčit farmaceuticky neúčinným medikamentům účinek léčivých látek, jak se dozvíme v kapitole 18 „Fenomény placebo“.
- Zdůraznili jsme, že také výkony našeho těla vyžadují odpovídající proti-výkony fyzikálního okolí. Již **uvnitř těla** nacházíme tytéž vztahy výkonu a proti-výkonu ve vztazích mezi orgány, tkáněmi a buňkami k sobě navzájem a k mezibuněčnému prostředí, které je obklopuje.

Z tohoto důvodu můžeme říci, že na somatické, psychické i sociální rovině musí být neustále napínána a splétána vztahová vlákna, má-li být dosaženo zdraví a odvrácena nemoc. Diagnózy jsou nejenom

zjištěními somatického defektu nebo neurotického vadného postoje, nýbrž také dekódováním znaků, které pacient vysílá na tělesné, psychické a sociální úrovni a které vyžadují adekvátní odpovědi. Proto terapie neznamená pouze předepsání tablety, aplikaci injekce nebo vystavení doporučení k somatickému nebo psychoterapeutickému odborníkovi.

Terapie znamená nacházet odpovědi na otázky, které pacientovi ukazují, že znaky, které vysílá na tělesné, psychické a sociální rovině, jsou chápány a dávají mu možnost utvářet svoji skutečnost do značné míry salutogeneticky.

To podtrhává nejdůležitější zjištění, a sice že zdraví není stavem, nýbrž procesem, který musí být neustále vytvářen (*Antonowsky 1979, V. von Weizsäcker 1986*).

Model situačního obvodu společně s vývojovým modelem může lékaři napomáhat při dešifrování jednotlivých zpráv. Popisuje schéma pro souvislost znakových procesů, které probíhají na různých integračních rovinách a které byly propojeny v průběhu biografického příběhu. Vychází z představy, že každý člověk se v průběhu svého dětství naučil, jak a s kým musí napínat vztahová vlákna, aby získal životně důležitou oporu ve svém prostředí. Později používá techniky, které si osvojil v raném věku, u osob, jež nově stupují do jeho života. Vědět o těchto skutečnostech je pro lékaře důležité; neboť toto vědění mu umožňuje objasňovat z toho, co pacient dělá z něho a s ním, to, co dělá pacient ze svého okolí a co toto okolí udělalo z něho. Při tom se může ze způsobu, jakým lékař prožívá chování pacienta, stát důležitá informace pro pochopení pacienta a jeho chování.

7.3 Aplikace modelu situačního obvodu

Vratme se na závěr opět k naší pacientce, z jejíhož setkání s lékařem jsme vyšli. Zjistili jsme, že její problematiku nejsme schopni zcela postihnout ani somatickým přírodovědným, ani psychologickým psychoanalytickým modelem. V prvním případě před sebou máme tělo bez duše, v druhém pak duši bez těla. Pokoušíme-li se **oba teoretické systémy aditivně spojit**, pak nás dualistická volba „buď, a nebo“ nutí, abychom se rozhodli, zda potíže pacientky jsou psychické nebo organické povahy. S ohledem na obezitu, hypertenzi a hyperlipidémii vyvstává na bázi dualismu následující otázka: Jsou tyto nálezy podmíněny organicky nebo psychicky? Rozhodnutí pro jednu nebo druhou stranu v sobě již obsahuje pokyny pro terapii. Jsme zajati v dualistických předsudcích.

Jelikož teorie vytvářejí předsudky, které podstatným způsobem ovlivňují naše jednání, je interakce mezi lékařem a pacientem nutně určována teorií lékaře. Je-li lékař příznivcem biomechanického paradigmatu, pak jej budou zajímat pouze objektivní nálezy. Prožívání pacientky, její psychosociální problematika se stanou „nicotnými“. Je-li však příznivcem psychologického, učebně teoretického či psychoanalytického paradigmatu bude svůj zájem nutně směřovat takřka výhradně na psychologické procesy a tělesný nález nechá v nejlepším případě vyšetřit „somatickým lékařem“. Zpřítomníme-li si návštěvu naší pacientky v ordinaci lékaře, je nám jasné, že ani jedna z alternativ nepovede s velkou pravděpodobností k úspěchu.

V případě, že se lékař pokusí zohlednit oba teoretické systémy aditivním nebo simultánním způsobem, přiblíží se spíše problematice pacientky, zůstane však i tak v zajetí rozporů dualismu těla a duše. Je tedy nucen – jak jsme naznačili výše – se u každého symptomu rozhodnout, zda je podmíněn psychicky nebo organicky. S ohledem na noční záchvaty dušnosti pacientky bude jeho situace vskutku

nesnadná. Pracuje-li však lékař s konceptem situačního modelu, který jsme představili, a zohlední-li při tom svoji roli interpreta, může se vyhnout pasti, již mu dualismus nastavil. Tím je myšleno, že lékař si musí ve svých představách přehrát procesy podsouvání významu a ověřování významu, a to dříve než učiní diagnostická a terapeutická rozhodnutí.

