

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 150 Kč, roční předplatné 500 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1-2/2019 dne 15. 5. 2019, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 4. 2019.

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor webu Web7master s.r.o., www.web7master.com

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerus/handle/ABA008/84989>

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

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PřF UK
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D., Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah

Editorial	3
<i>Vladislav Chvála: Psychosom vychází vždycky včas.....</i>	<i>3</i>
Pro praxi	6
<i>Martin Seifert: Když polykání není samozřejmostí. Příběh Marty.....</i>	<i>6</i>
<i>Hana Váhalová: Reakce na ztrátu blízké osoby z pohledu psychosomatiky.....</i>	<i>24</i>
<i>Strunzová V.^{1,2,4}, Janoušková L.¹, Honzák R.^{1,2,3}: Neobvyklé spouštěče epizod emočních poruch (kazuistická sdělení).....</i>	<i>32</i>
Teorie	36
<i>Renáta Doležalová: K léčbě poruch pohlavní identifikace v dětství a adolescenci.....</i>	<i>36</i>
<i>Prohlášení České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii k léčbě genderové dysforie v dětství a dospívání.....</i>	<i>45</i>
Výzkum	46
<i>Lucia Mazúchová, Simona Kelčíková, Alena Rabárová: Strach matiek súvisiaci s tehotenstvom.....</i>	<i>46</i>
Reflexe.....	58
<i>Krystyna Kultánová: Co mám z výuky v psychosomatické medicíně?.....</i>	<i>58</i>
<i>Daniela Šroubková: Primum non nocere.....</i>	<i>61</i>
<i>Jan Poněšický: Psychosomatická medicína a psychoterapie.....</i>	<i>62</i>
<i>Radkin Honzák: Medicína musí udělat několik nepopulárních kroků, aby zůstala čistá a užitečná.....</i>	<i>63</i>
<i>Ondřej Masner: Rakouské zdravotnictví má novou atestaci z psychosomatické medicíny.....</i>	<i>65</i>
Úvahy, eseje.....	67
<i>Petr Novotný: Rakovina – pokrok takzvaně k horšímu.....</i>	<i>67</i>
<i>Radkin Honzák: Vyhoření generace Y.....</i>	<i>71</i>
Recenze	72
<i>Vladislav Chvála: Pravdivost proti strachu a utrpení, aneb Ještě že máme Kliku.....</i>	<i>72</i>
<i>Radkin Honzák: Recenze knih, které můžete číst a navíc doporučit potřebným.....</i>	<i>74</i>
Společenská rubrika	77
<i>Radkin Honzák: Miloš Vojtěchovský – renesanční osobnost a úžasný člověk.....</i>	<i>77</i>
<i>Hippokratova cena – pro lékaře, který prokázal nebo vykonal čin nebo činy lidskosti: MUDr. Radkin Honzák, CSc.....</i>	<i>81</i>
Nabídky	82
<i>Výcvik ve skupinové integrativní psychoterapii 2019–2023.....</i>	<i>82</i>



<i>Výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci.....</i>	<i>83</i>
<i>Pracovní příležitost.....</i>	<i>84</i>
Z konferencí.....	85
<i>Etika, psychosomatika a veřejný prostor.....</i>	<i>85</i>
<i>Psychosomatická medicína ve Šternberku již po šesté.....</i>	<i>88</i>
<i>Rodinná terapie mezinárodní: Setkání EFTA-NFTO, tentokrát v Estonsku.....</i>	<i>90</i>
Akce.....	91
<i>Pravdivost a její potlačování.....</i>	<i>91</i>
<i>Praktické základy psychosomatického přístupu.....</i>	<i>92</i>
<i>XI.celostátní konference paliativní medicíny 18.-19.10.2019 v Olomouci.....</i>	<i>93</i>
<i>32. česko-slovenská psychoterapeutická konference.....</i>	<i>94</i>
<i>Workshop biosyntézy.....</i>	<i>95</i>
<i>18.konference psychosomatické medicíny s mezinárodní účastí v Liberci: 28.-30. 5. 2020.....</i>	<i>97</i>
Vychází.....	98
<i>Interakční psychologický výcvik.....</i>	<i>98</i>
<i>Mindfulness u dětí a dospívajících.....</i>	<i>99</i>
Literární koutek.....	100
<i>Elias Canetti: Zaslepení.....</i>	<i>100</i>



EDITORIAL



VLADISLAV CHVÁLA: PSYCHOSOM VYCHÁZÍ VŽDYCKY VČAS

Zjevný paradox názvu editoriale na úvod dvojitého čísla by se dal snadno smáznout tím, že v době postpravdivé a postfaktické by to tak mohlo být. Faktem ale zůstává, že první číslo roku 2019 vyjít nemohlo pro nedostatek textů. V téže době ovšem vyšlo celé číslo Vox Pediatría věnované psychosomaticce, s výborným přehledem psychosomatické problematiky u dětí z pera Jiřího Kučírky¹. Měl jsem z toho radost. Není náhodou právě to důkazem, že po dlouhé době nezájmu si

začínají kolegové jednotlivých oborů uvědomovat význam bio-psycho-sociálních souvislostí? Dlouhou dobu zaměřujeme značné úsilí právě k tomuto cíli. Psychosom tady byl především pro to, aby bylo možné publikovat o širokých souvislostech lidského stonání, kterým se dlouho naše medicína věnovala jen velmi málo. Stala se tak naprosto bezmocnou tvář v tvář chronicky a atypicky stonajícím pacientům. Zvlášť nepříznivě deficit znalostí z oblasti psychosociální pociťovali

¹ PhDr.et PhDr. Jiří Kučírek, Dr.: Psychosomatika u dětí a dospívajících, Vox Pediatría, březen/2019 č.3, roč.19



praktičtí lékaři a je moc dobře, že si ho už uvědomují i pediatrii. Jak jinak myslet na souvislosti dětského stonání než skrze znalosti o fungování rodiny a díky znalostem z vývojové psychologie? Při stále větší složitosti rozvinuté společnosti nelze vystačit jen se znalostmi laboratorních hodnot, když posuzujeme zdraví a nemoc dítěte. Psychosomatic věnovala pozornost také redakce Vesmíru v jednom čísle minulého roku (11/2018), což neuniklo bdělé pozornosti současného šéfa klubu skeptiků Sisyfos, dr.Šrámkovi. Vesmír si pro jistotu odhlásil, ale časopis proto nezkrachoval. Konfrontován s příznivou změnou v publikační strategii některých odborných médií jsem si dokonce pomyslel, že nastal čas skončit s vydáváním Psychosomu. Skutečně, pokud by se odborné texty orientované na bio-psychosociální a duchovní oblasti zdraví a nemocí prosadily v seriózních odborných časopisech, byl by to výborný výsledek naší práce.

Zatím tedy ještě vydáváme, byť spojená, první dvě čísla tohoto roku. A doufám, že pravidelného čtenáře potěší, náhodného inspiruje k četbě starších čísel. Jedním z dlouhodobých záměrů je uveřejňovat kazuistiky, které se zpracovávají k atestaci z nastavbového oboru psychosomatika. Jednu takovou si lze v tomto čísle přečíst z pera praktického lékaře Martina Seiferta. V téže rubrice se tentokrát ocitly další dvě práce. Jedna z oblasti hospicové péče od kolegyně Váhalové, další je kazuistickým sdělením tří autorů. Bylo by skvělé, kdyby se k publikování svých pozorování a zkušeností rozhoupali další kolegové!

Na bouřlivou diskusi, kterou vyvolalo téma transgenderu v minulém čísle (dokonce nás proto opustil jeden vážený recenzent), navazuje práce Renáty Doležalové na stejné téma, tentokrát z pozic analytických po pečlivém studiu zdrojů. Nepřehlédněte prohlášení výboru ČSPAP

k léčbě genderové dysforie. Tento text jsme převzali ze zmíněného čísla Vox Pediatry, protože bychom byli velmi rádi, kdyby ho nepřehlédli další kolegové. Kde jinde, než v psychosomatice je téma nepřijatelné tělesnosti doma? Ano, v sexuologii. Ale tam je dnes už jasno. Tak jasno, že to s nejasností tématu nejde dohromady.

Pravidelně v Psychosomu publikují své výzkumné práce slovenští kolegové, kteří se věnují nejrozličnějším aspektům mateřství a porodnictví. Tentokrát si dělají jasno v tom, jak je to se strachem matek v souvislosti s těhotenstvím. Možná vás trochu překvapí.

Překvapením může být také diskuse, která se v posledních dnech vede nad obsahem vzdělávání v psychosomatice. Je to tak proto, že už máme k dispozici první zkušenosti s tím, jak je vzdělávání organizováno, zda vyhovuje původnímu záměru, nebo je třeba na něm něco změnit. Je to tak právě včas, protože běží proces novelizace vyhlášky o vzdělávání v nastavbových oborech. Na škodu není možnost, podívat se, jak to dělají jinde, třeba v sousedním Rakousku. V textech v rubrice Reflexe se ocitla také čerstvá výzva jednoho z koryfeů naší psychosomatiky Radkina Honzáka, adresovaná vedení lékařských fakult a vůbec establishmentu, jenž zatím nejeví příliš chuti začít učit lékaře celé medicíně, tedy i aspektům psychosociálním.

Váhali jsme s uveřejněním úvahy psychologa Petra Novotného, který se zabývá onkologickými pacienty a vidí to hodně černě. Nakonec jsme tento text vyvážili recenzí připravované příručky pro pacienty se zhoubnými nemocemi a pro jejich rodiny od kolektivku autorů. Jedna věc je, uvažovat široce o celém spektru vlivů při vzniku nemocí včetně malignit z hlediska bio-psycho-sociálního pojetí zdraví a nemoci, varovat tak naši populaci před



nepříznivými vlivy chemických látek, zlobných návyků a celého životního stylu, a jiná je pak pomoc konkrétním lidem v případě, že onemocní. Tam, podle mého názoru, není čas pro výčitky, co kdo udělal špatně a čemu všemu se měl vyvarovat, aby ne onemocněl. Obviňovat pacienta, že si za svou nemoc sám může, není ani etické, ani dost terapeutické.

V.Ch., květen 2019



PRO PRAXI



MARTIN SEIFERT: KDYŽ POLYKÁNÍ NENÍ SAMOZŘEJMOSTÍ. PŘÍBĚH MARTY.

Psychosomatická kazuistika s komplexním rozbořem pod supervizí PhDr. Yvonny Lucké

Jen jeden div je větší než moře, a tím je nebe. Jen jeden div je větší než nebe, a tím je nitro lidské duše.

Victor Hugo

SOUHRN: SEIFERT M.: KDYŽ POLYKÁNÍ NENÍ SAMOZŘEJMOSTÍ. PŘÍPAD MARTY. PSYCHOSOM 2019 17;(1-2), s.6-23

Tato práce je zčásti kazuistikou s rozbořem pokusu o psychosomatickou péči a zčásti zamyšlením nad současným stavem psychosomatické medicíny v České republice z perspektivy pražského praktického lékaře se zájmem o psychosomatiku. (V této práci zkracuji správné označení „všeobecný praktický lékař“ na prosté „praktický lékař“, ev. PL). Přináší spíše otázky nežli odpovědi. Je to zároveň i osobní reflexe mé práce, kterou dělám s chutí a nadšením, která mi však staví do cesty



mnohé nejistoty a otázky, na něž usilovně hledám odpovědi. Ukazuje se, že jasné odpovědi na tyto otázky a nejasnosti, spíše etické a morální nežli odborné, zřejmě neexistují. Nezbyvá než být stále ve střehu a zkoumat a reflektovat. Všechna jména osob i měst v této práci byla změněna.

KLÍČOVÁ SLOVA: Psychosomatická péče, české praktické lékařství, bio-psycho-sociální, prezentace případu, dysfagie, psychosomatický symptom

SUMMARY: SEIFERT M.: A STORY OF MARTA: WHEN SWALLOWING IS NOT GUARANTEED OR A PSYCHOSOMATICALLY WORKING GENERAL PRACTITIONER AS "A DOCTOR WITH BENEFIT". *PSYCHOSOM* 2019; 17(1-2), PP. 6-23

The author presents a case from his own practice as an example of psychosomatic care in Czech general practice. It is a final thesis for a specialization exam in psychosomatic medicine written under supervision. In the next parts of the paper, the actual state of psychosomatic medicine in the Czech Republic from the perspective of a capital-based general practitioner will be discussed. All the names of the people and of the places were changed.

KEYWORDS: Psychosomatic care; Czech general practice; bio-psycho-social; case presentation; dysphagia; psychosomatic symptom

TROCHU O MÉ PRÁCI LÉKAŘE NA POMEZÍ VÍCE ODBORNOSTÍ K POCHOPENÍ MÉ POZICE

Od studia medicíny (zároveň s tříletou školou shiatsu s teorií čínské medicíny) mě zajímala práce s tělem a duší. Fascinovaly mě viscerosomatické vztahy, ztělesněné emoce, a naopak vliv těla na emoce, fascinovaly mě účinky meditace, jógy a dalších tělových technik na stav těla i duše. Právě shiatsu a dlouholetá praxe jógy pod vedením světové kapacity PhDr. Jiřího Čumpelíka, Ph.D. mě hodně naučily. Následoval nespočet kurzů práce s tělem a emocemi, práce na interně pod vedením skvělých školitelů, kteří emoce v medicíně neopomíjeli, a také několikiletá práce na pozici rehabilitačního lékaře v Čechách i Německu.

Právě v Německu, kde pracuji na částečný úvazek dodnes, jsem měl možnost poznat, že psychosomatická medicína může být nedílnou, respektovanou částí zdravotního systému. Od začátku jsem věděl, že chci pracovat s pacienty ve vší jejich celistvosti. Jen mi chvíli trvalo, než jsem si ujasnil, kde je mé místo v našem

rigidním zdravotním systému. Práci s tělem jsem na čas odložil a vydal jsem se cestou všeobecného praktického lékařství po vzoru otce, kterého nesmírně respektuji a uznávám jako mistra svého oboru. Práce praktického lékaře mě ihned začala naplňovat, ale tušil jsem, že tady má cesta nekončí. Ještě v předatestační přípravě jsem vstoupil do psychoterapeutického psychodynamického výcviku se zaměřením na psychosomatiku pod vedením Mgr. Jana Knopa a dalších skvělých lektorů. Učinil jsem tak jaksi intuitivně s naprostou samozřejmostí. Tak se mi otevřela nová perspektiva mého působení v rámci zdravotní péče – psychoterapie.

Uprostřed výcviku jsem se navíc seznámil se svou budoucí ženou, začínající, avšak velice nadanou a zapálenou psychoterapeutkou, která mi byla a stále je velkou inspirací. K práci s tělem jsem se vrátil částečným úvazkem v Centru komplexní péče, které záhy získalo akreditaci jako školící psychosomatické pracoviště se



zkušenou citlivou školitelkou MUDr. Barborou Danielovou. I zde jsem tedy mohl rozvíjet své psychosomatické představy a nabírat zkušenosti v týmové spolupráci s fyzioterapeuty, psychology, arteterapeuty, tanečními terapeuty a muzikoterapeuty. Další inspirací mi je můj další profesní vzor – Dr. med. Schwindl, venkovský praktický lékař v bavorském Oberviechtachu, u něhož už přes dva roky částečně pracuji. Je to pro mě ohromná zkušenost. V Německu musí každý praktický lékař povinně absolvovat šestitýdenní kurz základní psychosomatické péče. Na základě toho poté může vykazovat pojišťovně kód psychosomatické péče u svých pacientů. Dr. med. Schwindl má mimo to jako nemálo německých praktických lékařů psychoterapeutické vzdělání a v péči o své pacienty ho uplatňuje.

O psychosomatiku jsem se zajímal i na zahraničních stážích a světových konferencích, kde jsem získal mnohé cenné kontakty. Čerpaje ze zavedených doporučených postupů psychosomatických poruch v některých západoevropských zemích, mohl jsem se aktivně podílet na tvorbě prvního doporučeného postupu pro diagnostiku a léčbu psychosomatických poruch a medicínsky nevysvětlitelných příznaků pro praktické lékaře v České republice. Tento doporučený postup je nyní součástí vyžadovaných otázek při atestaci z všeobecného praktického lékařství. Společně s MUDr. Ondřejem Masnerem jsme začali organizovat pravidelná kazuistická setkání pro praktické lékaře nad psychosomatickými případy z praxe, na které jsme postupně zvali i lékaře specialisty různých oborů,

kteří se o psychosomatiku dlouhodobě zajímají.

Jakmile vznikla nástavbová atestace z psychosomatiky, bylo mi jasné, že tento obor byl stvořen pro mě. Jak se můj pětiletý výcvik blížil ke konci a já si prošel desítkami hodin individuální i skupinové sebezkušenosti, počínal jsem cítit, že nabírám odvahu nabídnout pacientům něco víc než běžnou péči praktického lékaře (i když to není málo!). Zprvu jsem těm, kteří to potřebovali, vyhradil více prostoru v rámci běžné ordinace, a později jsem se s některými začal scházet v novém terapeutickém prostoru vedle ordinace. Zde šlo hlavně o pacienty přeposlané jinými lékaři. Výjimečně jsem tuto formu nabídl našemu registrovanému pacientovi. V naší ordinaci si to mohu dovolit, jelikož se na péči o registrované podílejí tři atestovaní lékaři. Pacient si tedy může vybrat, ke komu se objedná. S kazuistikami svých psychosomatických, úzkostných a depresivních pacientů (či snad už spíše klientů – toť otázka) jsem začal docházet na individuální supervize k PhDr. Yvonně Lucké, což je pro mě do teď obrovský dar. A tak se dostáváme k příběhu paní Marty, o níž se dozvíte více, budete-li pokračovat ve čtení na následujících stránkách.

Zamyšlení nad možnostmi praktických lékařů a některými otázkami, jež vyvstávají v praxi lékaře pokoušejícího se sladit dohromady běžnou péči o pacienty v rámci svého základního oboru a intenzivnější individuální péči psychosomatickou, následuje v závěrečné části této práce, po kazuistice s jejím rozbořením.



MARTA – KDYŽ POLYKÁNÍ NENÍ SAMOZŘEJMOSTÍ ANEB PRAKTICKÝ LÉKAŘ PSYCHOSOMATIK JAKO „DOKTOR S BENEFITEM“

Marta se v naší pražské ordinaci praktického lékaře zaregistrovala **23. 5. 2017**. Bylo jí 32 let, měla 2 měsíce po náročném porodu své první dcery Johanky a nedávno se přestěhovala z menšího města, z domu rodičů svého muže Jirky, zpět do Prahy, do bytu po dědečkovi. Vyřčený důvod první návštěvy byl kromě registrace únava. Chtěla vyšetřit krev. V ordinaci ji tehdy registrovala a vyšetřila naše rezidentka, která také sepsala běžnou **anamnézu**:

RA: matka – arteriální hypertenze, užívá diuretika, otec zdravý, sourozence nemá, 1 dítě zdravé. OA: Hypotyreóza na substituci. Nezhoubné nádory a cysty prsou bilat. plánována biopsie. Operace: dětství appendektomie Úrazy: žádné. Alergie: pyly, ořechy. Abusus: nekouří, alkohol téměř nepije. Medikace: Letrox 75 ug 1/2-0-0, vit. D v tabletách. SPA: na mateřské dovolené, vystudovaná speciální pedagožka, pracovala s autisty, poté fakturace v tchánově firmě.

Celkové vyšetření: výška 166 cm, váha 50 kg, BMI 18,14, tlak 115/80 mm Hg, puls prav. 75/min. Astenický vzhled, zrak korigovaný brýlemi, jinak fyzikální nálezy bez odchylek od normálu. Základní laboratorní vyšetření krve a moči provedené 12. 6. 2017 bylo zcela v normě.

Podruhé navštívila Marta naši ordinaci až **5. 2. 2018**, kdy ji tentokrát vyšetřovala má kolegyně, která pracuje v naší ordinaci na plný úvazek jako atestovaná praktická lékařka. Stěžovala si na bolesti v bedrech s propagací do břicha. Vysvětlovala si to neustálým zvedáním své desítiměsíční dcery, ale zároveň se bála, že by to mohlo být od ledvin. Před porodem jí prý diagnostikovali hydronefrózu, která byla řešena konzervativně a neměla žádné komplikace. Kolegyně ji odeslala

k urologickému vyšetření, kam pacientka odjela ihned.

Druhý den, **6. 2. 2018**, už jsem se setkal s pacientkou poprvé v ordinaci já sám. Přinesla výsledky z urologie, kde nic patologického nenašli. Marta si stěžovala na difúzní bolesti v bedrech až ke kostrči, které se trochu zlepšily, co přestala poslední dny tahat svou dceru. Kostrč už ji bolí od porodu. Při zběžném vyšetření jsem konstatoval celkově hypotrofické svalstvo, zvláště slabá bedra s výraznější bederní hyperlordózou a celkově slabý hluboký stabilizační systém. Pacientka se chovala velice slušně, a ač svými potížemi působila poměrně naléhavě, nezapomínala se často usmívat. Po vyšetření ještě dodala, že ji trápí různé úzkosti a strachy a že by to ráda řešila. Dočetla se na našich webových stránkách, že se zabývám psychosomatikou a že bych jí tedy snad mohl pomoci. Vystavil jsem jí poukaz na rehabilitaci a doporučil jí Centrum komplexní péče (CKP), které se kromě běžné, velice kvalitní rehabilitace zabývá i psychosomatikou. Informoval jsem pacientku, že v CKP i pracuji, avšak ona může navštěvovat jinou pobočku, což také s povděkem učinila. Dále jsem jí nabídl, že ji mohu doporučit psychoterapeuty a další odborníky zabývající se psychosomatickou problematikou. Jako alternativu jsem předložil návrh, že bychom se mohli setkat v našem terapeutickém prostoru vedle ordinace mimo ordinální hodiny a vše spolu v klidu prohodit. Takové setkání si však bude muset zaplatit ze svého, neboť zdravotní pojišťovna zatím takovou zdravotní péči nehradí. Setkání může stačit jedno, dvě, tři, případně se posléze můžeme domluvit na dlouhodobější práci. Marta se bez váhání rozhodla pro setkání se mnou příští týden.



1. setkání 12. 2. 2018 – Marta se potřebuje vypovídat

Marta čekala v průchodu před pracovním několik minut před domluveným časem setkání, a to pro ni bylo charakteristické i při všech dalších setkáních. Když jednou přišla asi o 5 minut později kvůli předávání dcerky, moc se za to omlouvala. Hned jak jsme dosedli, počala ze sebe sypat podrobnosti všech svých obtíží a vlastních úvah s nimi spojených. Bylo vidět, že o věcech hodně přemýšlí. Jako by se bála přerušit proud řeči, že by tím snad mohla nastat trapná situace. Nebo že by mě tím snad mohla zklamat? Tento rys chování se postupně během dalších setkání ukazoval jako výrazný. Hlavně ať jsem s ní spokojený, nebo spíše snad ať mi nepůsobí žádné komplikace. Je dobrou pacientkou? Nebudu se na ni zlobit, když mi řekne, že navštívila jiného lékaře bez předchozí porady se mnou?

Vraťme se ale do pracovny. Marta působí inteligentně, ale vyčerpaně, pohuble a úzkostně. Mluví o sobě, jako když střílí z kulometu, ale z kulometu s úzkou hlavní, který by potřeboval promazat. Její hlas je napjatý, zřejmě vyšší, než by mu bylo milé, slova se musí drát skrze staženou dechovou trubici. Dechové pohyby omezené, svaly na krku při mluvení pracují bez možnosti uvolnění.

Prý je stále nervózní, všechno si bere osobně a hodně se pozoruje. Považuje se za hypochondra. Doufala, že jí dítě pomůže, ale nestalo se tak. Spíše naopak, její úzkosti se strachem o dceru zhoršily. Ihned sděluje, že je jedináček, což ji jistě hodně ovlivnilo. Její narození bylo prý komplikované, po porodu byla kříšena. Domnívá se, že by z toho mohlo pramenit mnoho jejích celoživotních potíží. Celý

život prý bojuje se strachem z vody a z dušení. O svém porodu mluví, jako by ho prožila včera. Její „vzpomínky“ se při tom zakládají jen na vyprávění její matky. „Máma“ je vůbec veledůležitá osoba v Martině příběhu. Zmínky o ní se nesou celým vyprávěním. Zjednodušeně by se dalo říci, že jí důvěřuje, má ji ráda a bere ji jako svůj velký vzor. Právě matka hrála v Martině dětství zjevně zásadní roli při formování charakteru a životních přesvědčení. Na ZŠ se z ní mermomocí snažila dělat „zajímavého člověka“. Oblékala ji do dospělých šatů, stříhala ji (či nechala stříhat, to nevím) nakrátko. V interakci se spolužáky jí to moc nepomáhalo. Své dětství popisuje jako idylické, plné lásky, s pocitem bezpečí až do té doby, než nastoupila do školy. Na ZŠ měla problémy s nacházením svého místa v kolektivu. Mluví dokonce o šikaně.

V 7. třídě přestala jíst, protože jí nešlo polykat. Marta prý byla odjakživa hubená, ale tehdy zhubla až na 39 kg. Sama zásadně odmítá mluvit o této epizodě jako o mentální anorexii. Prý nikdy nechtěla být tak hubená, ale prostě nemohla polykat, snad kvůli strachu z dušení, jenž může souviset s dramatickým porodem. Zachránila ji prý její dětská doktorka společně s mámou. Zaměřily se tenkrát na šikanu ve škole a s vyřešením situace potíže postupně vymizely. Na střední odborné škole pedagogické a při studiu speciální pedagogiky na Univerzitě Karlově se cítila vesměs v pohodě, jen občas se objevovaly náznaky problémů se spolužáky. Po studiu hlídala děti, chvíli i v Anglii, učila autistické děti, což ji naplňovalo.

Z Prahy se pak přestěhovala za manželem Jirkou k jeho rodině do menšího města.



Dva roky byla částečně na Úřadu práce, částečně pracovala jako účetní pro firmu Jirkova otce. Sám Jirka je u svého otce zaměstnán. Bydlení v jednom domě, ač v samostatném bytě, s „tchány“ bylo pro ni velmi náročné. Poslední dva roky byly pro ni celkově velmi zatěžující. Otěhotněla, těhotná se vdávala, umřel jí děda, otcův otec, v Praze. Celé těhotenství rekonstruovala byt, který po dědovi zdědila, což bylo pro ni velmi stresující. Do rekonstruovaného bytu se s manželem nastěhovali v den jejího porodu, který sám o sobě byl těžký s nutností transfuze. Nakupený stres posledních dvou let se na těle projevil ekzémem na loktech, častým bušením srdce a bolestí a tuhnutím svalů krku. Trvale se bojí potíží s polykáním, které se objevují vždy s větší zátěží, ale u nichž stále nevylučuje somatickou příčinu. Jí raději ve společnosti, pomalu a málo (prý po tátovi, který je na rozdíl od matky hubený).

Marta sama sebe hodnotí jako přehnaně úzkostnou. Má „stále strach ze všeho“, o blízké, o sebe. Vytváří si katastrofické scénáře. Nedokáže se uklidnit, je „furt na drátech“, což vede k občasným výlevům vzteku, za které se pak posléze obviňuje. Je zvyklá celý život poslouchat a z konfliktů spíše odcházet. S dítětem je prý člověk bojovnější, což se u ní nejspíše projevuje ve vztahu s „tchány“, se kterými od narození dcery nemluví. Vztah s nimi vnímá jako svůj největší aktuální interpersonální problém. Pro manžela je to komplikované bitevní pole, ale v zásadě je na její straně.

Na konci sezení působí Marta trochu uklidněně, že v podobě našeho setkání našla nějakou kotvu v moři strachů a nejistot. Zadávám jí domácí úkol připravit si

časovou osu svého života. Kromě klasické fyzioterapie doporučuji ještě terapeutickou jógu, kterou v naší rozšířené ordinaci nabízíme. Pacientka přivítá možnost individuálního cvičení.

2. setkání 19. 2. 2018 – Časová osa

Marta se zhostí domácího úkolu s pečlivostí jí vlastní, i když se samozřejmě hned omlouvá, že časová osa nevypadá hezky a určitě ne tak, jak jsem si to já představoval. Vždy plní zodpovědně všechny úkoly, odjakživa byla „hodná holka“. Na časové ose mě nejvíce zaujme systematické rozdělení vývojových období:

- „**Prenatální**“ – „v pořádku“
- „**Perinatální**“ – „rizikový porod – křížení“
- „**Postnatální**“ – „cvičení Vojtovy metody – opožděný pohybový vývoj“
- „**Předškolní věk**“ – „bez problémů“
- „**Mladší školní věk**“ – „začínající problémy, časté nemoci, nachlazení“
- „**Starší školní věk**“ – „šikana ve škole, apendix, lázně, hubnutí – psychické problémy“
- „**Střední škola**“ – „zlepšení stavu, 2 roky vegetariánství, hledání sebe sama“

Vysoká škola a první dvě zaměstnání ve speciální MŠ a ZŠ znamenaly spíše životní rozlet a nové vztahy přátelské i partnerské. Už od ZŠ ji provázely občasné úzkostné a lehké depresivní stavy, trpěla na akné, objevila se snížená funkce štítné žlázy. Do odstavce „**Nyní**“ napsala: „Úzkosti, strach, únava, podrážděnost, bolesti zad a krku, ekzém, suchá kůže, útvary v prsou, hypotyreóza (nutnost navýšení dávky Letroxu), bušení srdce, třes



(večer, v klidu, v noci), někdy potíže s polykáním“.

Práce s časovou osou přinesla mnoho terapeutického materiálu. Zaujalo mě, jak se soustředí na svůj zdravotní stav, resp. spíše na jeho poruchy. Sama k tomu říká, že potíže nevnímá, když něco věcného řeší; netrápily ji například během těhotenství. Mohli jsme přenést pozornost také na její rodiče a prarodiče. Zde shrnu informace, které se pak postupně doplňovaly v průběhu dalších sezení.

Otec je prý citlivý a také úzkostný, ale nedokáže o svých pocitech mluvit. Jeho přístup, kdy v sobě nespokojenost dusí, pro ni není inspirací. Je štlhlý, neurotický, nepraktický, pracovitý, ale nechce brát na sebe odpovědnost. Vyrůstal s matkou a její tetou, jeho vlastní otec moc nebyl doma a péči o dítě a vůbec o mezilidské vztahy zanedbával. Přesto se Martinin otec o starého dědu před smrtí hodně staral. Marta zdělila právě po něm byt, který na ni napsala dříve babička. Když po dědově smrti objevila v bytě „neskutečný bordel“, byl to moment, kdy šla poprvé do konfliktu se svým tátou. Avšak právě při vyklízení bytu k sobě pak s tátou našli cestu. Má od něj vždy materiální podporu; tu emocionální najde jen u mámy.

Matka je kulatější, v projevu přímá, spravuje rodinné finance, připravuje tátovi „svačinky jako dítěti“. Pro Martu je určitě celoživotním vzorem, zároveň na ní však bude jistě do jisté míry závislá. Minimálně tím, že matka jí často vaří, hlídá jí Johanku, a když manžel celý týden pracuje mimo Prahu, přespává u ní. **Babička** z matčiny strany byla prý „hysterická“ a páchala demonstrativní sebevraždy. S dědou, který byl úspěšný v práci a doma moc nebyl, se rozvedli. Martina

matka pak žila se svou matkou sama. Marta si myslí, že je po své mámě svou razantností a po své babičce že zdělila „hysterické“ sklony a psychickou nevyrovnanost.

Marta sama poznamenává, že se hodně pozoruje. Zadávám ji tedy úkol, aby zkusila vnímat, kdy se cítí dobře.

Vidím, že před sebou mám úzkostnou pacientkou s typickými doprovodnými symptomy a zároveň dalšími specifickými, velice nepříjemnými tělesnými příznaky s významnou psychosociální složkou. Daly by se vystopovat i známky deprese, ale diagnostická kritéria nesplňuje, a navíc sama pacientka se za depresivní nepovažuje. Nabízím jí psychofarmaka nebo odeslání k psychiatrovi. Pacientka zatím psychiatrii i léky odmítá. Oba rodiče mají prý odměřený vztah k lékům a ona se jim také raději vyhne. Shodujeme se, že naše setkávání touto formou je pro ni aktuálně potřebné a zároveň že může kdykoli konzultovat jakéhokoli lékaře v naší ordinaci.

3. setkání 26. 2. 2018 – Život v čistotě s potlačeným vztekem

Marta hned hlásí, že si domluvila individuální jógu s výbornou jógovou terapeutkou, se kterou dlouhodobě spolupracují. Působí stále pohuble, napjatě a jakoby vystrašeně, přeci jen je však v naší komunikaci trochu uvolněnější.

Řeší stále vztah a komunikaci s manželovými rodiči. Cítí bezmoc, frustraci, vztek, „cvičí to s ní“. Má chuť nadávat, ale nechce se nikoho dotknout. „Mám potřebu bojovat za lepší svět. Jsem přející člověk. Mám ráda život v čistotě.“ Po popisu svého harmonického útlého dětství



s pocitem bezpečí a lásky se začne znehodnocovat: „Jsem ve všem negativní, všímám si jen negativních věcí...“ A co vás v životě baví? „...Práce s autisty mě baví... mám z toho dobrý pocit... člověk se při tom nemůže soustředit na nic jiného.“

4. setkání 5. 3. 2018 – Rozříznout tělo napůl a vyndat ty negativní emoce

Marta hned vyjadřuje spokojenost z prvního setkání s jógovou terapeutkou. V popředí somatických obtíží nyní stojí bolesti hlavy ze stresu doma. Vztah s manželem je nyní poněkud napjatý. Pacientka vyjadřuje obavu, že se v budoucnu změní situace, kdy je muž většinu týdne mimo domov. Je zvyklá na svůj režim, kdy se sama s vydatnou pomocí své matky stará o dceru. Na manžela se vždy těší i netěší zároveň. Je to prý dobrák, ale zároveň nervózní cholerik, který dělá někdy dusno, ve kterém ona nemůže být. Rozhodně pro ni není uklidňující element, po jakém by toužila. Její tělesný stav se prý nelepší, „očekávaný klid po porodu nenačká“. „Tělo je jak na pérách.“ Bolí ji hlava a žaludek, zhoršil se jí ekzém na loktech a kolenou.

