

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

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

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník

V/2007

ISSN 1214-6102

1.4.2007

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

2

Obsah

Editorial 36

*MUDr. VLADISLAV CHVÁLA: KULTURA TÝMŮ PSYCHOSOMATICKÝCH PRACOVÍŠŤ,
ANEŽ SARAJEVO, LIBEREC A KEFÍR* 36

Z pošty 38

PRAKTICKÝ LÉKAŘ J. KUBÍNEK NAPSAL: 38

SYLVIE LACIGOVÁ, DIABETOLOŽKA, PÍŠE VŠEM: 38

Praxe 41

*MUDr. PhDr. JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ
ZMĚNY. ČÁST IV: NEOBVYKLÝ PŘÍPAD* 41

Z pracovišť 44

*MUDr. MARIE PRŮCHOVÁ: ZKUŠENOSTI S VÝCVIKEM V PSYCHOTERAPII A
RODINNÉ TERAPII V PRAXI PRAKTICKÉ LÉKAŘKY.* 44

Z konference 47

*PhDr. DANIELA STACKEOVÁ, PhD.: TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ V KONTEXTU
PSYCHOSOMATIKY A MOŽNOSTI JEHO OVLIVNĚNÍ* 47

Teorie 55

OTMAR W. SCHONECKE, JÖRG M. HERRMANN: PSYCHOFYZIOLOGIE, ČÁST IV 55

Eseje 62

MUDr. RADKIN HONZÁK, CSc.: KAM KRÁČÍ MEDICÍNA (MÍLOVÝMI KROKY)? 62

Politika 67

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ ZÁJEMCŮ O ZALOŽENÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ 67

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ
SPOLEČNOSTI ČLS J.E.P. 28.2.2007 68

Akce, kurzy, semináře 70

MUDr. JANA TRUCKOVÁ: PSYCHOSOMATICKÉ VZDĚLÁVÁNÍ (několik reflexí) 70

Kurz IPVZ Úvod do psychosomatiky 25.5-26.5.2007 71

2.setkání zájemců o psychosomatiku 13.4.2007 71

PROGRAM SEMINÁŘŮ NA PSYCHOSOMATICKÉ KLINICE S.R.O. 72

KONGRES KIP: PRAMENY, PROUDY, PEŘEJE 73

1. informace o 42. mezioborové konferenci o experimentálním a klinickém studiu vyšších
nervových funkcí 74

Nabídky 75

ATELIER EXTRAART, FOKUS PRAHA - NABÍDKA VZDĚLÁVACÍCH SEMINÁŘŮ
EXPRESIVNÍCH TERAPIÍ 2007 75

VYDAVATELSTVO F- PSYCHIATRIA, PSYCHOTERAPIA, PSYCHOSOMATIKA 76

Supervizní skupina - prodloužení uzávěrky pro zasílání přihlášek 79

Sbor recenzentů

Doc. PhDr.Karel Balcar, PhD.
PhDr.Bohumila Baštecká
Doc. PhDr.Marcela Bendová, PhD.
Doc.MUDr. Jiří Beran. CSc.
Doc.MUDr.Martin Bojar, CSc.
MUDr.Radkin Honzák, CSc.
Prof. RnDr. Stanislav Komárek, PhD.
prof.MUDr.Zdeněk Mařatka,DrCs
Doc.PhDr.Michal Miovský, PhD.
prof.PhDr.Stan. Kratochvíl, CSc.
Prof.MUDr.Miloslav Kukleta, CSc.
MUDr.PhDr.Jiří Poněšický, PhD.
MUDr.Jiří Šavlík, CSc.

Redakční rada

MUDr.Radkin Honzák, CSc.
MUDr.PhDr.Jan Poněšický, PhD.
Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc.
Doc.MUDr.Jiří Beran, CSc.

Redakce

MUDr.Vladislav Chvála
PhDr.Ludmila Trapková
Mgr.Petr Moos
Mgr.Jan Knop

Adresa

SKT Liberec
Jáchymovská 385
46010 Liberec 10
tel.:485151398
e-mail: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

MUDr. VLADISLAV CHVÁLA: KULTURA TÝMŮ PSYCHOSOMATICKÝCH PRACOVÍŠŤ, ANEB SARAJEVO, LIBEREC A KEFÍR



Autor je lékař, sexuolog a rodinný terapeut. Vedoucí týmu Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Psychosomatice se věnuje od začátku 80. let minulého století.