S ohledem na koncept situačního obvodu je možné interakci mezi lékařem a pacientem schematicky znázornit následujícím způsobem:

Problémová situace	
Interpretace	Meta-interpretace
(Význam pro lékaře)	(Význam pro pacienta)

Problémová situace se skládá ze znaků, které přináší pacient. Lékař jim musí přidělit význam, a to jednak v pozici **interpreta**, a jednak v pozici **meta-interpreta**. Z obou pak vyplývá **řešení problému**. Vede od problémové situace I k problémové situaci II atd.

Jako interpret je lékař „pozorovatelem prvního řádu“, který pro své diagnostické a terapeutické úkony analyzuje pacienta jako „otevřený systém“ dle principu „triviálního stroje“. Jako meta-interpret je „pozorovatelem druhého řádu“, a sice pozorovatelem „uzavřeného systému“, v němž pacient prožívá sebe sama a svoji skutečnost. V našem případě pacientky, která lékaře spravuje o svých nočních záchvatech dušnosti, vypadá **problémová situace I** ve velmi zjednodušeném podání následovně: Pacientka přináší jako znaky pro interpretaci svůj vnější vzhled: nadváhu, lehkou dušnost a lehkou cyanózu a jako znaky pro meta-interpretaci dojem „nesympatické osoby“, která své obtíže líčí vyčítavým tónem.

- **Udělení významu Ia:** Jako interpret uděluje lékař znakům vnějšího vzhledu následující významy: obezita, možná srdeční insuficience, možná hypertenze a možná porucha látkové výměny.
- **Udělení významu Ib:** Jako meta-interpret vykládá líčení jejich symptomů ve vyčítavém tónu jako výraz určité psychické poruchy.
- **Zhodnocení významu Ia a Ib:** Ze somatického vyšetření vychází najevo značná nadváha, mírná hypertenze a nepatrná levá hypertrofie srdce, ale žádné znaky pro vážnější srdeční dekompenzaci a plicní městnání. Posouzení jejího psychického prožívání se nejprve omezuje na domněnku týkající se poruchy, jež se skrývá za jejím vyčítavým postojem.

Z toho vzniká **problémová situace II:**

- **Udělení významu IIa:** Somatické znaky odkazují k lehkému přetížení krevního oběhu a k hyperlipidémii. Noční záchvaty dušnosti nejsou s dostatečnou pravděpodobností symptomy astmatu cardiale. Zhodnocením významu v podobě předepsání léku, diety a kontrolního vyšetření by lékař býval reagoval odmítnutím bližšího kontaktu na základě svého dojmu „nesympatické a ušmudlané“ osoby a býval by tak zanedbal svoji úlohu meta-interpreta spočívající v objasnění jemu uzavřené skutečnosti pacientky s nočními záchvaty dušnosti.
- **Udělení významu IIb** vede proto lékaře k meta-interpretaci, která vychází z vlastní odmítavé reakce; tuto reakci vykládá jako protipřenos na pocity pacientky, která sebe sama od svého okolí

prožívala vždy jako odmítanou. To jej vede k otázce, jaký význam může mít toto odmítání okolím pro psychickou situaci pacientky, a tedy k:

- **Problémové situaci III:** Ta je uvedena vzdechem pacientky, který lékař vykládá jako potvrzení své domněnky, že prostředí hraje pro onemocnění pacientky patogenní roli. Tento výklad vzdechu je zároveň zjištěním, že mezi kódem lékaře a kódem pacientky došlo ke shodě. Tento druh shody prožívá lékař nad její racionální rámec jako něco, co *Christian a Haas* (1949) popisují jako „**pocit sounáležitosti**“. Díky tomuto pocitu se otevřela omezená společná skutečnost, v níž může pacientka vylíčit a „odplakat“ smutný příběh svého dětství, nezdařeného manželství a bolest ze ztráty poslední důvěrné osoby – nejstaršího syna.
- **Udělení významu III:** Stává se patrným, že se zde jedná o člověka, který byl odmítán již v primární rodině, ze které pacientka utekla do manželství, ve kterém se cítila opětovně odmítána, nač reagovala depresivně, a chybějící si začala nahrazovat nadměrnou konzumací jídla. Tak se vyvinul „*Circulus vitiosus*“ neboli bludný kruh spočívající v přírůstku hmotnosti, zesíleném odmítání a chorobném příjmu potravy.