Pracujeme trochu se zklidňujícími technikami pomocí dechu a uzemnění. Nabízím jí malou tělesnou prožitkovou zkušenost. Může zaujmout jakoukoli tělesnou polohu kdekoli v místnosti podle aktuální potřeby. Schoulí se na zem, a až ji nabízím, aby si to zkusila prožít sama pro sebe, vše hned po chvílce komentuje. Svádí vnitřní boj – chce se schoulit do sebe a zároveň z těla vyskočit... jako když tahá řepu... „do dálky a stres pryč“... „Rozříznout tělo napůl a někdo aby mi vyndal všechny negativní emoce... všechno špatné... včetně těch

cyst!“ A když to všechno z těla vyháží, tak se objevuje „čistota, více energie, teplo, jasnější krev, barvy...“ Potom ovšem potřebuje „hroší kůži a brnění“ jako ochranu. Do jejího čistého užívání života stále vstupuje nějaký „narušitel“ – „vyhnat ho... pryč!“ „Je snazší pomáhat druhým než sobě,“ konstatuje na konci.

Jistě zde jde o téma hranic. Co si může dovolit pustit k tělu? Není už zahlcena nároky a emocemi svými i lidí ve své blízkosti a také nároky, které si klade na sebe a na dobrý svět a život v čistotě?

5. setkání 12. 3. 2018 – Vždy připravena na všechno

Marta se konečně cítí lépe. Podíl na tom má jóga, rehabilitace a určitě včerejší procházka. S manželem „přijali situaci“ a cítí úlevu. Stále však řeší strachy z katastrofických scénářů. Ráno se např. bojí, aby nemusela kvůli neočekávané situaci na pohotovost v pyžamu. Jak by to bylo trapné! Vzpomíná, jak měla v pubertě těžké akné a bála se, aby ji někdo neviděl bez make-upu. Martina sebedůvěra stojí zjevně celý její život na vratkých nohách. Opakovaně dává najevo své perfekcionistické sklony. Musí být stále „stoprocentně připravena na všechno“. Říkám jí, že taková neustálá připravenost spolu se strachem musí nutně vést k zvýšenému svalovému napětí, stažení a celkové vyčerpanosti, s čímž souhlasí. Má ráda trvalý, dokonalý stav. Vadí jí věci, které jí „nedovolí žít plnohodnotný život“. Ač by na tom mohla být mnohem lépe, má však pocit jisté stabilizace a na konci sezení se omlouvavě ptá, jestli bychom mohli naše setkávání přerušit. Cítí, že nyní je pro ni nejpřínosnější individuální jógová terapie a na více aktivit už nemá čas ani peníze. Ubezpečím ji, že její rozhodnutí je



v naprostém pořádku, a že se může kdykoli ozvat.

Medicínské intermezzo – psychosomatický příznak v plné síle

Další naše setkání se odehraje až o pět měsíců později, **27. 8. 2018**, tentokrát v ordinaci. Dozvídám se, že po dovolené na začátku léta navštívila naši ordinaci pro pocity tlaku a nafouknutí v nadbřišku. Kolegyně pacientce nasadila inhibitor protonové pumpy a Algifen při bolestech, vyšetřila krev i moč a odeslala pacientku na ultrazvuk břicha. Vše bylo v normě. O tři dny později přišla do ordinace opět. Drží dietu, břicho se uklidnilo, avšak od včera má pocit knedlíku v krku a nemůže polykat. Nic ji vyloženě nebolí, ale nejde jí spolknout sousto. Kolegyně ji bez bližší znalosti bio-psycho-sociálních souvislostí a jistě pod vlivem dramatického podání potíží pacientky odesílá na ORL. Když přichází o měsíc později na lékařskou konzultaci do mých ordinčních hodin, dozvídám se, že na ORL byl proveden stěr z hltanu, z kterého byl vykultivován *Haemophilus*. Pacientka byla léčena širokospektrým antibiotikem, 4 týdny užívala inhibitor protonové pumpy, zkusila i lék proti alergii, nic z toho nepřineslo očekávané zlepšení. Z ORL byla poslána ještě na neurologii a vyšetření polykacího aktu. Polykací akt v podstatě neukázal žádnou patologii, avšak pro náklon hlavy doleva a následnému stékání kontrastní látky pouze levou stranou hypofaryngu, bylo doporučeno provedení magnetické rezonance (MR) krku.

Pacientka si při konzultaci nařiká, že stále nemůže polykat, v krku ji nebolí, popisuje jen tlak při polykání, tekutiny polyká bez potíží. Celkově se cítí hrozně, špatně spí, rychle hubne (zatím z 50 na 43 kg). Je

objednána na MR, na neurologii a endokrinologii. Od dosud neuskutečněných vyšetření očekává, že přeci jen odhalí jasnou příčinu jejích obtíží, která pak půjde jednoduše odstranit. Zároveň ale čím dál více souzní s mým přesvědčením, že jde o psychosomatické příčiny potíží. Nasažuji Mirtazapin v malé dávce na noc, od něhož očekávám zklidnění, zlepšení spánku a také jeho vedlejší účinek zvýšení chuti k jídlu, o němž pacientce říkám. Dále předepisuji minidávku Alprazolamu při stavech neúnosné úzkosti. Doporučuji jógu a psychoterapii. Pacientka všechny návrhy s povděkem přijímá. Obnoví pravidelné jógové lekce, které přes léto přerušila, a poprosí o naše další terapeutické setkávání.

Zde si dovolím dvě krátká zamyšlení:

Volba lékaře – nemohu s jistotou říci, jestli pacientka konzultovala své potíže s kolegyní proto, že já byl v té době na dovolené, anebo si úmyslně vybrala ji, protože ode mě očekávala „psychosomatický přístup“ a ona v té době potřebovala přístup čistě biologický. Nechtěla, aby s ní někdo rozebíral její stresy, ale aby ji prostě pořádně vyšetřil? Jak usuzuji podle dalšího sdílení s pacientkou, bude pravda někde uprostřed. V dalším průběhu už mi zcela důvěřovala jako svému „somatickému“ i „psychosomatickému“ lékaři.

Důsledná biologicky orientovaná lékařská péče – Své kolegyně si jako praktické lékařky nesmírně vážím. Ač se o psychosomatiku přímo nijak zvlášť nezajímá, určitě ve své praxi zohledňuje Engelovo „bio-psycho-sociální“ a empatií bezpochyby disponuje. Přesto pro důslednost svou i dalších lékařů, ke kterým se dostala, musela pacientka projít mnoha vyšetřeními i léčbami, které jsou nejen



ekonomicky, časově a personálně náročné, ale s relativně vysokou pravděpodobností mohou pacienta i poškodit. Zůstane asi otevřenou otázka, jestli je takové počínání lékařů „lege artis“ (jsem přesvědčen, že ano) a jestli je správné (zde už zdaleka přesvědčen nejsem). Kolegyni a dalším zúčastněným lékařům jistě nelze nic vytýkat. Já bych na jejich místě nejspíše postupoval stejně, kdybych se psychosomatikou už déle nezabýval a kdybych nebyl více seznámen s „bio-psycho-sociálně“ pojatým příběhem pacientky. A tím se poprvé dostáváme k samotnému názvu celé kazuistiky. Co může znamenat pro pacienta „doktor s benefitem“? K tomu se však teprve dostaneme.

6. setkání 2. 9. 2018 – Když polykání není samozřejmostí

Marta hned vyjadřuje úlevu, že můžeme její potíže v klidu prodiskutovat. Má tendenci se omlouvat, že nechodila na terapii pravidelně od toho března. Hned vypráví okolnosti zhoršení potíží, které s žádným jiným lékařem sdílet nemohla. Na jaře se cítila dobře, když měla pocit, že ji má někdo pod kontrolou, že ta odpovědnost neleží jen na ní. Měla tím na mysli hlavně mě. Měla snad představu, že budu plnit roli jakéhosi celníka na hranicích jejího emočního teritoria, že budu jakýmsi regulátorem výměny energie a informací s okolním světem?

Na začátku léta byli 3 týdny na chatě manželovy babičky tajně, aniž to tchán s tchyní věděli, což se u Marty neobešlo bez stálého strachu, co by se mohlo stát. Martinina matka tam byla s nimi a „vykrmovala“ je těžkou mastnou stravou. Marta měla nejprve břišní potíže a po jejich ústupu se náhle objevil pocit zúžení a tlaku v krku při polykání. I matka jí

říkala, že to bude ze stresu. Marta svou matku potřebuje, když je sama s Johankou. Je Johanka jen zástupný argument? Je sama Marta na péči své matky stále závislá? S mámou všechno konzultuje, ale zároveň ji štve, když jí „do něčeho kecá“. Závidí své vlastní dceři pohodu a pozornost. Jako jedináček byla na pozornost zvyklá. Popírá, že by ji v dětství doma nutili do jídla, nepočítaje epizodu zhubnutí na druhém stupni, ve školní jídelně však ano. S odporem vzpomíná, jak musela zůstat sedět, dokud vše nedojedla.

Úvaha o poruše polykání jako o psychosomatickém příznaku

(Zde děkuji za značný přínos své supervizorce.)

Je zjevné, že krk se svým otvorem do dýchacích cest a trávicího systému byl pro pacientku už od narození locus resistentie minoris. Alespoň podle jejího líčení. Dále je zjevné, že téma přijímání potravy (sycení) ji také provází celý život. A zde už můžeme hypotetizovat, že nejde jen o přijímání potravy ve formě jídla, ale také cizích názorů, informací a emocí. V Martině příběhu dominuje svým vlivem její matka. Mohlo matčino intruzivní až invazivní chování narušit svým tlakem normální funkci „horního šuntu“ a vést tak k nekontrolovatelné propustnosti pro (i emocionálně) toxickou stravu a zároveň pak přehnané obranné reakci (spasmu), pokud se kapacita „trávicího systému“ naplní? Hrál snad v jejím vývoji nějakou roli přesytení podnětové, byla nucena „pozřít“ něco nestravitelného, nechutného? Musíme uvažovat i možnost neadekvátního lékařského zákroku či vyšetřování v dětství. Téma sexuality se v našich hovorech nijak explicitně



neobjevovalo, ale při dlouhodobější práci by jistě stálo za prozkoumání. Za pozornost také stojí Martina potřeba mít vše pod kontrolou. Zřejmě proto stále mluví, omlouvá se dříve, než bych jí mohl něco vytknout, je vždy připravena na příjezd záchranky, bojí se, že manžel bude v budoucnu více vstupovat do jejího soukromí. Pod kontrolou také musí mít svůj zjev, to, jak působí na lidi kolem sebe i to, co pozře a co to s ní udělá. Mans (Základní psychosomatická péče, kap. 14.6) uvažuje syndrom sevřeného hrdla (Globus-syndrom) jako důsledek depresivní situace zklamání při přetrvávajících přáních ohledně péče či náklonnosti a při výrazných agresivních impulzech, popř. jako somatizaci vytěsňující erotické či sexuální snahy a fantazie, jež jsou spojovány s pokusem nebo selháním, doprovázeným pocitem viny. Z pohledu mé zkušenosti rehabilitačního lékaře s vlivem váženého prof. Lewita, doc. Véleho a dalších funkčně zaměřených badatelů se rovněž nabízí zřejmá souvislost mezi polykacím procesem a napětím krčního svalstva při stresu a úzkostně-obranném nastavení. Nápadný je přiškrcený hlas. Jako by mluvila vystrašená před zkušební komisí. To však jen doplňuje předchozí úvahy.

Je jisté, že je potřeba dále pracovat jak na tělesném napětí, tak na zacházení s emocemi a jejich pochopení, ale stejně tak na orientaci ve vztazích a jejich významu pro emoční a tělesné zdraví pacientky. V tomto smyslu jsem také nabídl terapeutický kontrakt, který pacientka s povděkem přijala. Kromě ústupu somatických potíží formuluje cíl terapie takto: „Chci se naučit být silnější, nebýt takový posera.“

Co se týče tělových technik, učím pacientku, jak uvolňovat čelisti, nabízím jí zpěv, křik, některé abreaktivní techniky, pracujeme i na uzemňování. To vše reflektuje jako velmi příjemné.

7. setkání 16. 9. 2018 – Konečně „je to víc ona“

Na první pohled je patrné celkové zlepšení stavu. Marta přibrala 2 kg, což je vidět na jejím obličejí, je uvolněnější, hlas je na poslech příjemnější. Připadá si, že „je to víc ona“. Neurologické vyšetření neodhalilo žádný relevantní problém, bylo jí doporučeno užívat Magne B6 (běžná neurologická praxe při nespecifických potížích). Alprazolam ani jednou nepotřebovala, ale je ráda, že ho má pro případ krize. Mirtazapin užívá, spí dobře, jen ráno se těžko probouzí a přes den je unavenější. Ujišťuji ji, že jde o přechodný nežádoucí účinek. Zpěv a tělesné techniky jí dělají dobře. Po dohodě s pacientkou navyšuji Mirtazapin na nižší antidepressivní dávku.

8. setkání 30. 9. 2018 – Jaké emoce se skrývají v hlubších vrstvách

Dobrala Magne B6 a inhibitor protonové pumpy. Konečně se dočkala vyšetření MR krku, které je zcela v normě. ORL závěr: Dysfagie vs. psychické etiologie, bez zjevné organické příčiny. Pomalu přibírá na váze, cítí se lépe. Jen občas pociťuje návaly podrážděnosti, které v dalších sezeních více rozebíráme. Vyjadřuje obavy, jestli ji Mirtazapin nemění, jestli je to stále ona. Nabízím jí vysvětlení, že když postupně mizí vrstva strachu a chaosu, mohou se více projevit hlubší vrstvy její osobnosti, které jistě mohou obsahovat i negativní emoce jako vztek aj. S takovými (tzv. egodystonními) emocemi



nemusí být vždy v souladu. Tematizujeme snahu o kontrolu nad vším.

9. setkání 30. 9. 2018 – Nevyčnít, „nikoho nesrat“, nelézt na nervy

Vrací se ke vztahu s matkou. Zvyšuje se její potřeba samostatnosti. Matku popisuje jako perfekcionistku s potřebou kontroly nad situací i nad lidmi. Přiznává, že na ni může přenášet své strachy (snad už od „psychiatrické babičky“ a možná i od žen z dřívějších generací), které Marta nyní přenáší na svou dceru, čehož se děší. Svěřuje se, že pod vlivem matky se naučila nevyčnít, „nikoho nesrat“, nelézt na nervy, vždy se snažila přizpůsobit. Po tátovi jí prý není příjemné, když si o ní někdo myslí něco špatného. Vždy prý byla ona i celá její rodina terčem závisti pro svou správnost.

10. setkání 22. 10. 2018 – Nárůst kompetence

Marta už působí mnohem uvolněněji, plný jistý hlas se drží v hlubší poloze. Přináší sice své nespokojenosti, ale nejde už o to, jestli dnes něco pozře, jestli se jí rozlétne srdce, jestli bude volat záchranku. Začíná s rostoucí kompetencí řešit své intrapersonální i interpersonální konflikty. I já cítím při terapii tělesnou úlevu.

11. setkání 5. 11. 2018 – Vzala si Marta svého otce?

Přináší nové téma – vztah s manželem. Hádají se, je z toho vyčerpaná. Štve ji, že „jsou bačkory“. „Zbyli na sebe.“ Přenáší na sebe své strachy a nejistoty. Co je s Jirkou, tak „všechno drhne“. Má pocit, že je na všechno sama. Ptá se na párovou terapii, myslí si, že manžel by potřeboval terapii více než ona. Se svou mámou to nechce řešit, i když ta „to z ní tahá“.

Vnímám další posun, co se týče posilování sebejistoty, kompetence a samostatnosti. Pacientka sice mluví o tom, jak je vyčerpaná, ale zároveň v sobě nachází sílu a odvahu samostatně řešit své problémy a konflikty. Vnímám pozitivně, že dokáže vyjádřit svůj vztek a další jemnější distingované pocity, které se vážou k jednotlivým osobám v jejím životě. Společně probíráme, jak si mohou s mužem vyjasňovat své emoce vyvěrající z nastalých situací a jak mohou řešit konflikty. Dávám doporučení na párovou terapii a radím, jak by mohla Jirku přesvědčit o její potřebě. Na supervizi pak uvažujeme, jestli si Marta v Jirkovi vlastně vzala svého otce. Převzala po své matce roli ředitele domácnosti? Může tento model fungovat i v jejím manželství?

12. setkání 12. 11. 2018 – Má hodná holka právo na vztek?

V tomto sezení se Marta více rozpovídá o svých rodičích a jejich předcích. Většinu informací o její rodině už jsem shrnul výše. S mužem si mnohé vyříkali, zdá se, že párová terapie alespoň pro teď nebude potřeba. Marta od začátku našeho setkávání, vždy když si na svého muže a na jejich soužití stěžuje, nakonec neopomene podotknout, že ho má ráda. Napadá mě: Mluví stejně o vztahu se svým manželem její matka? Je na Martině referování o vztahu ke svému muži něco podobného s jejím chováním vůči mně? Musí být hodná holka, dobrá pacientka i manželka? Asi to bude vzorec jejího chování. Hlavně nevyčnít, nikoho nenaštvat, no jo, ale co pak s tím vztekem a dalšími věčně potlačovanými emocemi, které se do jejího vystupování nehodí?

13. setkání 3. 12. 2018 – Doktor s benefitem



Marta vyjadřuje spokojenost a pocit jistoty z toho, že ji už dobře znám, a rozpoznám tedy, když jí „něco bude“. Předávám tak zřejmě kus své zodpovědnosti za své tělesné i duševní zdraví. Jsem prý její „doktor s benefitem“. Ujišťuji ji, že jsem jí opravdu k dispozici, ale že zodpovědnost za svou pohodu má jen ona sama. Potíže s polykáním ustoupily zcela do pozadí, se svou vahou je spokojena, ale je stále unavená a slabá. Vlastně už roky vždy večer cítívá, že „na ni něco leze“. Není nemocná? V tomto smyslu pokládá řečnickou otázku, ale nepotřebuje, abych ji dlouho uklidňoval, nebo dokonce zahájil vyšetřovací řetězec. Znepokojují ji kolísající emoce, především návaly vzteku. „Nemohou za to ty léky?“ ptá se. Hypotetizuji, jestli se nyní nedokončuje starý započatý proces transformace. Prožila si v pubertě, co si prožít měla? Postupné sbližování s rodiči a následnou separaci se všemi emocemi, které k tomu patří. Komu vlastně ten vztek náleží? Nejsnáze se hněvá na někoho, ke komu si to mohu dovolit, což bývá partner. Tuším, že náš vztah je ještě moc mladý na to, aby si dovolila projevit své potlačované negativní emoce i vůči mně. Se mnou potřebuje nejspíše prožít pocit bezpečí a aktivního přijetí a uznání bez jakéhokoli hodnocení, něco, čeho se jí od slabého uzavřeného otce a perfekcionista matky asi v dostatečné míře nedostalo.

14. setkání 14. 1. 2019 – Optimistický pohled do budoucna

ROZBOR PŘÍPADU:

Osobnost pacientky – stručný pokus o dojmovou diagnostiku

Celkově se cítí dobře, jen ji trochu škrábalo v krku, to nejspíš „z toho vánočního přejídání“, občas cítí bušení srdce, neopomíná poznamenat, že v dospívání byla pro šelesty na srdci sledována. Jóga jí pomáhá „být v klidu a v realitě“. Už nemá potřebu individuálních lekcí a dochází na skupinové cvičení. Občas se objevuje přetlak divných nálad. Když svůj vztek doma projeví, nejčastěji vůči muži nebo matce, bývá jí to vyčítáno a ona se cítí ukřivděná. Roztáčí se mechanismus sebeobviňování a sebehodnocení. Toto vše už si ale na rozdíl od minulosti dobře uvědomuje. Začíná chápat, jak v ní emoce vznikají, a že ne vždy náleží aktuální situaci. Je jí jasné, že odpovědnost za svou náladu stejně jako za atmosféru celé domácnosti nese ona. Tělesné příznaky úzkosti, obrany, stažení slábnou. Vnímám ji jako flexibilnější emočně i tělesně, sedí klidně, nebojí se podívat do očí, neváhá si říci o deku, když je jí zima. Zdá se mi, že za těch několik měsíců se z ustrašené holčičky stala žena, která objevuje, co to znamená nést odpovědnost za život svůj a své rodiny. A zjišťuje, že na to má. Domlouváme se, že pokud nenastane nečekané zhoršení jejího stavu, Mirtazapin za 3 měsíce postupně vysadíme a frekvenci setkávání výrazně omezíme. Cítí se stabilizovaně, ví, že dál musí na sobě pracovat sama, a navíc náš obvyklý čas koliduje se cvičením s její dcerou. Důležitý pocit jistoty jí dává možnost mě kdykoli kontaktovat – jako svého doktora s benefitem.

Zkušené diagnostici by jistě zvažovali poruchu sycení jako dominantní příznak, drobný astenický habitus pacientky



a potřebu péče druhých jako znaky orální struktury osobnosti. (Lowen A., a především Johnson S. M.: *Charakterové typy člověka*). Jistě by se daly snadno vystopovat i ukazatele masochistické struktury, zvláště zvažujeme-li dominantní matku a její silný tlak na chování dcery jako zdroj potíží pacientky. Zdaleka nejvíce odpovídajících charakteristik však nalézám v Johnsonově popisu osobnosti symbiotické. Symptomy vyvěrají z nejisté identity a nedostatečného sebevědomí, odpovědnost bývá často přenášena na druhé. Pacientka vlastně po celý průběh terapie řešila svou závislost na lidech okolo ní, především na své matce, která je jí velkým vzorem. Jistě můžeme zvažovat nedokončený proces separace se všemi svými důsledky i zdrojem potenciálu pro terapii. Zcela odpovídá Johnsonův popis afektivní charakteristiky (str. 35), kdy se podle něj „afektivní nestabilita projevuje panikou a rozhořčením z opuštění či pohlcení. Vyskytují se pocity viny spojené s nadměrnou zodpovědností za druhé. Cokoliv, co vede k separaci, může vyvolávat úzkost (např. různost názorů, úspěch, osvobození od příznaků atd.)“. Nutno dodat, že u naší pacientky nejsou patrné žádné významné znaky poruchy osobnosti a že se pacientce daří uvedené charakteristiky pomocí terapie i jiných zdrojů během jejího životního vývoje kognitivně zpracovávat a zmírňovat jejich patologický vliv.

Zakázka a její vývoj

Proč vlastně Marta vyhledala moji péči? Co ode mě čekala? Mohlo by se zdát, že ode mě, jako vševědoucího omnipotentního lékaře, čekala, že jí podám jednoduché vysvětlení všech jejích potíží, a posléze ji spasím. Zpočátku to byla jistě

velká část pravdy, ale nutno říci, že pacientka si od začátku dovedla přiznat možný „psychosomatický“ původ svých potíží (všech svých neopodstatněných strachů, tělesných projevů anxiety i dominujícího příznaku poruchy polykání). Martina formulace zakázky v jednom sezení „Chci se naučit být silnější, nebýt takový posera“, jasně ukazuje její rozhodnutí pracovat na sobě hlouběji. Přijala léčebný potenciál psychosomatické terapie formou individuálních setkávání v nelékařském prostoru a od začátku se snažila se mnou spolupracovat. Jedním z mých hlavních úkolů tak bylo zkorrigovat očekávání spásy u pacientky vzhlížející k všemocné autoritě do terapeutického vztahu.

Vztah klientky a terapeuta

Marta ve mně vyvolávala pocit, že jsem pro ni hodně důležitý. A to nejen jako lékař, ale i jako někdo, kdo ji vyslechne a nebude hodnotit. Kdo ji přijme takovou, jaká je, a bude jí neustále potvrzovat, že je „normální“. Snažila se také podle toho chovat. Být poslušná pacientka, hodná holka, která je připravená bez mrknutí oka spolknout každé moje selhání. Snad jsem pro ni ztělesňoval i jakýsi ideál spokojeného života – vrstevník v podobné rodinné situaci, který zvládá všední problémy levou zadní. Musím tedy vědět, co je „normální a správné“ a jak by ona měla postupovat. Po celou dobu terapie jsem ji vedl od této idealizace cizích názorů a přenášení odpovědnosti k vlastní autonomii, což se dařilo poměrně dobře, a vnímám to jako jeden z největších úspěchů našeho setkávání.

Marta si do mě mohla projíkovat svého staršího rozumného a chránícího bratra, kterého nikdy neměla. Také ve mně



mohla podvědomě vidět svého potenciálního partnera, což by nabízelo úvahy o možných sexuálních fantaziích, touze po symbiotickém splynutí a energii, která mezi námi proudila. Já se však společně se svou supervizorkou přikláním k nejpravděpodobnějšímu přenosu: pro Martu jsem představoval idealizovaný obraz otce, kterého dostatečně nezažila. Bylo na mně, abych jí věnoval svou nekritickou pozornost, abych jí naslouchal se zájmem bez interpretací, akceptoval ji se vším všudy, potvrzoval jí, že je zralá žena, která se může spolehnout na svůj úsudek. Zároveň jsem musel dbát na to, abych se nepotvrzoval jako její ideální otec, abych se nechoval příliš protektivně, abych ji neinfantilizoval. Právě toto je pro terapeuta lékaře výzvou. Dalo by se říci, že lékař rozhoduje (např. o terapeutickém postupu) po dostatečném objasnění možností společně s pacientem, zatímco terapeut zjišťuje, co klient ještě potřebuje, aby se mohl sám autonomně rozhodovat, a k této kompetentní autonomii ho vede.

Účinné faktory terapie

Vztah a důvěra – jistota, přijetí, pocit normality (popsáno výše). Pro pacientku bylo jistě velice důležité, že mohla veškeré své potíže a strachy řešit na jednom místě s jedním člověkem, kterému důvěrovala.

MOŽNOSTI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V LÉČBĚ PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

Tato kazuistika by mohla být příkladem, jak může vypadat psychosomatická péče praktického lékaře se základním nástavbovým psychosomatickým vzděláním (ideálně psychoterapeutickým výcvikem a specializací v psychosomatice) o své vlastní pacienty. Je samozřejmě na

Edukace – pochopení vlivu svých nevědomých pudů, emocí a nejistot na tělesné prožívání.

Možnost abreakce – terapeutovo zrcadlení, terapeutova neutralita, kognitivní i prožitkové propojení emocí a těla (práce s tělem s následnou reflexí, jógová terapie s možností diskutování efektu v terapii).

Na rychlém zlepšení stavu pacientky nese jistě svůj velký podíl Mirtazapin. Jsem však přesvědčen, že forma, jakou je lék nemocnému nabídnut, a zasazení farmakoterapie do kontextu celkové péče o pacienta zásadně ovlivňují compliance pacienta a celkový výsledek léčby. Marta nejdříve psychofarmaka odmítala, nejspíše pod vlivem introjekce svých rodičů a ze strachu z hodnocení společnosti, i když tušila, že by jí pomohly. Posléze lék s povděkem přijala, vlastně i jako součást postupu ke své autonomii. Po výrazném zlepšení potíží se mě opakovaně ptala, jestli je ještě nutné ho brát, což jsem považoval jako známku toho, že se cítí opravdu lépe.

Terapeutický vztah a pevnou pracovní alianci jsme s pacientkou během oněch 14 sezení teprve navázali. Avšak tím se asi bude lišit základní psychosomatická terapie lékařem od dlouhodobé systematické psychoterapie.

zváženou a neustálou (ideálně supervidovanou) sebereflexi každého lékaře, do jaké míry může být i terapeutem „svých“ pacientů, které vyšetřuje a léčí somaticky. Odpověď nenalezneme ani v Hippokratově přísaze ani v žádném etickém kodexu ani v doporučeném postupu.



Vlastně jsme jen všude vybízeni, ať své pacienty pojmáme jako komplexní entity a pečujeme o ně bio-psycho-sociálně. Do jaké míry se však můžeme angažovat?

Engelovo pojetí zdraví (Engel, Science, 1977) mělo zásadní vliv na formulaci deklarace na konferenci primární péče v Alma-Atě v roce 1978. V péči o pacienty bychom neměli opomíjet žádný z bio-psycho-sociálních aspektů jejich života. Zdraví není jen nepřítomnost nemoci. Tato deklarace byla posvěcena WHO a je vnímána jako zásadní předěl v pojetí primární péče. Nicméně o psychosomatické péči se tam výslovně nepíše. Můžeme se jistě hodně inspirovat a poučit v zahraničí. Můžeme se např. zajímat, jak se starají o své psychosomatické pacienty PL v Německu, kde mají v rámci předatestační přípravy povinný kurz *Základní psychosomatická péče* a kde pak hradí psychosomatické konzultace praktikům pojišťovna. Navíc nemálo německých PL má zároveň absolvovaný psychoterapeutický výcvik a poskytuje mimo své ordinální hodiny psychoterapii.

V popisovaném příběhu došlo k momentu, kdy byla pacientka konfrontována se dvěma přístupy lékařů téže praxe zároveň; s dobrovolně zvoleným psychosomatickým přístupem, poskytovaným psychosomaticky orientovaným lékařem mimo běžnou ordinaci, a tradičním přístupem, zahrnujícím postup „per exclusi- onem“, poskytovaným v ordinaci běžné. To představuje spíše výjimečnou situaci v systému naší primární péče, kde dominují praxe s jedním lékařem. Samostatně působící praktický lékař je ve složitější

situaci. V běžné praxi musí bio-psycho-sociální dimenze svého přístupu k pacientům s pravděpodobnou psychosomatickou zátěží balancovat v čase tak, aby na jedné straně nepropásl možnou organickou příčinu obtíží, na druhé straně je zbytečným vyšetřováním nezatížil a nesomatizoval, a v obou případech s nimi zachoval dobrou konzultační atmosféru i kontinálně udržitelný vztah, v rámci kterého lze řešit psychosomatické obtíže.

Do budoucna bude zajímavé sledovat, jakým způsobem budou praktičtí lékaři, kteří získají osvědčení v certifikovaném kurzu Psychosomatika, uplatňovat nabytou kvalifikaci ve všeobecné praxi. Osobně bych se rád na tomto sledování podílel.

Dnes mají čeští praktičtí lékaři možnost odeslat pacienty na psychoterapii různého zaměření, na psychiatrii, a dokonce i na specializované psychosomatické pracoviště. Na této kazuistice je však dobře vidět, že pro mnohé pacienty je jednoznačnou volbou jeden lékař, který je dobře zná, kterému zcela důvěřují a který se o ně postará komplexně. Nemusí pak vyprávět své intimní příběhy na více místech a od každého odborníka očekávat jeden díl své úzdravy.

V ČR se může nyní i praktický lékař bez dodatečného vzdělání řídit doporučeným postupem pro diagnostiku a léčbu psychosomatických poruch a medicínsky nevysvětlitelných příznaků, který je praktickým vodítkem do běžné praxe. Lékařům lze určitě doporučit (nejlépe pravidelnou) účast na bálintovských skupinách či jiných individuálních či skupinových supervizích.



Do redakce přišlo 19. 2. 2019.
Po recenzi a úpravách přijato 19. 4. 2019.
Konflikt zájmů není znám.

LITERATURA:

1. Addressing the needs of patients with medically unexplained symptoms. Produced by the WONCA Working party on mental health, Task group. Chair: Dr Tim Olde Hartman
Aim: Providing a guidance for family doctors all over the world in the management of patients with Medically Unexplained Symptoms. <https://www.wonca.net/site/Default-Site/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/MUS%2018.pdf>
2. DSAM (Danish college of general practitioners). Functional disorders. Clinical guideline for general practice. 2013. Pdf od autorů.
3. DUŠEK K. a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2. vyd. Grada Publishing a.s., 2015. 646 s. ISBN 978-80-247-4826-9
4. ENGEL G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 08 Apr 1977, Vol. 196, Issue 4286: 129-136
5. EPSTEIN R. M., QUILL T. E., McWHINNEY I. R. Somatization reconsidered. Incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med.* 1999, 159: 215-222
6. HONZÁK R. Psychosomatická prvouka. Vyd. 1. Vyšehrad, 2017. 335 s. ISBN 978-80-7429-912-4
7. HONZÁK R. et al. Úzkostný pacient. Vyd. 1. Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2
8. CHROMÝ, Karel a kol. Somatizace a funkční poruchy. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1473-6
9. CHVÁLA V., HONZÁK R., MASNER O., ROČŇOVÁ M., SEIFERT M., SEIFERT B., TRAPKOVÁ L. Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky. Doporučený postup SVL ČLS JEP. Vyd. 1. 2015
10. JOHNSON, S. M. Charakterové typy člověka: terapeutická léčba raných poruch. Vyd. 1. Computer Press, a. s., 2007. 231 s. ISBN 978-80-251-1521-3. Originál: **Characterological transformation. W. W. Norton & Company, 2006.**
11. LEWIT K. Manipulační léčba. Vyd. 5. Sdělovací technika, 2003, 411 s. ISBN 80-8664-504-5
12. LOWEN A. Bioenergetika: Terapie duše pomocí práce s tělem. Portál, 2014. 276 s. ISBN 978-80-262-0864-8
13. OLDE HARTMAN T. C., BLANKENSTEIN A. H., MOLENAAR A. O., BENTZ van den BERG D., Van der HORST H. E., ARNOLD I. A., BURGERS J. S., WIERSMA T., WOUTERSEN-KOCH H. NHG Guideline on medically unexplained symptoms (MUS). *Huisarts Wet* 2013, 56(5):222-30
14. PRAŠKO J. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Vyd. 1. Praha, Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6
15. PRAŠKO J. Poruchy osobnosti. Vyd. 1. Praha, Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X
16. ROKYTA R., HÖSCHL C. Emoce v medicíně II a III. Emoce v životním cyklu člověka / Úzkost, stres a životní styl. Mladá fronta a.s., 2014. 197 s. ISBN 978-80-204-3340-4
17. TRAPKOVÁ, Ludmila a CHVÁLA, Vladislav. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Vyd. 1. Praha: Portál, ©2004. 227 s. ISBN 80-7178-889-9
18. TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes a OTT, Jürgen. Základní psychosomatická péče. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3
19. VÉLE F. Kineziologie. Triton, 2006, 375 s. ISBN 80-7254-837-9
20. Declaration of Alma-Ata, 1978, https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf



Poděkování



Za inspiraci, za nabyté znalosti a zkušenosti, představy o člověku a jeho zdraví, za možnost pracovat s lidmi tak, jak se o to nyní pokouším, a za pomoc a podporu při vzniku této práce bych rád srdečně poděkoval Yvonně Lucké, Jiřímu Čumpelíkovi, Bohumilu Seifertovi, Barboře Danielové, Vladislavu Chválovi, Georgu Schwindlovi, všem svým výcvikovým lektorům a mé milované moudré a podporující ženě Šárce Seifertové. Děkuji!