Zase jsem si přestal být jistý, zdali jsme ještě tým, nebo už jen tlupa náhodně se sešlých uživatelů jednoho pracoviště. Nedávno jsme se totiž pohádali způsobem, který vypadal, jako spor o to, které vidění je správné, nebo lepší. Jestli skrze individuální psychoterapii nebo systemické. Když jsem v tomto rozpoložení připravoval přednášku na téma „Rodinná terapie na pracovišti“ pro výcvik rodinné terapie psychosomatických poruch, vytáhl jsem na světlo asi dvacet let starý Haleyho článek: „Proč nezavádět rodinnou terapii na psychiatrických odděleních“, svítilo mi. Ačkoli jeho text dobře znám, najednou jsem ho četl jinak. Ano, konflikt dvou různých paradigmat je líčen jako nevyhnutelný a fatální. Světově proslulý americký rodinný terapeut Jay Haley shrnul své zkušenosti s rodinnou terapií v americkém prostředí, kde psychiatrie byla hodně ovlivněna psychoanalýzou a tedy na jednotlivce a intrapsychicky zaměřeným pohledem na nemoc. Rodinnou terapií myslel tehdy strukturální, téměř psychoanalýze natruc vzniklé vidění rodinného systému. Oba druhy vidění jsou zde autorem líčeny jako neslučitelné, týmy rozvracející světonázory. Podotýkám, že dnes necítíme problém tak vyhrocený, umíme pracovat se systémy způsobem, který zahrnuje i intrapsychickou realitu, ale strukturální rodinní terapeuté si takový kompromis neuměli představit. Haley doslova píše: „Pokusí-li se terapeut integrovat obojí, začíná mluvit výstředním způsobem“. Zdálo se být nemožné uvažovat současně o skutečných postavách přítomných v rodinné terapii teď a tady a o jejich vnitřních (introjиковaných) reprezentacích. Konflikty při kombinaci obojího způsobu myšlení v jednom týmu měly způsobovat rozdílná očekávání a diametrálně odlišné způsoby chápání nemoci. Individuální psychoterapie (alespoň ta analytická) vycházela z představy, že terapeut obnovuje zdraví jedinců, kteří trpěli v minulosti škodlivými vlivy (a které determinují jeho současné chování) tím, že se chová laskavě a stává se náhražkou původních nedobrych postav. Naproti tomu rodinný terapeut operoval teorií, že chování jedinců v rodině je adaptivní reakcí vzhledem k přítomné rodinné situaci a proto očekával, že jedině reorganizace přítomné rodiny může vést ke změně chování (včetně stonání). Zatímco tehdy běžný psychiatr (v USA) byl trénován ve víře, že

k terapeutické změně dojde, když se uvnitř pacienta něco změní díky vhledu, rodinný terapeut používal jako nástroje ke změně sama sebe jako aktivní účastník změny. Běžný psychiatr se cítil být objektivní, nezávislý expert, zatímco rodinný terapeut sám sebe učinil legitimní součástí rodinného systému.

Haley pozoroval, že tam, kde byla zavedena rodinná terapie do psychiatrického týmu, brzy musela být opuštěna tradiční diagnostika. Z MKN-10 zbyly vlastně jen dvě diagnózy, porucha přizpůsobení (F43.2) a reakce na těžký stres. Ta část týmu, která uvažuje v termínech objektivistické diagnostiky, ať lékaři psychiatři nebo kliničtí psychologové specializovaní na diagnostiku, se najednou cítí velmi nejistě, když místo diskusí o diagnóze se začínají členové týmu bavit o strategii a o tom, co dělat terapeuticky. Zvýšení nejistoty zvyšovalo v týmu napětí a potřebu obhajovat svá stanoviska. Někdo se cítil díky novým způsobům práce méně kompetentní, lidé ztráceli půdu pod nohama, týmy se rozpadaly. Pracoviště se zpravidla vracela s úlevou k původní, na jedince zaměřené praxi.

Před první válkou byl Liberec jedním z nejbohatších měst Rakouska Uherska. Žila zde komunita německého, českého a židovského obyvatelstva a zdá se, že právě tato směs různých kultur byla podstatou zdejšího významného ekonomického růstu. Všechny tři kultury se respektovaly a vzájemně těžily ze své odlišnosti, která se vhodně doplňovala. Prý to tak bývalo i v Sarajevu, dokud etnické nepokoje nevedly k vzestupu nedůvěry, která nakonec izolovala jednotlivá etnika do válčících táborů. O tom jsem už ostatně psal před 10.konferencí psychosomatiky v Liberci. Teď si navíc vybavuji jinou metaforu vzájemně výhodné spolupráce složitého týmu za podmínky vzájemného respektu: kefir. Je prý směsí asi 21 nejrůznějších mikroorganismů, plísni a hub, které díky spolupráci vytváření zdraví prospěšný nápoj. Ztráta některých složek tohoto přírodního „týmu“ vede k neplodnosti celku. Tak bych si představoval existenci psychosomatických týmů: nejde o to, v čem je který přístup nemožný, ale v čem je přínosný. Kvalita týmu by se pak mohla projevit třeba tím, že se v něm daří právě tak rodinným terapeutům jako těm, kdo umí pracovat v individuální terapii jakéhokoli druhu. Vyznavačům psycho-neuroimunologického pohledu na svět stejně jako analytikovi vedle akupunkturisty nebo tělového reichiána. Výsledkem je pak zdravý nápoj pro naše pacienty. Vylučováním stáváme se neplodnými všichni.

V Liberci 1.4.2007

Z POŠTY

PRAKTICKÝ LÉKAŘ J.KUBÍNEK NAPSAL:

Ahoj Vládo!