V tomto bludném kruhu můžeme velmi dobře pozorovat spřahování významů mezi různými integračními rovinami a tímto způsobem proražené cesty pro vzestupné a sestupné pohyby z psychosociální systémové roviny na tělesnou a odtud zase nazpět. Jelikož se pacientka cítí odmítána, začíná nadměrně jíst a stává se obézní. Z důvodu této tělesné změny naráží na rostoucí odmítání, čímž se prohlubují její deprese, a konzumuje ještě větší množství potravy.

U pacientky zjišťujeme ještě další vzestupné a sestupné pohyby. Z důvodů přírůstků na hmotnosti došlo pozvolna k relativní srdeční insuficienci s levou hypertrofií srdce a lehkou hypertenzí, a dále k podezření na stavy astmatu cardiale. Nyní trpí pacientka „srdeční chorobou“. Tím byl pro ní dosažen nový stupeň prožitku; neboť, trpí-li srdeční chorobou, pak musí být dle přírodovědeckého redukcionistického chápání nemocí ošetřen především orgán – v tomto případě srdce popř. krevní oběh. Tím se problém pro pacientku přemístil z psychosociální roviny spojené se soužením na somatickou rovinu nemocného orgánu. Psychicky se jí ulevilo a očekává nyní od lékaře pomoc, která jí zůstala na psychosociální úrovni odepřena.

Na tomto příkladu popisujeme úkoly, které musí plnit lékař pracující s konceptem situačního obvodu. Nejprve musí společně s pacientkou a za využití potřebných technických pomocných prostředků projít až do posledního detailu veškeré **sestupné pohyby**, aby mohl zjištěné nálezy interpretovat na pozadí celkové situace pacientky – a při tom si neustále uvědomovat, že úplné a konečné jistoty svého úsudku nikdy nedosáhne. A poté – a zde se jedná o rozhodující (psycho-) terapeutické kroky – musí lékař v **vzestupném pohybu** vysvětlit pacientce souvislost zjištěných nálezů s celkovou situací. Nyní může vyslovit terapeutická doporučení slibující úspěch.

Nutná redukce hmotnosti a podpora systému krevního oběhu budou úspěšné pouze tehdy, bude-li zohledněna a dle možností terapeuticky modifikována také psychosociální situace pacientky. Jak těžké to často je, ale jak velkou naději na úspěch to může skýtat, ví každý zkušený lékař.

Jelikož setkání mezi lékařem a pacientkou probíhá dle sociálně stanovených programů, jsou procesy udělování a zhodnocování významu volné pouze v určitých mezích. Nad tento rámec jsou oba

procesy vázány na předem dané – ať vrozené či získané – struktury vnímání a chování, které mají u každého člověka svůj individuální příběh. Specifická problémová situace lékaře spočívá v rozpoznávání vlastností těchto struktur vnímání a chování charakteristických pro každého pacienta, které se mohou manifestovat v organických strukturálních změnách, ve funkčních poruchách, ale také v poruchách chování či utváření vztahů, aby je mohl později dle možností modifikovat tak, aby lépe odpovídaly životu či dané situaci. První část tohoto procesu, a sice rozpoznávání, označujeme jako **diagnostickou**, druhou část, a sice modifikování, jako **terapeutickou** část tohoto procesu. Jelikož je ale udělování a zhodnocování významu v procesu situačního obvodu vždy nedělitelně propojeno, je možné také diagnózu a terapii v lékařském prostředí od sebe oddělovat pouze uměle. Abychom zdůraznili tuto nedělitelnost, označujeme tento proces také jako „diagnosticko-terapeutický kruh“ (Wesiack 1974).

Zde by bylo možné namítnout, že tato nedělitelnost diagnostiky a terapeutiky je v realitě zdravotní péče téměř vždy – někdy dokonce institucionálně – porušena. Velmi často se setkáváme s tvrzením, že je nutné nejprve vyslovit diagnózu, než začneme s vlastní terapií. Tato námitka je správná i chybná zároveň, a proto ji musíme dále diferencovat. Je správná do té míry, do jaké míry musí zhodnocování významu, tedy jednání, vždy předcházet udělování významu, tedy rozpoznávání. Z tohoto úhlu pohledu „bohové skutečně umístili před terapii diagnózu“ (Vollhard 1982). Je však chybná, vyvozujeme-li z této časové posloupnosti jednotlivé kroky, a sice že nezávisle na sobě musíme nejprve dokončit diagnózu (rozpoznávání), a teprve poté můžeme začít s terapií (jednáním). To není už z toho důvodu možné, že bez jednání neexistuje rozpoznávání, ať už se jednání projevuje pouze v zájmu lékaře o pacienta.