HANA VÁHALOVÁ: REAKCE NA ZTRÁTU BLÍZKÉ OSOBY Z POHLEDU PSYCHOSOMATIKY



SOUHRN: VAHALOVA H.: REAKCE NA ZTRÁTU BLÍZKÉ OSOBY Z POHLEDU PSYCHOSOMATIKY, PSYCHOSOM 2019; 17 (1-2), S. 24-31. Autorka práce se ve svém článku zabývá reakcí na ztrátu blízké osoby z pohledu psychosomatiky. Zaměřuje se na specifika poradenství pro pozůstalé, příznaky a projevy truchlících. Součástí práce je vlastní pohled poradce. V práci jsou popsány tělesné i emocionální projevy po ztrátě blízké osoby.

KLÍČOVÁ SLOVA: Poradenství, psychosomatika, emoce, komplikované truchlení

SUMMARY: VAHALOVA H.: REACTION TO THE LOSS OF A LOVED ONE FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOSOMATICE. PSYCHOSOM 2019; 17(1-2), PP. 24-31. The author of the paper deals with the reaction to bereavement from the perspective of psychosomatics. It focuses on the specifics of counseling for survivors, symptoms and manifestations of mourners. The part of the thesis is the own view of the counselor. The thesis describes the physical and emotional symptoms after bereavement.

KEY WORDS: Counseling, psychosomatics, emotions, complicated mourning

ÚVOD



Pracuji jako poradce pro doprovázející a pozůstalé v hospici. Doprovázím také klienty hospice ve fázi *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Hospic je zdravotně-sociální zařízení, které je určeno lidem v terminálním stadiu onemocnění, u kterých není možná léčba vedoucí k uzdravení, ale paliativní péči je možno zmírnit důsledky nemoci. Hlavním účelem hospiců je maximálně zlepšit kvalitu života v jeho závěrečné fázi a umožnit důstojné umírání. Děje se tak především tišením

bolesti a jiných nepříjemných fyzických projevů nemoci (paliativní léčba), dále i duchovních, psychických a sociálních problémů spojených s umíráním. Hospic umožňuje intenzivní a nerušený kontakt s partnerem nebo rodinou. Podpora blízkým nemocného a doprovázení v době po úmrtí jejich blízké osoby probíhá prostřednictvím poradenského vztahu. Pokusím se zde přiblížit specifika poradenství pro pozůstalé a také reakce na ztrátu blízké osoby z pohledu psychosomatiky.

PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ

Poradenství pro pozůstalé není možná ten nejvýstižnější název. Co můžete poradit někomu, kdo ztratil milovaného člověka? Doprovázet – to je možná to správné slovo, které nejvíce vystihuje, o co vlastně v poradenství pro pozůstalé jde. Především jde o to, aby pozůstalí nebyli ve svém zármutku osamoceni. Aby se na své cestě truchlení neztratili a došli ke kýženému cíli. Co je ale oním cílem? Pravděpodobně to, aby se pozůstalí cítili mnohem lépe než na počátku, že na svého zemřelého dokážou vzpomínat, aniž by se zalykali slzami. Pomoci pozůstalým, aby lépe porozuměli tomu, co se s nimi děje a proč, a aby v tom nebyli sami a bezmocní. Cílem poradenství pro pozůstalé je vrátit jedince, páry, rodiny nebo skupiny na „určitou“ úroveň fungování. Někdy může smrt milované osoby pozůstalé zasáhnout natolik, že nejsou schopni fungovat téměř vůbec.

Do poradny se pozůstalí objednají většinou proto, že nemají nikoho, kdo by je v období truchlení podpořil, podržel, doprovázel. Pomoc a podporu může poskytnout prakticky kdokoli – zdravotní personál, sociální pracovník, duchovní, přátelé a známí, zaměstnanci pohřební služby,

jiní pozůstalí. Ne každý je toho však schopen, nebo k tomu ochoten. Být profesionálem v pomáhajících profesích ještě neznamená být automaticky dobrým radcem pro pozůstalé. Jde především o podporu a pomoc v oblasti psychické, pragmatické, informační i ekonomické. Tady je na místě propojit svou teoretickou kompetenci o základních principech poradenství s empatickou a etickou schopností, jak poskytnout soucitnou podporu, a v případě potřeby i krizovou intervenci. Poradce pro pozůstalé rozhodně není rádce, jak urychleně truchlení ukončit; je průvodcem pozůstalých v jejich procesu truchlení, vytváří jim bezpečný prostor, ve kterém mohou otevřeně ventilovat své emoce, hovořit o svých problémech. (Špaténková, 2013)¹

Pomáhám pozůstalým vyrovnat se s širokým spektrem reakcí, jež se po ztrátě milovaného člověka objeví na nejrůznějších úrovních, například na somatické, emocionální a kognitivní úrovni, ale i na úrovni chování. Musím být také schopná posoudit, zda jde o nekomplikované truchlení, a v opačném případě jim doporučit jiné formy pomoci. To ale samozřejmě předpokládá orientovat se v problematice

¹Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2. aktul.

a dopl. vyd. PRAHA: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2



truchlení a respektovat hodnotový kontext poradenství pro pozůstalé. Špaténková (2013) hodnotový kontext formuluje takto: Citlivost vůči kulturní a osobní odlišnosti při truchlení; sdílení; zákonitost; duchovní rozměr smrti; přiměřenost pietního chování; důstojnost umírání i truchlení, ale i návaznost služeb.

Je zcela přirozené prožívat zármutek, když se lidé snaží smířit se smrtí milovaného člověka. Přirozenou součástí

procesu smíření se, je žal. Žal může být složitý a ovlivněn mnoha faktory. Může být ovlivněn vztahem k zemřelému, charakterem a časem smrti samé, jedinečnou osobností pozůstalého, způsobem, jak se vyrovnává s těžkostmi, duchovním a náboženským přesvědčením ale také faktory minulých zkušeností s osobní ztrátou. Často se dostávají pocity viny, smutek, osamění, hněv, frustrace, pocit bezmoci. (Macmillan, 2014)

SPECIFIKA PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ

Podle Špaténkové (2013) je nutné znát:¹

- Symptomatologii nekomplikovaného truchlení,
- faktory, které mohou proces zármutku ovlivňovat,
- práva a potřeby pozůstalých,
- rizikové indikátory komplikovaného truchlení,
- symptomy komplikovaného truchlení,
- efektivní a neefektivní strategie vyrovnávání se s truchlením,
- poradenský proces,
- specifika, možnosti (a limity) pomoci pozůstalým.

Když vám zemře někdo blízký, je to, jako by se vám zhroutil celý svět, jako by váš život najednou ztratil smysl. Milovaného člověka ztrácíme navždy, definitivně. Je tedy pochopitelné, že pozůstalí prožívají silné emoční reakce. Je nabourán pocit

vlastní identity (např. manželka/vdova), pocit vlastní integrity („něco ve mně zemřelo“), vztahy s jinými lidmi, přesvědčení o bezpečnosti a stabilitě světa („Jak to Bůh mohl dopustit“). (Špaténková, 2013)

Nepodléhejme nepravdivému, ale rozšířenému přesvědčení, že mluvit o smrti a o zemřelém je samo o sobě bolestivé, protože to odkrývá problémy a obnovuje rány. Já mám z poradny jinou zkušenost. Mluvení o smrti naopak vede k tomu, že se toto téma zaktualizuje a pozůstalý klient má možnost projevit své emoce. Jen díky účinné komunikaci je možné vytvořit dobrý vztah (klient/poradce). *„Většinou se v této souvislosti hovoří o aktivním naslouchání, které začíná už autentickým projevem soustrasti a uměním mlčet, když pozůstalý mluví“* (Špaténková, 2013 str. 120)

REAKCE NA ZTRÁTU BLÍZKÉ OSOBY Z POHLEDU PSYCHOSOMATIKY

Vymezení pojmu

Honzák (2017) ve své knize „Psychosomatická praxe“ uvádí, že psycho-

somatický pohled v žádném případě nepředstavuje nějakou alternativní medicínu, ale je doplněním medicíny sou-

¹Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2. aktul. a dopl. vyd. PRAHA: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2. s. 38



časné. Poukazuje na to, že: „*Svémi požadavky brát v úvahu stejně vážně jako faktory biologické také velmi obtížně měřitelné faktory sociální a psychologické, eventuálně už téměř neuchopitelné faktory duchovní neboli spirituální, je doplněním redukcionistického pohledu medicíny na člověka jako na biologický preparát.*“ (Honzák, 2017 str. 11) Dále píše, že se cíle tohoto pohledu neliší od cílů, „*kte­ré by si měla stanovit také medicína založená na důkazech*“ (Honzák, 2017 str. 11). V psychosomatické medicíně patří psychosomatická péče k celostně-medicínským (holistickým) přístupům, v rámci komplexního bio-psycho-sociálního procesu. Cílem základní psychosomatické péče: „*je nutné rozpoznávat etiologická propojení mezi psychickými a somatickými faktory nemoci a přisuzovat jim váhu v jejich patologním významu, a to v rámci komplexní bio-psycho-sociální diagnózy. K orgánově-medicínské diagnóze se tak přidává diagnóza vztahů.*“ (Tress, a další, 2008 str. 30)

Jak nás zármutek může ovlivnit fyzicky

Jak již bylo zmíněno výše, smutek (truchlení) se mnohdy projevuje na somatické (tělesné) úrovni. Je možné zaznamenat tak širokou škálu fyzických symptomů, že si člověk může myslet, že je nemocný. Tyto příznaky jsou fyzickou reakcí na žal. Mohou se projevovat jako (Macmillan, 2014):

- nedostatek energie nebo slabost;
- tlak na prsou a bušení srdce;
- pláč a vzdychání;
- závratě, třes nebo malátnost;
- dušnost;
- neklid;

- průjem, zácpa nebo zvracení;
- ztráta chuti k jídlu nebo přejídání se;
- poruchy spánku nebo příliš častý spánek
- snížená sexuální touha;
- podobné symptomy, kterými trpěl zemřelý.

Jak nás zármutek může ovlivnit emocionálně

Emoce se v období zármutku mohou měnit z hodiny na hodinu. Běžné emocionální reakce v takové situaci uvádí Špaténková (2013) takto:

- šok, otupělost a pocit prázdnoty;
- smutek nebo zoufalství;
- zlost, hněv a zuřivost;
- pocity viny, lítost a výčitky;
- úzkost a strach;
- osamělost;
- bezmocnost;
- úleva aj.

„*Emoce jsou jevy, které se nám dějí, daleko spíše než jevy, které bychom vytvářeli*“ (Honzák, 2017 str. 123). Zažila jsem ve své praxi poradce také projev smíchu bezprostředně po úmrtí blízké osoby. Následovaly výčitky typu: „Jak se můžu smát, když mi právě zemřela máma?“ „Asi jsem se zbláznila.“ „To není normální...“ Vyrovnávání se ztrátou blízké osoby je velmi individuální a osobitý proces. Ale přístup poradce musí být vždy stejný: empatický a trpělivý při vysvětlování, že reakce na ztrátu může být i pro samotné pozůstalé překvapivá. Přesto i u těchto projevů hovoříme o takzvaném „*nekomplikovaném truchle-ní*“ (Špaténková, 2013 str. 21)¹ a poradce je musí být schopen posoudit. Honzák

¹Srov. Špaténková, N., *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2. aktul. a dopl. vyd. PRAHA: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2. s. 21



(2017) uvádí, že definicí smutku je emoční bolest spojená s pocity beznaděje, ztráty, lítosti, bezmoci, tesknosti, žalu aj. Člověk cítí úbytek energie, nezáměr o dříve pozitivně prožívané aktivity, svalovou slabost, tendence k izolaci. Není výjimkou, jestliže se vyhýbá jídlu a běžným činnostem. „*Mohou se projevit i další příznaky parasympatické převahy, především zácpa*“ (Honzák, 2017 str. 105). Autor dále píše, že bychom se neměli snažit na smutek zapomenout, přehlášovat jej chemií nebo křečovitou snahou ho setřást, už Freud objevil, že deprese je daná za neodžitý smutek. Při použití moderní zobrazovací techniky zjistíme, že duševní bolest se v mozku promítá stejně jako bolest tělesná.²

Komplikované truchlení

V případě zjištění symptomů komplikovaného truchlení je namísto doporučit např. vyhledání terapeutické, psychiatrické nebo jiné lékařské pomoci a péče. Špaténková (2013) uvádí např. tyto symptomy komplikovaného truchlení: fobie, projevy duševní poruchy, závislost na alkoholu nebo jiných drogách, záchvaty paniky, deprese, myšlenky na sebevraždu aj.

Špaténková (2014) podotýká, že bez ohledu na individuální rozdíly v truchlení mohou mít účinky této zátěže přímý dopad na imunitní, nervový a endokrinní systém. Vážné zdravotní důsledky včetně zvýšené míry úmrtnosti se mohou týkat velké části pozůstalých. „*U ovdovělých je větší pravděpodobnost, že zemřou v prvních šesti měsících po partnerově smrti než v jinou dobu*“ (Špaténková, 2014 str. 153). Nejvíce ohroženi jsou ti, kteří žili jen vztahem k partnerovi a nerozvíjeli dále

svou osobnost. Po úmrtí partnera reagují rezignací. V době od půl roku do dvou let se u nich může objevit onkologické onemocnění (Mohapl, 1992). Prodloužená reakce smutku po ztrátách může být také příčinou zvýšeného rizika infarktu (Tress et al., 2008). V této souvislosti se zmiňuje další autor o osobnostním vzorci chování A-typu (manažerské typy). Tito lidé málo dbají na symptomy a potřeby svého těla. Podstatnou roli u infarktu však kromě toho hraje psychosociální stres. U mužů zvyšuje nebezpečí infarktu ztráta partnera v manželství. Vůbec nedostatek životního obsahu a osamělost škodí srdečním funkcím (Danzer, 2001). Také bolesti zad se můžou objevit u přetrvávající reakce na ztrátu a smutek. Jak uvádí Tress (2008, str. 151) např. „*u nepříznivého rozporuplného vztahu k zemřelému partnerovi.*“

V tomto ohledu hrají svou roli i jiné faktory, jak je již popsáno výše. Na druhou stranu jsou lidé (pacienti), jak uvádí Tress, „*kteří nejsou schopni pojmenovat emocionální reakce, které příslušejí k zatěžujícím životním událostem, nýbrž je vyjadřují prostřednictvím tělesných obtíží*“ (2008, s. 89). Vyskytují se poruchy, které se vztahují k jednotlivým orgánům. Obtíže, které pacienti popisují „*jsou kontrolovány autonomním nervovým systémem (kardiovaskulární, respirační, gastroenterální a urogenitální systém)*“ (Tress, a další, 2008 str. 88). Například Danzer (2001) referuje o dvacetiletém muži, kterému v raném věku zemřel otec. Ten se v tu dobu silně upnul na svého staršího bratra. Bratr však zemřel při nehodě na motorce, tuto informaci mu matka oznámila v noci poté, co ho vzbudila. Muž se ráno divil, proč jsou všichni

² Zhruba před 10 lety proběhla první série pokusů, které dokazují identitu tělesné a psychické bolesti. (srov. Honzák, Radkin. 2017. *Psychosomatická*

prvrouka. Praha: Vyšehrad, spol. s r.o., 2017. ISBN 978-80-7429-912-4. s.106)



tak zdrcení. Zcela potlačil sdělení o smrti bratra, který mu nahrazoval otce. Chodil dále do práce, na pohřbu ani neplakal. Těžký vředový zánět střešní stěny (colitis ulcerosa) u něho začal pátý den po bratrově smrti, po čtyřech měsících musel být hospitalizován. Jak uvádí Tress et al. (2008) u funkčních žaludečních obtíží neexistuje jednotná struktura osobnosti, ale více než 50 % těchto pacientů trpí úzkostným onemocněním nebo depresí na pozadí traumatizujících zážitků z dětství, mj. i úmrtí jednoho nebo obou rodičů.

Pokud se soustředíme na takzvané vyvolávající situace, v tomto případě na ztrátu milované osoby, můžeme se setkat s výčetem onemocnění a poruch, která tato nelehká a stresující životní situace může vyvolat. Včetně již výše jmenovaných to může dále být například: srdeční neuróza, astma, bulimie, obezita, artritida, funkční ztráta sluchu, omezení hlasové výkonnosti, bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti zad a jiné (Tress et al. 2008).

Jedna má klientka, žijící po smrti manžela sama v bytě, mi vyprávěla, že při prvním „výročí“ (jeden rok od úmrtí) si zapálila svíčku, aby tak vzdala hold památce zesnulého manžela. Sedla si do křesla a v duchu přemítala o všem možném... „*Najednou jsem si uvědomila, že se nemůžu vůbec pohnout, cítila jsem, jako by mi nohy, ruce i celý trup zdřevněly. Cítila jsem strašnou bezmoc a strach, netušila jsem, co se to semnou děje! Hlavou mi šlo, že nejsem schopna si ani zavolat o pomoc. Vůbec nevím, jak dlouho ten stav trval... začala jsem hrozně plakat a*

vzlykat... pak ten stav pomalu odezněl...“ Když mi tento prožitek líčila, neplakala, dodávala: „*Byla jsem si jistá, že už nemusím pro manžela plakat, ale mylila jsem se. Myslím, že jsem si poprvé přiznala definitivní odloučení a dovolila si s manželem se rozloučit!*“ Manžel zemřel na onkologické onemocnění v jejím doprovodu v hospici. Dle mého názoru si vdova prošla podobnými symptomy jako její manžel v posledních chvílích života.

Ještě bych se chtěla podrobněji zastavit u astmatických záchvatů (astma bronchiální), protože s touto nemocí vyvolanou po ztrátě klíčové osoby, jsem se již v poradně setkala. Klinický obraz nemoci je Tressem (2008) popisován následovně: Pocit tlaku na prsou, pálení a svědění na pokožce, často ospalost a únava. Při záchvatu nedostatek vzduchu, dýchání doprovázeno pískotem a sípotem. Z doprovodných symptomů jsou to pocity bezmocnosti, opuštěnosti, úzkost může být vytlačena až ke strachu ze smrti. Vyskytuje se ale také podrážděnost až otevřená agresivita. Ke zhoršení stavu dýchacích cest mohou přispívat fyzikální podněty, alergenů a infekce, „*ale na počátku onemocnění, popř. záchvatu, je možné u přibližně 50 % všech pacientů zjistit ztrátu klíčové osoby*“ (Tress et al., 2008, str. 110). Ke zhoršení stávajícího astmatu dochází právě z důvodu odloučení od důležitých vztahových osob. K dalším psychosociálním spouštěcím faktorům patří: pocity bezmocné zloby bez možnosti se bránit; afekty zloby a hněvu při současné neschopnosti tyto pocity vyjadřovat; situace zoufalství, opuštěnost a jiné (Tress et al., 2008).



Ne každý člověk, který přišel o blízkou osobu a je vystaven zatěžující životní události, musí začít trpět nějakou nemocí. Z vlastní praxe můžu říci, že to, jak bude pozůstalý reagovat na ztrátu blízké osoby, závisí kromě jiného hlavně na tom, zda byl sám schopen dojít ke smíření s nemocí svého blízkého při jeho doprovázení (v hospici, rozhodně se to netýká lidí, kteří o své blízké přišli neočekávaně). Jedním dechem však také poukazují na to, že připravit se na chvíli, kdy vám milovaný člověk zemře, nelze! Usuzuji tak z

toho, že mnohdy slýchám: „Myslela jsem, že jsem už připravená, ale...“ „Věděl jsem, že to bude brzy, ale teď se mi zdá, že jsem ještě vše nestihl říci.“ „Myslela jsem, že jsem připravená, ale teď vím, že ne!“ V takové chvíli ani poradce nemá co „poradit“, může tam jen tiše být, sdílet tuto chvíli a podporovat pozůstalé svou přítomností. Jediné, co se dá říci, je: „Je mi to moc líto.“ Já si vždy uvědomuji, že až pozůstalý vyjde ze dveří pokoje, čeká ho jiný život, jiná cesta než doposud, cesta, po které musí kráčet bez milované osoby.

Do redakce přišlo 9. 4. 2019
Do tisku zařazeno 21. 5. 2019
Konflikt zájmů není znám

BIBLIOGRAFIE

1. Danzer, Gerhard. 2001. Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.
2. Honzák, Radkin. 2017. Psycho-somatická prvouka. Praha: Vyšehrad, spol. s r.o., 2017. ISBN 978-80-7429-912-4.
3. Macmillan, Karen et al. 2014. Průvodce péčí o umírající. Ottawa: Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského ve spolupráci s Kanadským sdružením pro hospicovou a paliativní péči, 2014. ISBN 0-9686700-1-6.
4. Mohapl, Přemysl. 1992. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: VUP, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
5. Špaténková, Naděžda et al. 2014. O posledních věcech člověka. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
6. Špaténková, Naděžda. 2013. Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. Praha: Grada, 2013. 978-80-247-3736-2.
7. Tress, Wolfgang, Krusse, Johannes a Ott, Jürgen. 2008. Základní psychosomatická péče. 1. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.



Autorkou je studentka oboru psychologie na Fakultě společenských studií VŠ Humanitas ve Vsetíně Hana Váhalová.

pracoviště: Diakonie ČCE

Hospic Citadela

Žerotínova 1421, Valašské Meziříčí

e-mail: vahalova@hospic.cz



STRUNZOVÁ V.^{1,2,4}, JANOUŠKOVÁ L.¹, HONZÁK R.^{1,2,3}: NEOBVYKLÉ SPOUŠTĚČE EPIZOD EMOČNÍCH PORUCH (KAZUISTICKÁ SDĚLENÍ)



SOUHRN: STRUNZOVÁ V., JANOUŠKOVÁ L., HONZÁK R.: NEOBVYKLÉ SPOUŠTĚČE EPIZOD EMOČNÍCH PORUCH (KAZUISTICKÁ SDĚLENÍ). *PSYCHOSOM* 2019; 17(1-2), S.32-35

Autorky a spoluautor uvádějí dva případy spuštění klinicky závažné epizody emoční poruchy u predisponovaných osob cestou somatického inzultu. V prvním případě šlo o mladou ženu s diagnózou bipolární poruchy, u které vypukla depresivní epizoda bezprostředně po tetování cca 40x40 cm na zádech, zřejmě jako důsledek působení prozánětlivých cytokinů na CNS. Druhý je muž s dobře zaléčenou panickou poruchou a diabetem II. typu, kterému praktický lékař bez zjevného důvodu zdvojnásobil dávku metforminu, a tím po pěti letech klidu provokoval do několika dnů panickou ataku. Mechanismus spuštění panik vidíme ve vzestupu sérové koncentrace kyseliny mléčné – známého panikogenu – jako častého nežádoucího účinku metforminu.

Klíčová slova: spouštěč – deprese – panika – tetování – metformin - laktát



SUMMARY: STRUNZOVA V, JANOUŠKOVÁ L, HONZÁK R: UNUSUAL TRIGGERS OF THE DEPRESSION AND ANXIETY EPISODES (CASE REPORTS). PSYCHOSOM 2019; 17(1-2) PP.32-35

The authors present two cases of sparking the episodes of mental disorders by the events, which may be preventable. In the first case the cause of immediately relaps of depression was the extensive tattoo, in the second the panic attack was triggered by elevation of peroral antidiabetic metformine dose.

Key words: depression – panic disorder – triggers – tattoo – metformine – lactic acid

ÚVOD

Etiologie většiny psychických poruch je neznámá, připisovaná mnohočetným vlivům od genetických po stresové, většina má chronický průběh, při úspěšné léčbě průběh intermitentní s epizodami, které vážně narušují běžný chod a běžný život postižených. Remise jsou částečně spontánní, částečně dosažené cílenou léčbou poruch, epizody mohou být spuštěny řadou situací, z nichž některým lze předejít (o tom jsou naše kazuistiky). Známe-li potenciální spouštěče, můžeme vést pacienty k tomu, aby se jim vyhnuli^{1,2}.

Spouštěčů (triggers) je řada, počínaje těmi, jimž se vyhnout nelze, jako je například jarní a podzimní rovnodennost s možností rozkolísání vnitřních cirkadiálních rytmů, až po psychosociálně náročné situace zachycené Holmes-Raheho

dotazníkem životních událostí, abúzus psychotropních látek, poranění, nedostatek spánku, tělesné choroby a jejich léčení některými farmaky, zejména ale zánětlivé produkty – cytokiny – ovlivňující řídicí systémy.

Svá pozorování publikujeme s úmyslem upozornit na možné spouštěče epizod emočních poruch, kterým je možné se vyhnout. Tyto informace je možné pacientům zařadit do edukačních programů. Zejména rozsáhlé tetování, které se stává módou nejen v okrajové subkultuře, má v sobě kromě zohavujícího efektu skrytý i další potenciál – různě velkou zánětlivou reakci. A tak, jak se rozšiřují naše poznatky, vstupují mechanismy systémového zánětu velmi významně i do psychopatologických dějů.

POPIS PŘÍPADŮ

25letá žena, svobodná, které byla před dvěma roky diagnostikována bipolární afektivní porucha se střídáním epizod depresivních a hypomanických, nicméně v posledním půlroce v dobře

stabilizované remisi při 2x100 mg lamotriginu, plně fungující v osobním životě, jakož v průměrně náročném zaměstnání úřednického typu s nevelkou mírou osobní odpovědnosti. Zašla odpoledne do

¹ Gibson LE, Alloy LB, Elman LM.: Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. Clin Psychol Rev, 2016;49:93-105

² Keshavan MS, Kaneko Y: Secondary psychosis: an update. World Psychiatry, 2013;12:4-15



tetovacího salonu, aby si nechala vytetovat na záda jakýsi malý ornament, nechala se ale majitelem přesvědčit, že jí udělá „velké dílo“. Výsledkem byla rozsáhlá tetováž o rozměrech cca 40x40 centimetrů.

Po neklidném a neosvěžujícím spánku měla ráno subfebrilie, rozrážely ji pocity chladu, cítila se podrážděná, unavená, v práci se omluvila. Další den už měla problémy se sebedpěčí, těžko vstávala a velmi rozumně zamířila k ambulantnímu psychiatrovi.

Zde byla plačtivá, nevypravná, zpomalená, měla problémy se soustředěním, byla pesimistická, vyprávěla o ztrátě perspektivy, podceňovala se nejen nyní, ale i do minulosti, ačkoliv k tomu skutečně objektivní důvody nebyly. Bolesti na ilustrovaných zádech a bolesti v kloubech. Anhedonická, bez suicidálních myšlenek.

Doporučení k hospitalizaci na otevřeném oddělení přijala, zde nastala bezprostřední úleva, což hodnotíme jako vliv chráněného prostředí. Nasazen citalopram 20 mg denně. Na oddělení strávila několik dní, zažádala o propuštění především proto, že jako silná kuřačka měla problémy s režimem. Doma zůstala ještě tři týdny v pracovní neschopnosti, pečovala o ni matka, která ji zpočátku vzala k sobě. Antidepresivum bylo možné vysadit za další tři měsíce, pacientka zůstala nastavena na 2x100 mg lamotriginu.

65letý muž, důchodce, dříve velmi čilý obchodník žijící ve stylu „hard working,

hard drinking“, který putoval dva až třikrát měsíčně mezi Prahou a Šanghají s čajem, zastavil tuto svou turbulentní aktivitu před pěti roky, kdy ho přepadly panické ataky a nijak závažná, leč upozorňující DM II. typu. Jak tak strach ze smrti doprovázející panickou ataku „ukázní“ své oběti, stalo se tak tomuto muži, který začal žít polepšeným stylem Jeana Valjeana. Ukončil kšefty, přestal pít (bez větších abstinčních příznaků) a snad si ponechal jen zpěv.

Panická porucha se zvládla po několika měsících s ad hoc alprazolamem do výšky 2 mg denně, postupně zcela vysazeným a se sestupnými dávkami citalopramu do udržovací dávky 10 mg/den a alprazolamem ad hoc. V roce 2017 jsme uskutečnili „lékové prázdniny“ na téměř devět měsíců, pak jsme se vrátili k udržovací dávce citalopramu. Diabetes byl dobře kontrolován.

V dubnu 2018 se pacient dostal do péče nového praktického lékaře, který z neznámých důvodů zvýšil dávku metforminu na dvojnásobek. Během tří dnů se objevily „nálety“ úzkosti a čtvrtý den klasická panická ataka. Návrat k původním dávkám metforminu bez ohledu na názor praktika a z psychiatrického hlediska původním dávkám citalopramu a alprazolamu během dvou týdnů zcela zabránil dalším panickým atakám a dosud pokračuje dávkování citalopramu 20 mg/den s úvahou snížení eventuálně vysazení v horizontu dvou až tří měsíců.

DISKUSE

Co se týká prvního popsaného případu, vztahy mezi prozánětlivými cytokiny a depresí se kromě badatelského zájmu už stávají i objektem cílené léčby podložené úvahou, že některé typy depresí zdaleka nejsou jen záležitostí poruchy CNS a

dalších řídicích systémů, ale je třeba na ně pohlížet jako na poruchu postihující



více orgánových systémů.^{1,2} Nejsme tak extrémních názorů, že by deprese byla zá-
nětlivým onemocněním „per se“, nelze
však opominout poznatky poslední de-
kády o existenci osy enterální nervový
systém včetně mikrobiomu – centrální
nervový systém³ a nesporný vliv cytokinů
na signální cesty, změny v glutamátovém,
monoaminovém a neuropeptidových sys-
témeh až po pokles BDNF vyvolaný tě-
mito mechanismy. Imunologická zátěž
vyvolaná poškozením kůže v rozsahu
40x40 cm představovala patrně dost
silný podnět, který rozkolísal stabilitu
vulnerabilního nervového systému.

Praha – 12.3.2019

MUDr. Věra Strunzová, Klinika ambulantní psychiatrie a psychoterapie, Tychonova 44/3,
16000 Praha 6

Autoři jsou z těchto pracovišť:

1. Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 18100 Praha 8
2. IKEM – Vídeňská 1958, 14000 Praha 4
3. ÚVL – 1.LF UK Praha, Albertov 7, 12800 Praha 2
4. Klinika ambulantní psychiatrie a psychoterapie, Tychonova 44/3, Praha 6

Do redakce přišlo 12. 3. 2019

Zařazeno k tisku 15. 5. 2019

Konflikt zájmů není znám.

Ve druhém případě přičítáme kauzální
úlohu vlivu vzestupu sérového laktátu,
který byl vyvolán zdvojnásobenou dáv-
kou metforminu bez zjevného důvodu,
protože diabetes byl dobře kontrolován a
hodnoty cukru i glykovaného hemoglo-
binu byly dlouhodobě v normě. Vztahy
mezi vyššími koncentracemi laktátu a pa-
nickými atakami je známý od počátku vy-
členění této diagnózy.^{4,5,6} Po předávko-
vání metforminem nedochází k poklesu
glykemie, ale někdy i k vzestupu laktátu
ohrožujícímu život⁷. Úvaha o této souvis-
losti je tedy naprosto logická.

¹ Raison CL, Miller AH: Is Depression an In-
flammatory Disorder? Curr Psychiatry Rep.
2011 Dec; 13(6): 467–475

² Felger JC, Lotrich FE: Inflammatory Cytoki-
nes in Depression: Neurobiological Mecha-
nisms and Therapeutic Implications. Neurosci-
ence. 2013 Aug 29;246:199–229

³ Lerner A, et al.: The Gut Microbiome Fee-
lings of the Brain: A Perspective for Non-
Microbiologists. Microorganisms. 2017 Dec;
5(4):66

⁴ Sheehan DA: The Anxiety Disease: New
Hope for the Millions Who Suffer from
Anxiety. Bantam Books, 1986.