Určitě tě nepřekvapí, že jsem si se zájmem přečetl tvé postřehy a zkušenosti z konference na téma Zdravotník - křesťan v dnešní době. Velice zajímavé sdělení Dr. Marsche, zda se uzdravujeme skrze vědu či víru. Zklamání z nenaplněného očekávání léčení psychosomatické medicíny v Německu. Upřímně řečeno mám dojem, že ani jinak býti nemůže. Je sice možno hovořit o krizi medicíny jako celku, pokud však nepochopíme, že jde hlavně o krizi celé společnosti v jejím pojetí světonázorovém, těžko se můžeme dočkat jiných výsledků. Jak můžeme oddělovat léčitelskou oblast od našich životních postojů v režimu stávajícího paradigmatu? Jak může myšlenka či i dobře míněné slovo zasáhnout nitro pacienta a zjednat pořádek, když on sám v duchovní principy nevěří. Z historie sice víme jak dostatečně pádně vedená idea může změnit tvářnost světa, povětšinou však v negativním. Jak nosná může být dogmatika o něčí nadřazenosti a ve zlobnosti jejího dopadu. Což to není důsledek zhmotnění duchovního principu, pokud je v dostatečně širokém měřítku akceptován? Toto přijetí je lavinovitého charakteru a pohltí naprostou většinu jedinců, aniž by si byli vědomi jeho podstaty. Neukazuje je to na nic jiného, nežli to, že se pohybujeme v určitém silovém poli, které ovlivňuje naše uvažování, jednání, chování. Obecně se jedná o princip jednotnosti, kde jedinec působí na celek a opačně. V tomto případě asi nikdo nepochybuje, že tomu tak je. Kde se to ovšem vzalo a co je to za energii? A když už připustíme pojem mentální energie, která je jak známo nezničitelná, co se asi s ní děje pokud se jedná o její kvalitativní formu?

Tady už nestačí pouze bystrost pozorovacího úsudku, ale nastupuje princip Víry. Úmyslně užívám velké litery, neboť všichni v něco věříme a je pozoruhodné, jak poznamenal jeden duchovní, když se touto otázkou zabýval, v co všechno musí věřit tzv. ateista. Víru potřebujeme k tomu, abychom mohli změnit směr našeho uvažování, abychom mohli nahlížet na naši planetu či celý vesmír jako na živý útvar s jednotícím principem kosmické energie (Velkého Mysteria v pojetí amerických Indiánů či nejčastěji Boha). Připustit, že se jedná o celostnou bytost podléhající pevně stanoveným zákonitostem, které lze na podkladě podobnosti odhalovat. Na to je založena i základní hermetická poučka: Jak nahoře tak dole, jak zevně tak uvnitř. Toto však nemusí platit, pokud není tomu Ahoj Vládo!

SYLVIE LACIGOVÁ, DIABETOLOŽKA, PÍŠE VŠEM:

Vážené kolegyně a kolegové,

obracím se na Vás z důvodů **navázání spolupráce mezi psychiatry, klinickými psychology a psychoterapeuty a námi, diabetology.**

Dovolte mi, abych se představila nejdříve sama, a posléze i celý připravovaný projekt.

Jmenuji se Silvie Lacigová a pracuji jako diabetolog v Diabetologickém centru při I. interní klinice FN v Plzni. Jsem členem pracovní skupiny DAWN (Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs; www.dawn.com) v České republice, která se zabývá

psychosociální problematikou diabetu. Jako diabetolog s téměř 20-letou praxí si stále více uvědomuji, jak těsné je propojení somatického a psychického stavu u pacientů s diabetem. Z těchto důvodů jsem rovněž absolvovala 3-letý víkendový kurz, který nás, diabetology učil naslouchat našim chronickým pacientům a zlepšovat naši komunikaci s nimi. Celý kurz vedla klinická psychologička a psychoterapeutka, PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc., z Diabetologického centra IKEM, Praha. Kurz absolvovalo 12 diabetologů z Čech i Moravy, z Diabetologických center, ale i ze soukromých ambulancí. Naše poslední setkání vyznělo poněkud pesimisticky a beznadějně. Po skončení školení jsme si ještě více uvědomili, jak zanedbáváme psychiatrickou (event. psychologickou) péči o naše pacienty.

Jako členka výboru České diabetologické společnosti (ČDS) jsem přednesla výše popsany problém na zasedání výboru v prosinci 2006. Připravila jsem pilotní projekt, jak přiblížit a lépe propojit somatickou a psychiatrickou (psychologickou) péči o pacienty s diabetem. Návrh projektu byl výborem schválen a podpořen (morálně).