Na tomto místě musíme – abychom předešli případným nedorozuměním – dodat, že termín diagnóza má dva různé významy, které se v žádném případě nepřekrývají. Zaprvé tento pojem znamená souhrn poznatků o daném konkrétním pacientovi. Tato rozšířená diagnóza není nikdy uzavřena a je prohlubována a doplňována každou interakcí mezi pacientem a lékařem.

Všeobecně však pod pojmem diagnóza chápeme něco mnohem užšího, a sice zařazení konkrétní nemoci do klasifikačního systému naší nosologie. Dle tohoto systému bychom mohli naši pacientku přiřadit k následujícím diagnózám: „reaktivní deprese“, „obezita“ a „lehká srdeční insuficience“. Tyto diagnózy v užším slova smyslu jsou integrační a definující pojmy a nesmějí být zaměňovány s diagnózou ve smyslu úhrnu znalostí o této naší pacientce.

Díky práci s konceptem situačního obvodu coby popisu sociálního systému vztahu lékaře a pacienta se na straně jedné objevují nové otázky pro výzkum, a na straně druhé se mění interakční proces v medicíně. Díky překonání dualismu těla a duše a díky odstranění principiálního oddělení diagnostiky a terapeutiky je možné pacienta vyšetřovat a ošetřovat jako „úplnou osobu“, to znamená jako jednotku sestávající z organismu a individuální skutečnosti.

RECENZE A ANOTACE

JAN PONĚŠICKÝ: AGRESE, NÁSILÍ A PSYCHOLOGIE MOCI.

Triton, Praha, 2005, 226 s., cena 299.- Kč, ISBN:80-7254-593-0

Agrese – pojem ne vždy shodně definovaný, brutalita, násilí, ovládnutí druhých... stále častěji skloňovaná témata. Je až hodno obdivu, kterak se *Homo Sapiens Sapiens* (to je už slušná porce narcismu) naprosto nedokázal poučit ze svých chyb a „lidi na lidi jsou jako saně, člověk na člověka jako kat“ od dob Davida a Goliáše dodnes.

Surrealismus je – podle André Bretona – nečekané a půvabné setkání růže, deštníku a šicího stroje na pitevním stole. Matkou surrealismu je psychoanalýza (zatímco matku poloboha Pana se dodnes, navzdory analýze DNA, nepodařilo objevit). Jan Poněšický je psychoanalytik; alespoň on se sám takto označuje přestože by ho tatíček Freud jistě z tohoto společenství exkomunikoval. Podle mého názoru je však jeho pohled optimální synkrezí fundamentalistických názorů a všech dostupných herezí, což je sympatické. Poněšický totiž ke klasické psychoanalýze pojal do své všeobjímající náruče nejen „freudovské odpadlíky“, ale také například humanistické psychology (jejichž heslem a vymezením proti tehdy dominantním psychoterapeutickým školám bylo: člověk není ani pytel pudů, jak hlásá psychoanalýza, ani velká cvičená bílá krysa, jak ho vnímá behaviorismus), nebo dokonce interpersonální psychoterapeuty, neváhá citovat myšlenky existencialistů, nebo logoterapeuta V. E. Frankla. Tak je možné, že Jan Poněšický je sice surrealistou, ale ve srovnání s postmodernou kreslí idylické obrázky Ladovského stylu (což mi evokuje vzpomínku, jak jsem byl pozván „na koberec“ do školy jednoho z mých dětí, které ve slohové úloze zakončilo popis Ladova obrazu Hospodská pranice slovy: „A z obrazu na mne dýchá klid a spokojenost...“).

Autor totiž ve svém integrativním přístupu k dynamicky orientovaným psychoterapeutickým a psychologickým školám nevidí jednotlivé názory jako

neslučitelné, ale jako vzájemně se doplňující a tvořící pestrou mozaiku, v níž jedno nevyklučuje druhé. A tak v prvním oddíle zaměřeném na příčiny agrese najdeme kritickou prezentaci biologických (pudových) teorií agrese, mezi nimiž mají přední místo názory Sigmunda Freuda a Konráda Lorenze, jsou ale současně vyváženě doplněny a komentovány názory neopsychoanalytiků a jejich zcela recentních pokračovatelů, humanistických psychologů a neurofyziologů. Základní úvahy se týkají konstruktivního a destruktivního charakteru agrese, ústředním motivem však zůstává narcismus a zůstane jím i v celém dalším textu.