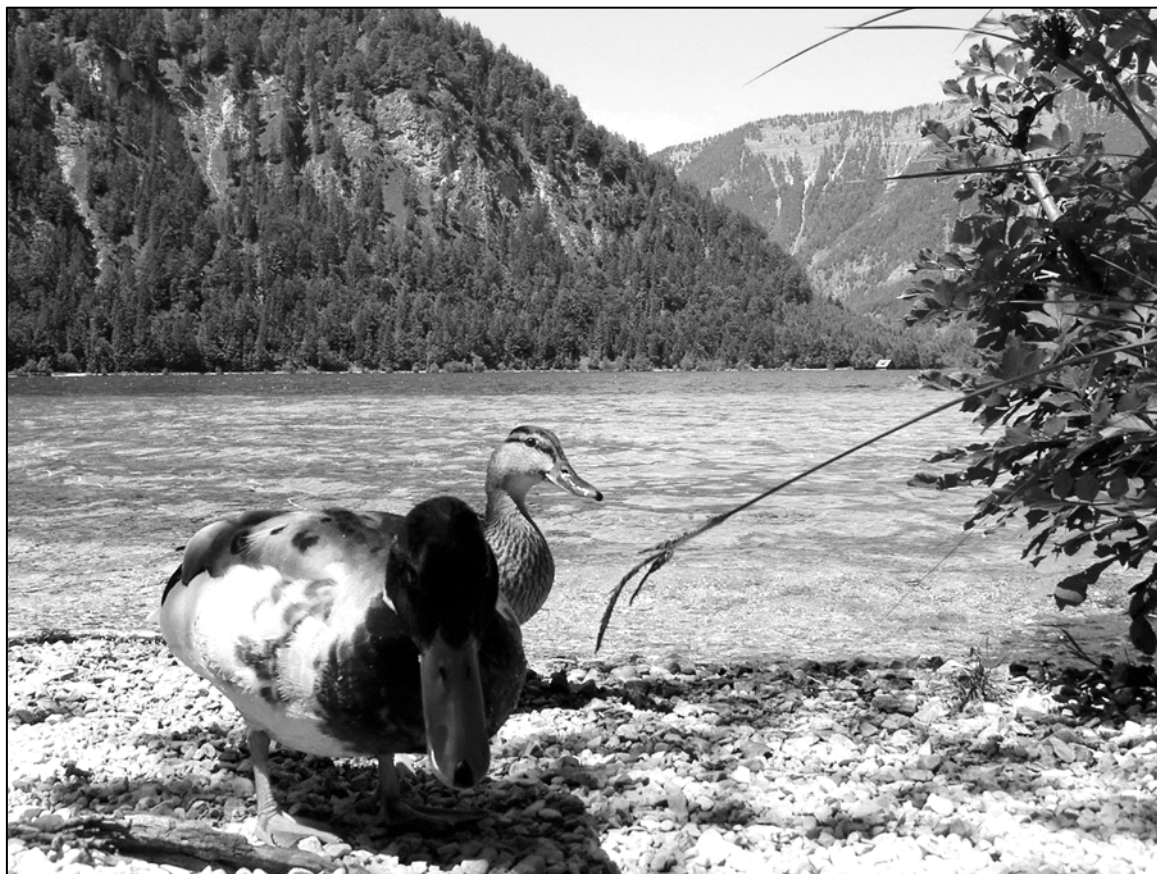
⁵ Lader M, Bruce M: States of anxiety and
their induction by drugs. Br.J.clin.Pharmac,
1986;22:251-261

⁶ de Ridder S, Kuijpers P, Crijns H: Lactate:
panicking doctor or panicking patient? BMJ
Case Rep. 2010; 2010: bcr10.2009.2319

⁷ Yeh HC, Ting iw, Tsai CW, et al.: Serum
lactate level and mortality in metformin-as-
sociated lactic acidosis requiring renal repla-
cement therapy: a systematic review of case
reports and case series, BMC Nephrol. 2017;
18: 229



TEORIE



RENÁTA DOLEŽALOVÁ: K LÉČBĚ PORUCH POHLAVNÍ IDENTIFIKACE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

SOUHRN: DOLEŽALOVÁ R.: K LÉČBĚ PORUCH POHLAVNÍ IDENTIFIKACE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI. PSYCHOSOM 2019; 17(1-2), s. 36-44

Autorka se zamýšlí nad současným společenským klimatem a s ním souvisejícím vnímáním potíží s pohlavní identifikací. Upozorňuje na to, že dosažení dospělé pohlavní identity je dlouhodobý vývojový proces, na kterém se podílí mnoho faktorů, jak biologických, tak psychologických či sociálních. Text stručně uvádí, jak se v této oblasti vyvíjí odborná terminologie i přístup a metody léčení. Doležalová uvádí rizika invazivních metod a zamýšlí se nad možnostmi dlouhodobé intenzivní psychoterapie, metody dosud málo využívané, přitom k ještě se vyvíjejícímu organismu dětí a adolescentů šetrné a s cenným potenciálem.

Dodatek: Prohlášení České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii k léčbě genderové dysforie v dětství a dospívání

KLÍČOVÁ SLOVA: pohlavní identita, bio-psycho-sociální pohled, rizika invazivních metod léčby transsexualit



SUMMARY: DOLEŽALOVÁ R.: TO TREATMENT FAILURE SEXUAL IDENTIFICATION IN CHILDREN AND ADOLESCENCE. PSYCHOSOM 2019; 17(1-2), PP. 36-44

Author reflects the contemporary social climate relating to perception of difficulties with gender identity. She points out, that receiving adult gender identity is a long and developmental process, in which many factors participate - biological, psychological and social as well. Text shortly show the development of the terminology in this area, as well as methods of treatment. Doležalová warns about potencial risk of pervasive methods and thinks about possibilities of a long-term intensive psychotherapy, used little so far, but being careful to a growing body of children and adoslescents and having a great potenciál for them, too.

Appendix: Statement of the Czech Society for Psychoanalytical Psychotherapy toward a treatment of gender dysphoria in children and adolescents

KEY WORDS: *sexual identity, bio-psycho-social view, the risk of invasive methods of treating transsexuality*

VOLBA POHLAVÍ?

Na jaře 2018 jsem v dětské sekci České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP), jejíž jsem členkou, iniciovala diskusi na téma transsexuality v dětství a adolescenci a současným přístupům k léčbě. Vnímám stále sílící trend dnešní doby ve smyslu zdůrazňování všemožných práv různých skupin lidí s nejrozmanitějšími názory. Měli bychom mít také právo na „zcela svobodnou a nezávislou“ volbu, případně změnu svého pohlaví?

V Rakousku byl loni do legislativy zaveden dokonce pojem třetího pohlaví, v Německu dnes není třeba vyplňovat kolonku pohlaví v úředních dokumentech – má to být ochrana před možnou diskriminací. Celospolečenský důraz na toleranci k různým menšinám a jejich právům, rostoucí obavy z možné diskriminace, či následných soudních obvinění s sebou přináší také stále větší strach a nejistotu z konkrétního pojmenování jednotlivých jevů.

Vytváříme si iluzi, které někdy velmi rádi podléháme, že můžeme žít zcela svobodně a nezávisle bez ohledu na fyzikální a společenské zákonitosti i mnoho dalších limitujících faktorů našeho života. Jedním z nich je například i to, že se v drtivé většině případů narodíme buď jako dívka, nebo jako chlapec, tedy s orgány ženského nebo mužského pohlaví. A tak jako se tyto orgány a celé lidské tělo jak před, tak i po narození ještě dále vyvíjejí, tak se také postupně formuje a vyvíjí naše psychika, včetně naší pohlavní identity, tedy naší vědomé i nevědomé identifikace s daným pohlavím a naší ženskou či mužskou rolí ve světě i v našem osobním životě.

Diskuse v naší odborné společnosti, která sdružuje převážně psychiatry a psychology, praktikující psychoanalytickou psychoterapii a poskytující psychoterapeutické výcviky a vzdělávání, se rozšířila i do jejích ostatních odborných sekcí. Byla jsem pověřena pořádáním semináře na toto téma, o který byl velký zájem. Dětská sekce ČSPAP byla také pověřena členy



celé společnosti vypracováním Prohlášení ČSPAP k léčbě genderové dysforie v dětství a dospívání, které v těchto

dnech umisťujeme na naše webové stránky (viz Dodatek).

DOSAŽENÍ POHLAVNÍ IDENTITY JE VÝVOJOVÝ PROCES

Jsme znepokojeni situací, kdy při projevech nespokojenosti s vrozeným pohlavím a potížích s pohlavní identifikací v dětství a adolescenci bývají tito nedospělí jedinci někdy poměrně rychle (během několika málo návštěv) některými lékaři a sexuology směřováni k přípravě na „změnu“ pohlaví, včetně nasazení hormonální léčby a více či méně nezvratných zásahů do ještě se vyvíjejícího, tedy nehotového organismu, což považujeme za předčasné a neetické v době, kdy ještě psychosexuální vývoj dítěte či dospívajícího není dokončen.

Další otázky vzbuzuje v posledních letech **velký nárůst počtu jedinců, zvláště dětí a dospívajících, se známkami diskomfortu týkajícího se pohlavní identifikace.** Dětská oddělení psychiatrických a sexuologických klinik zaznamenávají nárůst těchto případů z jednotlivců na desítky až stovky ročně (v zemích západního civilizovaného světa).

Jaké jsou příčiny, zatím nikomu není zcela známo a je to předmětem odborných diskusí.

Britské psychoanalytičky Barbara Gaffneyová a Paulina Reyesová (1999) popisují výstižně genderovou dysforii těmito slovy; „*setkáváme se zde s nejzákladnějším a nejbolestivějším z možných odcizení, totiž s odcizením těla a duše... Tito mladí lidé jsou rozpolcení do té míry, že*

nedokážou spojit prožitek vlastní identity se svým tělem, a tento pocit jim znemožňuje společenské styky s okolím. Tělo jako by neustále popíralo, kým se dítě cítí být, a nástup pubertálních tělesných změn je prožíván jako útok na samu podstatu vlastní totožnosti.“

Na rozdíl od některých sexuologů (u nás například Hana Fifková, Dita Eichlerová) však nepovažujeme pohlavní identifikaci člověka pouze za biologicky vrozenou a dále již neměnnou záležitost, ale za vývojový proces, který je kromě biologických předpokladů též závislý na zkušenostech jedince s péčí a sociální interakcí s jeho nejbližšími v raných i dalších fázích jeho života, také na traumatických událostech a ztrátách, kterými jedinec v životě prochází. Genderová identita je i forma komunikace daného jedince s jeho původní rodinou a svým způsobem i výsledek rodičovského působení na dítě. Nespokojenost s vrozeným pohlavím a touhu po přijetí pohlaví opačného vidíme jako vyjádření snahy o řešení velikého psychického diskomfortu a utrpení. Je to ovšem řešení obranného charakteru (obrana před masivní úzkostí), zaměřené na tělesnou stránku člověka bez možnosti zkoumání psychologických souvislostí, důvodů a příčin, které k tomuto vedly. Můžeme se na toto řešení dívat také jako na speciální případ obtíží psychosomatického charakteru.

ADOLESCENCE

Léta dospívání s sebou pro daného člověka i jeho rodinu přináší velké změny

jak psychického, tak fyzického charakteru, se kterými se všichni zúčastnění



vyrovnávají s různou rychlostí. Výjimkou nejsou i delší období chaosu a pocitů zmatení, které přinášejí ztráty dosavadních jistot. Nezanedbatelná je zde i potřeba dospívajících nebo frustrovaných jedinců provokovat, konfrontovat dospělé a autority obecně se svými odlišnými názory.

Po právní stránce se člověk v naší zemi stává plnoletým, tedy dospělým a zodpovědným sám za sebe dovršením osmnácti let. Ovšem psychofyzilogicky člověk dospělý (tedy na konci vývoje k dospělosti) v tomto věku není. Vývoj člověka, jak po psychologické, tak fyziologické stránce (včetně vývoje mozku!) dále pokračuje ještě několik dalších let. Konec

adolescence (dospívání) psychologové vcelku shodně umisťují kolem dvacátého šestého roku člověka, někdy to koresponduje i s délkou jeho vzdělávání. Po právní stránce rodiče studujících mají také výživovou povinnost ke svým již plnoletým potomkům do 26 let. Celospolečenský trend posledních let ukazuje spíše na pomalejší dozrávání mladé generace a posunutí začátku dospělého života se zahájením pracovní činnosti, tedy soběstačnosti a zakládáním rodiny do stále vyššího věku. Nedá se tedy obecně předpokládat, že by dnes většina osmnáctiletých byla po všech stránkách schopna dospělého života a byla na konci svého psychofyzilogického vývoje.

PRÁVA VERSUS POVINNOSTI

Uplatňování lidských práv by mělo jít vždy ruku v ruce s vědomím odpovědnosti a přijímáním odpovědnosti za přijatá rozhodnutí. Jelikož tato druhá strana mince už není tak populární a oblíbená, tedy i mediálně ve společnosti

zdůrazňovaná, domnívám se, že bychom ji my, odborníci, zabývající se psychickým zdravím, prevencí i léčbou nemocí, měli připomenout a upozornit na rizika a úskalí, která moderní medicínské postupy provázejí.

LÉČENÍ

Léčba poruch pohlavní identifikace začíná podrobnou psychosexuologickou diferenciální diagnostikou obtíží, může pokračovat vyšetřením endokrinologem, psychologickým poradenstvím nebo psychotherapeutickým procesem, hormonální a chirurgickou léčbou.

Pomůže psychoterapie?

Co se nachází pod pojmem psychoterapie, se může u jednotlivých odborníků velmi lišit. Někteří sexuologové mají tendenci označit za psychoterapii i několik málo setkání s klientem, která by nejspíš

mnozí psychologové označili spíše za psychologické poradenství. Pod pojmem intenzivní psychoterapie máme my psychotherapeuti na mysli pravidelné dlouhodobé setkávání s klientem s frekvencí minimálně 1x týdně i vyšší u závažnějších případů, kdy dochází k sebepoškození nebo jsou přítomny suicidální tendence. Jen intenzivní a dlouhodobá práce s klientem může přinést výsledky s déletrvajícím efektem. I přes časovou náročnost psychoterapie však tento způsob léčby může být finančně méně náročný ve srovnání s chirurgickým lékařským zákrokem



a méně rizikový z hlediska možných nežádoucích vedlejších účinků, které provázejí invazivní metody.

Domenico Di Ceglie, spoluzakladatel Gender Identity Development Service (GIDS) v r. 1989 v Londýně (nejprve v St. George Hospital a od r. 1996 v The Tavistock + Portman Trust), který toto středisko po celou dobu až do současnosti vede, se přiklání k užití slova „terapie a terapeutický“ ve smyslu zlepšení autonomie a subjektivní kvality života jedince v protikladu k tzv. konverzní terapii, která má za cíl změnit přání a cíle daného jedince.

Mnozí psychoanalytici, pracující s těmito lidmi, považují za jednu z největších výzev jejich psychoterapeutické práce vzbuzení zvědavosti u těchto klientů na jejich vlastní historii, psychické prožívání a souvislosti jejich dosavadního vývoje. V některých případech to zřejmě není ani možné a nedaří se to. I přes tyto nesnáze doporučujeme využít s větší důsledností nejprve možností individuální, případně rodinné psychoterapie jako neinvazivních léčebných metod, které se obejdou bez nežádoucích vedlejších účinků. A naopak pomohou k větší exploraci a uvědomění si jak minulé a současné situace, tak dalšího směřování člověka v životě a větší stabilizaci jeho psychiky. Psychoterapie dává také možnost, aby se tito lidé případně smířili se svou transsexualitou i bez chirurgického zásahu do jejich těla.

Hormonální a chirurgická léčba

Další možné intervence moderní medicíny ve prospěch změny pohlaví jedince se označují v

1. fázi za vratný proces – nasazení hormonů, které blokují nástup puberty, tedy hormonálních procesů v dospívání a následující rozvinutí druhotných pohlavních znaků.

Kompletní vratnost tohoto procesu zůstává ovšem ve skutečnosti otázkou. Jakmile jsme již hormonálně zasáhli do vývoje člověka, další vývoj už nemůže být nikdy tímto zásahem neovlivněn. Tato fáze léčby bývá tedy aplikována u dětí s výraznou pohlavní dysforií ještě před nástupem puberty.

2. fáze léčby je již označena jako nevratná a jde o nasazení hormonů opačného pohlaví s následným rozvinutím druhotných pohlavních znaků opačného pohlaví. Aplikuje se obvykle v období kolem šestnáctého roku daného jedince (Di Ceglie, 2018).

U hormonální léčby se před jejím započtím vyžaduje od dětí a jejich rodičů informovaný souhlas. Opět zde klademe otázku, do jaké míry jsou děti schopny porozumět problému a učinit tak závažné a nevratné rozhodnutí o jejich budoucím životě, a jestli je možné nakládat na děti takovou odpovědnost??? Dokumentární film „Kids on the Edge“, který v roce 2016 natočilo Gender Identity Development Service (GB), věnující se problémům těchto dětí i jejich rodičů, ilustruje tuto problematiku zblízka.

3. fáze léčby, kterou se rozhodne podstoupit zatím pouze malá část již dospělých, tedy minimálně osmnáctiletých transsexuálních jedinců, je **operativní změna pohlaví, která je také nevratným procesem.** Je nutno upozornit na fakt, že ač moderní plastická chirurgie dokáže až neuvěřitelně dokonale **vymodelovat pohlavní orgány, tyto ovšem nejsou po zbytek života plně funkční ani po stránce reprodukční, ani po stránce sexuálního uspokojení (absence receptorů).** Tedy nejde o dokonalou změnu pohlaví, ale o co nejvěrnější napodobení přeměny člověka v člověka opačného pohlaví, než se kterým se narodil. Zejména tento fakt bývá často v médiích, píšících o této



problematicke, zcela opomíjen. Dalším faktem je, že ne všichni klienti (pacienti?), kteří tyto operativní zákroky podstoupili, jsou spokojeni a žijí subjektivně kvalitnějším životem. Jsou zaznamenány

i případy zhroucení a sebevražedných tendencí po operativních zákrocích. Současná situace není moc přehledná a dobře prozkoumaná.

VÝVOJ ODBORNÉ TERMINOLOGIE

Podívejme se na to, k jakým změnám dochází během let v pojmenování potíží s pohlavní identitou;

V r. 1955 uvádí **John Money** poprvé koncept „**pohlavní identity**“, oddělené od pohlaví jedince. Mluví o relativní nezávislosti gender-role (souboru pocitů, způsobů prosazování a chování, určujících mužství a ženství) na jeho biologicky daném pohlaví.

V r. 1968 a později i v r. 1992 **definoval Robert Stoller pohlavní identitu** jako „...složitý systém přesvědčení o sobě samém; pocit svého mužství, nebo ženství. Vůbec nebere v úvahu původní vznik tohoto pocitu, tj. je-li osoba biologicky mužského nebo ženského pohlaví. Má pouze psychologické konotace, jde o subjektivní stav.“

Stoller ve svých výzkumech (1968, 1974) dospěl k závěrům, že pro vytvoření pohlavní identity dětí má určující vliv přesvědčení jejich rodičů o jejich pohlaví, a to i v případech, kdy některé pohlavní orgány těchto dětí chybí nebo vykazují nějaké abnormality či deficity.

Míru vlivu role rodičů na Stollerovo „přesvědčení o sobě samém“ podtrhuje i česká studie faktorů životní spokojenosti adolescentů; „...statisticky významné jsou celkové efekty emocionální opory a rodinné koheze na životní spokojenost (adolescentů); míra vnímané emocionální opory má výraznější vliv na pocit životní spokojenosti dívek.“ (Kožený, Csémy, Tišanská, 2007)

V roce 1980, 1994 v DSM III a DSM IV najdeme diagnózu **Porucha pohlavní identity** (Gender Identity Disorder).

V DSM V (2013) najdeme místo tohoto označení termín **Pohlavní dysforie** (Gender Dysphoria). Kontroverzí tohoto pojetí je, že nejde o specifickou psychopatologii, ale o atypický vývoj pohlavní identity, nicméně zůstává v manuálu psychiatrických nemocí pro potřebu ošetření a léčby v některých případech, která je hrazena z veřejných zdrojů, zdravotních pojišťoven, jak uvádí Domenico Di Ceglie (2018).

V roce 2018 je celé číslo britského Journal of Child Psychotherapy (vol. 44, no. 1) věnováno problematice pohlavní identity – **working with gender identity in the consulting room** – vývoji a zkušenostem s léčebnými přístupy ve Velké Británii – převážně psychotherapeutickými, stručně je zmíněna i hormonální a chirurgická léčba – při poruchách pohlavní identifikace (či pohlavní dysforii), které bývají často zdrojem velkého diskomfortu, distresu a trápení vedoucím někdy k sebepoškozování, v krajních případech i k suicidálním tendencím.

Zaujalo mne, že v tomto čísle v několika článcích už se nedočteme, že „dítě se narodilo jako chlapec či děvče“, ale „při narození bylo dítěti připsáno pohlaví ženské nebo mužské“. Jako kdyby to bylo rozhodnutí lékaře, jaké pohlaví danému jedinci připiše, a ne biologickou daností! A to nešlo o jedince se vzácným



androgenitálním syndromem, u kterých se jejich pohlaví po narození opravdu nedá určit s jednoznačností (vykazují známky obou).

Tento posun ve vyjadřování je, domnívám se, jedním z faktorů, které také přispívají k myšlenkám a pocitům, že pohlaví jedince je otázkou volby.

POTŘEBUJE SPOLEČNOST UNISEX NEBO MUŽE A ŽENY?

Co je ženské a co mužské? To je otázka, na kterou odpovědět je čím dál složitější. Mužské a ženské role a stereotypy se proměňují, mnohde velmi přibližují a prolínají. Máme všichni stále více možností. Přináší to s sebou složitější rozhodování a výběr. Asi i díky tomu se nám stále obtížněji hledá ženská i mužská identita a naplnění mužské a ženské role. Za extrémní a nebezpečné, tedy společnost ohrožující řešení považuji trendy unisex. Nezaměňujme rovnoprávnost obou pohlaví (stejná lidská práva, pro která samozřejmě jsem) za rovnost pohlaví. Jak mužské, tak ženské pohlaví mají určitá specifika, určité možnosti i limity. Myslím, že je třeba přemýšlet, diskutovat a hledat možnosti identifikace jak s mužstvím, tak s ženstvím. Pro současnost i budoucnost lidské společnosti je životně důležitá existence a polarita mužů a žen, jejich spojení a spolupráce.

Mnoho paradoxů a kontroverzí

Na jedné straně se lékařská terminologie stále více brání pojmenovat potíže s pohlavní identitou za poruchu či nemoc. Na druhé straně u dysforie pohlavní identity (= nespokojenost s daným pohlavím) je čím dále častěji požadována léčba s použitím nejmodernějších lékařských poznatků, dovedností, technologií a léčiv. Další otázkou pak je i financování takové léčby, zvláště pokud by tito lidé neměli být označeni za pacienty s určitými zdravotními obtížemi.

Odborníci jsou ve vyjadřování svých názorů stále opatrnější. Domenico Di Ceglie

(ředitel GIDS) ve svém článku ve výše zmiňovaném čísle Journal of Child Psychotherapy říká, že jsme dosud nedosáhli uspokojujícího porozumění vývoji pohlavní identity a interakci mezi fungováním mozku, hormonů a zkušeností během života.

Ať chceme, či nikoli, pohlavní identifikaci dnešní generace teenagerů ovlivňují i vzory světového modelingu. Dnešní ideál mužské krásy jsou kluci bledí a hubení, kteří často připomínají děvčata.

Editor celého časopisu Jo Russell v editorialeu píše, že otázka, kdo má právo usměrňovat vývoj dětské pohlavní identifikace, zůstává i nadále kontroverzní a máme se stále co učit.

Budeme se tedy všichni čím dál více bát vychovávat z našich dětí muže a ženy? Nebo si dodáme odvahy a přes všechny nástrahy moderní doby se dál budeme snažit vychovávat a formovat z našich dětí holčičky a kluky, dívky a chlapce, slečny a mladíky, ženy a muže, matky a otce? Když ještě lidé neměli tolik volného času, možností a prostředků k relativizaci všech lidských hodnot (protože práce a shánění obživy jim zabrala většinu dne), odnepaměti byla výchova k mužství i ženství přirozenou součástí jejich života, úkolem jak rodičů, tak i dalších výchovných, zájmových a kulturních institucí společnosti. Jako bychom se snažili čím dál více popírat hranice a limity našich životů. Odmítáme si je s pokorou přiznat a respektovat, bohužel někdy i za pomocí „odborníků“.



Text vyšel ve Vox Pediatría v březnu 2019
Do redakce přišel na vyžádání 25. 3. 2019
Zařazen k tisku se svolením redakce Vox Pediatría

LITERATURA

1. Di Ceglie, D. (2018) „The use of metaphors in understanding atypical gender identity development and its psychosocial impact“ In *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 44, No. 1, p. 5–28
2. Fenclová Jiřina (2000) „Vývoj psychoanalytických pohledů na ženskou sexualitu“, FF UK *diplomová práce*
3. Gaffneyová, B., Reyesová, P. (1999) kap. „Dysforie pohlavní identity“ in *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*, Lanyado, M. , Horne, A. (Ed.), s. 475–495
4. Jensen, Frances E., Nutt, Amy Ellis (2015) „Mozek teenager“
5. Kožený, J., Csémy, L., Tišanská, L. (2007) „Strukturální analýza modelu životní spokojenosti adolescentů“ in *Československá psychologie*, Roč. 51, č. 3, s. 224–237
6. Money, J. (1955) „An examination of some basic sexual concepts; the evidence of human hermaphroditism“, *Bulletin of the John Hopkins Hospital* 97, p. 253–264
7. Money, J. (1992) „The koncept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 37 years“ *Proceedings of the Conference on Gender Identity and Development in Childhood and Adolescence*, London; Konference Unit, St. George´s Hospital
8. Stoller, R. (1968) „Male, childhood transsexualism“, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 7; p. 193–201
9. Stoller, R. (1976) „Primary Femininity“, *Journal of the American Psychanalytic Association*, Supplement Female Psychology, 24, p. 3–27
10. Stoller, R. (1992) „Gender identity development and prognosis; A summary“ In C. Chiland, J. G. Joung (Eds.) *New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence*; p. 78–87, Yale University Press

AUTORKA:

Mgr. Renata Doležalová působí jako psychoanalyticky orientovaná psychoterapeutka v soukromé praxi v Praze a konzultuje také v Poradně pro rodiče a děti v Brandýse nad Labem. Věnuje se převážně práci s dětmi či dospívajícími, s rodiči, páry a rodinami (www.rendol.cz). Ovlivněna studiem pedagogiky, psychologie a psychoanalýzy, zkušenostmi práce vychovatelky školní družiny, au-pair v GB i USA, lektorky angličtiny v Praze, psycholožky v PPP i zkušenostmi manželskými a mateřskými, hledá, a také kráčí svou vlastní cestou. Zajímá ji fungování lidské psychiky, souvislosti jevů psychologických a společenských, vývoj a výchova dítěte.



Vyjadřuje se k tématu genderové dysforie u dětí a dospívajících, k prezentaci tématu v médiích, ke způsobu chápání, k léčbě těchto bolestivých potíží: toto směřování v současnosti nepovažuje za příliš šťastné a přínosné, ani pro jednotlivce, ani pro společnost.

Více k tématu také právníci, viz <https://zdravotnickepravo.info/rozhodnuti-nss-ve-veci-upravy-zmeny-pohlavi/> s komentářem prof. Ivo Telce



Dodatek:

PROHLÁŠENÍ ČESKÉ SPOLEČNOSTI PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII K LÉČBĚ GENDEROVÉ DYSFORIE V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ

1. ČSPAP sleduje prudký nárůst počtu jedinců, zvláště dětí a dospívajících, se známkami diskomfortu týkajícího se pohlavní identifikace. ČSPAP zpochybňuje dosavadní trend v České republice k řešení potíží osob s poruchou pohlavní identity, zejména před dosažením osmnácti let, považuje ho za nebezpečný a někdy neetický.
2. Psychologické hledání pohlavní identity je proces, který se rozvíjí od narození, mají na něm podíl rodiče i společnost. Jde o proces, který je mimo jiné určen nevědomými motivy, úzkostmi a obranným zpracováním. Tento problém je nutné řešit komplexně v kontextu biopsychosociálního rámce.
3. Nedostatečná pozornost věnovaná zkoumání a zpracování psychických příčin vedoucích k uvažování o změně pohlaví může vést k předčasným a nezvratným zásahům do organismu osob s často neukončeným psychosociálním vývojem.
4. ČSPAP zdůrazňuje nutnost úplné informovanosti žadatelů o změnu pohlaví o výsledcích této realizované změny:
5. nezvratnosti fyzického poškození,
6. riziku nežádoucích vedlejších účinků hormonálních a chirurgických zákroků
7. možném výrazném zhoršení psychického stavu
8. zvýšeném riziku sebevraždy a invalidity.
9. Domníváme se, že ani významné pokroky medicíny neumožňují realizovat uspokojivou chirurgickou změnu ženského pohlaví na mužské a opačně. Operativní změna pohlaví nezaručuje automaticky plné uspokojení a vymizení genderové dysforie.
10. ČSPAP, vzhledem k výše zmíněným výhradám doporučuje všem zájemcům, v případě dětí jejich rodičům, o změnu pohlaví, před zahájením veškerých kroků, které k této změně směřují, intenzivní individuální psychoterapii. Nutná je i práce s rodinou. Tento postup umožní lépe porozumět a zpracovat vědomé, a především nevědomé motivace, přání a konflikty, které vedou k uvažování o změně pohlaví. ČSPAP zároveň vyzývá odbornou veřejnost k diskusi na toto závažné téma.
11. ČSPAP podporuje seriózní výzkum a komplexní dlouhodobé sledování všech aspektů života těch, kteří podstoupili hormonální a chirurgickou léčbu a kompetentní diskusi o dlouhodobých změnách, kvalitě života a případných nežádoucích dopadech uvedených radikálních intervencí.



VÝZKUM



LUCIA MAZÚCHOVÁ, SIMONA KELČÍKOVÁ, ALENA RABÁROVÁ: STRACH MATIEK SÚVISIACI S TEHOTENSTVOM

Ústav pôrodnej asistencie Jesseniova lekárska fakulta UK, Martin

ABSTRAKT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., RABÁROVÁ A.: STRACH MATIEK SÚVISIACI S TEHOTENSTVOM. PSYCHOSOM 2019; 17(1-2), S.46-56

Strach je prirodzenou emóciou tehotných žien. Niekedy nekomunikovaný strach v období tehotenstva sa môže zintenzívňovať a mať negatívny vplyv na ženu, dieťa i samotný pôrod. Cieľom štúdie bolo identifikovať obsahy strachu u tehotných žien a spôsoby zvládania strachu. Štúdie sa zúčastnilo 156 tehotných žien ($29,7 \pm 4,7$ rokov). Metódou zberu údajov bol dotazník vychádzajúci z Melenderovej tabuľky obsahov strachu. Zistili sme, že tehotné ženy prežívajú najväčší strach o zdravie dieťaťa (64,1 %) a strach z pôrodu (21,8 %). Pri prekonávaní strachu najviac ženám pomáha rozhovor a podpora blízkej osoby (47,1 %) a rozhovor a podpora lekára/pôrodnej asistentky (21,6). Závěry výskumu poukazujú na skutočnosti, ktoré by mohli zlepšiť primárnu zdravotnú starostlivosť o tehotné ženy v rámci prevencie zvládania strachu v tehotenstve a počas pôrodu.

KEÚČOVÉ SLOVÁ: strach tehotných žien, strach z pôrodu, zvládanie strachu, prevencia strachu



ABSTRACT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., RABÁROVÁ A.: MOTHERS FEAR OF PREGNANCY. PSYCHOSOM 2019; 17(1-2), PP.46-56

Fear is a natural emotion of pregnant women. Sometimes not communicated it may intensify and then it has a negative influence on a woman, a child and a birth. The aim of the study was to identify out whether pregnant women contents fear and his coping. 156 pregnant women were interviewed (29.7 ± 4.7 years). The method of data collection was a questionnaire, resulting from Melender table contents fear. We have found that pregnant women experience the greatest fear of the health of the child (64,1 %) and the fear of the childbirth (21,8 %). To overcome fear most women helps conversation with a support person (47.1%) and in the interview and support of a doctor/midwife (21.6 %). Conclusions research has shown some facts that may help to improve primary health care for pregnant women within preventing and coping with the fear in pregnancy and during the birth.