Dovolte mi, abych Vás nyní seznámila s hlavními body projektu:

Název projektu:

Začlenění psychiatrické (psychologické, psychoterapeutické) péče o pacienty s diabetem do Národního diabetologického programu. (teoretická část)

Vytipování (nalezení, označení) psychiatrických (psychologických) ambulancí v České republice, které budou kompetentní a ochotné v poskytování psychiatrické (psychologické, psychoterapeutické) péče pro nemocné s diabetem. (praktická část)

Popis obecné problematiky:

Diabetes mellitus je celoživotní, nevyléčitelné chronické onemocnění, které vyžaduje od nemocného i jeho okolí (rodinného, pracovního, zdravotnického) neustálé dodržování určitých pravidel. Pokud jsou tato pravidla porušována, je pacient ohrožen vznikem komplikací, které dále akutně nebo chronicky znepríjemňují život lidí s diabetem. Tyto skutečnosti, celkem opodstatněle, vedou k narušení psychického zdraví pacientů. Až 30% z nich vykazuje klinické známky deprese různé závažnosti, ještě větší procento má další psychické poruchy (úzkost, poruchy přizpůsobení,..). Stejně jako nedostatečná metabolická kontrola zhoršuje náladu a psychickou pohodu pacientů, tak depresivní ladění negativně ovlivňuje kompenzaci diabetu a spolupráci nemocného při své léčbě.

Současná situace:

V České republice (ČR) je přibližně 750 tisíc pacientů s diabetem, navíc velká část pacientů s diabetem 2. typu není zatím manifestovaná. Ve shodě se světovými trendy lze v příštích letech očekávat enormní nárůst pacientů, a tím další zátěž zdravotnickou, sociální i ekonomickou. Jen málo zemí na světě má vypracovaná speciální doporučení psychologické (psychiatrické) péče pro pacienty s diabetem.

Přes 70 % poskytovatelů zdravotní péče si uvědomuje přítomnost psychických problémů u svých pacientů a 50 % z nich přiznává, že sami nejsou schopni poskytnout adekvátní psychologickou péči. Asi 15% by uvítalo těsnou spolupráci s psychiatrem, psychologem nebo psychoterapeutem. Těchto několik čísel převzatých ze studie DAWN (www.dawn.com) názorně vystihuje situaci na poli psychologické péče o pacienty s diabetem. Počet psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů, kteří jsou seznámeni se specifickou problematikou pacientů s diabetem a pravidelně spolupracují s diabetology, je v ČR nedostatečný.

Cíl:

Ve spolupráci s psychiatry, psychology, psychoterapeuty vytvořit standardy psychologické péče o pacienty s diabetem a zahrnout psychosociální aspekty léčby diabetu do Národního diabetologického programu.

Vytvoření podmínek pro uplatňování těchto standard v praxi. V rámci Diabetologických center (DC), event. kdekoliv v ČR vyhledat (vytipovat) odborné ambulance (pracovní název „Pevný Bod“), kam bude pacient s psychickými problémy moci dojít a být vyšetřen a léčen. Cílem by mělo být pokrytí území celé ČR. Je nezbytné, aby psychiatři (psychologové, psychoterapeuti) byli alespoň rámcově obeznámeni se základní problematikou diabetu 1. a 2. typu.

Návrh postupu projektu:

1. Zmapování současné psychiatrické (psychologické) péče pro pacienty s diabetem v ČR v jednotlivých krajích, event. v rámci jednotlivých DC. Prostřednictvím výboru České diabetologické společnosti (ČDS) bude každému diabetologovi poslán jednoduchý dotazník, podle něhož zjistíme, zda, kde a kolik tzv. „Pevných Bodů“ pro pacienty s diabetem již existuje. *(časový horizont-výsledky budou referovány v dubnu 2007 na Českých a Slovenských diabetologických dnech v Luhačovicích)*
2. K účasti na projektu budou vyzváni diabetologové, kteří se již psychosociální problematikou pacientů s diabetem zabývali a zřetelně si uvědomují její nezastupitelné místo v léčbě diabetu. Jedná se především o Psychologickou sekci při ČDS, dále pracovní skupinu DAWN a absolventy 3-letého psychosociálního školení v Čechách. Informování budou i pediatři, pečující o děti s diabetem. Přístup bude samozřejmě umožněn všem dalším aktivním členům ČDS, se zájmem o tuto problematiku.
3. O aktivitě diabetologů budou informovány odborné společnosti a sdružení psychiatrů, katedra psychiatrie IPVZ a organizace klinických psychologů a psychoterapeutů. Na základě informací z výše zmíněných dotazníků budeme rovněž cíleně oslovovat hlavně ty specialisty, kteří již mají své zkušenosti s péčí o pacienty s diabetem.
4. Na podzim 2007 plánujeme setkání pracovní skupiny diabetologů, psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů k vytvoření konsenzu společného postupu o péči o duševní zdraví pacientů s diabetem. Vytvořený konsenzus bude podkladem pro nový standard péče o pacienty s diabetem v rámci renovovaného *Národního diabetologického programu*.
5. V rámci jednotlivých krajů ČR (většinou při již existujícím DC; ale není podmínkou) bude vytvořena síť z tzv. „Pevných Bodů“, to znamená síť spolupracujících psychiatrických (psychologických, psychoterapeutických) poraden, které se budou podílet na péči o pacienta s diabetem. Mezi diabetologickou ambulancí a Pevnými Body, bude probíhat úzká vzájemná spolupráce.