Druhá kapitola je věnována psychodynamice agrese a formám násilí. Autor zaměřuje pozornost především na časná vývojová období, počínaje problematikou osobnostních hranic (toto téma je neobyčejně významné ve všech formách psychotherapeutického procesu), přes násilí v rodině včetně incestu s jejich budoucími fatálními dopady až po problematiku vztahovosti a současně zachování integrity vlastní osobnosti. Autor nachází paralely mezi jednotlivými teoretickými koncepty a pozdějšími sociálními a klinickými projevy, mezi agresí destruktivní a konstruktivní. Také zde je koncept narcismu klíčový, jeho analýza ale není omezena jen na rané dětství a objevuje se jako problém v dalším rozhodujícím vývojovém období – v pubertě.

V sociologickém a antropologickém pojetí agrese se jako významný hybatel znovu objevuje frustrace (byla uvedena již v první části), a to jak na straně utlačovaných, tak na straně mocných; je to např. myšlenka Hannah Arendtové, že použití násilí přichází v úvahu tehdy, když vládce ztratí přirozenou autoritu. Ale stejně agresivně se chovají příslušníci minorit vytlačení na periferii společenství. Zdálo by se, že integrovaná společnost povede k ústupu násilí, extrémní individualizace v postmoderní společnosti však svědčí spíše o opačných trendech. Bezradnost v této situaci asi nejlépe ilustruje citovaný Köstlerův výrok, že „lidstvo patrně netrpí přemírou agresivity, nýbrž naopak přílišnou tendencí oddávat se ideálům“.

Logicky pak i v další kapitole věnované možnosti socializace agrese a násilí je více otázek a problémů jen nadhozených, než řešených, a to už vůbec ne jednoznačně. Nalezení optimální rovnováhy mezi egoismem a altruismem, uvědomění si impulzů přicházejících z nevědomí a zvládnutí násilných fantazií – pozůstatku frustrací, jež zanechaly v duši zahořklost a přání pomsty; to jsou ideální cíle, o nichž je třeba vést neustálé úvahy a diskuse, přestože „na palčivé otázky dneška nenacházíme uspokojivou odpověď“.

„Člověk prahne po moci za účelem ovládnutí svých nejistot ze své podstaty svobodné a vědomé bytosti a za pomoci rozumu, předvídání, kontroly a moci a s cílem dobrat se jediné pravdy (podtrhl recenzent). Obtížně se smiřuje se svou závislostí na spolužití a na uznání od ostatních... Nábrazkou za svou vykořeněnost a existenciální nejistotu si člověk vytváří obraz sebe sama, představu vlastní osobnosti, na které lpí a jejíž potvrzování vymáhá od svého okolí. K tomu vedou různé mezilidské strategie...“ A jednou z nich je mocenský postoj, zajišťující si své cíle pomocí hrozeb, šíření strachu a násilí. To je v zásadě ústřední myšlenka kapitoly věnované filosofii, sociologii a psychologii moci, myšlenka, pod níž se bez váhání také podepíšu. Kapitola se dále věnuje vztahovým rámcům mezi ovládajícími a ovládanými, konfliktům versus bezkonfliktnosti, obrazu nepřítele, degeneraci moci, paradoxní závislosti mocných na ovládaných a navzdory různým proklamovaným idejím, uniformitě totalitních režimů.

Agrese, násilí a moc v každodenním životě, v podmínkách psychoterapeutického vztahu a ve výchově shrnuje problémy psychopatologie všedního dne a ukotvuje tak v reálných podmínkách oblouk sklenutý od teoretických úvah až po konkrétní každodenní situace.

Jakými epicykly tohoto oblouku jsou krátké příspěvky autorových přátel a spolupracovníků. T. Bastian se zaměřil na stále nedořešené téma německé minulosti, G. Klüve-Schleberger ve velmi prakticky orientované a klinicky použitelné stati na zacházení s násilím a jeho následky, O. Marlinová na rozbor totalitní mentality, M. Seefried na agresi a moc z antroposofického hlediska, S. Hubálek na etiku a agresivitu v oblasti podnikání a P. Weiss na sexuální agresi.

Nemohu posoudit, zda je to dáno hlubokým souzněním, nebo vynikající ediční prací, ale je pravda, že všechny harmonicky korespondují s hlavním textem.