KEYWORDS: fear of pregnant woman, fear of childbirth, coping with fear, fear prevention

ÚVOD

Tehotenstvo sa často opisuje ako najkrajšie obdobie v živote ženy, ktoré sa spája s pozitívnymi emóciami a s radostným očakávaním dieťaťa. Avšak môže byť aj obdobím prežívania strachu a neistoty. Tehotenstvo je považované za jednu z vývojových kríz v živote každej ženy, kedy žena prechádza výraznými zmenami v oblasti psychickej, somatickej aj sociálnej. Mnohé ženy svoje pocity a obavy späté s tehotenstvom a pôrodom nevyjadrujú. Domnievajú sa, že ich prežívanie nebude prijaté okolím a celou spoločnosťou, vzhľadom k vnímaniu tehotenstva ako obdobia plného šťastia a radosti. Strach je jedna zo základných vrodenných emócií človeka. V literatúre býva definovaný ako nepríjemný, emocionálny stav aktuálneho alebo očakávaného podnetu, ktorý daná osoba kognitívne spracováva ako podnet, ktorý ju ohrozuje, ktorý je pre ňu nebezpečný, nový nepredvídateľný alebo ju priamo poškodzuje, pôsobí utrpenie. Jedinec je spravidla schopný identifikovať príčinu svojho strachu (situáciu, osobu, predmet, výkon atď.). Strach je sprevádzaný mnohými fyziologickými reakciami ako je napríklad

napätie svalov, kŕče, tras, zrýchlené alebo prehlbené dýchanie, palpitácie, potenie, slabosť, sucho v ústach (Praško et al., 2018). Výnimkou nie sú ani prehnane emočné reakcie, depresia, podráždenosť, plačlivosť a eufória (Rastislavová, 2008). Strach určuje silu emócií v tehotenstve ako aj pri pôrode. Podľa výskumov okolo 80 % žien pociťuje v dobe tehotenstva strach a obavy (Melender, 2002a). Prediktormi vzniku strachu počas tehotenstva v rôznej miere môžu byť predchádzajúce životné skúsenosti ženy, negatívne príbehy o pôrode, posttraumatická stresová porucha (ktorá vzniká v dôsledku znásilnenia, zneužívania či predchádzajúceho komplikovaného pôrodu), chýbajúca skúsenosť s pôrodom, ambivalencia týkajúca sa tehotenstva a materstva, vek, vzdelanie, sociálnoekonomický status, konflikty v partnerskom živote, psychické napätie v každodennom živote, nedostatok sociálnej siete (Räsänen et al., 2013; Laursen et al., 2008). Boli preukázané aj psychologické a psychosociálne prediktory strachu, ako súvislosť s typom osobnosti, s úzkosťou, s nízkym sebavedomím a psychosociálne



prediktory (Toohill et al, 2014; Melender, 2002b). Ako sa ženy so zmenami sprevádzajúcimi tehotenstvo vyrovnávajú vo veľkej miere závisí od osobnosti, zrelosti, veku, postoja k tehotenstvu, pripravenosti na rolu matky, ale aj od sociálneho a ekonomického zázemia. Mierne obavy a strachy prežívané počas tehotenstva sú prirodzené a normálne, napomáhajú procesu adaptácie na tehotenstvo a blížiacieho sa materstva. Strach môže však mať dopad na každodenný život a kvalitu života tehotných žien (Melender, 2002a). Tehotné ženy, u ktorých sa prejaví intenzívnejší strach môžu trpieť fyzickými prejavmi ako nespavosť, nervozita, tension, neschopnosť si oddýchnuť a iné,

ktoré vyvolávajú pocity neistoty až paniky a môžu negatívne ovplyvňovať aj telesné zmeny sprevádzajúce tehotenstvo. Medzi dôsledky strachu patria psychosomatické poruchy, ktoré môžu mať negatívny dopad na tehotenstvo ako napr. spontánny potrat. Súčasné teórie spájajú mechanizmus potratu s pôsobením serotonínu, stresu a imunosupresie (Ratislavová, 2008). Tehotnej žene by sa mala poskytovať komplexná zdravotnícka a psychosociálna podpora zameriavajúca sa na jej individuálne potreby (Čech et al., 2006).

Cieľom práce bolo identifikovať obsahy strachu u tehotných žien a jeho spôsoby zvládania.

METODIKA

Na zber relevantných údajov bola použitá empirická metóda – **dotazník**. Dotazník pozostávala z otázok, zameraných na zistenie z čoho konkrétne majú ženy strach počas tehotenstva a aké sú ich spôsoby zvládania strachu. Pri zostavovaní dotazníka sme vychádzali z Melenderovej tabuľky, v ktorej sa uvádzajú obsahy strachu u tehotných žien (Melender, 2002a). Išlo o zámerný výber respondentov. Do súboru boli zaradené respondentky, ktoré spĺňali vopred určené *zaraďovacie (inkluzívne) kritériá*: aktuálna tehotnosť ženy a súhlas respondentky so zaradením do štúdie.

Pilotná štúdia bola realizovaná s 5 respondentkami. Na základe pilotáže sa modifikovali problematické formulácie niektorých položiek prvej časti dotazníka. Inštrukcie k vyplneniu dotazníka boli uvedené v úvode dotazníka. Zvolil sa kombinovaný spôsob administrácie dotazníkov (osobne, elektronicky). Dotazník bol distribuovaný osobne

prostredníctvom 3 gynekologických ambulancií, ktoré sme navštevovali v čase tehotenských poradní. Osobne vyplnené dotazníky ženy odovzdávali do označenej schránky určenej na tento účel. Výber ambulancií bol podľa našich dostupných možností a tiež na základe súhlasu oslovených gynekológov v gynekologických ambulanciách. Elektronicky ženy vyplňali dotazníky po získaní ich súhlasu a dobrovoľnom poskytnutí ich mailovej adresy, na ktorú im bol poslaný linkový odkaz na dotazník. Responzibilita z osobnej distribúcie dotazníkov ($n=120$) bola 90,6% ($n=109$). Z poskytnutých 72 emailových adries vyplnilo dotazník 53 respondentiek, čo je 73,6 % tná responzibilita. Celková responzibilita dotazníkov bola 81,8 % ($n=162$). Z celkového počtu ($n=162$) bolo 6 vyradených z dôvodu nesprávneho, alebo neúplného vyplnenia a tak celkový počet vyhodnotených dotazníkov pre účely našej štúdie bol 156. Na interpretáciu výsledkov dotazníka bola použitá *deskriptívna štatistika*.



VÝSLEDKY

Tab. 1 Charakteristika respondentov

Charakteristika	N (%)
Parita	
• prvorodička	82 (52,6)
• druhorodička	47 (30,1)
• viacrodička	27 (17,3)
Subjektívne posúdenie posledného pôrodu	
• komplikovaný	30 (19,2)
• bez komplikácií	42 (26,9)
• neviem posúdiť	2 (1,3)
• prvorodičky	82 (52,6)
Trimester	
• I.	20 (12,8)
• II.	39 (25,0)
• III	97 (62,2)
Partnerský vzťah počas tehotenstva	
• áno	152 (97,4)
• nie	4 (2,6)
• Spolu	156 (100)

Do štúdie bolo zaradených 156 tehotných žien. Respondentky boli vo veku od 18 do 42 rokov (priemerný vek 29,7 rokov $\pm$ 4,7 rokov). Výskumný súbor tvorilo 52,6 % prvorodičiek, 30,1 % druhorodičiek a 17,3 % viacrodičiek. Zo žien, ktoré už rodili 26,9 % uviedlo, že predchádzajúci pôrod hodnotia ako nekomplikovaný, 19,2 %

ako komplikovaný a 1 % uviedlo, že predchádzajúci pôrod nedokázu posúdiť. Z hľadiska trimestra tehotenstva bolo 12,8 % v I. trimestri; 25,0 % v II. trimestri a 62,2 % v III. trimestri. V období vyplňovania dotazníka 97,4 % respondentiek malo partnerský vzťah a 2,6 % vzťah nemalo.



Tab. 2 Obsahy strachu z pôrodu u tehotných žien

Strach z pôrodu	N	%
bolesť	65	21,2
dlhotrvajúci pôrod	59	19,2
panika a strata kontroly v priebehu pôrodu	21	6,8
pocit neschopnosti a nespôsobilosti	14	4,6
natrhnutie alebo nastrihnutie hrádze	45	14,7
nesprávna technika tlačenia a dýchania	19	6,2
z cisárskeho rezu	28	9,1
z použitia kliešti a vákuumextraktora	54	17,7
spolu	307	100,00
Strach o zdravie dieťaťa	N	%
porodenie mŕtveho dieťaťa	47	21,4
poranenie dieťaťa počas pôrodu	73	33,2
porodenie chorého, postihnutého dieťaťa	74	33,6
nemám strach o zdravie dieťaťa	25	11,4
Iné	1	0,5
spolu	220	100,00
Strach o vlastné zdravie	N	%
problémy v súčasnom tehotenstve	25	14,5
problémy počas pôrodu	75	43,6
problémy po pôrode, v šestonedelí	22	12,8
nemám strach o svoje zdravie	48	27,9
Iné	2	1,2
spolu	172	100,00
Strach zo zdravotníckeho personálu	N	%
nevľúdny personál v pôrodnici	102	49,8



nemôcť sa podieľať na rozhodovaní	31	15,1
neprítomnosť personálu, pocit osamelosti	24	11,7
kladenie nevhodných otázok pôrodníc-kemu personálu	15	7,3
nemám strach zo zdravotníckeho perso-nálu	29	14,2
Iné	4	1,9
spolu	205	100,00
Strach z rodinného života	N	%
problémy v partnerskom živote	17	10,4
problémy v sexuálnom živote	17	10,4
problémy so starostlivosťou a výchovou dieťaťa	31	18,9
nemám strach z rodinného života	97	59,2
Iné	2	1,2
spolu	164	100,00

V otázke strachu z pôrodu si mohli respondenty vybrať z viacerých možností odpovedí. Celkovo bolo označených 307 odpovedí. Analýzou obsahov strachu z pôrodu sa zistilo, že najviac respondentiek sa obávalo bolesti (21,2 %), dlhotrvajúceho pôrodu (19,2 %), použitia kliešti a vákuumextraktora pri pôrode (17,7 %), natrhnutia alebo nastrihnutia hrádze (14,7 %).

Počet odpovedí týkajúcich sa strachu o zdravie dieťaťa bolo 220. Strach o zdravie dieťaťa sa najčastejšie týkal strachu z porodenia chorého alebo postihnutého dieťaťa (33,6 %), poranenia dieťaťa počas pôrodu (33,2 %). Strach o zdravie dieťaťa nepociťovalo 11,4 % respondentiek.

Počet odpovedí týkajúcich sa strachu o vlastné zdravie bolo zaznamenaných 172, pričom išlo najčastejšie o obavy

týkajúce sa problémov, ktoré by mohli vzniknúť počas pôrodu (43,6 %), problémov v súčasnom tehotenstve (14,5 %) a strach o vlastné zdravie nepociťovalo 27,9 % respondentiek. Medzi inými odpoveďami boli uvedené zotavovanie po cisárskom reze a bolesti hlavy po spinálnej anestézii.

V otázke strachu zo zdravotníckeho personálu bolo zaznamenaných 205 odpovedí, pričom najčastejšie išlo o strach z nevládneho personálu v pôrodnici (49,8 %) a strach respondentiek, že sa nebudú môcť podieľať na rozhodovaní (15,1 %). Strach zo zdravotníckeho personálu nepociťovalo iba 14,2 % respondentiek. Medzi inými odpoveďami boli uvedené napr. nátlak personálu, nedôstojné správanie.



Väčšina respondentiek (59,2 %) nemala strach z rodinného života a 18,9 % malo strach z problémov súvisiacich so

starostlivosťou a výchovou dieťaťa. Medzi inými boli odpovede ako nedostatok financií a osamelosť.

Tab. 3 Poradie obsahov strachov u tehotných

Obsahy strachu	n	%	poradie
pôrod	34	21,8	2.
zdravie dieťaťa	100	64,1	1.
vlastné zdravie	11	7,1	3.
zdravotnícky personál	9	5,7	4.
rodinný život	2	1,3	5.
spolu	156	100	

Poradie obsahov strachu je podľa toho, koľkokrát bol daný obsah strachu označený na 1. miesto, teda bol považovaný za najväčší. Z toho sme určili poradie obsahov strachu. Najvýraznejší obsah strachu u tehotných žien sa preukázal strach

o zdravie dieťaťa (64,1 %), nasledoval strach z pôrodu (21,8 %), strach o vlastné zdravie (7,1 %), strach zo zdravotníckeho personálu (5,77 %) a najmenej výrazný bol strach z rodinného života (1,3 %).

Tab. 4 Spôsoby zvládania strachu

Spôsoby zvládania strachu	n	%
rozhovor a podpora blízkej osoby	131	47,1
rozhovor a podpora lekára/ pôrodnej asistentky	60	21,6
čítanie kníh a časopisov o tehotenstve a pôrode	30	10,8
navštevovanie psychofyzickej prípravy na pôrod	16	5,8



navštevovanie materských centier, podporné skupiny	6	2,2
zbieranie informácií prostredníctvom internetu	33	11,9
Iné	2	0,7
Spolu	278	100,00

Skoro polovica respondentiek (47,1 %), pomáha prekonať strach rozhovor a podpora blízkej osoby, 21,6 % pomáha rozhovor a podpora lekára/ pôrodnej

asistentky a 11,9 % pomáha zvládať strach zbieranie informácií prostredníctvom internetu. Medzi inými boli uvedené modlitba a hypnôpôrod.

DISKUSIA

Strach z pôrodu, ktorý sa podľa niektorých štúdií (Petersen et al., 2009; Haines et al., 2012) preukázal ako jeden z najčastejšie prežívaných strachov v tehotenstve sa najviac týkal strachu z dlhotrvajúceho pôrodu, bolesti, nástrihu hrádze, použitia kliešti a vákuumextraktora pri pôrode (tab. 2). Naše výsledky možno porovnať so štúdiou (Melender, 2002a), ktorá uvádza, že strach tehotných žien (n=329) z pôrodu sa rovnako týkal strachu z bolesti, z dlho trvajúceho pôrodu, z paniky alebo z vlastnej neschopnosti behom pôrodu. Iná štúdia potvrdzuje, že strach tehotných žien z pôrodu sa týkal najmä strachu z bolesti (Gosselin et al., 2016). Tehotné ženy, ktoré prežívali strach z pôrodu, prežívajú pôrodné bolesti intenzívnejšie (Haines et al., 2012). Strach zasahuje do priebehu pôrodu. Ak je rodička uvoľnená a pozitívne naladená, má dobré predpoklady pre jednoduchý a bezproblémový pôrod. Ak je naopak v negatívnom naladení, plná pochybností, obáv, strachu riziko komplikácií vzrastá. Strach vedie k napätiu a to môže zvyšovať citlivosť na bolesť a znižovať schopnosť jej tolerancie. Strach z pôrodnej bolesti je často hlavnou

príčinou voľby cisárskeho rezu, čo sa preukázalo u 73,5 % respondentiek zapojených do štúdie (Aksoy et al., 2015).

Bolo zistené, že schopnosť vyrovnať sa s pôrodnými bolesťami u tehotných žien významne ovplyvnila podpora pôrodných asistentiek v priebehu tehotenstva a pôrodu a to na základe vzťahu dôvery, ktorý sa vyvinul v priebehu predpôrodných skupín. Tieto skúsenosti žien so schopnosťou prekonať obavy a pochybnosti o sebe a vyrovnať sa s prežívanou bolesťou viedli k pocitom hrdosti, radosti a posilnenia po pôrode (Leap et al., 2010).

Vo vzťahu k **strachu o zdravie dieťaťa** sa prejavil najväčší strach týkajúci sa obáv, že dieťa bude choré, alebo postihnuté, že dôjde k poraneniu dieťaťa počas pôrodu a strach z pôrodu mŕtveho dieťaťa (tab. 2). Naše výsledky sú podobné výsledkom spomínanej štúdie, podľa ktorej sa ženy taktiež strachovali hlavne kvôli narodeniu mŕtveho, chorého, postihnutého dieťaťa a zraneniu dieťaťa počas pôrodu (Melender, 2002a).



Najčastejším obsahom **strachu o vlastné zdravie** sa preukázali problémy, ktoré by mohli vzniknúť počas pôrodu, problémy v súčasnom tehotenstve, problémy po pôrode, v šestonedelí (tab. 2).

Tehotné ženy v súvislosti s prežívaním strachu sú ovplyvnené zdravotníkmi (pôrodné asistentky, sestry, gynekológovia, terapeuti) a interakciami s nimi. Ich prístup počas tehotenstva a pôrodu významne vplýva na stav psychiky rodičky. Môžeme konštatovať, že **strach zo zdravotníckeho personálu v našej štúdií** sa týkal strachu z nevládneho personálu v pôrodnici, z nemožnosti angažovať sa na rozhodovaní. V iných odpovediach boli uvedené napr. nátlak personálu, nedôstojné správanie (tab. 2). Aj v inej štúdií bolo preukázané, že negatívna skúsenosť z pôrodu u žien súvisela so zlým prístupom personálu u 18,6 % žien. Taktiež aj ďalšie zistené dôvody súvisiace s negatívnou skúsenosťou z pôrodu ako nedostatočná informovanosť u 11,9 % žien, nedostatok súkromia u 10,7 % žien a strata dôstojnosti u 10,7 % súvisia s prístupom zdravotníckeho personálu (Mazúchová et al., 2014). Je veľmi zarážajúce a alarmujúce, že v dnešnej dobe tehotné ženy prežívajú aj takýto druh strachu. Zdravotnícki pracovníci svojim prístupom, citlivým sprevádzaním žien by sa mali podieľať na prevencii, redukcii strachu a nie byť príčinou strachu.

V súvislosti so **strachom z rodinného života** väčšina (59,1 %) tehotných žien vyjadrila, že nemá strach z rodinného života (tab. 2). Respondentky, ktoré takýto strach prežívajú sa najviac obávajú problémov súvisiacich so starostlivosťou o výchovu dieťaťa. Medzi inými boli zmienené odpovede ako nedostatok financií a osamelosť. Domnievame sa, že väčšina žien nemala strach z rodinného života, vzhľadom k skutočnosti, že väčšina žien (97,4 %) žila počas tehoten-

stva v partnerskom vzťahu. Konštatujeme, že strach v tejto oblasti sa preukázal práve u tých žien, ktoré nežili v partnerskom vzťahu (2,6 %).

Najväčší strach u tehotných žien sa v našej štúdií preukázal **strach o zdravie dieťaťa**, nasledoval **strach z pôrodu**, strach o vlastné zdravie, strach zo zdravotníckeho personálu a najmenej uvádzaný strach sa preukázal strach z rodinného života (tab. 3). K zisteniam podobným našej štúdie prišli aj Peñacoba-Puente et al. (2011), podľa ktorých hlavným strachom tehotných žien sa preukázal strach súvisiaci s obavou, že nebude s dieťaťom všetko v poriadku. Druhým najčastejšie zmieňovaným strachom bol strach z potratu a strach z pôrodu. Podľa štúdie Melendera (2002a) najčastejšie uvádzaným strachom bol strach z pôrodu (19,8 % žien), strach z prospievania matky a dieťaťa (14,5 % žien), strach vzťahujúci sa k zdravotníckemu personálu (12,3 % žien) a strach z problémov v rodinnom živote po pôrode (11,1 % žien). Aj Petersen et al. (2009) vo svojej štúdií (n=344 tehotných žien) identifikovali ako najčastejšie uvádzanú kategóriu strachu, strach z pôrodu. Po nich nasleduje strach, že nebude všetko v poriadku s dieťaťom (83,3 % žien), strach z materskej kompetencie (72,6 % žien), strach z predčasného pôrodu (57,8 % žien) a najmenej sa preukázal strach z pobytu v nemocnici (56,7 % žien).

V priebehu tehotenstva žena potrebuje osobu, ktorá ju psychicky podporuje, odpovedá na všetky otázky a zmierňuje jej obavy. Bolo zistené, že **ženám najviac pomáhal pri zvládaní strachu rozhovor a podpora blízkej osoby, rozhovor a podpora lekára/ pôrodnej asistentky** a zbieranie informácií prostredníctvom internetu. Aj v inej štúdií bolo preukázané, že prítomnosť otca pri pôrode prispelo k pozitívnej skúsenosti žien v súvislosti s pôrodom



(Gungoor, Beji, 2007). Preukázalo sa, že priebežná podpora pôrodnou asistentkou pri pôrode má pozitívny vplyv na priebeh pôrodu, na zmiernenie bolesti a frekvencie cisárskeho rezu (Stoll, Hall, 2013). Pôrodné asistentky by mali akceptovať význam nepretržitej podpory s cieľom znížiť u žien strach z pôrodu a to vytáraním pocitu bezpečia, ktorý je pre psychickú pohodu rodičky mimoriadne dôležitý. Diskutabilné je získavanie informácií prostredníctvom internetu, čo môže mať ako pozitívny tak aj negatívny vplyv na zvládanie strachu z pôrodu. Závisí hlavne od obsahu, zdroja, relevantnosti a pochopenia informácií. Podľa štúdie (Stoll, Hall, 2013) bolo zistené, že u žien, u ktorých postoje k tehotenstvu a pôrodu boli formované médiami sa preukázal väčší strach z pôrodu.

Haines et al. (2012) konštatujú, že príprava na pôrod v prenatálnom období je dôležitý faktor v eliminácii strachu z pôrodu. Príprava na pôrod môže mať veľký význam v prevencii strachu, ale aj v podpore pri jeho zvládaní. Predpôrodná príprava prispieva k zníženiu negatívnych emócií z pôrodu, strachu z pôrodných bolestí a obáv o dieťa

(Gregora, Velemínsky, 2011). Zahŕňa odborné prednášky o tehotenstve, pôrode, šestonedelí a starostlivosti o seba a dieťa. Cvičenia vhodné pre tehotné, ktoré slúžia na fyzickú prípravu na pôrod, ale aj relaxačné cvičenia slúžiace na oddych a vyrovnanie sa so stresom a strachom. Záujem a ochota tehotných žien nadobudnúť poznatky o tehotenstve a pôrode môžu výrazne eliminovať strach, ktorý môže prameniť z neinformovanosti. K tomu aby tehotná žena mala pocit, že danú situáciu zvláda, by mala pôrodná asistentka, ktorá ju sprevádza celým tehotenstvom a pôrodom poskytnúť dostatok informácií a podporovať ju. Je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci (gynekológovia, pôrodné asistentky) hovorili s tehotnými ženami o ich pocitoch týkajúcich sa tehotenstva, pôrodu a budúceho materstva a ženám, ktoré vyjadrujú obavy vytvorili príležitosť diskutovať o nich, s osobitným dôrazom na prvorodičky a ženy s negatívnymi skúsenosťami z pôrodu. Pre vytvorenie dôverného vzťahu so ženou je dôležité poskytovať podporu, porozumenie, pochopenie a úctu, rešpektovať individuálne potreby každej tehotnej ženy a posilňovať jej sebadôveru.

ZÁVER

Štúdia poukázala na niektoré skutočnosti, ktoré by mohli pomôcť skvalitniť primárnu zdravotnú starostlivosť o tehotné ženy v rámci prevencie zvládania strachu v tehotenstve. Zistené dôkazy potvrdili, že pri poskytovaní starostlivosti o tehotné ženy je významné zameriavať sa nielen na fyzické, ale aj psychosociálne faktory. V zmysle podporovať tehotné

ženy k úspešnému zvládaniu zmien, k udržiavaniu celkového zdravia, psychickej pohody. Gynekológovia, pôrodné asistentky môžu svojim profesionálnym prístupom, informovanosťou a pozitívnym sprevádzaním tehotných žien zohrať významnú úlohu pri eliminácii strachu počas tehotnosti a pôrodu a podieľať sa na zlepšení kvality života tehotných žien.

LITERATÚRA



1. Aksoy AN, Ozkan H, Gundogdu G. Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015; 42 (2): 179-83.
2. Čech E, Hájek Z, Maršál K et al. *Porodnictví*. 2.vyd. Grada: Praha 2006. ISBN 80-247-1313-9.
3. Gosselin P, Chabot K, Béland M et al. Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *Encephale*. 2016; 2 (2): 191-6.
4. Gregora M, Velemínský M ml. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
5. Gungoor I, Beji, NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*. 2007; 29 (2): 213–223.
6. Haines HM, Rubertsson Ch, Pallant JF et al. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMS Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12 (1): 55–68.
7. Laursen M, Johansen C, Hededegaard M. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2008; 115 (3): 354-60.
8. Leap N, Sandall J, Buckland S et al. Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *J of Midwifery & Women's Health*. 2010; 55 (3): 234–242.
9. Mazúchová L, Kelčíková S, Paráková D Identification of negative experience and risk factors post-traumatic stress disorder of women in relation to childbirth. International symposium: Science and Research in Nursing. Ed. Pospisilova A, Jurenikova P. Masaryk University: Brno 2014. ISBN 978-80-7013-574-7.
10. Melender HL Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002a; 29 (2): 101–111.
11. Melender HL. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2002b; 47 (4): 256-263.
12. Peñacoba-Puente C, Monge FJC, Morales DM. Pregnancy worries: A longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 90 (9): 1030–1035.
13. Petersen JJ, Paulitsch MA, Guethlin C *et al.* A survey on worries of pregnant women—Testing the German version of the Cambridge worry scale. *BMC Public Health*. 2009; (9): 490.
14. Praško J, Prašková H, Prašková J. *Specifické fobie*. Portál Praha 2008. ISBN 978-80-7367-300-0.
15. Räisänen S, Lehto SM, Niselsen HS et al. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG*. 2013; 121 (8): 965-70.
16. Rastislavová K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Reklamní atelier Area s.r.o.: Praha 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
17. Stoll K, Hall W. Vicarious Birth Experiences and Childbirth Fear: Does It Matter How Young Canadian Women Learn About Birth? *The Journal of Perinatal Education*. 2013; 22 (4): 226-233.
18. Toohill J, Fenwick J, Gamble J et al. Psycho-Social Predictors of Childbirth Fear in Pregnant Women: An Australian Study. *Open J of Obstetrics and Gynecology*. 2014; (4): 531-543.

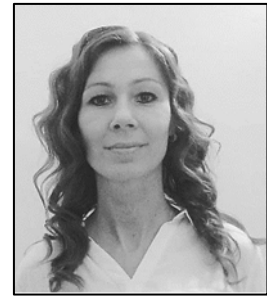
Do redakce přišlo 14.4.2019

Do tisku zařazeno 15.5.2019

Konflikt zájmů není znám.



Kontaktná adresa:
Mgr. Lucia Mazúchová, Ph.D.
Malá Hora 5, 036 52 Martin
SLOVENSKO
tel. č. 00421 432633430
mazuchova@jfmed.uniba.sk



REFLEXE



KRYSTYNA KULTANOVÁ: CO MÁM Z VÝUKY V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ?

Během přípravy k psychosomatické atestaci, díky kurzům, literatuře a nyní sebezkušenostní skupině, jsem zjistila, že se měním zejména já sama a můj přístup k pacientům. Pozoruji a vnímám přímo vztah mezi mnou a pacientem, kterého zrovna ošetřuji, lépe vyhodnocuji to, co po mně pacient žádá, lépe a jistěji se rozhoduji, lépe určuji hranice své a vnímám hranice pacienta. Mám pocit, že i méně iatrogenně poškozují léky, ale i slovy, sdělováním výsledků, diagnóz, prognóz apod.

Zjistila jsem, že mnoha pacientům postačí opravdu vysvětlení, nalezení souvislosti mezi nemocí a aktuální či dřívější životní situací, postačí lidský přístup a vysvětlení. Toto „přijetí“ pacienta mnou-lékařem, jak pozoruji, zamezuje opakovanému a často zbytečnému vyhledávání dalšího akutního ošetření.

U složitějších pacientů lépe pracuji s trpělivostí, dávám jim čas k pochopení nemoci, a pacienty převážně po nakonec provedené „časové ose“ připravím na to, že je předám do péče psychoterapeutovi i fyzioterapeutovi. Tato možnost je však



omezená ze známých důvodů, pro nedostatek těchto odborníků, navíc psychosomaticky orientovaných.

Pokud pacient tyto služby odmítá nebo se k nim nedostane (nezaplatí, nedojede...), tak tady tápu nejvíce, protože nemám psychoterapeutický výcvik a vnímám, že mnohdy bych mohla třeba i uškodit, v těchto situacích mi nezbývá než se spolehnout na intuici, opět dát si hranici a „nehrát si“ na psychoterapeuta. I za těchto okolností se snažím „nějak“ pacienta vést, většinou jsou to ale pacienti, kterým (podle jejich slov) „stejně nikdo nikdy nepomůže“ – pomoc žádají, ale zároveň odmítají... Jsou pacienti, kteří nechtějí, vytěsňují či potlačují psychosociální souvislosti, svůj názor jim nevnučuji a léčím je pouze klasicky – i tak lze nalézt souhru v tom, co chce pacient a v čem mu můžu či nemůžu vyhovět.

Dlouho mi trvalo, než jsem se vypořádala s časem mi daným pro pacienta, v ambulanci jsem měla převážně skluz, ale i to se dá ošetřit, dá se vyhodnotit, kdo v tu chvíli ten čas potřebuje, kdo počká, koho si objedná na „práci s časovou osou“. Pochopila jsem, jak důležité je být v danou chvíli s pacientem sám a nerušen, třeba jen 10 minut.

Tento komfort si ale můžu dovolit v nemocnici, kde mám stálý platový příjem a kde v rámci učení, jak mám provádět časovou osu, vyšetřuji pacienty „ve volném čase“ (v čase kdy jinou práci – např. popisování EEG – stihnu dříve), vyšetřuji je zdarma a nikde to nevykazují. V soukromé ambulanci bych se ale musela nějak uživit, myslím, že to může být velký problém. Ulehčením by byla služba hrazená zdravotní pojišťovnou.

Mám pocit, že jsem si bio-psycho-sociálním přístupem sice zkomplikovala práci, protože již nedokážu „dát si klapky na oči“, něco nevidět a nevstoupit do toho,

ale zároveň jsem z té práce méně frustrovaná, protože vidím spokojenější a zdravější pacienty, což potěší. A taky si neberu osobně, když někdo není spokojený s mou péčí, nenechávám se vyčerpávat a využívat. Díky psychosomatické více pečuji o sebe, jsem pak lépe k dispozici druhým.

Nejvíce mě mrzí, že jsem se s psychosomatikou nesetkala již během studia medicíny. Bylo by fajn, kdyby byli průběžně medici připravováni nejen na povolání „technického“ lékaře, ale zejména lékaře-člověka (nevím, jak bych to jinak nazvala). Proto si představuji, že psychosomatický přístup, ale taky více psychologie i praktické a v tom i poznání sebe, by již mělo být na škole.

Ještě zpátky k atestaci k psychosomatické – pro mě osobně to bude, jako bych dostala řidičský průkaz – člověk může oficiálně jezdit po silnicích, ale ještě to zdaleka neumí, je potřeba praxe a naježděné kilometry. Neberu atestaci z psychosomatiky jako konečnou staci. Co se samotné atestace týče, беру ji jako začátek, učit se budu celý život, jen tu atestaci je potřeba stihnout do doby platnosti potvrzení z absolvovaných kurzů. Zopakování by jistě nebylo na škodu, ale časově a finančně je to náročné.

Myslím si, že je výhodou mít jako psychosomatický lékař nějaký psychosomatický výcvik, ale může to dál komplikovat práci. Pak totiž je dle mého názoru těžké se rozhodnout, zda budu psychoterapeutem, nebo lékařem, časově se to zřejmě nedá stíhat. Sebezkušenost je ale zcela na místě a mohla by být i delší než povinných 80 hodin.

Sama sebe si představuji jako neurologa s psychosomatickým přesahem, který lehčí pacienty zvládne sám, ty těžší má ale možnost někam poslat – tak, jak se to již děje nyní. Zvažuji, zda by k tomu být



lékařem s psychosomatickým přesahem opravdu byla potřebná atestace, zda by ji neměli mít jen lékaři věnující se pouze psychosomatice, ti s výcvikem, ti, kteří pak v týmu tyto pacienty léčí? Ale z druhé strany, kdybych nemusela ke zkoušce, asi bych se až tak intenzivně nevěnovala literatuře a celé té problematice, a tak myslím, že ověření znalosti je na místě.

Ještě dodávám: jako neurolog mám tak nějak zmapované neurologické pacienty, jsou to převážně lidé, kteří v důsledku poškození nervové soustavy mají poškození tělesné – ochrnutí, které jim v minutě změnil život. Spousta jich taky má chronické progresivní onemocnění. Čím dál víc přemýšlím o tom, jak by bylo fajn, kdyby ti „moji“ pacienti mohli někam docházet na psychoterapeutické skupiny – skupina pac. po CMP, s vertebrogenními potížemi atd. Samozřejmě ti, co by to zvládli, ti bez kognitivního postižení, ti, kterým při zachované mysli přestává fungovat tělo. Myslím, že by jim to pomohlo se lépe uzdravovat a svou nemoc sdílet. Proto mám vizi sehnat skupinového psychoterapeuta pro tyto pacienty.

Cítím veliký rozdíl mezi lékařem, který zůstává dále ve své odbornosti a přirozeně cítí bio-psycho-sociální podklad potíží a snaží se jej v běžné praxi aplikovat (i v té akutní), a lékařem, který má komplexní psychoterapeutický výcvik.

Zřejmě se již na tom pracuje (možná se opakuji), mě rozdělení vzdělání v psychosomatice napadlo asi takto:

1. Základní během medicíny (pracuji v nemocnici mezi spoustou lékařů, vidím, že spousta z nich má o psychosomatice mylnou představu).
2. Nadstavba pro somatické lékaře, kteří by chtěli bio-psycho-sociální přístup běžně aplikovat ve své praxi a rozumět mu a taky rozumět sobě – něco jako běžné funkční odbornosti v rámci somatických oborů opatřená kódem pojišťovny.
3. Psychosomatictí lékaři odborných psychosomatických center – lékaři s výcvikem – opatřená jiným kódem pojišťovny.

Otázkou je, zda psychosomatický atestovaný lékař 2. a 3. (viz výše) jsou na stejné úrovni. Za sebe v tom cítím rozdíl, dle mého názoru by měla být zkouška 1. a 2 stupně či nadstavba (funkční odbornost) a atestace (možná by postačil k nadstavbě ten výcvik).

Napadá mě, že jsem neurolog a mám funkční odbornost v EEG (taky jsem musela absolvovat praxi a zkoušku), někdo jiný má EMG apod., mohla bych mít i „funkční odbornost“ v psychosomatice?

Březen 2019

MUDr. Krystyna Kultánová



DANIELA ŠROUBKOVÁ: PRIMUM NON NOCERE

Rozhodla jsem se, že se k této zajímavé diskusi připojím a podělím se o svůj názor na vzdělání i zkušenost z vedení sebezkušenostní skupiny. Můj názor vznikl také postupně v procesu sdílení s Míšou Ročňovou, Ivanou Jirmanovou a v poslední době s Karlem Saurem.