Závěr projektu:

Smyslem prezentovaného projektu není studie o prevalenci psychických poruch u pacientů s diabetem a o vzájemném se ovlivňování nemocí těla a duše. Všechny tyto informace jsou známé z vědeckých studií a z každodenních zkušeností z ambulancí terénních diabetologů. Cílem projektu je jednak upozornit na téměř chybějící péči o psychosociální problémy pacientů s diabetem v České republice a hlavně vytvořit podmínky k vyplnění této mezery. Vytvořený konsenzus bude začleněn do obnovovaného Národního diabetologického programu. Mezinárodní diabetologická organizace (IDF-Europe) během svého výročního zasedání ve Varšavě v listopadu 2006 kladla velký důraz na podporu Národních diabetologických programů v jednotlivých zemích. V rámci mezinárodní kampaně „UNITE FOR DIABETES“ organizované IDF (International Diabetes Federation) byla Organizací spojených národů v New Yorku 20. prosince 2006 přijatá rezoluce o závažnosti diabetu. Resoluce apeluje na odborné i laické organizace celého světa, aby šířily informace o hrozbě nárůstu diabetu a hlavně o nutnosti zkvalitnění péče o postižené pacienty.

Prezentovaný projekt je jednou z aktivit ČDS v rámci Národního diabetologického programu.

Vážení kolegové,

prosím Vás laskavě o prostudování těchto několik stránek. V žádném případě se nesnažíme jakkoliv zasahovat do Vaší odbornosti a Vašich pravomocí. Nechceme

vytvářet nové ambulance, jak bylo také mylně interpretováno. Jen bychom rádi zlepšili spolupráci mezi lékaři těla a duše našich společných pacientů.

S úctou,

MUDr. Silvie Lacigová, Ph.D.

I. interní klinika LF UK Plzeň, DC Plzeň

Prosím o odpovědi na mailovou adresu: lacigova@fnplzen.cz

PRAXE

MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST IV: NEOBVYKLÝ PŘÍPAD



MUDr.PhDr. Jan Poněšický pracuje vedle své psychoterapeutické práce na psychosomatické klinice v Německu také jako vedoucí balintovských skupin. Dnes přinášíme další díl jeho seriálu.

Balintovská skupina probíhala na jednom poměrně velkém psychosomatickém oddělení nemocnice v německo-polském hraničním městě Görlitz, sestávajícím z lůžkového oddělení, denního stacionáře a ambulance. Pravidelných jednoměsíčních sezeních se zúčastňují všichni terapeuti i sestry, jakož i zainteresovaní kolegové z jiných oddělení. Proto bylo nutno pracovat s vnitřním kruhem / 8 členů/ a zevním kruhem /přibližně 15 spolupracovníků/.

Do vnitřního kruhu si sedl i primář psychosomatického oddělení, který po krátkém úvodním mlčení šel „příkladem vstříc“ a nabídl k diskusi nedávný konsiliární rozhovor s jednou pacientkou, který v něm zanechal neurčitě neuspokojivý pocit.

Jednalo se o 42 letou vdanou ženu a matku dvou dětí, která absolvovala čtyřletou psychoterapeutickou, zprvu KBT a poté hlubinně-psychologickou ambulantní léčbu s diagnosou srdeční fobie. Kvůli záchvatovité tachykardii byla několikrát odvezena záchrankou do

nemocnice, kde byl vyloučen srdeční infarkt, resp. srdeční onemocnění. Tam ji při jednom konsiliárním vyšetření poznal i referující primář. Ovšem před rokem, na základě náhlé tlumené bolesti v zádech byla opět vyšetřena na interním oddělení – tentokrát s nálezem srdečního infarktu. Tehdy došlo k druhé konsiliární návštěvě u lůžka pacientky. Ta byla propuštěna s doporučením jak internistické, tak i psychoterapeutické ambulantní léčby /sama zdůrazňovala, že jí oba druhy terapie pomohly. Primář, internista a psychoanalytik, doporučil hlubinně-psychologickou psychoterapii/. Zdravotní stav pacientky se zlepšil, zůstávala však úzkost ze srdečního selhání, nyní odůvodněna proběhlým infarktem. Aktuálně byla pacientka hospitalizována pro opětnou tachykardii k vyloučení recidivy infarktu.

Během nynějšího, tj. třetího konsiliárního vyšetření se pacientka opakovaně omlouvala za to, že opět obtěžuje, vždyť již mnohé ví o psychických příčinách svých srdečních potíží – přesto se nechala kvůli strachu z infarktu opět přivést do nemocnice.

Primář jí utěšoval a povzbuzoval, vysvětlující, že i když se jedná o psychogenitu je třeba pravidelně kontrolovat stav srdce – bohužel nemohou dát sebelepší lékaři žádnou garanci do budoucna: vždyť před IM byla kardiologicky vyšetřena, nebyl shledán žádný patologický nález, a přesto došlo k infarktu. Pacientka jevila pro toto tvrzení porozumění, avšak přesto přetrvávala její nejistota a jistá oboustranná neuspokojenost z toho, jak toto setkání probíhalo.