Jan Poněšický nikdy nevystupoval jako věrozvěst neotřesitelně si jistý svými pravdami a z této pozice hodnotící pravdy druhých. Vždy byl daleko více zvědavým tazatelem a neúnavným hledačem odpovědí. Jeho poslední kniha zůstává věrná této tradici. Připomíná mi vzdáleně Čapkův apokryf zachycující debatu Josefa z Arimatie s Pilátem na téma, co je pravda. A také výrok rabína z Wieselova románu Pátý syn, po jedné z otázek mladíka pátrajícího po minulosti a holocaustu:

- *To je vynikající otázka.*
- *A kde je na ni odpověď?*
- *To nevím, ale otázka je to vynikající!*
-

To je asi hlavní důvod, proč si publikaci přečíst a proč se k ní vracet. Druhý, neméně podstatný důvod, je kultivovaný projev a krásná čeština; chtěl bych autora ujistit, že žádné pasáže nevyznívají „těžkopádně“, a že se za tuto neexistující vadu tudíž v předmluvě omlouvá zbytečně.

Praha – 1.října 2005

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Stanislav Komárek: Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika.

Mladá Fronta, edice Kolumbus, Praha 2005, ISBN: 80-204-1287-5, 152 stran, 170Kč

Ke čtení rukopisu této knihy jsme se dostali shodou okolností až během letu na lince Vancouver-Londýn, která se v létě pohybuje právě po hranici dne a noci tak, že pod cestujícími hranice mezi dnem a nocí jaksi „proklouzne“, z jedné strany slunce a z druhé noc. S nadsázkou lze říci, že jsme ji nečetli ani ve dne ani v noci a pokud jde o prostor, zatímco první stránky jsme začali číst ještě nad západním pobřežím Severní Ameriky, která je západní kulturou osidlována teprve několik století, dalšími jsme se pročetli nad nekonečnými zamrzými pláněmi Grónska, četbu jsme dokončovali nad Irskem, Skotskem a staříčkou Anglií. Kdybychom tedy vnímali čtení jako proces vázaný na prostor a čas (text si nepochybně spojujeme s tím, kde čteme a co se kolem nás děje) Komárkova kniha „Spasení těla“ pro nás vytvořila jakousi šmouhu událostí mezi Vancouverem a Londýnem, mezi novým a starým světem, ani ve dne ani v noci.

Zmiňujeme tyto okolnosti především proto, že naše vnímání textu nepochybně ovlivnily, stejně tak, jako čtenáře ovlivní jiné prostředí, ve kterém se nachází. Jinak bude knihu vnímat člověk při pobytu v lázních, jinak lékař učítající ji ve službě, nebo student připravující se na zkoušku u pana profesora Komárka. To je samozřejmé, proč ale právě u Komárkových textů vyvstává pro nás aspekt kontextu tak významně do popředí oproti například takovému románu Karolíny Světlé Kříž u potoka, abychom uvedli příklad co možná nejvzdálenější? Zatímco román nás zavede do jednoho prostředí a jedné doby, naladí nás tak, abychom se mohli s jeho postavami sblížit, pochopit je, abychom po nějakou dobu pobýli s nimi, nebo se přímo stali jimi samotnými v jakémsi transu, Komárkův text bude čtenáře neustále vytrhovat. Bude s ním divoce smýkat z prostředí do prostředí, z jedné oblasti vědění do jiné třeba i během jediné věty. Sotva se čtenář na chvíli usadí v pohodlí pojmového aparátu biologie, hned je vytrhován příkladem z

oblasti historie nebo filologie, filosofie nebo medicíny, autorovy argumenty pocházejí právě tak ze znalostí starých antických textů jako z praktického současného života (a jazyka), z historie novodobých dějin právě tak jako z evoluční biologie, tu z oblasti vědy, jinde z teologie, v rychlém sledu. Tak má čtenář šanci neulpět na jediném stanovisku nebo argumentu a zahlédnout popisovanou oblast moci a nemoci jaksi panoramaticky, paradoxně jako by bez protikladů, bez nichž, jak sám autor v úvodu píše, ani svět vnímat neumíme, protože protiklady z celku světa naše mysl sama nechává vyvstávat. Máme tak vzácnou příležitost, pokud neulpíme na detailech, zahlédnout oblast tak protikladnou jako je vztah tělesného a duševního, moci a bezmoci, dobrého a zlého, v neuvěřitelně barvitém a divokém tanci jako celek, kde k sobě všechno tak či onak patří a vzájemně se podmiňuje a doplňuje. Jakékoli ulpění na jediném detailu celou tuto hru světa zastavuje a zbavuje života.