Přijde mi důležité zdůraznit, že tahle debata se týká koncepce vzdělání nastavbového lékařského oboru, tedy jedné specifické oblasti psychosomatické léčby. Tato oblast má z principu věci svoje specifika.

Rada i lék z rukou a úst lékaře má v našem kulturním a historickém kontextu podle mě větší váhu než rada psychologa či jiného odborníka. Máme tedy v rukou potenciálně mocný nástroj, který může významně ovlivnit i poškodit. Jednou z prvních zásad lékařské péče je „*primum non nocere*“ tedy „především neuškodit“. Obávám se, že ani nejerudovanější informace o podstatě a léčbě psychosomatických onemocnění z teoretických kurzů nevybaví psychosomatického lékaře schopností dostatečně empaticky, a přitom účinně rozkrývat a intervenovat při léčbě pacientových obtíží.

Psychosomatická medicína se pohybuje na rozhraní těla a psychiky a také někdy přitahuje osobnosti, které rády pokouší a zkoumají hranice, hledají průniky, přesahy. Sama sebe řadím k podobně založeným a sympatizuji s nimi, vnímám ale také zvýšenou potřebu, ba i nutnost dobře prozkoumat svoje vlastní hranice, křehká místa a dobře rozumět významu respektu k času, založení a hranicím druhého. Obávám se, že podmínkou k tomuto náhledu musí být považován psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik, který zaručuje určitý počet hodin, ale také delší časový interval trvání, který dává prostor průběhu procesu zrání osobnosti léčícího. Součástí výcviku by pak měla být povinná supervize.

Umím si představit provedení několika psychosomatických konzultací či intervencí spíše edukačního charakteru, ale systematickou léčbu často chronických psychosomatických obtíží si bez řádného výcviku představit nedokážu. Můj názor podporuje i zkušenost z probíhajícího výcviku lékařek adeptek na psychosomatickou atestaci, které dospěly v jasné většině po zatím 60 hodinách sebezkušenosti k závěru, že zdaleka nejsou vybaveny k provádění léčby, ale že se potřebují primárně postarat o sebe a svoje rodiny. Jedna se rozhodla pokračovat v práci ve své již nově založené psychosomatické ordinaci, ale mám obavy, že její náhled na svoje motivace a schopnost náhledu na procesy, které v léčbě probíhají, je omezený, z čehož vyplývá i zvýšené riziko poškození pacienta.

Umím si také představit, že existují výjimeční a charismatičtí jedinci (například Vláďa Chvála), kteří by se obešli bez podobného strukturovaného programu, ale tuto cestu nelze považovat za standardní pro většinu. Riziko poškození pacienta, a nakonec i sebe samého považuji u běžného adepta za příliš pravděpodobné, pro dnešní medicínu nepřijatelné a neetické. Řada podobných zkušeností by pak vedla zákonitě k diskreditaci celého oboru.

V tuhle chvíli se bude rozhodovat, jestli tomu dobře rozumím, o vzdělávání v oboru na poměrně dlouhou dobu. Přijde mi tedy nanejvýš důležité, aby nevznikl obor s bezhraničním základem, produkující jedince potenciálně schopné poškodit a nedostatečně vybavené léčit vážnější psychosomatické pacienty, který by v důsledku cílů psychosomatické péče o potřebné nepomohl.

Praha 13. 5. 2019

Autorka je lékařka, psychiatrická a psychoterapeutka



JAN PONĚŠICKÝ: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA A PSYCHOTERAPIE

Psychosomatická medicína se zabývá vzájemnými vztahy mezi duševními, sociálními a tělesnými procesy. Tyto interakce jsou v současnosti vědecky i klinicky evidentní, čímž je psychosomatická medicína součástí evidenc-based léčby v ambulantním i klinickém sektoru. Dnes již každý třetí dospělý jedinec onemocní během svého života psychogenním/psychosomatickým onemocněním. Bohužel nejsou stále ještě psychické a psychosomatické poruchy včas rozpoznány. To má za následek nejenom osobní utrpení, resp. chronicitu, nýbrž i velké národohospodářské ztráty a finanční výdaje. Psychické a psychosomatické poruchy se podílejí 40 procenty na přiznání předčasného důchodu a mají za následek předčasnou úmrtnost.

Obecnou příčinou stále častějšího vzniku psychosomatických nemocí je nebývale rychlý a silný civilizační tlak („more and more with less and less time“), zvnitřnění diktátu výkonnosti a ekonomického principu nabídky a poptávky. Následkem je stále méně přirozený a zdravý způsob života. Tato jednostrannost spojená se stresem se podílí přímo nebo adjuvantně na vzniku a trvání všech nemocí ze 70 až 80 procent. Nejčastěji jde o deprese spojené s bolestivými syndromy, dále jsou to kardiovaskulární onemocnění, obezita, bolestivé syndromy v oblasti ortopedie a gynekologie a v neposlední řadě i Alzheimerova choroba.

V současné době praktikuje v Německu 4200 odborných „lékařů pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii“ a přes 18 000 lékařů s označením „psychoterapie“. Ve 253 psychosomatických klinikách je během jednoho roku léčeno zhruba 100 000 pacientů a v psychosomatických rehabilitačních klinikách to dělá 250 000 pacientů. Ideální je úzká

spolupráce somatických lékařů s jejich psychosomatickými kolegy, která vede k snížení výdajů na léčbu. Lékaři, zvl. Ti s bazální psychosomatickou erudiicí, přispívají podstatnou měrou k snižování stigmatizace pacientů trpících psychickými problémy.

Stále je ještě mnoho lékařů, kteří na jedné straně uznávají existenci stresových onemocnění a na druhé straně se ohrazují proti jejich kauzální léčbě, kde často nestačí dobře míněná rada. Důvody stresu v rodině, individuálního perfekcionismu či soutěživosti či vztahových emocionálních problémů bývají velmi komplexní. Těmi se intenzivně zabývá psychosomatické vědecké zkoumání, např. psychofyziologickými, imunologickými či psychoneuro-endokrinologickými mechanismy, a na druhé straně existuje řada epidemiologických studií zabývajících se podmínkami výskytu specifických onemocnění, jak zátěžemi, tak i resiliencí. Mnoho studií dokládá velmi dobré i dlouhotrvající pozitivní efekty po specifické psychosomaticky orientované psychoterapii. Bohužel je v mnoha zemích včetně České republiky nedostatečná výuka budoucích lékařů (i klinických psychologů) v psychosomaticce a psychoterapii, s čímž souvisí i absence prvoatestační specializace, bodové ohodnocení a součinnost ministerstva zdravotnictví, lékařské komory, univerzit a pojišťoven. Neméně důležitá je spolupráce psychosomatických a psychoterapeutických organizací prosazujících rozvoj psychosomatické medicíny.

5. 5. 2019

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

Autor je lékař, psychoterapeut a psychosomatický lékař erudovaný a působící v Německu



RADKIN HONZÁK: MEDICÍNA MUSÍ UDĚLAT NĚKOLIK NE-POPULÁRNÍCH KROKŮ, ABY ZŮSTALA ČISTÁ A UŽITEČNÁ

1. Pojetí ČLOVĚKA ve zdraví a nemoci

Především je naprosto nezbytné, aby medicína už konečně přestala vnímat člověka jako oživený rozumný stroj, standardně nastavený biologický preparát a konečně pokorně přijala za svou tu nepopíratelnou pravdu a skutečnost, že emoce jsou tělesné stavy, které nastavují lidský organismus do zásadně odlišných biologických poloh. Že smutný člověk je něco zcela jiného než veselý člověk, a zcela jinak než ti dva bude fyziologicky nastaven zklamaný vzteklik.

Emoce nejsou efemérní motýlci, emoce jsou neurochemické děje řídící chod těla. Lékaři se mohou mnohé naučit od psychologů, kteří s námi již dlouhou dobu spolupracují. Kapitulu o emocích a jejich významu je nutné zařadit do curricula, v němž jsou jim zatím věnovány dva odstavce ve fyziologii, něco málo v lékařské psychologii a pak se věnuje vymknutým emocím psychiatrie. Nejde přitom o žádnou psychologizaci medicíny, ale o neredukovaný pohled na člověka.

Jako model může posloužit perfektně fungující systém diagnostiky a léčby astmatu v pediatrii. Dětské lékaři mají v tomto směru kvalitní znalosti, v případě pochybností se mohou obrátit na pneumology. Neměl by být problém zařadit předmět **Emoce a jak s nimi zacházet** v obecné rovině pro všechny, včetně sebezkušenostní součásti a možnost konzultace se specialisty, psychology a psychoterapeuty, v náročných klinických případech. Na jedné z univerzit Ivy League měli v postgraduálu zařazen dvou denní zážitek začínajícího doktora uloženého v andělu na lůžku s režimem o.

Už před půlstoletím se objevily první práce poukazující na to, že dominantní vůdci šimpanzí tlupy mají jako hlavní řídící neurotransmitter noradrenalin, zatímco „proletariát“ je ovládán kortikoidy, že tedy jiné sociální postavení má za následek naprosto jiné fyziologické poměry, že z principu organismus ředitele podniku je jiný než organismus vrátného tamtéž. Dnes řada studií ukazuje, jak tyto skutečnosti působí epigenetické změny, ale medicína to asi z myšlenkové lenosti, především však z ekonomických zájmů nereflektuje, stejně jak loudavě reaguje na objev mikrobiomu v trávicím systému.

Je nutné, aby si uvědomila a stanovila hranice svého působení, ačkoliv představa širšího záběru se příjemně pojí s představou větší moci. Větší ale neznamená vždy lepší! Adopce adiktologie, která představuje především problematiku sociální, na niž medicína nemá žádné pořádné diagnostické ani léčebné prostředky, byla více než pochybná. Je nutné přestat vyrábět další „nemoci“, které jsou jen pláštíkem pro odvěké nectnosti, dříve trefně nazývané hříchy. Degenerace hodnotového systému umožnila těmto nezpůsobům vstoupit do medicíny jako choroby, jejichž nositel už je zproštěn nutnosti s tím dělat cokoliv jiného, než se nechat léčit. Za drahý peníz!!

Na druhé straně nesmí být medicína lhostejná k patologickým sociálním změnám a v rámci prevence musí ukazovat na škodlivost některých trendů a žádoucnost jiných. Zde mám na mysli především stav rodiny, jako prostředí nezbytného pro zdravý vývoj další generace a životní styl, odlidšťovaný technologiemi a honbou za ziskem.



Fakulty by neměly primárně vychovávat úspěšné autory vysoce impaktovaných časopisů, ale především vzdělané odborníky, kteří budou pomáhat trpícím lidem a budou jim rozumět v celé šíři

rozkročení od biologických přes psychosociálních až po spirituální potřeby. Etika budiž něčím, co bude mít doktor pod kůží, nejen alibismem pro právníky.

Do redakce přišlo 21. 5. 2019
Do tisku zařazeno 21. 5. 2019
Střet zájmů není znám.



ONDŘEJ MASNER: RAKOUSKÉ ZDRAVOTNICTVÍ MÁ NOVOU ATESTACI Z PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Od loňského roku existuje v Rakousku nová nástavbová atestace z Psychosomatické medicíny. Je dosažitelná pro lékaře se základní klinickou atestací z vybraných oborů (celkem 24 oborů) či atestací z všeobecné medicíny. Má doplnit psychosomatické vzdělání lékařů uvnitř jejich původní specializace tak, aby nové dovednosti mohli využívat v diagnostice a léčbě pacientů svého oboru. Konkrétně to znamená, že cílem nového vzdělání je zajistit pro klinické obory jako urologie, neurologie, dermatologie a jiné, kolegy s psychosomatickým vzděláním.

Zajímavé přitom je, že již od roku 1989 rakouští lékaři mají možnost dalšího vzdělávání v psychosociální či psychosomatické medicíně na základě takzvaných PSY diplomů – PSY1 Psychosociální medicína, PSY2 – Psychosomatická medicína a PSY3 – Psychoterapeutická medicína (1.), kteří pokrývají širokou škálu vzdělání od základní psychosomatické péče až po vysoce erudovaného vzdělání s psychoterapeutickým výcvikem. Tisíce rakouských lékařů této nabídky využilo a uplatňují nabyté zkušenosti v klinické praxi. Po 20 letech existence těchto diplomů se ovšem ukázalo, že nemocniční a lůžková oblast zdravotnictví je nadále bez uspokojivé nabídky psychosomatické kompetence. Tuto mezeru má nyní zacelit výše zmíněná nová atestace.

Již v roce 2010 v Rakousku ustanovila mezioborová komise, která vypracovala postup, jak posílit vliv psychosomatického přístupu i v nemocnicích. Brala přitom v potaz fakt, že se na jedné straně biomedicínsky orientovaná věda neustále prohlubuje a specializuje, přičemž se na straně druhé čím dál víc prokazuje význam pacientovy individuální psycho-

sociální reality pro průběh chronických onemocnění. Tento rozpor může překlenout právě psychosomatická medicína, která je založena na chápání pacienta jako bio-psycho-sociálního subjektu. Jako příklad nového trendu může sloužit čerstvá směrnice německé kardiologické společnosti (2), která zdůrazňuje význam individuálních psychosociálních faktorů pro průběh onemocnění, jako jsou arteriální hypertenze, chronické srdeční selhávání či koronární ateroskleróza. Jde hlavně o chronický či akutní psychický stres, deprese, nedostatečné sociální zabezpečení a anxiózní poruchy, které mají prokazatelně negativní vliv na zdravotní stav kardiologických pacientů. Proto společnost doporučuje rutinní zjišťování psychosociálního stavu všech kardiologických pacientů s možností včasné odborné intervence.

Vraťme se ale k našim rakouským sousedům. Na přípravě nové atestace řadu let spolupracovali odborné společnosti lékařských oborů, ze kterých byly nejaktivnější společnost všeobecné medicíny, interny, pediatrie a gynekologie/porodnictví. K tomu se na tomto procesu podílela i lékařská bálintovská společnost a katedra pro psychosomatiku. Z našeho pohledu přitom může být pozoruhodné, že aktivita k vytvoření nové specializace vycházela ze strany klinických oborů. Pro docílení nejlepšího klinického výsledku při léčbě svých pacientů potřebují pokrýt i psychosociální aspekty onemocnění. Nová atestace má v Rakousku zajistit, že se poznatky, známé již dlouhou dobu na půdě psychosomatické medicíny a psychoterapie, podaří efektivně propojit s moderní biologicky orientovanou medicínou v nemocnicích.



Samotná specializace trvá 18 měsíců a musí se absolvovat na lůžkovém oddělení. Obsahuje mimo jiné minimálně 40 hodin supervize, 40 hodin práce

v bálintovské skupině a 40 hodin sebezkušenosti s psychoterapeutem (3).

MUDr.Ondřej Masner, 25.5.2019

1. *Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin: Neue Weiterbildung und Beitrag zur medizinischen Versorgung. Fazekas, C et al., Psychologische Medizin, 29. Jahrgang 2018, Nummer 3*

2. *Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society. Albus C et al., Clin Res Cardiol., 2019 May 10.*

3. *Verordnung über Spezialisierungen (SpezV), Österreichische Ärztekammer, 25. 5. 2018*



ÚVAHY, ESEJE



PETR NOVOTNÝ: RAKOVINA – POKROK TAKZVANĚ K HORŠÍMU

Každé dobro vrhalo odvěků také zlý stín. Naopak zlo bývalo někdy k něčemu dobré, například mor vedl k rozmachu hygieny a nepořádek v laboratoři umožnil objev penicilinu. K čemu nás dnes asi podněcuje rakovina?

Ještě nikdy nebylo tak dobře, jak je dnes, avšak ani hůř. Ohromující technický a hospodářský vzestup podněcuje i pokrok takzvaně k horšímu, což dobře vystihují aforismy vtipálků: Všichni moralizují, nikdo není morální. Všichni mají práva, ale žádné povinnosti. Nikdo se netáže, kdekdo odpovídá. Všichni píší, nikdo nečte. Každý mluví, nikdo neposlouchá.

Všichni mají vzdělání, ale žádné vědomosti.

Pronikavý rozmach rakoviny provázejí nenápadné a od prvního pohledu dokonce sympatické jevy. Když polovina Čechů získává vysokoškolské vzdělání, působí to málem vznešeně. Nadbytečný počet osob s vysokoškolským diplomem však znásobuje i počet těch, kteří nevědí, že nic nevědí. Pokud jsou tito lidé veřejně vlivní, sebevědomí, pilní a ctižádostiví, pak strhávají laviny omylů dneška i zítřka ve všemožných oborech a souvislostech. Například okopávají kotníky osobností, přepisují minulost, boří mýty, rozvířují skandály, dramatizují každodennost



anebo jménem pravdy lžou, čímž stresují nejpočetnější a nejzranitelnější publikum.

Pokud se stanou významnými členy profesních uskupení nebo bratrstev rozličných kočičích pracek, pak zesměšňují i exkomunikují oponenty. Ti se pak bojí hájit svoje názory, takže jejich autocenzura je stále přísnější a jejich mlčení začíná být ohlušující.

Ti, kteří nevědí, že nic nevědí, lidem důrazně sugerují, aby všichni chtěli a potřebovali totéž. I rozličně hendikepovaní se pak vrhají do bitek o místo na slunci v domnění, že se jednou možná stanou hrdiny naší doby.

Stres horlivců se v dnešku zobrazuje i ve třicetinasobném znásobení počtu onkologicky nemocných od roku 1965 (tehdy 27 tisíc). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (www.uzis.cz) ve svých elektronických ročenkách, které vycházejí s dvouletým odstupem, už celkový počet onkologicky léčených neuvádí, takže jejich množství není veřejností uvědomováno. I laikovi však postačí, když z ročenek ÚZIS odečte na rakovinu každoročně zemřelé, a přičte v témže roce nově diagnostikované a vezme-li v úvahu, že v roce 2015 přibýlo v ČR 94 tisíc onkologicky léčených (www.uzis.cz), což je víc než kolik obyvatel má Hradec Králové a že v roce 2016 jejich počet vzrostl o dalších 96 tisíc, což je téměř tolik, kolik nás žije v Liberci (tamtéž). Pak tento počtář zvolá heuréka a potvrdí, co onkologové už vědí, totiž že v roce 2020 bude v ČR přibližně milion onkologicky léčených.

Přibližně čtvrtina ze sto padesáti onkologicky nemocných, jejichž profesní, erotické, emoční a sociální pnutí jsem zkoumal, si uvědomovala, že si rakovinu přivodila stresem, který z nezbytnosti či ze ctižádosti snášela. Zbytek zkoumaných onkologickým účinkům stresu nevěřil, byť

před rakovinou ze stresu varovali Hippokrates, Galén, Avicenna a Paracelsus. (Nemoc hodných lidí – rakovina, Dialog 2018), Tito lékaři rozhodně nebyli alternativci, proutkaři ani šarlatáni, jimž bychom se směli vysmívat.

Dnes už víme, že nevědomí (centrální nervový systém) není žádná metafyzická šaškárna, ale perfektně zorganizovaný řád hormonů, genů a chemických látek, které dokážou vypnout imunitní systém a založit nádory i metastázy, anebo je naopak stáhnout, kdykoli se jim zachce, což bylo potvrzeno například onkologem prof. MUDr. Borisem Mravcem, Ph.D. (Neurobiologie nádorových chorob: od empirie k důkazům, Onkologie 2011, č.5) Kratičká citace z této Mravcovy práce: Experimentální a klinické studie prokázaly, že signály související s růstem nádoru jsou přenášeny do centrálního nervového systému, kde ovlivňují aktivitu četných oblastí. Centrální nervový systém pak může následně modelovat nádorovou progresivitu i tvorbu metastáz... Nádorová onemocnění jsou spjata s psychosociálními faktory, mezi které patří stres, deprese a narušení sociálních aktivit...

I přes mnohé důkazy o následcích stresu je rakovina přičítána náhodě, směle a dalším asi osmdesáti jevům (Nemoc hodných lidí – rakovina). Takové množství příčin zjevování rakoviny nemocné mate, protože rakovina se zrodí i z dramatizace zcela všedního života. Přednostně osloví stresované, kteří mají strach ze sebepoznání, sebekorekcí a osvobozujících činů, nedělají, co dělat mají, vydávají se za ty, kterými nejsou, anebo je už nikdo nepotřebuje. Naopak se na dálku vyhne těm, kteří se šťastně ukotvili v emočních, sociálních a profesních vztazích. Například nejčastější ženskou rakovinu (prsů) ne-nemocní ženy emočně, eroticky a sociálně zaopatřené, a byť to zazní třeba směšně, které předou štěstím jako kočky. (Tamtéž)



Dnešní nechut přebírat odpovědnost za zdraví i rakovinu kopíruje obecnější trend – nepřebírat odpovědnost, pokud možno za nic. Někteří dokonce vyhlásují své rakovině nenávisť a boj, což je směšné, protože tím násobí stres, kterým si ji uhnali. Proč se nebojuje proti infarktu, zápalu plic či žaludečním vředům? Proč jen proti rakovině? Vždyť to vypadá, jako by bojující chtěli sami sebe umlátit kladivem. Není nápadné, že většina nejznámějších bojovníků proti rakovině zemřela?

Umění nevzniklo v době kamenné pro kratochvíli, ale ze sociální a psychoterapeutické potřeby. Kdo dnes neví, že nic neví, napomohl ke zrušení nebo prolovení etických a estetických hranic umělecké tvorby, aby zalichotil přítomnosti. Nepostřehl, že způsobil úbytek kultivovaného publika. Zbylí se spokojují s oslňujícími kulisami. Část tvorby pak připomíná reklamu a reklama vypadá jako umění. Mízí prostor, v němž bylo možné se odjakživa kulturně, eticky a sociálně zrcadlit, takže mnozí už nezazří svou vrozenou niternou tvář ani svůj sociální úkol, čímž jsou stresováni a potažmo i zdravotně ohroženi.

První emancipační snahy se jevily jako požehnání nebes než ti, kteří nevědí, že nic nevědí, vystrnadili masy i z vrozených sociálních údělů. Nasugerovali jim, že každý odpovídá už jen za sebe. Pod heslem Nevaž se započalo drsné a masové rozbíjení rodin s dětmi, což vede v jejich dospělosti k emočnímu, sociálnímu i zdravotnímu strádání. V roce 1930 bylo u nás rozvedeno 5,6 % manželství, v roce 2016 45,2 %.

Děti opuštěné jedním z rodičů rozvracejí v dospělosti stejně lehkomyšlně vlastní rodiny nebo partnerství, v nichž počaly děti. Založení nových rodin se jim zdá snadnější než se s partnerem vyladit a smířit se s jeho nezaměnitelností. Kdo

dnes postřehne, že když není spokojen se sebou, nedokáže být spokojen ani s partnerem?

Dívky dospívající bez otců nevědí, jaké vlastnosti má mít mládenec, s nímž by mohly založit stabilní a harmonickou rodinu, takže tápou i po třicítce a zdravotně strádají například endometriózou nebo prekancerózou děložního čípku. Mládenci vyrostlí bez otců vyjevují ještě v pětatřiceti adolescentní sklony – narcismus, neodpovědnost, egocentrismus, nepoučitelnost a mamánkovství. Nenacházejí chyby na sobě, ale jen na druhých, takže vůkol podněcují emoční a vztahový chaos. (Podminované dětství, Dialog 2015)

Obě pohlaví mají strach z odpovědnosti za rodinu a děti. Nevědí, že tato odpovědnost nebrzdí, ale ukotvuje. A geometrická řada se už postarala, aby harmonické rodiny se šťastnými a zdravými dětmi byly výjimkou. Ze sto padesáti mých onkologických klientů, vesměs ve středním věku, prožila drtivá většina dětství v neúplných nebo nefunkčních rodinách, přičemž zdánlivě nevinná nefunkčnost například znamená, že v dětském věku neviděli, že by se jejich rodiče vítali objetím či polibkem. (Nemoc hodných lidí – rakovina, 2018)

Církve jsou oprávněně kritizovány už staletí, byť jistá část církevních ponaučení zabezpečovala nezbytnou zdravotní profylaxi například v podobě sebekorekcí, sociální odpovědnosti a vstřícnosti anebo dlouhých půstů v podobě *carne levare* (it. *dát pryč maso*). Přes boží ruce regulující přírodu, zdraví, emocionalitu, sociálnost a nemoci snad i proto ještě nikdo neplesknul. Dnešní vůdčí ateisté nejsou už bohužel rovnocennými oponenty církví, takže jejich zásluhou zapírají boha i ti, kteří se bez něj nedokážou obejít. Část ateistů vyjevuje spíše emoční a sociální rozštěpení. Pokud se vychloubají



ateismem, pak to vypadá, jako by se slepí pyšnili svým postižením. Někteří ateisté se pokoušeli nahradit uvedené boží funkce svým egem snad v domnění, že pak budou moci beztrestně levitovat mezi sociálním dobrem a zlem, jenže pak bývají šokováni svou rakovinou.

Virtuální kouzelníci vše sociální i emotivní ohromujícím způsobem zrychlili a

zjednodušili, takže virtuální sociálnost ovládá v podstatě každý. Tato sociálnost působí hygieničtěji, narcistněji, efektněji a nezávazně. Avšak masová závislost na virtuální sociálnosti ničí intimní a sebezáchovnou člověčinu, protože vzdaluje živé od živých. Možná proto vyvěsil majitel jednoho plzeňského lokálu v šenku výzvu: Zde odloží džentlmeni střelné zbraně a chytré mobilní telefony.

Do redakce přišlo 28. 3. 2019

Zařazeno k tisku 30. 5. 2019

Konflikt zájmů není znám.



RADKIN HONZÁK: VYHOŘENÍ GENERACE Y

Čas je běžec s dlouhým krokem, nikdy pokoj nedá si a od Freudenbergerovy bolestné zkušenosti s prožitkem vyhoření uplynulo téměř půl století. Za tu dobu se změnilы pracovní podmínky a také postoj k zaměstnávání a k práci. Předválečná a poválečná generace měla ve své zkušenosti velmi silně vryté nejistoty týkající se možnosti sehnat práci jako jediný možný zdroj obživy a vážila si dobrého místa, pracovala tak, aby s tím byli všichni spokojeni a utrácela z toho, co naspořila. Velké výdaje typu hypotéky na byt či domek přicházely v úvahu jednou za život. Mnoho lidí bylo doslova ztotožněno se svou pracovní rolí a zařazením. Už ne tolik jako generace předchozí, která si to nechávala vyryt na náhrobky, ale dost.

Moje generace zažila koncentrák zvaný vzletně budování socialismu, kde o pracovním zařazení rozhodovaly osoby a orgány, které plánovaly ve velkém ve stylu, když se kácí les. 70 000 úředníků zahnaných do výroby sice ekonomiku nezachránilo, ale všichni tihle lidé a jejich rodiny měli pár let slušné problémy. Nepracovat bylo trestné. Umístěnky pro vysokoškoláky byly ukázkou iracionality. Zároveň ale velké množství lidí zjistilo, že je nutné chodit do práce a už zdaleka není nutné se tam udržet. Opravdovou dřinu nabízely jen místa úniku, chalupy a chaty. Peníze měly cenu poukázek, za něž bylo možné opatřit něco z dostupného zboží, takže vlastně krom šetření na auto nebylo kam investovat, barterový obchod dostal nálepku „protislužby“ a do oběhu se dostalo heslo: Kdo nekrade, okrádá rodinu.

Generace mých dětí prošla po cestičkách, které jsme se jim v té džungli stačili

prosekat. Pracovní návyky ještě má, ale už zdaleka ne tak strohé jako generace rodičovská a sotva to bylo možné, neváhali její zástupci utrácet peníze, které ještě nevýdělal, takže Laubův ironický postřeh, že měl tak šikovnou ženu, že stačila utratit peníze, které on ještě nestačil vydělat, ztratil svůj humor.

Pro generaci Y se z hlubin psychiatrie vynořila dávná charakteristika pana profesora Heverocha: Nepostihla je příchyllost k práci. Jestliže Edison – podle mého rozumně – hlásal, že životní štěstí a tajemství úspěchu nespočívá v tom, že můžeme v životě dělat, co chceme, ale v tom, že najdeme zalíbení v tom, co děláme, příslušníci generace Y s ním rozhodně nesouhlasí. Nechávací se lákat na nabídky volné pracovní doby a možnosti práce z domova, vědecké dovoleněsu, podržení místa na několik měsíců po dobu nepřítomnosti, osvěžující poměry a možnost relaxace na pracovišti, nemluvě o pumprdlíkovi, kterej kejchne, když se zmáčkne. Co se týká financí, úvěr je větší nový způsob hospodaření.

Generace si svou dobu nevybrala, ocitla se v ní, její standardy považuje za osudové meze, které je ve vlastním zájmu nutné posunovat směrem k výhodnějším pozicím. Cítí se tedy být oprávněna vyhlášovat za křiklavou nespravedlnost, nenachází-li shora uvedené podmínky a celkem logicky považuje to, že ji práce nebaví za projev vyhoření. Není mi jen jasné, jak získá zpětnou vazbu a co bude dělat, až bublina „neustále rostoucí prosperity“ praskne.

Do redakce přišlo 15.5.2019
Zařazeno k tisku 15.5.2019
Konflikt zájmů není znám.



RECENZE



VLADISLAV CHVÁLA: PRAVDIVOST PROTI STRACHU A UTRPENÍ, ANEB JEŠTĚ ŽE MÁME KLIKU

Skupina jedenácti klinických psychologů pracujících na onkologiích v České republice se pod vedením Mgr. Libuše Kalvodové pustila do sepsání svých zkušeností z poradny pro pacienty a jejich blízké při Psychoonkologické sekci České onkologické společnosti. Ta vznikla před 13 lety. Publikace určená pro pacienty a jejich rodiny v ohrožující situaci zhoubného onemocnění může být cenná i pro ostatní zdravotníky.

V době, která se pyšní úspěchy, bohatstvím a zdravím, jsou nemoc, utrpení,

a dokonce i smrt pokládány za trapný neúspěch. Je to mimo jiné odvrácená tvář naší úspěšné medicíny, která dosáhla ve svém rozvoji dříve nevídaných úspěchů. Ale utrpení ani smrt z našeho života nezmizely. Jsou jeho přirozenou součástí. Jen ještě více než kdy dříve je skrýváme před zraky veřejnosti, před těmi nejbližšími, a dokonce i sami před sebou. Tím se dostává trpící často do izolace a osamění. O to pozoruhodnější a záslužnější je předkládaná publikace. Tváří v tvář smrtelnému ohrožení není čas na obelhávání, předstírání, plané utěšování. V kontaktu



s pacienty a jejich rodinami nikoho z autorů ani nenapadne zatěžovat čtenáře výčitkami za rozvoj devastujícího onemocnění, jak to někdy slýcháme od alternativních léčitelů nebo bohužel i lékařů, kteří propadli jakési pop-psychosomatice. Psychosociální okolnosti jsou nejspíš při vzniku nádorů také ve hře, ale obviňovat pacienty, že „si za svou nemoc můžou sami“, je brutální nepochopení principů psychosomatiky. V situaci, kdy je člověk ohrožen na životě a je zatěžován náročnou onkologickou léčbou, po něm ještě vyžadovat náhled na složitou situaci, je nelidské. Naopak autoři této publikace, zkušené kliničtí psychologové, trénováni v náročné klinické praxi, zůstávají v každodenní realitě se svými trpícími pacienty a jejich nejbližšími a jsou jim tak užitečnější než kdo jiný. Pravdivost je podmínkou úspěchu. Úspěchem je úleva od utrpení, strachu a zoufalství, nikoli jen záchrana života. Jde o boj na tom správném bojišti, nikoli proti přírodě a osudu, ale proti izolaci, zhoubným emocím, proti beznaději, která bere nemocným tolik sil. Alespoň tady je místo klinických psychologů v medicíně, i když by jich bylo potřeba mnohem více i u méně nebezpečných nemocí. Starají se o zachování lidské důstojnosti až do posledních okamžiků, o udržení otevřené komunikace tak dlouho, jak je to jen možné, aby nebyl pacient vyrušován na své poslední cestě, cestě ke smrti, pokud už byl dobojován boj o přežití. To je úkol, kterého se lékaři často zříkají, protože jsou trénováni na vítězství nad nemocí. Vítězství někdy za každou cenu. Když už nás lékařské fakulty nevybavují dovednostmi v komunikaci s respektem k intrapsychické realitě pacienta a jeho rodiny, je nanejvýš

záslužné, že se tohoto prázdného místa v medicíně ujímají odborníci na slovo vzatí. Kliničtí psychologové. My lékaři jsme jim vděční, protože tak ulevují i nám.

Pozoruhodný byl osud připravované knihy. Vydá ji nakonec rodinné nakladatelství **Klika** (www.nakladatelstviklika.cz). Důvod je takový, že všechna známá nakladatelství (Portál, Galén, Grada apod.) rukopis odmítli jako pravděpodobně nevýdělečnou a pro ně finančně málo zajímavou akci. Chtěla ji vydat Mladá Fronta, za podmínky, že autoři seženou 200 tisíc. „*My, jako psychologové, nejsme atraktivní pro medicínské a farmaceutické firmy, takže se sponzorstvím jsme neměli na takovou částku šanci. V Klice po nás chtěli 60 tisíc, na to jsme se složili (z Libereckého kraje přispěla Nadace Preciosa 10 tis., kolega z Jihlavy sehnal něco přes starostu apod.)*. Autorka ilustrací to udělala jako charitu. Pak jsme dostali "čouda" od prof. Vorlíčka, že jsme málo vědeckí, tak jsme po valné hromadě přidali nějaké citace a literaturu, ale zachovali si srozumitelný ráz a "poradnovou" notu. Potom naši knihu nechtěli korektoři - prý jestli to nemá být někdo ze zdravotnictví, jestli to není vědecká publikace... no byla to dlouhá cesta," svěřila se mi Hanka Kynkorová, jedna z autorek. Jako bych to od někud znal. Péče o obyčejnou lidskost není vědecká a taky se nijak moc nevyplácí. Proto existuje jen díky obyčejným lidem, kteří to dělají z lásky k bližnímu.