Nastala krátká pauza, a tak jsem kolegu vyzval, aby řekl vše co o této pacientce ví. Vyšlo najevo, že její matka, vdova, která před několika měsíci zemřela, trpěla též srdeční fobií, kterou spojovala s výčitkami vůči své dceři, že se o ní dostatečně nestará. Pod vlivem tohoto nátlaku se naše pacientka starala o svou matku až do její smrti. Její vlastní rodina žije v harmonii, manžel jí zcela prakticky pomáhá tím, že doporučuje jak lékařskou, tak i psychologickou léčbu, sám se drží poněkud stranou.

Poté, co se členové Balintovské skupiny zeptali ještě na pár detailů se na ně obracím s otázkou, jak na ně vzájemná interakce primáře a pacientky působí. Jedna kolegyně si představuje, že se oba nachází v jednu člunu /tj. v podobné situaci/: oba mají špatné svědomí, což zabraňuje přímému kontaktu. Ostatní zprvu rozhojňují tuto myšlenku: lékař se zřejmě necítí dobře s tím, co se stalo, ač za to nenese přímou odpovědnost. A pacientka nechce být jako její matka, obtěžovat, vykonávat nátlak či žádat srdečními obtížemi o pozornost. Dělá to, a zároveň proti tomu bojuje. Nechce si to rozházet jak s psychoterapeuty /např. otázkou, do jaké míry mysleli na možnost infarktu/, tak i s doktory /aby jí dali konečně jasnou perspektivu, či jakousi garanci úzdravy/. Jedna kolegyně řekla po krátkém zaváhání: bojí se pořádně bouchnout

do stolu. Já to zdůrazním a dodávám: tím větší by však měla pocit viny – či se snad jedná o hlavní důvod jejího špatného svědomí ?

V tomto okamžiku pozoruji neklid v zevním kruhu a dávám mu slovo. Jedna kolegyně se rozčiluje nad tou absurditou, že pacientka hledá vinu u sebe. Jiný kolega se domnívá, že jde o identifikaci s výklady odborníků, což je z hlediska již tak znejistěné pacientky pochopitelné. Opět jiný kolega sděluje, že tu diskusi ve vnitřním kruhu málem nevydržel a odešel, všichni mu připadají racionalističtí, bez emocí, které přece tento příběh vyvolává.

Přenesl jsem diskusi opět do vnitřního kruhu. Jedna kolegyně sdělila, že si myslí, že si je pacientka sotva vědoma tohoto jejího dilematu. Chopím se této výpovědi a shrnuji, tážíc se, zda je tato situace mezi lékařem a pacientem typická: na jedné straně odborný výklad, který má pacient přijmout, a na druhé straně laická emoční reakce a subjektivní výklad nemoci, což není ve vztahu reflektováno, resp. nedojde ke kontaktu emočních situací obou partnerů.

Vyzývám referenta, který do tohoto okamžiku musel jen naslouchat, aby se k tomu vyjádřil. On sděluje, že cítí tento rozpor, resp. fakt, že se oba neodvážili hovořit o vzájemném emočním prožívání. Obracím se nyní na všechny s otázkou, jak by se dala charakterizovat presentovaná interakce. Následují odpovědi: Dospělý – dítě. Zábrany na obou stranách nedovolují otevřený kontakt. Nehovoří se o tom, co nejvíce pálí: nejistota, vina, frustrace a zklamání, zlost, přání po jasné radě, po opoře. Referující primář sdělil tajné /agresivní/ přání poslat pacientku k psychoterapeutovi, u kterého byla před jejím infarktem.

Nakonec se ptám, jak si lze alternativně představit interakci s pacientkou na základě vcítění se do ní i do vlastních pocitů, o kterých jsme dosud hovořili. Jedna kolegyně hovoří o tom, že by bylo třeba pacientce dodat odvahy k tomu, aby sdělovala, co cítí. Já k tomu dodám, že by se to však nemělo dít opět odborně-racionálním způsobem, nýbrž emocionálně, neboť jsme pro pacienty vždy i vzorem. Bylo by možné např. spontánně říci, tak jak se vyjádřila jedna kolegyně: to je vrchol absurdity hledat vinu u sebe, když leží spíše u terapeutů. Jiná kolegyně navrhl říci: to musí být hrozné, když jste na jednu stranu jistě slyšela od psychoterapeutů, že srdeční potíže mohou sloužit k nátlaku na okolí, jak tomu bylo u vaší matky, a teď byste tak mohla být hodnocena vy sama, i když se obracíte na lékaře s odůvodněnou obavou.

Na závěr jsem dal slovo referujícímu, který, srovnávaje rozhovor s pacientkou s nynější diskusí přiznal, že se nechal příliš ovlivnit zábranami pacientky i vlastními pocity viny za nedostačivost lékařských možností. Poněvadž byli přítomni i internisté, dodal jsem, že smysl opravdového kontaktu nemá jen všeobecně lidskou hodnotu, nýbrž, zvl. u této pacientky, se jedná i o kanalisaci agrese a následující uvolnění,

což by mohlo přispět k vyléčení srdeční neurosy. Srdce zde reprezentuje matku nejen proto, že trpěla příslušnými potížemi, nýbrž i svou obecnou symbolikou – a proti matce, podobně jako proti lékařům, se nikdy neodvážila protestovat. Zdržel jsem se psychoanalytických interpretací, že projekce matky do srdce znamená i úzkost se od ní odloučit, a zároveň je to i její přání, jež vyvolává pocity viny; tato situace ústí do přání matku-srdce zabít (infarkt) a tím se jí i pomstít, ale zároveň i coby její oběť zemřít a tím vyvolat její špatné svědomí.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický

Autor představí svou poslední dosud knihu vydanou nakladatelstvím TRITON Člověk a jeho postavení ve světě v knihkupectví Fišer v Kaprově ulici 26.4. 2007 v 17 hodin.