Rychlé tempo a nahromaděné informace, pokud jim čtenář dovolí na sebe působit, mohou mu otevřít panoramatický pohled na svět, ve kterém žijeme, ne nepodobný pohledu na svět z výšky letícího letadla. Dobře víme, jak vypadají hory a údolí zblízka, jak dlouho je třeba jít pěšky prašnými cestami, neproniknutelnými lesy, kolik bychom asi na cestě potkali lidí a jak bychom se s nimi možná zapletli v mocenských hrách, ale odsud z letadla to vypadá tak snadné. Za pár chviliek přeletíme Grónsko jako by nic. Komárek jako by byl podobně nad věcí: o představě převtělování duší mluví stejně klidně a bez štíivosti jako o „duši na jedno použití“, oběma světonázorovým postojům nechává stejné místo vedle mnoha dalších. Jako by přehlížel neuvěřitelně pestrý svět myšlenek a názorů stejně jako svět živočichů a rostlin, ve kterém má stejné právo na existenci slon i myš, pták i ryba, obratlovec i virus, dub stejně jako sinice, ač její slizká existence by v nás mohla budít dojem, že je tady jaksi omylem nebo navíc. Teprve takový nadhled patrně umožňuje ponechat věci takovými jaké jsou ve svých paradoxních a protikladných existencích vedle sebe aniž by se nutně vylučovaly. V tomto smyslu

je i tato Komárkova kniha textem postmoderním v tom nejlepším slova smyslu, totiž navýsost současným.

Velmi cenná v kontextu českého písemnictví je autorova znalost německého prostředí. Jako málokdo z našich současných celebrit může Komárek porovnat jazykové možnosti německy a anglicky mluvící vědecké komunity. To je v době, kdy prakticky bez reflexe přebíráme anglosaskou vědeckou literaturu dominující na světovém trhu, stejně tak jako jsme před časem vzývali myšlenky z ruské oblasti, aniž bychom respektovali historické kořeny české literatury vyvíjející se na pozadí německého myšlení, něco, co stojí za pozornost. Zdá se, že zrovna pro rozvoj medicíny má tento rozdíl podstatný význam. Změna od literárních zdrojů řeckých a následně německých k latinským a následně francouzským a anglickým je bohužel také cestou od pochopení člověka k obchodu s nemocí, od léčení k „opravárenství“, jak autor dokládá. Přitom je vzdálený nářkům několika u nás žijících lékařů obhajujících psychosomatická východiska. Rozvoj psychosomatického myšlení stejně tak jako jeho úpadek a novou renesanci popisuje profesor Komárek, muž stojící mimo zdravotnictví, jako proces na pozadí historických událostí starého kontinentu. Nelze jej podezírat z materiální zaujatosti k tématu, které mu, krom skromného autorského honoráře, není zdrojem obživy. Nemá žádný jiný důvod zastávat to či ono teoretické východisko pro medicínskou praxi než právě ten jediný: vědeckou zvědavost a zaujatost biologa. Mohlo by se zdát, že pojednání o psychosomatické medicíně by měla napsat autorita z řad lékařů. Realita v českých zemích je dnes bohužel taková, že zde téměř není akademické celebrity, která by se ujala tématu, které „zapadlo za obzor“, aniž by zřejmě riskovala svou vědeckou autoritu. Na druhou stranu moderní medicína na biologii stojí a není tedy vůbec nepatřičné, zabývá-li se biolog teoretickými úvahami o medicíně, když ona sama tak nečiní, zaujata příliš sama sebou. Můžeme-li totiž čekat v současné léčebné praxi nějakou změnu, přijde nejspíš právě z oblasti biologie, která sama sebe objevuje už dosti dlouho nikoli jen jako aplikovanou fyziku a chemii, nýbrž jako vědu o sebeutvářejících se systémech, kterými právě

živé organizmy bezesporu jsou. Mluví-li se tedy o bouřlivém rozvoji psychiatrie pod vlivem nových výzkumů mozkových funkcí, skutečná změna pro pacienty nastane až tehdy, kdy pozdvihne akademická obec oči od svých mikroskopů a computerových tomografů a magnetických rezonancí znovu k celku lidské existence, k síti vztahů, které člověk neustále spoluutváří a která teprve dává jeho hmotné existenci smysl. Teprve pak se znovu budeme zabývat také otázkou *proč* a ne jen *jak* člověk stoná.