Knihy by měla vyjít během léta či na podzim.

V Liberci 25. 5. 2019



RADKIN HONZÁK: RECENZE KNIH, KTERÉ MŮŽETE ČÍST A NAVÍC DOPORUČIT POTŘEBNÝM

Dítě nezná pojem vděčnosti, nebo spíše neuvědomuje si jeho náplň, protože žije ve světě, který je pro ně samozřejmý, a pokud memoruje básničky o tom, jak je rodičům či učitelkám vděčné, neví ještě přesně, o čem mluví. Vděčnost poznává, až když citově, ekonomicky nebo časově investuje, a nedostává zpátky. Pak se začne ptát: kde je odpovídající vděk? To ale ještě není pravé poznání. Teprve až ztratím něco, co pro mě bylo cenné, a pak to zase najdu, uvědomím si naplno, že mám být vděčný za to, co všechno mi bylo dopřáno. To nemám z vlastní hlavy, pan profesor Matějček o tom napsal esej. Myslím ale, že je to dobrý úvod k referátu o knihách, které budou následovat.

My, kteří jsme měli to štěstí, že jsme byli podmíněně propuštěni z kriminálu zvaného RAKOVINA, máme obohacený život o nezapomenutelnou zkušenost. Velmi jsem docenil, že mám kamaráda, který terapie prodělával dva roky přede mnou, a tak mě o některých věcech k mému prospěchu poučil (připomnělo mi to, jak mě poučoval kamarád, který tam několikrát byl, co musím vidět v Paříži, když jsem tam jel poprvé a na krátkou dobu). Jako zkušenost z té doby, o niž se mohu rozdělit, nabízím jen jeden literární pokus, a to haiku s jasným názvem Chemoterapie: Přestože teď zadek těžce zvedám, / vím, že se nedám, nedám. To je na recenzi málo, ač báseň je to hezká. Nicméně formuloval jsem radu, kterou trousím, kudy chodím (trus, doktore, trus!): Neberte oznámení o chorobě jako zvěst o životní tragedii, ale jako oznámení, že jdete v životě do nové školy. Budou tam noví spolužáci, noví kantoři, nové učivo, nový režim. Bude to životní lekce, nová zkušenost!

Tereza Schillerová to na rozdíl ode mne vzala z gruntu a v duchu hesla, že ze stresu se lze vypsát, se pustila napřed na blogu a pak knižně do Deníku raka. To, co napsala ex post, je ale ve své stručnosti také velmi zajímavé: *Nejsložitější situace byly pro mne občas v nemocnici, kdy jsem nevěděla, co se mnou bude, co mě čeká za vyšetření, jak to bude celá léčba probíhat. Vše jsem pochytila až za pochodu. Těžké byly také chvíle plné depresi, úzkostí, nespavostí a agresivity. Musela jsem si nakonec pomoci léky na zklidnění. Tyto momenty střídaly i pěkné chvíle, kdy se mi dařilo vrátit se zpět na cestu a bojovat dál.* Vypráví to totiž o tom, o čem vytrvale kecám celý život, o významu komunikace. Já jsem se proti ní měl jak prase v žitě, věděl jsem totiž dobře, že na výsledky se čeká. Jak dlouho? Vždycky o den déle, než jste mysleli!

Potkáváme se s pacienty denně, poznáváme jejich reakce, část jejich problémů, ale takovýto deník nám – zdravotníkům – ukáže celou plastickou mapu jejich stonání, selhávání i vítězství v každodenním životě. Nebudeme se pak divit nešťastnému výrazu, když máme víc informací než zkušenost svých zrcadlových buněk, která nás netěší: *Můj život se zastavil. Zastavil se a já si nevím rady. Mám před sebou ceduli STOP. Jsem v bublině smrti. Stačí tu bublinu propíchnout a má mě. Svině.* Autorka vůbec není hysterická a navzdory těmto úvahám jede ve svém „zastaveném“ životě jak fretka.

Nepohodu nepřináší jen nemoc a zdravotníci, také spolutrpicí: *Ta paní má pocit, že jí to tam patří, takže se neohleduplně produkuje kolem mé postele, která je u okna, takže „s největším*



soukromím“, ale ona mi ho narušuje, protože každých deset minut leze do mého prostoru. Sere mě.

Jsou tu i lidé blízcí, rodina: Mám pocit, že můj muž musí být jednoznačně v prdeli. Chodí bytem a je přesvědčen, že má nádor mozku. Na můj dotaz, odkud to ví, odpovídá, že to četl na internetu. Je to vždycky stejný. Začne ho něco trápit, hodí to Googlu a už si určuje diagnózu. Mám chuť ho uškrtnout. V tu dobu jsem sama psychicky slabá a fyzicky vyčerpaná, že si vůbec neuvědomuju, že to období je pro něj ještě náročnější než pro mě.

Tento bedekr končí happyendem s vědomím, že to máme všichni podmíněně. Až já budu velké a odhodlám se napsat svoje zkušenosti, přál bych si mít tak přesné postřehy a k tomu tak lehké pero.

Zcela objevná i pro mě byla útlá knížka Jindřicha Jašíka Cesta ze schizofrenie, ke které jsem se dostal čirou náhodou, ale takovou, o níž Kurt Vonnegut říká, a tak se stalo, jak se mělo stát. A mělo by se stát, že ta publikace nezapadne do zapomnutí, ale dostane se psycholidem – já bych ji dal k psychiatrické atestaci jako povinnou četbu. Vzdáleně připomíná Duši, která se našla, zčásti Císaře z Portugalska, přináší ale daleko přesnější informace o intrapsychických pochodech člověka, který prodělal psychózu a dodatečně dokázal většinu svých prožitků rekonstruovat a v dalším běhu se na ně připravit a úspěšně se s nastupující patologií poprat: *Můj způsob obrany byl takový pokus-omyl, který nakonec vyšel... V čem se vnímání reality liší od vnímání reality zdravého člověka? Mojí odpovědí na tuto otázku je strach. Ten, kdo schizofrenii zažil, moc dobře ví, jak dlouho žil ve světě, ve kterém ho chtělo všechno a všichni zabít... Dlouhotrvající pocit neustálého strachu považuji za hlavní příčinu mezi fungováním mozku schizofrenika a normálního člověka.*

Autor mi potvrdil moji celoživotní představu, že často léčíme diagnózu, místo abychom hledali pomoc pro nemocného člověka. Přitom se ve vzpomínkách na svou hospitalizaci nijak agresivně nerozkřikuje a rozhodně se nestaví do antipsychiatrického šiku, psychofarmaka nepomlouvá a oceňuje, že mu napoprvé umožnila vrátit se domů. Nicméně má k tomu dobře nastudované i vědecky (NIMH) podložené alternativní postupy.

Do svého zápisníku zajímavých citátů jsem si z knížky vypsál: Věřit bludům je normální, protože v každém z nás je velká touha po jednoznačných odpovědích, kterou nemůže náš relativní svět uspokojit. Největší rozdíl mezi schizofrenními a normálními bludy je v tom, že těm druhým věří mnohem víc lidí. Nikdo není blázen proto, že věří bludům, ale proto, že věří bludům, kterým nevěří nikdo jiný.

Současná neuropsychologie hovoří o třetích zásadních změnách v mozku v období adolescence; nejde zdaleka jen o nálet pohlavních hormonů, které mění chování dospívajících, jako jeden detail je možné uvést skutečnost, že při rozpoznávání výrazů emocí jsou mladí lidé nejvíce vnímaví na signály možné agrese. V mém věku je ta citlivost výrazně menší. Zařazení do dospělého světa je obtížné. Není divu, že autor píše: *Jen z neochoty přimout realitu, jaká je, může vzniknout potřeba vytvořit realitu novou.*

O významu dopaminu ten, kdo ho zná, nepochybuje. Jašík tomu říká fantazie – připisování významů a z toho vyplývajícím skládání příběhů. Do toho organicky integruje ego a zde bych řekl, že připomíná na to, že psychotický stav představuje právě jeho ztrátu. Budeme se o tom ještě muset domluvit, o to velmi stojím; autor ego na malé ploše spíš zkritizoval, a pak opustil.



Mnohem dramatičtější je druhá část popisující cestu do zdraví vlastními silami, bez pomoci psychofarmak. Jašíkův postup má asi nejbližší k racionálně kognitivní terapii, mám-li ho k něčemu obecně známému přirovnat. Už jeho dělení strachů stojí za zmínku, protože tam nabízí svůj vnitřní prostor, který z vnějšku vidíme, resp. nevidíme ukrytý za fasádou mutismu („je zahrabaný v sobě, co tam asi schovává?“, častá charakteristika při poradách personálu).

Odbočka: a teď mě velmi zajímá, zda by kombinace uklidňujícího rozhovoru + oxytocinu + vyšší dávky rychle působícího benzodiazepinu neotevřela dveře téhle zakleté komnaty. Konec odbočky.

Nejistota po propuštění. *Nebyl jsem ochoten přistoupit na doktorské stigma... ale byl jsem ochoten připustit, že něco, i když nevím co, rozhodně se mnou nebylo v pořádku.* A zde autor nabízí svým bližním: *Připusť i ty, že z toho bláznivého světa ses mohl zbláznit sám.* A vzápětí řeší problém stažení se ze světa jako to nejpitomější, co člověk může udělat s představou, že mu každý vidí na čele, že je schizofrenik.

Úžasný příběh o zápase ega s realitou onemocnění přináší autobiografická novela Zuzany Pechové Plotýnka a já. S vzácnou porcí sebekritického přístupu autorka – workholka a navíc profesorka na gymnáziu – předvádí svou historii, která v malém kopíruje slavnou cestu Kübler Rossové: šok, popředí, agrese, smlouvání, deprese, přijetí. *Nastoupila jsem do práce na zkrácený úvazek a s*

karimatkou v podpaží. O přestávkách na ní budu v kabinetě polehávat a relaxovat. Mírně pošetilé očekávání od někoho s pětadvacetiletou učitelskou praxí. Cestu, kterou žena, která do teď zvládala nemožné, nemůže přijmout, nemůže připustit, že nad její vůlí vyhrála, že ji zkrusila jedna ničemná plotýnka. Navíc cestu lemovanou zkušenostmi a poznatky ze života spolutrpicích. Z obsahu a příběhu té paní mi začíná být nevolno. Vypadá to, že kvůli sebeobětování nemá ani čas si vyprat nebo umýt hlavu. Přijímání nové situace je obtížné a bolestné. A jak trpce jí zní útěcha: Buďte ráda, že máte jen tohle; co by jiní za to dali. S invalidním důchodem jako se sociálním statutem se smírju hůř. První výplatu důchodu přijímám s rozpaky, dostávám peníze za nic? Co budu říkat, když se mě lidé zeptají, co dělám?

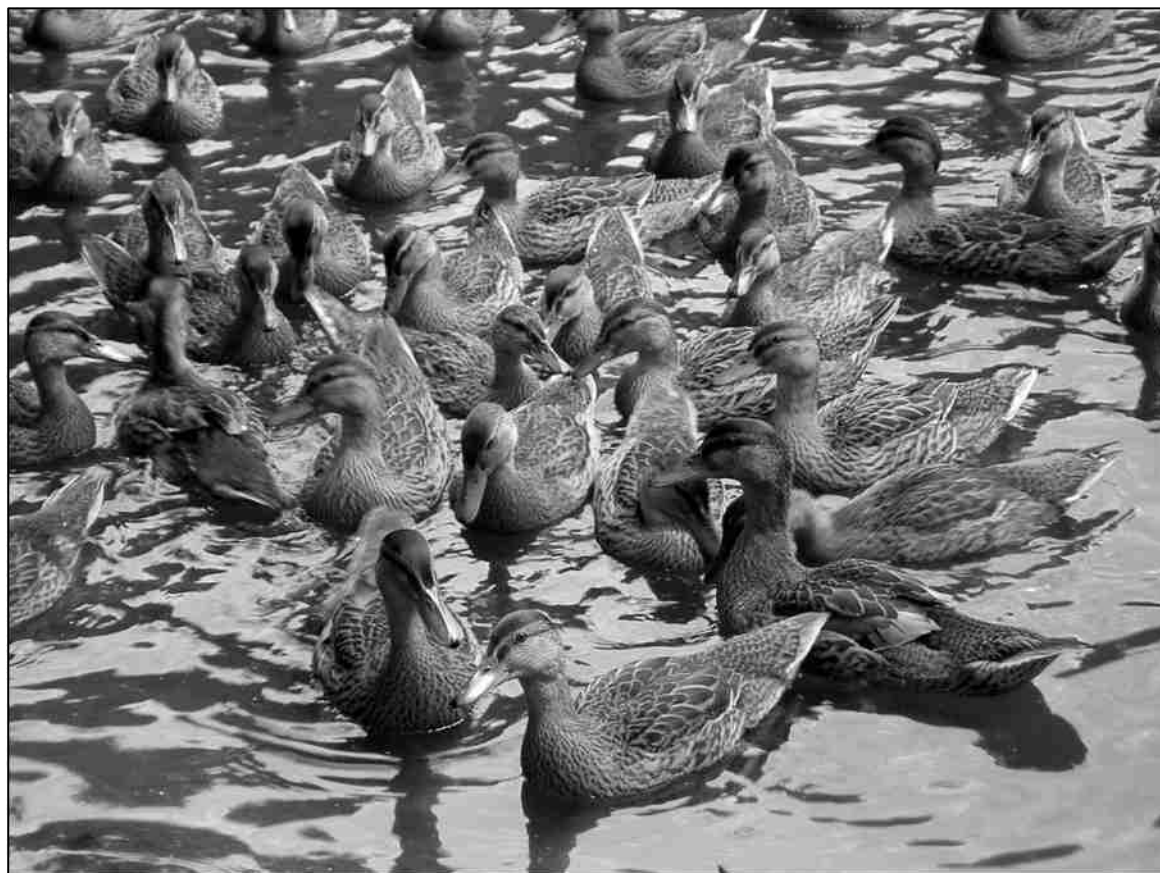
To, co je výzvou pro pomáhající, je zde nad standardní medicínskou pomoc; takhle žena, nastavená na výkon až do té míry, kterou popisují slovy, „vyměnila svou duši za výkon“, potřebuje ve své bolesti a neschopnosti najít smysl života. A protože dosud vše řídila suverénně, je s ní obtížná dohoda. Jak jí něžně a současně přesvědčivě říct: „život je to, co máš, ne to, co bys chtěla“, aby to slyšela a nezranilo ji to?! V tomto případě, když nejsme slyšeni, je nejlepší vzít její knížku a vrazit ji do ruky těm, kteří jsou na tom, jako ona byla na začátku.

To by mohl být smysl biblioterapie. *Ono to jde, ono to musí jít!*

Do redakce přišlo 19. 5. 2019.
K tisku zařazeno 19. 5. 2019.
Konflikt zájmů není znám.



SPOLEČENSKÁ RUBRIKA



RADKIN HONZÁK: MILOŠ VOJTĚCHOVSKÝ – RENESANČNÍ OSOBNOST A ÚŽASNÝ ČLOVĚK

S Milošem jsem se potkal na konci svých studií, když jsem se jako medik ocitl ve skupině lékařů a psychologů bádajících a pracujících s LSD. Přestože byl zkušený doktor o generaci starší a já lékařské embryo, jednal se mnou jako s rovným, a to vlastně byla moje první velká životní lekce. Nejen pro řemeslo. Fungoval tehdy jako konziliární psychiatr v Ústavu pro výzkum výživy lidu (ÚVVL) v Krči, což byl jeden z pěti výzkumných ústavů řízených Ministerstvem zdravotnictví; veden byl profesorem Maškem, který byl v té době na evropské úrovni. Miloš měl za sebou psychoanalytický výcvik, dvě atestace z

psychiatrie a atestaci z gastroenterologie, zkušenost z předchozích pracovišť a v sobě stále nenasytnou zvědavost Kiplingova sloního mláděte. Pracoval v metabolické skupině docenta Kuhna na problematice pacientů s vředovou chorobou, intenzivně se věnoval výzkumu stresu, nově vznikajícím psychofarmakům a experimentoval s LSD.

Z té doby pocházejí tyto příběhy: Jedna mladší kolegyně v rozvodovém řízení ho požádala, aby jí dal „něco na uklidnění“. Miloš jí dal klíče od své pracovny a řekl jí, že na policice má vzorek benactyzinu, což



bylo tehdy nové anxiolytikum s výrazným anticholinergním účinkem. Přestože ji důrazně upozornil, že si má vzít pár kapek, kolegyně ve stylu, čím víc, tím líp, do sebe koplá půl lahvičky. Přípravek zapůsobil jako pověstné čarodějnické masti a byliny, paní doktorka odložila šat a běhala v rouše Evině po oddělení za jásaového vriskotu: Já jsem lady Godiva. Za ní sestřičky s lajntuchem, do něhož ji nakonec zahalily. Miloš z toho ihned vytěžil článek pro Acta Psychiatrica Scandinavica.

Laboratorní stres se tehdy zkoumal nejrozličnějšími způsoby a jedním z oficiálních byl Hrbkův laboratorní jazyk. To se zobrazené předměty pojmenovaly dvojslabičnými názvy, které nebyly v žádné souvislosti s přirozeným jazykem (ketak, monus, futu, atd.). Pokusná osoba se to naučila, a když si to zapamatovala, názvy se přiřadily k jiným předmětům a bylo nutné se to přeučit. Byla to dost otrava, přezkoušení bylo navíc pod tlakem, experimentátor chyby zdůrazňoval, čímž stres pokusných osob stoupal. Pokusy byly honorovány, ne moc, ale tehdy byl každý přivýdělek dobrý, a tak se do toho zvali v první řadě kamarádi. Primáři amatérského kvarteta, kam Miloš chodil muzicírovat, byl obzvlášť neúspěšný a přeladit pojem kefu mu dělalo extrémní obtíž. Večer zasedli všichni k pultíkům s notami, a když primarius už po několikáté Miloše nespravedlivě napomenul, a ten se ohradil, dozvěděl se: „To máš za to kefu!“

Léčebné experimenty s LSD se ubíraly dvěma směry: psycholytickým, kdy lysegamidu bylo využito spíše jako prostředku k vyvolání nevědomých obsahů zejména traumatického charakteru a k jeho dalšímu zpracování, a psychedelickým, pokud možno s úplným rozpuštěním ega a splynutím s vesmírem. Miloš pracoval – na rozdíl od Standy Grofa – tím prvním. LSD se dostala na tradiční psychofarmakologické konference v

Jeseníku a zde byla také přiměřená pozornost věnována psychoterapii a z Milošovy iniciativy zde kromě metodiky zaznívaly také informace z etiky, která tehdy byla na indexu.

V polovině šedesátých let ochabovala síla pavlovského diktátu a na ÚVVV skončil pokus léčit nemocné s vředovou chorobou spánkem jediným výsledkem: že přibrali na váze (tenkrát se ještě nemuselo říkat „hmotnost“). Co dál? Vyšel z toho zajímavý projekt: když se při spánku tloustlo, co udělá pravý opak? Tak se zrodili nespavci, jejichž první turnus si Miloš ještě užil, mně připadlo těch dalších více než dvacet. Ale už v tom prvním kromě spánkového výzkumu byl zahájen výzkum cirkadiánních rytmů, což byla tehdy světová priorita.

Pro docenturu si Miloš zašel na Farmakologický ústav lékařské fakulty a zde mu byl pro jeho zásadový postoj také zatržen výhled na jakoukoliv další kariéru: neprošel prověrkami a byl bez místa. To – sice ne s možností dalšího kariérního růstu, také ne moc placené a také ne moc kryté před blbostí komunistů – mu nabídl ředitel Beřkovické léčebny František Hájek. (Tady si nemohu odpustit odbočku – vím, že to vyznívá skleroticky, byl bych rád, aby ta vzpomínka nezapadla: Hájek patřil do skupiny frankofonních doktorů a jezdil do Francie, odkud vozil hezké vzpomínky. U Chertoka po obědě pili kávu a pan profesor se náhle zvedl, omluvil se, že přijde za deset minut, protože teď je čas, aby šel ukázat své ego na klinické oddělení.) V Beřkovicích se stal docent Vojtěchovský primářem gerontopsychiatrického oddělení, což s některými osobami, kterým velel, byla dost svízelná řehole. I tam se udávalo! Rozhodně ale neustával v hledání pravdy o člověku a jeho místě zde. Byl jeden z prvních, kteří mezi nás vnesli povědomí o Moodyho efektu, neboli zážitku blízkém smrti, s Helenou Haškovcovou byl jedním z



prvních, kteří přinášeli na veřejnost téma thanatologie, zaměřil se na psychopatologii vládců, a když konečně po roce 1989 bylo možné svobodně publikovat, spolu s Vahalovým „I nám vládli nemocní“ začal otiskovat psychopatologické studie našich prezidentů. Asi proto mu žádný nedal rouru.

Vzpomínám na podzimní Purkyňku někdy v osmdesátých letech, kdy jsem se ho na dvoře Psychiatrické kliniky zeptal, jak se mu daří, a on vycenil levačku s hodinami a pravil: „Za tři měsíce, dva dny a tři hodiny jdu do důchodu.“ „Blbneš,“ řekl jsem vědoucne, „vždyť to nevydržíš, se svou náturou se budeš nudit.“ „Nebudu,“ pravil hrdě, „řekl jsem si: lepší s malým důchodem do Stromovky, než s velkým do krematoria. Uvidíš.“

manželka, říká, že už by měl jít něco dělat. Krátce na to odjel do Kanady, kde seznámil lékařskou veřejnost s výzkumy Langmeiera a Matějčka o dětské deprivaci. Mně po návratu objasnil, že jméno předního badatele v oblasti spánku Williama Dementa nedělá svému nositeli žádné problémy.

Po roce 1989 se rozjel naplno v ambulanci, výuce, přednáškách i publikacích a zůstal nesmlouvavě kritický a současně neuvěřitelně poctivý. Jeho poslední rozhovor pro čtvrtletník Vital (<https://vitalplus.org/milos-vojtechovsky-sam-sobe-pacientem/>) ukazuje jeho svěžest ještě před dvěma roky, jeho náhled na všechny souvislosti.

V roce 1966 jsem „naskočil do jeho bot“ a



Jako správný Vodnář, šel do důchodu v únoru. Potkali jsme se tentýž květen na Palatě na sympoziu, které pořádal Jaroslav Skála. Ptal jsem se, jak se mu to líbí, a on odvětil, že si vede deník, že to celkem jde, jen ho štvou ty frajle na poště, které mu říkají dědečku, a taky Milena, jeho

zíral, jak rozsáhlou agendu jsem podědil. Jak léta šla, Miloš mi pomáhal otvírat další obzory a ukazoval bohatost oboru, který má tendenci smrsknout se dnes na diagnostická kritéria a doporučené léčebné postupy, což je děsivá vidina. Miloš znal člověka od biologie po duchovní



rozměr a jeho odkaz by neměl odeznít jen proto, že on už odešel. Neodešel. Pro mě tu je stále, kritický, laskavý, nabádavý a zvědavý.

V Praze 3. 4. 2019

Fotografie ze semináře o LSD v ČR z 6.6.2016 převzata z webu ÚSTR



HIPPOKRATOVA CENA – PRO LÉKAŘE, KTERÝ PROKÁZAL NEBO VYKONAL ČIN NEBO ČINY LIDSKOSTI: *MUDR. RADKIN HONZÁK, CSc.*



V současnosti působí jako ambulantní lékař v centrech IKEM (pacienti s nezvratným selháním ledvin, transplantační program), jako sekundární lékař pracuje v Psychiatrické nemocnici v Praze 8 Bohnicích a jako asistent na Ústavu všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Specializuje se na psychoterapii a je zastáncem psychosomatického (biopsychosociálního) přístupu. Hippokratovu cenu získává za svůj celoživotně vřelý, laskavý a přívětivý přístup k pacientům.

Gratulujeme!



NABÍDKY



VÝCVIK VE SKUPINOVÉ INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPII 2019–2023

Skálův institut přijímá frekventanty do 5letého sebezkušenostního VÝCVIKU VE SKUPINOVÉ INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPII 2019–2023 – s akreditací komise pro zdravotnictví České lékařské společnosti. Garant programu PhDr. Magdalena Frouzová, vedoucí skupin a lektori na www.skaluvinstitut.cz

Součástí programu sebezkušenost a nácvik dovedností (400 hod.) teorie (160 hod.) a supervize (130 hod.), široký nadstavbový program dalších nácviků dovedností, individuální psychoterapie a supervize. Roční kurzovné 27 000 Kč. Kritérium přijetí 25 let, bakalariát humanitního směru, a zaslání 10stránkového životopisu s přihláškou na magdalena.frouzova@email.cz, tel. 602 642 616.

Skálův institut přijímá frekventanty do 5letého sebezkušenostního VÝCVIKU VE SKUPINOVÉ INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPII 2019–2023 – s akreditací komise pro zdravotnictví České lékařské společnosti. Garant programu PhDr. Magdalena Frouzová, vedoucí skupin a lektori na www.skaluvinstitut.cz .



Součástí programu sebezkušenost a nácvik dovedností (400 hod.) teorie (160 hod.) a supervize (130 hod.), široký nadstavbový program dalších nácviků dovedností, individuální psychoterapie a supervize. Roční kurzovné 27 000 Kč. Kritérium přijetí 25 let, bakalariát humanitního směru a zaslání 10stránkového životopisu s přihláškou na magdalena.frouzova@email.cz, tel. 602 642 616.

VÝCVIK V RODINNÉ TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI

Motto: „Rodinná terapie je léčba budoucnosti v psychosomatice“ (prof. T. H. Loewe)

Už sedmý běh komplexního vzdělávacího programu, který byl poprvé otevřen v r. 1997, bude pod vedením týmu Chvála & Trapková zahájen v r. 2021. Je určen především pro pracovníky ve zdravotnictví, lékaře, klinické psychology a fyzioterapeuty, kteří se věnují psychosomatickým pacientům. Tímto čtyřletým výcvikem prošlo na 240 odborníků. Pro zařazení je třeba kromě vysokoškolského vzdělání v humanitním směru absolvovat Seminář o časové ose v našem institutu LIRTAPS. Přihlášky zasílejte paní sekretářce menclova@skt-lib.cz



PRACOVNÍ PŘÍLEŽITOST



PŘIJME LÉKAŘE NA PSYCHOSOMATICKÉ PRACOVÍŠTĚ SE SPECIALIZACÍ V OBORU PSYCHIATRIE, VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, NEUROLOGIE, FYZIOTERAPIE, BALNEOLOGIE A LÉČEBNÁ REHABILITACE

- **PŘIJME LÉKAŘE ABSOLVENTA SE ZÁJMEM O PSYCHIATRII A PSYCHOSOMATIKU**
- **PŘIJME LÉKAŘE SE SPECIALIZACÍ V OBORU PSYCHIATRIE**

Požadujeme

VŠ vzdělání lékařského směru, zájem o práci v oboru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. v pl. zn., uživatelská znalost práce na PC.

Nabízíme

profesní růst, dovolená navíc, příspěvek FKSP na penzijní připojištění, rekreaci a dětské pobyty, rekondiční masáže, příspěvek na stravování, možnost ubytování a další zaměstnanecké benefity
platové podmínky v souladu s platovými předpisy pro státní příspěvkové organizace

Termín nástupu: dle dohody

Platové rozmezí: 33.000,- až 57.000,- Kč nástupní plat

Místo výkonu práce: Psychiatrická léčebna Šternberk, Olomoucká 173, Šternberk

Pracovní poměr: hlavní pracovní poměr, doba neurčitá

Náležitosti žádosti

motivační dopis, strukturovaný životopis, kopie dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání, souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Vaši žádost zasílejte na adresu:

Psychiatrická léčebna Šternberk, Jarmila Bartková, personální oddělení,
Olomoucká 1848/173, 785 01 Šternberk nebo na e-mail: bartkova@plstbk.cz
Bližší informace na telefonu 585 085 475.



Z KONFERENCÍ



ETIKA, PSYCHOSOMATIKA A VEŘEJNÝ PROSTOR

Ano, takové bylo téma mezinárodní odborné konference, jež se konala v sobotu 26. ledna 2019 v Centru komplexní péče (CKP) v Dobřichovicích, které ji pořádalo. Téma velice aktuální a lákavé. Redakce Kukátka byla pozvána a pozvání ráda přijala.

A tak jsem tam byl. Původně s tím, že to bude tak pro krátkou reportáž o tématech, o nichž toho zase až tak moc nevím, jakkoli mě velmi zajímají. A co se nestalo: vtáhlo mě to naprosto a byl to čas, který rozhodně nebyl marně strávený. Naopak! Přinesl řadu témat k přemýšlení i řadu odpovědí na dlouho vězící otázky. Jasně:

otázek je stále tak nějak víc než odpovědí, ale na to si člověk musí zvyknout.

CO TEDY ZAZNĚLO?

Úvodem vynikající přehled historie psychosomatiky **MUDr. Michala Kryla** v duchu, že dnešní psychosomatika je vlastně jakýsi návrat k tomu, co kdysi bylo běžné, fungovalo na bázi komplexního vnímání problémů ve všech možných souvislostech. A že s tím nedovede občas moderní medicína efektivně pracovat. A pěkně od podlahy, tedy od Platóna, Aristotela, Hippokrata (je zbytečné léčit oko bez hlavy, hlavu bez těla a tělo bez duše), orientálních modelů, přes



středověk, raný novověk až k současnému vývoji.

Mgr. Miloš Mauer přednáškou o etice a psychosomatice načal další zajímavé a povytce aktuální téma. Diskutovalo se tak např. o tom, co je specifické v psychosomatice z hlediska etiky, kolik odpovědnosti lze na pacienta „naložit“, jak je to s tzv. terapeutickým privilegiem, tedy zda pacientovi říkat vše, nebo jen něco, tedy ne všechno... Má právo být informován. Ale ...jak to unese? Jak pracovat s obrannými mechanismy pacienta, které mohou významně komplikovat léčbu, jak je to s fenoménem placebo. Nesmírně zajímavé byly analýzy k tématu obezity, jak je různě napadána, bráněna, přijímána. Pro mě velmi přínosná přednáška...

Tématu psychosomatiky a šarlatánství se věnoval **doc. MUDr. Jiří Šimek**, psychiatr a psychoanalytik. Tohle je téma věčného a asi i nevyřešitelného boje mezi vzdělanými lékaři (jejichž vzdělání je však odvozeno od momentální úrovně poznání, a tím myslím i logicky determinováno) a těmi, kteří jsou nazýváni všelijak, přičemž slovo šarlatáni v tomto případě je jen jedna z variant, a soudím, že trochu i manipulativní, nebo maximálně hodně „příznaková“.

Lektor stál jednoznačně a vědecky i metodicky podloženě na straně lékařů, avšak co s metodami a případy, které se do těch šuplíků tak nějak nevejdou, a přesto fungují? Začalo se tím, co jest vlastně filosoficky vzato pravda, co nepravda, co mýtus. Jaký je vztah pravdy a toho, že tady a teď můžeme něco změřit, zvážit či spočítat? Něco naopak ne? Pokračovalo se otázkami, zda si lékaři často jsou plně vědomi mezí vědy, zda mají a vnímají koncept unikátního jedince, zda jsou schopni pojmut i hloubku řady dalších faktorů, třeba kontextuálních mezilidských vztahů.

Dlouhá a moc zajímavá byla diskuse k této přednášce, jde přece jen o velmi subtilní věci a o konkrétní životy a příběhy, lepší příští nemocných. Došlo samozřejmě a logicky i na téma homeopatie...

Byla to skvěle metodicky postavená a vyargumentovaná přednáška, jež zároveň dala prostor účastníkům ke zcela otevřené diskusi, v níž mohly zaznít i názory principiálně nesouhlasné.

Po obědě přišly na řadu workshopy. Díky laskavosti pořadatelů jsem se mohl vmezeřit do skupiny, jejíž téma bylo **Psychosomatika v médiích**. Vedla ji zkušená redaktorka ČRo Plus **Mgr. Martina Mašková**, jež se meritorně nyní věnuje popularizaci vědy v médiích. Byla to velmi zajímavá zkušenost, otevřená a přínosná diskuse o tom, jak debatu ovlivňují sociální sítě, jak fungují informace v médiích, jak je cílit, jak a jakou formou je dostat k těm, k nimž by dojít měly. Kdo vlastně jsou ti, k nimž by měly dojít?

Došlo na řadu konkrétních případů i na diskusi, jak v té věci konkrétně pracovat a jak se profilovat ve veřejném prostoru, nabízejícím dnes řadu možností, které můžou být jak dobrým sluhou, tak i tím pověstným zlým pánem...

Další dva workshopy vedli **MUDr. Michal Kryl a Ivan Verný, M.D., Dipl. PW.**

Dílna MUDr. Michala Kryla Naše tělo teď a tady vycházela z koncepcí propojení psychofyzických dějů, z jejichž sledování (selfmonitoring) lze usuzovat nejen na aktuální psychosomatické vynacházení se v bezprostřední přítomnosti, ale i na širší kontext životní zkušenosti každého účastníka. Dílna zahrnovala několik (bezpečných) psychoterapeutických technik zaměřených na tělo.

Workshop Ivana Verného, M.D., Dipl. PW Jasně hranice profesnej identity –



alebo plynulé prechody? se věnoval povolání (v nejlepší smyslu slova), tedy snům a mýtům o tom, co stálo na začátku naší fyzi-, psychoterapeutické, resp. lékařské kariéry a co nás stále ještě láká, pohání a nenechá na pokoji.