Z PRACOVÍŠŤ

MUDr. MARIE PRŮCHOVÁ: ZKUŠENOSTI S VÝCVIKEM V PSYCHOTERAPII A RODINNÉ TERAPII V PRAXI PRAKTICKÉ LÉKAŘKY.



Autorka je praktická lékařka venkovském obvodě. Je členem stálé podpůrné „pekelské“ skupiny lékařů, která povstala z kurzů komunikace pro praktické lékaře IPVZ (Honzák, Beran, Vlačihová) Absolvovala první běh výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci (Chvála, Trapková, Knop, Zemanová), uplatňuje své zkušenosti s psychosomatikou v běžné praxi. V příspěvku, který přednesla na kolokviu absolventů libereckých výcviků v Hejnicích v únoru t.r., o tom svědčí.

Po ukončení čtyřletého výcviku v rodinné terapii v Liberci mi zpočátku nebylo úplně jasné, jak zakomponuji zkušenosti z výcviku do své praxe venkovské lékařky. V průběhu uplynulých roků zjišťuji, že výcvik znamenal pro moji práci řadu výhod, ale i úskalí, viz dále. Výhodou je posun myšlení od biologického přístupu k celostnímu pohledu. Stále častěji se přesvědčuji, že pokud neporozumím širšímu kontextu příběhu

pacienta, nepochopím ani smysl jeho stonání. Postupem doby jsem si mohla pacienty zařadit do několika skupin.

- 1) pacienti, u jejichž stonání vystačím s běžným **biologickým přístupem** (problém – jednoduché vyšetření – léčba – uzdravení)
- 2) pacienti se složitějším stonáním, kde by asi vzhled do systému byl přínosem, ale kde cítím ze strany pacientů obranu. Toto respektuji, nespěchám, vyčkávám a v řadě případů dojde časem ke zvratu, objeví se okamžik souznění a prostor pro změnu.

Kasuistika 1: pacient 24r., častá úrazovost několikrát do roka, distorze, drobné pohmožděniny, řezné rány, zlomeniny. Teprve čas věnovaný hlubšímu rozhovoru mi ukázal, kdo to vlastně přichází zraněn – pocházel z narušeného rodinného systému, rodiče se rozvedli, založili oba novou rodinu, on se cítil „odštěpený“, neměl žádnou jistotu domova, jakoby se pohyboval ve vzduchoprázdnu. Úrazovost v jeho případě byla nyní pochopitelnější a naše další komunikace přinesla pozvolna změnu ve smyslu pohybu – přestěhoval se, osamostatnil se, změnil zaměstnání, nyní je klidnější, spokojen a s úrazy nepřichází. Možná jsme mu trochu nahradili chybějící autoritu, se kterou může prodiskutovávat i věci, které se přímo netýkají zdraví a kterou nutně potřeboval.

Kasuistika 2: pacientka 38r, chronické potíže s LS pateří, vleklé stonání, značná spotřeba antirevmatik, analgetik, časté rehabilitace, lázně, vše bez valného efektu. Zde teprve nahlédnutí do příběhu pacientky vysvětlilo, že obtížnost jejího stonání šla ruku v ruce s tíhou „břemene“ jejího všedního života. Rozvedená, matka 2 dětí, samoživitelka, pracovala ve 3 směnném provozu, práce ji vyčerpávala, ale hlavně se podílela se sestrou na péči o matku s pokročilou formou Alzheimerovy choroby, což jsem do té doby netušila a ani ona tuto skutečnost nepovažovala za nutnou sdělovat. Podařilo se nám najít pro matku azylový dům, kde o ni bylo dobře postaráno a pro pacientku to byl zlom, po kterém mě velmi brzy překvapila. Udělala si rekvalifikační kurz na vazbu suchých květin, po které léta toužila, osamostatnila se, má malou provozovnu, které se dobře daří a pacientce také, protože se radikálně snížila její návštěvnost ordinace i spotřeba léků. Bez společného hledání rezerv v systému by nikdy nemohlo běžným biologickým přístupem nastat zlepšení.