Autorův pohled zvenčí na medicínu a její problémy se může někdy zdát nelaskavý a zjednodušující. Lékaři, který ví, co je to plná čekárna nemocných, dožadujících se ošetření aniž by měli sebemenší pochopení pro to, jak si sami nemoci způsobují svým způsobem života, se může zdát kapitola o medicínsko-průmyslovém komplexu a jeho moci nad pacientem poněkud znevažující bohulibou činností. Není však pochyb, že je-li naše medicína jako celek nemocná, je třeba jí občas podávat léky - a ty bývají někdy hořké nebo nepříjemné. V čem spočívá naše nemoc? Možná právě v té obrovské moci, jakou disponujeme. Možností rozhodovat nad životem a smrtí člověka, kterou jsme si přisvojili, aniž bychom často skutečný smysl života pochopili. Medicína jako celek, jakkoli je mocným nástrojem proti nemoci a utrpení člověka, může ho sama svým stínem ohrožovat. Pozoruhodná je zkušenost výzkumníků života afrických kmenů. U řady z nich našli pověru, že šaman, který umí nemoci léčit, může je také přivolávat a proto je třeba se před ním mít na pozoru. Proto je pojednání o moci a nemoci v současné době tak důležité a je celkem jedno, zda pochází z pera biologa nebo lékaře.

MUDr.Vladislav Chvála, PhDr.Ludmila Trapková

Hnízdil J., Šavlík J., Beránková B.: „BOLESTI ZAD: MÝTY A REALITA“

TRITON, 2005, 230 stran, prodejní cena 249,-Kč.

Výrok věhlasného lékaře A. Huxleye: „Lékařská věda dosáhla takového pokroku, že nikdo na světě už není zdravý“, je i mottem knihy věnované bolestem zad v komplexním psychosomatickém přístupu. Na příkladu jedné z nejčastějších zdravotních obtíží autoři upozorňují na obecný problém a fatální důsledky, jenž přináší mechanisticko-biologická a instrumentální orientace současné vědecké medicíny. Ta, ačkoliv pracuje s lidmi, dnes vykonává medicínu spíše „na lidech“, přičemž zcela ignoruje skutečnost, že i pacient je člověkem, žijícím svůj život v přirozeném světě. Tento zcela demotivující způsob medicínské praxe pak jen vytváří živnou půdu pro dravé prosazování zájmů medicínsko-farmaceutického komplexu a přispívá tak k hluboké krizi systému zdravotnictví.

Zcela stranou zájmu současné medicínské vědy přitom zůstává skutečnost, že denně přichází do lékařských ordinací více než osmdesát procent pacientů s bolestmi zad, jejichž příčinu se nepodaří objasnit ani těmi nejmodernějšími prostředky lékařské techniky. Stejně tak svízelná a neúspěšná je pak i následná léčba. Na jejich vzniku se totiž podílí řada faktorů ústících do chronického přetížení možností organismu, stresu, jehož synonymem je i sedavý životní styl, nedostatek aktivní regenerace, případně nadváha. Východiskem z těchto obtíží pak v drtivé většině případů není užívání léků a opakované návštěvy lékařských specialistů, nýbrž právě komplexní psychosomatický přístup nalézající skutečné příčiny obtíží v životě pacientů, motivující je k využití vlastních zdrojů a k aktivnímu přístupu. Kromě zdůraznění nutnosti porozumění bolesti, jako důležitého ochranného mechanismu, autoři upozorňují i na nebezpečí spočívající v nezdůvodněném užívání analgetik a otevřeně varují před jejich vážnými nežádoucími účinky, stejně jako před iluzí, vkládanou v „zázračné“ prostředky kloubní výživy. Na několika kasuistikách pak demonstrují, jaký význam pro správnou diagnózu i léčbu má

partnerský vztah lékař - pacient, jejich vzájemná kvalitní komunikace a zasazení zdravotních obtíží do složitých souvislostí pacientova životního příběhu.

Kromě části teoretické, věnované prevenci, včasné diagnostice a léčbě, publikace obsahuje i doporučení konkrétních pohybových programů, kompenzačních cviků a úpravy životního stylu. Kniha „Bolesti zad: mýty a realita“ je projektem v současné době unikátním mimo jiné i v tom, že se na jejím vydání, inzercí či jiným způsobem, nepodílel žádný výrobce léků nebo zdravotnické techniky. Díky tomu se podařilo vytvořit publikaci zcela „ekologickou“, sloužící výlučně ku prospěchu samotných pacientů.

autoři

Tuto tiskovinu nesponzoruje žádná farmaceutická firma

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku v medicíně

Tiskne LIRTAPS
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010
skt@sktlib.cz

*Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (WWW.SKTLIB.CZ) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: ;;192, 141,142, 191/190 143, 144, 189/ 188, 145, 146, 187/ 186, 147, 148, 185/ 184, 149, 150, 183/ 182, 151, 152, 181/ 180, 153, 154, 179/ 178, 155, 156, 177/ 176, 157, 158, 175/ 174, 159, 160, 173/ 172, 161, 162, 171/ 170, 163, 164, 169/168, 165, 166, 167. Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s břebetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na MENCLOVA@SKTLIB.CZ, bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tohoto tištěného čísla je 50 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.***