Pak následovaly dvě velice zajímavé přednášky v závěrečném bloku konference. Slovenský host a mediální specialista **PhDr. Roland Kyška, Ph.D.** nabídl k diskusi přednášku s názvem Sociálne médiá: alternatívny svet, nová identita (stres z digitalizácie). Opět tedy komunikace, média, technologie, digitální revoluce a varianty stresu, který může přinášet. A jak mu nepodlehout. Život v informačních bublinách, kdy si většinou vybíráme jen to, s čím se identifikujeme. Máme strach, že nám něco uteče, obavu z toho, že jiní lidé žijí hodnotnější život ...

A k tomu ty stresy, které asi každý z nás zná ze svého okolí: děsíme se toho, že jsme offline, máme strach z vybité baterie, z nedostatku datového toku, z nemožnosti se připojit. Často to vede až k úzkostným stavům, tachykardii, bušení srdce, pocení, třesu, žaludeční nevolnosti, pocitu slabosti v nohou, návalům chladu či tepla. Fakt...

15 let stačilo Facebooku, aby zcela změnil modely komunikace. Ale nejen to: změnil se vzorec obchodu, ale i té důvěry, na niž jsme byli zvyklí v předdigitálním čase. A jak se v tom má orientovat třeba sociální pracovník, psycholog nebo sám klient? Do jaké míry je naše on-line identita naší soukromou záležitostí? Může nám nějak pomoci ve snahách souvisících s naší prací? Jak? Jak tedy spravovat své postavení v on-line světě?

Závěrečnou přednášku nabídl **doc. Ing. arch. Jindřich Svatoš**. Zabývala se působením veřejného prostoru z pohledu architekta. Veřejný prostor je spolehlivé téma mnoha diskusí, a přiznejme si, že

právem. Položil otázky typu: jaké prostředí nás příznivě ovlivňuje? Jak na nás působí prostředí, která nejsou příliš hezká? A jak se tedy k těmto věcem v praxi stavět z hlediska své práce, odpočinku? Jak vnímat krajinu příjemnou, jak ji tvořit? (To je ten dávný model už barokních myslitelů a výtvarných umělců z řady následujících generací, kdy se hledal onen locus amoenus – místo líbezné... Je o tom řada dobových úvah i spousta výtvarných děl. A také celé krajinné celky.) Jak by se k tématu měli stavět architekti či správcové věcí veřejných? Jak ti, kteří zařizují pracovní prostředí? Jakou roli v tom hraje samotná krajina?

Nebo města: městské dvorky, veřejná zeleň, pěší prostory, bazény, plovárny, relaxační zóny. Jak žít tak, abychom si mohli vybrat? Jak zvládat, když si vybrat nemůžeme?

Lektor vše dokumentoval spoustou velmi dobře vybraných fotografií z tuzemska i z celého světa. Nad některými až srdce zatrnulo. Jak v poli plusovém, tak v minusovém.

Na závěr: veliký dík pořadatelům za velice aktuální a dobře vybrané téma, za skvělý výběr lektorů i za bezchybnou organizaci konference, která svedla dohromady odborníky z řady oborů, ale zároveň velmi kompatibilní komunitu duší ctících podobné principy a majících podobné sny i cíle. Co považuji kromě těch společných snů a cílů za zvláště cenné: možnost velice otevřené a odborně fundované diskuse založené na spoustě praktických zkušeností účastníků. Jasně, byli z praxe a ty zkušenosti jsou jejich denním chlebem.

J. Matl

Článek převzat z čtvrtletníku *Dobřichovické Kukátko* 1/2019, s. 20-22, k dispozici také na adrese: http://www.dobrich.cz/kukatko/kukatko_2019_1.pdf. Se svolením redakce.



PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA VE ŠTERNBERKU JIŽ PO- ŠESTÉ



Ve dnech 12. a 13. dubna t.r. se v Městském kulturním zařízení ve Šternberku uskutečnil již šestý ročník mezioborové konference na téma psychosomatické medicíny. Napočítali jsme cca 130 účastníků z řad lékařů, psychologů, fyzioterapeutů i studentů.

I letos jsme se ještě jednou věnovali velmi aktuální psycho-onkologii: téma zahájil loňský aktivní účastník (a vítěz divácké ankety o nejlepšího přednášeče) **M. Pospíchal** z UK Praha. Autor opět poutavě a strhujícím způsobem znázornil souvztáhnosti mezi imunitními procesy, nádorovým bujením a psychologickými i sociálními proměnnými. Vzápětí navázala a doplnila předestřené téma psycho-onkoložka **O. Dostálová** z PVŠPS Praha s pamětnickým vzhledem a obrovským záběrem lékařských i psychologických zkušeností za léta práce s onkologickými

pacienty (autorka začínala jako radioterapeutka, k „psycho-profesím“ se přiklonila v průběhu své profesní dráhy).

Odpolední blok zahájila **A. Procházková-Večeřová** ze 3. LF UK a IPVZ Praha prezentací psychoterapeutického směru *biosyntézy* vycházejícího z učení W. Reichela a A. Lowena a zacházejícího jak s pacientovým tělem, tak s emocemi a vztahy. Rovněž příspěvek **D. Jandové** (v minulosti vedoucí Katedry rehabilitace 3. LF UK Praha) se sice zabýval primárně tělesnou dimenzí ve zdraví i nemoci, avšak i souvisejícími aspekty psychosociálními – vše z pohledu rehabilitační a fyzikální medicíny. Přednášečka demonstrovala i rozpory plynoucí z odlišného přístupu k psychosomatickým jevům mezi EBM medicínou a psychosomaticky orientovanými odborníky.



Spirituální rovinu přinesl (dle očekávání) teolog a pedagog **M. Podzimek** z TU Liberec, ve svém obsažném sdělení se zabýval transcendentním rozměrem života člověka a koncepcí tzv. *theonomie* v kontextu změn filozofického a náboženského paradigmatu v naší epoše. Velmi aktuální sociálně-psychologické téma *osamělosti* člověka v blahobytně rozvinuté industriální společnosti přivezl z Pinelovy nemocnice v Pezinku **P. Minárik**, původně přírodovědec. Součástí odpoledního programu byl i prvně na šternberské konferenci organizovaný workshop, jenž byl zaměřen na zpětné zmonitorování a emoční prožití bio-psycho-sociálních událostí v životě každého z účastníků dílny; ty byly mapovány pomocí kresby (mapy vlastního těla). Vedení se ujala praktická lékařka, psychoterapeutka a výcviková lektorka **Z. Bártová** z Prahy.

Druhý konferenční den se nesl v duchu prolínání filozofických, výzkumných a alternativně medicínských témat. Zahájila **I. Strobachová** esejistickým zamyslením nad jiným než běžně „vlastnickým“ pojetím naší tělesnosti, vycházejíc mj. z prací Lévinase či Fromma. Základní principy homeopatické medicíny představila a na kazuistice doložila **Z. Bártová** a odborný program uzavíral psycholog **T. Řiháček** z MU Brno. Představil první výstupy multicentrické studie, jež sleduje účinnost skupinové psychoterapie u pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy (MUS).



I letos byl pro účastníky připraven neformální společenský večer s hudbou (**Jiří Matějů** z ČRo Olomouc), vystoupením žongléřským (olomoucký Cirkus levitáře **Jana Havsy**) i recitačním (slam poetry olomouckého rodáka a vicemistra ČR v této disciplíně **Jiřího Juráně**).

Ročník příští zamýšlíme opět vrátit více zpět do zimního období (přelom únor/březen). Sledujte od podzimu webové stránky léčebny (www.plstbk.cz).

MUDr. Michal Kryl



RODINNÁ TERAPIE MEZINÁRODNÍ: SETKÁNÍ EFTA-NFTO, TENTOKRÁTE V ESTONSKU

Zprávu z květnového setkání Evropské asociace rodinných terapeutů, jejíž hostitelskou zemí bylo Estonsko, nám zaslala národní delegátka SOFTu Mgr. Lucie Hornová. Přijměte její pozvání i na celoevropskou konferenci v Neapoli v září 2019.

Ve dnech 10.-11.5. se uskutečnilo další setkání EFTA-NFTO, tentokrát v Estonku. Jak je zvykem, kolegové z Estonska nás také přizvali ke dvoudenní účasti na svojí národní konferenci, která předcházela setkání NFTO.

Estonsko je země s přibližně 1,3 mil. obyvatel, z nichž většina žije v hlavním městě Tallinnu. Tak jako ve všech post-sovětských republikách, její historie je velmi pohnutá. Psychoterapie zde dostala příležitost k rozvoji až v 90. letech minulého století, po pádu SSSR. Tím obdivuhodnější byla účast na Konferenci rodinné terapie, kde se sešlo přes sto estonských kolegů.

V rámci setkání NFTO bylo diskutována tato hlavní témata: role výzkumu v rámci Evropské spolupráce, sdílení zkušeností s argumentací při vyjednávání o účinnosti RT s pojišťovnami a státními institucemi, podpora zejména uprchlických rodin a těžce traumatizovaných klientů, způsoby popularizace práce NFTO ve světě digitálních médií.

Setkání se tentokrát spolu se mnou účastnil i Jan Szutkowski, nový zástupce v NFTO za Českou republiku.

Novinky z EFTA: Po smrti Rodolfa de Bernata v únoru tohoto roku, zvoleného na setkání v Athénách v roce 2018, se prezidentské role prozatím ujala Monica White, do té doby prezidentka NFTO. Její předsednictví je příslibem možných změn a závanem čerstvého větru v celkové organizaci EFTA. Její hlavní role nyní spočívá ovšem v dohnání zanedbaných příprav na celoevropské setkání EFTA v Neapoli v září 2019. Monica se této role ujala s nebývalou energií, takže se rýsuje pozoruhodná konference s řadou nových formátů a zajímavých hostů.

Pro bližší informace o konferenci prosím navštivte: <https://www.efta2019naples.org>

Obzvláště si dovoluji upozornit na výrazně snížený konferenční poplatek pro všechny studenty a organizované skupiny nad 10 členů. Skupinu je možno vytvořit i z mezinárodních účastníků. Pokud byste o vytvoření skupiny měli zájem prosím neváhejte mne kontaktovat: lucie.hornova@gmail.com

Lucie Hornová

Text uveřejněn také v bulletinu rodinných terapeutů SOFTFÓRUM.



AKCE

PRAVDIVOST A JEJÍ POTLAČOVÁNÍ

Spolek IRENE pořádá mezinárodní konferenci

PRAVDIVOST A JEJÍ POTLAČOVÁNÍ

**z pohledu médií, kultury,
medicíny, psychoterapie,
skupinové analýzy, péče o duši**

Konference se koná u příležitosti udělení PRIX IRENE
novinářce Pavle Holcové.

PROGRAM

Aktivní účast přislíbili přední představitelé jednotlivých
oborů: Daniela Fisoherová, Fedor Gál, Vladislav Chvála,
Michael Šebek, Ludmila Trapková, Veronika Víchová, Aleš
Weiss. Podrobnější program bude včas oznámen.

POJMY A TÉMATA

pravda v přírodních vědách a v médiích, komunikace po
sítích, fake news, hoaxy, původ a šíření ideologií, falešné
kolektivní self, řeč těla – nevědomé sdělení pravdy, příznak-
porucha jako nevědomé sdělení pravdy, příznak-porucha
jako neverbální zápas, hledání pravdy při terapii...

**Čestnými hosty konference jsou manželé ing. Jiří a Karla
Lažanští.**

ORGANIZAČNÍ VÝBOR KONFERENCE

Pavel Battěk, Eliška Jírová, Helena Klimová (koordinátorka),
Martina Krynská, Eva Kuželová, Václav Trojan.

Konferenci je možno podpořit darem na č.ú. 43-
3132880277/0100, dobrou vůli organizátoři uvítají s vděčností.

irene

KDY

Sobota 19. října 2019

KDE

Oddělení pro vzdělávání a
kulturu Židovského muzea
Praha, Maiselova 15

REGISTRACE A CENY

do 31. července
900 Kč plná cena
700 Kč snížená cena*

do 30. září
1200 Kč plná cena
1000 Kč snížená cena*

do 19. října včetně
1600 Kč plná cena
1300 Kč snížená cena*
*studenti a důchodci

Platby kromě vstupu na
konferenci zahrnují také
kávové přestávky, lehký
oběd a konferenční
brožurku.

Platbu a registraci prosím
provedte prostřednictvím
systému GoOut:
<https://goout.net/cs/listky/pravdivost-a-její-potlacovani/oune/>.

info@prixirene.cz



PRAKTICKÉ ZÁKLADY PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU

CHCETE SE ORIENTOVAT V PSYCHOSOMATICE?

Hlavním pracovním nástrojem psychosomatické medicíny je týmová spolupráce. Proto vám terapeutickou práci s pacienty v širším, bio- psycho- sociálním, kontextu představíme optikou různých odborností. Čerpáme z praktických zkušeností z práce fyzioterapeuta, rehabilitačního lékaře, klinického psychologa a pohybového terapeuta s pacienty s pohybovými obtížemi.

V ordinacích rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů je mnoho pacientů s psychosomatickými obtížemi, jejichž léčba je velmi náročná a dlouhodobá. Jednotliví odborníci se setkávají s tím, že znalost standardních postupů v jejich odbornosti je při léčbě těchto pacientů nedostačující. Proto chceme nabídnout základy psychosomatického vzdělání především našim kolegům fyzioterapeutům, kteří hledají prostředky, jak oni konkrétně mohou pomoci svým psychosomatickým pacientům.

Termín: 3.10.2019 - 6.2.2020 (7 bloků)

Cena: 5 500 Kč (do 15.6., později 6 300 Kč)

Lektoři: Mgr. et Mgr. Jana Týkalová, Mgr. Jitka Holubcová, prim. MUDr. Jan Slovák, Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. Marta Lebedová

Místo: CKP Dobřichovice, Na Vyhlídce 582, Dobřichovice

VÍCE INFORMACÍ A PŘIHLÁŠENÍ: <https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminar/prakticke-zaklady-psychosomatickeho-pristupu/>

Z ČEHO KURZ VYCHÁZÍ?

Náš kurz vychází z principů, které definovala odborná společnost SPM ČLS JEP. „Psychosomatická medicína není alternativou k čistě biologicky orientované medicíně, nýbrž je jejím logickým doplněním. Čím více se moderní medicína fragmentuje na jednotlivé specializované obory, tím potřebnější je obor, který je schopen integrovat všechna tato hlediska do celistvého pohledu na zdraví a nemoc. Psychosomatická medicína je klinický odborný prostor uvnitř medicíny, ve kterém se odborníci ve zdravotnictví podílejí na léčbě pacientů, které nelze úspěšně léčit bez zohlednění komplexních bio-psycho-sociálních souvislostí.“

A PROČ PRÁVĚ MY?

Máme více než 15 let zkušeností s klinickou prací s psychosomatickým přístupem. Specializujeme se na týmovou spolupráci, nabízíme komplexní psychosomatická vyšetření a psychosomaticky orientované programy a pobyty pro pacienty. Jsme registrovaným zdravotnickým zařízením v oborech rehabilitační medicína, fyzioterapie, klinická psychologie a psychosomatika.

Jsme akreditovaným výukovým zařízením pro poskytování specializačního vzdělávání lékařů v oboru psychosomatika a psychologů v oboru klinická psychologie. Jsme vzdělávacím centrem pro výuku fyzioterapie. Úzce spolupracujeme s odbornou Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP.



XI.CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY 18.-19.10.2019 V OLOMOUCI

dovolte, abych Vás jménem České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP pozval na XI. Celostátní konferenci paliativní medicíny, která proběhne ve dnech 18. – 19. října 2019 v Olomouci. Zároveň bych Vás chtěl požádat o udělení souhlasu s odesláním pozvánky i členům Vaší odborné společnosti z registru členů ČLS JEP nebo o rozeslání informace o konání konference Vaším členům Vašimi obvyklými komunikačními kanály.

Celostátní konference je tradičně největší českou odbornou akcí v oblasti paliativní medicíny, která je určena lékařům, sestrám, sociálním pracovníkům, psychologům a všem dalším, které téma paliativní péče zajímá. Budeme se věnovat novinkám v paliativní medicíně, zahraničním i tuzemským výzkumným projektům a poznatkům; dva zahraniční řečníci se budou věnovat aktuálním výzvám paliativní péče v evropském kontextu. Významná část programu bude zaměřena na téma rozvoje paliativní péče v nemocnicích i v domácím prostředí, kde v současné době probíhají systémové projekty řízené Ministerstvem zdravotnictví. Věnovat se budeme také hospicové péči a tématu terminálně nemocných pacientů v prostředí domácí, ambulantní a lůžkové péče.

Jsem si jist, že i ve Vašich řadách nalezneme zájemce o odborný program konference a bude nám ctí je zde přivítat. Více informací o akci a registraci naleznete na <https://ahou.cz/paliativnikonference>

S přátelským pozdravem

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
předseda
Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
www.paliativnimedicina.cz



32. ČESKO-SLOVENSKÁ PSYCHOTERAPEUTICKÁ KONFERENCE

**32. ČESKO-SLOVENSKÁ
PSYCHOTERAPEUTICKÁ KONFERENCE**

Kompetence a osoba psychoterapeuta

13. – 16. listopadu 2019

HOTEL JANA, PŘEROV

Více informací na www.psychoterapeutickakonference2019.cz



WORKSHOP BIOSYNTÉZY



Lektorky: Alena Večeřová Procházková a Zuzana Čepelíková

Biosyntéza je psychoterapeutická metoda, kterou založil a rozvinul David Boadella. Na člověka pohlíží jako na celistvý systém existující ve třech základních modalitách: myšlení, emoci a tělesné akce. Ve tříhodinovém večeru chceme nabídnout pohled na psychosomatiku s využitím embryologického modelu biosyntézy. Součástí bude i praktická aplikace neurobiologických konceptů v rámci sebepečce i podpory druhých. Úvodní večer je ochutnávkou pro 4denní zážitkový workshop, je možné jej absolvovat samostatně.

Pro koho je kurz určen:

- pracovníkům ve zdravotnictví, lékařům, fyzioterapeutům, paliatrům
- psychologům, psychoterapeutům a milovníkům psychosomatiky

Cena: 600 Kč

Termín: 22.5.2019 nebo 25.9.2019, 17.00-20.00

Místo: Eliášova 21, Praha 6, 5. patro

V případě zájmu se přihlaste na www.biosynteza.cz/workshopy-a-seminare

Těšíme se na setkání s Vámi!



Český institut biosyntézy je Evropským certifikovaným psychoterapeutickým vzdělávacím institutem (EAPF) - European Accredited Psychotherapy Training Institute akreditovaný Evropskou asociací pro psychoterapii (EAP).





Lektorky: Alena Večeřová Procházková a Zuzana Čepelíková

Biosyntéza je psychoterapeutická metoda, kterou založil a rozvinul David Boadella. Na člověka pohlíží jako na celistvý systém existující ve třech základních modalitách: myšlení, emocí a tělesné akce. V rámci workshopu nabízíme embryologický model biosyntézy jako nástroj pro komplexní pohled na pacienta. Prostřednictvím komplexního pohledu můžeme lépe vnímat potřeby a možnosti své i našich pacientů. Součástí bude rovněž rozšíření o osobní prožitkovou zkušenost a nácvik jednotlivých technik, zaměřený na aplikaci neurobiologických konceptů v rámci sebepéče i podpory druhých v praxi.



18.KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI: 28.-30. 5. 2020

- **Hlavní téma:** Nástroje psychosomatické léčby v současné společnosti
- **Termín:** 28.-30. 5. 2020, od čtvrtka 9:00 do soboty 15:00
- **Místo:** Liberec, TUL pavilon G, Studentská 2
- **Jednací jazyk:** čeština, případně simultánní překlad zahraničních přednášek
- **Pořadatelé:**
 - Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP
 - Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky PF TUL
 - Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci
- **Informační server** akce: www.psychosomatika-cls.cz
- **Záměr:**

Společnost pro psychosomatickou medicínu (SPM ČLS JEP) byla začátkem roku 2019 přijata sjezdem delegátů ČLS JEP za řádného člena České lékařské společnosti JEP. Současně jsme obhájili existenci psychosomatiky jako nástavbové atestace pro lékaře v ČR i v nové vyhlášce. Tím jsme se alespoň formálně přiradili k rozvinutým evropským zemím, kde je takový stav v medicíně normou již delší dobu. Máme před sebou nelehký úkol: vnést bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a nemoci do všech klinických oborů. Nelehký je proto, že již léta to nedělají lékařské fakulty. Nastal čas navazování mezinárodní spolupráce a posilování respektu k psychosomatické medicíně v řadách lékařů. K tomu nezbytně potřebujeme vyjasnit, jakými prostředky psychosomaticky orientovaný lékař disponuje. Jaké možnosti skýtá spolupráce s psychology a fyzioterapeuty zaměřenými na psychosomatický přístup. Kde je hranice mezi vědecky zdůvodnitelnými prostředky (ať už z hlediska biologie, psychologie a psychoterapie nebo sociologie) a laickým léčitelstvím? Jak může lékař využít svého vlivu, autority a času, který pro pacienta má, tak aby co nejlépe naplnil bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a nemoci? Chceme zkoumat také to, jak souvisí stav společnosti s rozvojem a udržováním symptomů. Jak může rozvoj psychosomatického myšlení v medicíně snížit množství komplikací zdravotní péče?

za přípravný výbor konference

MUDr. Vladislav Chvála, předseda



VYCHÁZÍ

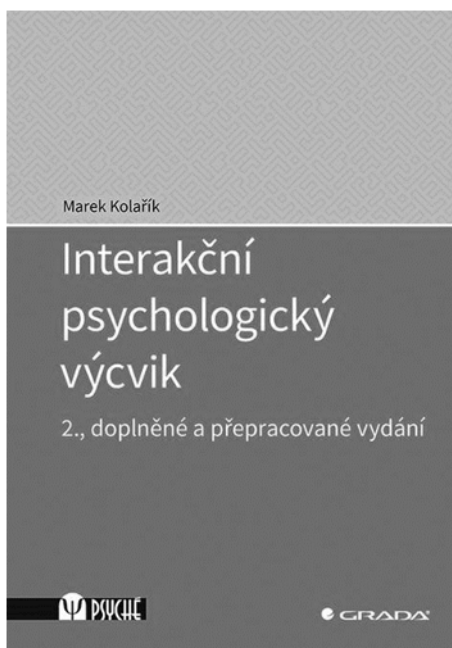


Svět odborné literatury

INTERAKČNÍ PSYCHOLOGICKÝ VÝCVIK

2., doplněné a přepracované vydání

Kniha přináší konkrétní hry a postupy pro práci se skupinou. Vedoucím i členům skupiny umožňuje porozumět základním pravidlům a zákonitostem, kterými se práce s výcvikovou skupinou řídí.



V přípravě pedagogů, psychologů a dalších příbuzných oborů má interakční psychologický výcvik nezapustitelné místo. Podílí se na rozvíjení sociálních dovedností i na prohlubování profesních kompetencí studentů. V rámci výuky na vysokých školách je většina času stále věnována spíše teoretické přípravě, která nemá vždy adekvátní praktický protipól. Stává se tak, že studenti odcházejí do praxe nedostatečně připraveni nejen na práci s lidmi, ale i se sebou samými. Přitom zlepšování komunikačních dovedností, poznávání vlastních hranic, možností a schopností, a především poznávání silných a slabých stránek u sebe i u druhých a jejich přijímání je nezbytnou součástí kvalitní práce s lidmi. Tato publikace bude díky své srozumitelné a přehledné formě pro studenty i odborníky v oboru velmi užitečnou pomůckou.

Interakční psychologický výcvik
Marek Kolařík
 192 stran, 329 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:
 Lucie Švecová
 +420 724 626 350, svecova@grada.cz
 GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7
www.grada.cz



MINDFULNESS U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

154 technik a aktivit

Komplexní, praktická příručka nabízí dětem různého věku možnosti, jak se stát stabilnějšími, sebevědomějšími a úspěšnějšími. Obsahuje 154 technik, aktivit, her a meditací, které pomáhají zlepšit soustředění, náladu, lépe ovládat emoce a reagovat na stres.



Publikace poskytuje jednoduše použitelný návod pro práci s dětmi a dospívajícími, kteří se potýkají s úzkostí, depresí, ADHD, posttraumatickou stresovou poruchou, somatickou nemocí nebo s jinými potížemi. Autorka doporučuje osvědčené postupy pro podporu sebeuvědomování, seberegulace, duševního zdraví a socializace dětí a dospívajících.

Vše podává zábavným, zajímavým a srozumitelným způsobem. Proto z knihy mohou čerpat jak odborníci (psychologové, psychiatři, sociální pracovníci, vychovatelé, učitelé), tak rodiče a děti. Dospělí i děti se naučí používat techniky, které jim budou sloužit celý život bez ohledu na potíže, s nimiž se budou potýkat.

Mindfulness u dětí a dospívajících

Debra Burdick

296 stran, 439 Kč

Debra Burdick, LCSWR, BCN, také známá jako „Brain Lady“, je autorkou oceňované knihy *Mindfulness Skills Workbook for Clinicians and Clients*. Působí na mezinárodní úrovni – přednáší, věnuje se psychoterapii a neurofeedbacku. Techniky mindfulness učí děti již více než pětadvacet let.

Pro další informace prosím kontaktujte:

Lucie Švecová

+420 724 626 350, svecova@grada.cz

GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7

www.grada.cz



LITERÁRNÍ KOUTEK



ELIAS CANETTI: ZASLEPENÍ

BLÁZINEC

Jednoho znepokojivě teplého večera koncem března kráčel slavný psychiatry Georges Kien sály svého pařížského ústavu. Okna byla dokořán. Mezi pacienty se odehrával urputný zápas o omezené místo u mříží. Hlava narážena na hlavu. Nešetřilo se nadávkami. Téměř všichni trpěli úžasným vzduchem, který přes den, někteří doslova, nasávali a hltali na zahradě. Když je dozorci odvedli zpátky do ložnic, byli nespokojeni. Chtěli ještě víc vzduchu, nikdo nepřiznal únavu. Až do večerky hltali u mříží to, co se dalo z večera zachytit. Zdálo se jim, že zde jsou vzduchu, který naplňoval jejich světlé, vysoké sály, ještě blíž.

Z této činnosti je nevytrhl ani profesor, kterého milovali, protože byl krásný a dobrý. Když jindy zaslechli, že přichází, shlukla se většina osazenstva sálu do houfu a běželi mu vstříc. Obvykle se drali o jeho dotek, ať už rukou nebo slovem, stejně jako dnes o místo u okna. Nenávist, kterou mnozí chovali k ústavu, kde jsou protiprávně zadržováni, se nikdy nevybila na mladého profesora. Byl teprve dva roky i nominálně ředitelem rozhlehlého ústavu, který dříve vedl jen ve skutečnosti, jako dobrý anděl ďábelského nadřízeného. Kdo si myslel, že je znásilňován, nebo skutečně znásilňován byl, svaloval vinu na všemocného, byť mezitím již zesnulého předchůdce.



Tento předchůdce zastával oficiální psychiatrii s tvrdošíjností choromyslného. Považoval za svou vlastní životní úlohu využívat obrovského materiálu, kterým vládl, jako opory pro zavedenou klasifikaci. Případy, které považoval za typické, mu nedaly spát. Lpěl na definitivnosti systému a nenáviděl pochybovače. Lidé, zejména choromyslní a zločinci, mu byli lhostejní. Přiznával jim jisté právo na život. Poskytovali zkušenosti, z nichž autority budují vědu. On sám byl autoritou. O budovatelích pronášel, ač jinak nerudný a skoupý na slovo, vášnivé projevy, které jeho asistent Georges Kien, svíjející se studem nad takovou omezeností, musel povinně celé hodiny poslouchat, vstaje od začátku až do konce a od konce zpátky. Kdykoli stál proti sobě tvrdší a mírnější názor, rozhodl se předchůdce pro tvrdší. Pacientům, kteří ho při každé vizitě obtěžovali touž starou historkou, říkal: "Všechno vím." Své ženě si trpce stěžoval na profesionální styk s takovými nepřítelnymi individui. Jí se také svěřoval se svými nejtajnějšími myšlenkami o podstatě duševních chorob, myšlenkami, které před veřejností tají jen proto, že jsou pro systém příliš hrubé a jednoduché, tedy nebezpečné. S velkým důrazem a pronikavým, odhalujícím pohledem na červenající se manželku prohlašoval, že choromyslnosti propadají právě ti lidé, kteří myslí stále jen na sebe. Pomatenost je trestem za sobectví. Proto se v ústavech shromažďuje největší sebranka z celé země. Vězení konají tutéž službu, ale věda potřebuje blázince jako názorný materiál. Jinak už neměl co říci. Byla o třicet let mladší než on a zkrášlovala podzim jeho života. První žena mu utekla dřív, než ji mohl, jako později druhou, strčit do vlastního ústavu coby nevyléčitelnou egoistku. Ta třetí, proti které kromě své žárlivosti nic neměl, milovala Georgese Kiena.

Jí vděčil Georges Kien za svoji rychlou kariéru. Byl vysoký, silný, temperamentní a

sebejistý; v jeho rysech bylo něco z té měkkosti, již ženy potřebují, aby se u muže cítily doma. Každý, kdo ho viděl, nazýval jej Michelangelovým Adamem. Dovedl velmi dobře spojit inteligenci s elegancí. Milenčina politika vystupňovala jeho skvělé nadání ke geniální účinnosti. Když měla jistotu, že se nástupcem jejího muže ve vedení ústavu nemůže stát nikdo jiný nežli právě Georges, podstoupila pro něj i vraždu jedem, o níž dokonce zachovala mlčení. Promýšlela a připravovala vraždu několik let; podařila se jí. Manžel zemřel nenápadně. Georges byl okamžitě jmenován ředitelem a oženil se s ní z vděčnosti za dřívější služby; o té poslední neměl tušení.

V tvrdé škole svého předchůdce se rychle vyvinul v jeho pravý opak. Zacházel s pacienty, jako by to byli lidé. Trpělivě poslouchal příběhy, které už slyšel tisíckrát, a projevoval nad nejstaršími nebezpečími a úzkostmi stále nové překvapení. Smál se a plakal s pacientem, který zrovna seděl před ním. Příznačný byl jeho denní program: třikrát, hned ráno, brzy odpoledne a pozdě večer, obešel celý ústav, takže nebylo dne, aby přehlédl, byť jen jediného z osmi set chovanců. Stačil bleskurychlý pohled. Jakmile někde upozoroval nenápadnou změnu, trhlinu, možnost vklouznout do cizí duše, okamžitě se jí chopil a vzal dotyčného do svého soukromého bytu. Místo čekárny, kterou neměl, uvedl jej s chytře volenými zdvořilostmi do své pracovny a usadil ho na nejlepší místo. Tak si hravě získával, pokud ji už neměl, důvěru lidí, kteří se vůči komukoli jinému schovávali za výplody své pomatenosti. Krále oslovoval poníženě "Výsosti"; před bohy padal na kolena a spínal ruce. Tak se k němu snižovali i nejvznešenější potentáti a líčili mu své intimity. Stal se jejich jediným důvěrníkem, jehož od okamžiku uznání průběžně informovali o změnách ze svého okruhu a ucházeli se o jeho radu. Radil jim jasnoživě a



mudře, jako by měl sám neustále na mysli jejich přání, jejich cíl a víru, opatrně je posouval jinam, s výrazem pochyb o vlastní kompetenci, vůči mužům nebyl nikdy autoritativní, naopak, choval se tak skromně, že mu mnozí dodávali odvahy: vždyť byl koneckonců jejich ministrem, prorokem a apoštolem, občas dokonce i komorníkem.

Postupem času se vypracoval na velkého herce. Mimořádně pohyblivé svaly v jeho obličejí se během jediného dne přizpůsobovaly nejrůznějším situacím. Protože k sobě denně zval nejméně tři, většinou však, navzdory své důkladnosti, více pacientů, musel vyčerpat právě tolik rolí, nepočítaje v to letmá, ale přiléhavá gesta a slova na obchůzkách, těch bylo na stovky. Ve vědeckém světě se vedly spory o jeho léčení schizofrenie nejrozdílnějšího druhu. Jestliže se například chorý choval jako dva lidé, kteří spolu nemají nic společného nebo proti sobě bojují, používal Georges Kien metody, která zpočátku jemu samému připadala velmi nebezpečná: sprátlil se s oběma stranami. Předpokladem této hry byla fanatická

houževnatost. Aby prozkoumal skutečnou podstatu obou, podporoval každou stranu argumenty, z jejichž účinku vyvozoval závěry. Ze závěrů budoval hypotézy a vymýšlel křehké experimenty, aby je dokázal. Pak přistupoval k léčbě. Sbližoval ve vlastním vědomí rozdělené části chorého, jak je sám ztělesňoval, a pomalu je spojoval. Cítil, v kterých bodech se snášejí a sváděl pozornost obou částí silnými, působivými obrazy stále znovu k těmto bodům, až na nich ulpěla a dále je sbližovala sama. Často a nevyhnutelně docházelo k náhlým krizím, prudkým roztržkám a násilným rozlukám i tam, kde již byla naděje na definitivní spojení. Stejně často se léčba zdařila. Neúspěchy přičítal vlastní povrchnosti. Přehlédl nějaký skrytý článek, je packal, příliš si práci ulehčoval, obětoval živé lidi svým mrtvým přesvědčením, je jako jeho předchůdce- tu pak začínal znova, s novými triky a experimenty. Neboť ve správnost své metody věřil.

E.Canetti, Vídeň 1935, cit.dle vydání nakl.Hynek, s.r.o. 1998, překlad Jiří Stromšík



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

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

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

Nezbytné položky:

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

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

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

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec.



Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