3) skupina pacientů **psychosomaticky nemocných**. U nich investování mého času u těch, kteří o to stojí, je nanejvýš „rentabilní“, protože pokud se podaří zvýšit jejich zájem o porozumění problému, zkrátí se doba léčení a radikálně se sníží počet dalších návštěv lékaře v budoucnu. Osvědčilo se mi konstatování, že neonemocněl **orgán** / hlava, kůže, žaludek, srdce.../ ale **člověk**, se vším, co k němu patří / rodina, vztahy v ní, práce,.../ Těmto pacientům vysvětluji, jak tělo reaguje na zátěžové situace, proč se jim rozbuší srdce, stoupá TK, zčervenají nebo zblednou, jak stres ovlivňuje svalové napětí, prokrvení sliznic, napětí svěračů. Kreslím jim obrázek, kde je zřetelné propojení a vzájemné ovlivnění **myšlenek – nálad – emocí – tělesných pocitů**. Pacient má možnost nahlídnout, že jeho potíže mají skutečný podklad, porozumí jim a přestane se jich obávat, což zpětnou vazbou ovlivní jejich intenzitu. Někdy se velmi rychle, během 1-2 návštěv podaří odklonit psychosomatickou symptomatologii. Tento postup je vděčný u pacientů s panickými atakami, záchvaty tachykardie, chronickým únavovým syndromem, GIT potíží...

Kasuistika 3: Paní Dana, 37r, rozvedená, matka 2 dětí, dcera „problémová“, stále nemocná, ona sama zhubla 11 kg za 3 měsíce, zaměstnaná v prádelně ve 3 směnném vyčerpávajícím provozu, dříve prodavačka drogerie. Komplexní vyšetření negativní, vystavena PN, nasazeno antidepresivum, pozvána s dcerou v intervalu 3 týdnů. Druhé setkání s oběma přineslo řadu zajímavých informací pro nás pro všechny. Rodina se rozvedla, což dcera snášena velmi špatně, odešla z obchodní akademie, protože nezvládala učení na učební obou cukrářka, v tomto kritickém období jí ještě zemřel děda. Dost důvodů, aby v kontextu s věkem / 17r/ byly spuštěny vleklé zažívací potíže se zvracením, byl oslaben imunitní systém, což vedlo k absencím ve škole s novými problémy. A matka? Vyčerpaná rozvodem, starostmi ekonomickými i mateřskými, vyčerpala své rezervy tělesné i duševní jejichž výsledkem byl značný úbytek hmotnosti a vyčerpanost. V tomto případě spojení biologického přístupu /neschopenka, léky/ a PT přístupu bylo pozvolna dosaženo zlepšení stavu matky, začala uvažovat o změně zaměstnání, společně s dcerou uvažují jak dál s učebním oborem, GIT potíže dcery vymizely.

Úskalím systémového přístupu bývá někdy ztráta pacienta přeregistrováním jinam v době, kdy již bylo dosaženo pozitivní změny. Jakoby chtěli začít nový život jinde, s někým jiným, kdo o nich nic neví. Dříve jsem to vnímala jako prohru, nyní to vnímám naopak, pacient se sám rozhodl ke změně a to je spíše výhra.

Dalším úskalím, na které se musí stále myslet, je skutečnost, že i v terénu vleklých funkčních potíží se může objevit závažné např. nádorové onemocnění.

Jinou oblastí medicíny na venkově, kde se uplatní PT výcvik je **akutní krizová intervence**. Stačí naslouchat, být k dispozici, společně hledat alternativní cesty jak dál.

Lékař na venkově stále častěji pečuje o pacienty v **terminálních stádiích nádorového onemocnění** – i zde je hodně prostoru pro PT všech členů rodiny a celého systému.

Jak sdělit pravdu, jak ji dávkovat, citlivě doprovázet všechny až do konce. I umírání může být důstojné a klidné pro všechny zúčastněné.

Čas věnovaný výcviku v psychoterapii a rodinné terapii považuji za dobře investovaný, vnesl do mé práce změnu myšlení, z úspěšných případů mám radost, neúspěchy mě už tolik netrápí a nehledám vinu u sebe. Zním své hranice a ty si bráním.

MUDr. Marie Průchová
Praktická lékařka
Vlašim, Čechtice

Z KONFERENCE

PhDr. DANIELA STACKEOVÁ, PhD.: TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ V KONTEXTU PSYCHOSOMATIKY A MOŽNOSTI JEHO OVLIVNĚNÍ



Autorka pracuje a přednáší na Univerzitě Karlově v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu, katedra psychologie, pedagogiky a didaktiky sportu a katedra fyzioterapie

Definice tělového schématu, definice tělesného sebepojetí a jejich utváření v průběhu ontogeneze

Tělové schéma je definováno jako mentální reprezentace vlastního těla, která má tři složky: kognitivní, emocionální a behaviorální. Kognitivní složka zahrnuje představu o rozměrech těla jako celku, o rozměrech jednotlivých částí a jejich vzájemném poměru. Emotivní složka zahrnuje vztah k vlastnímu tělu jako celku, vztah k jednotlivým jeho částem, který se může lišit, a vztah k vlastní tělesnosti obecně. Behaviorální složka zahrnuje aktivity vedoucí k ovlivnění vzhledu našeho těla jako např. diety, cvičení, plastické operace

apod. (vnímání těla vystupuje jako důležitý motivační činitel k provádění všech takových aktivit či podstupování takových vnějších zásahů).

Na tomto místě bych se zastavila u rozdílu mezi termíny tělové schéma a tělesné sebepojetí. Řada autorů je prezentuje téměř identicky. V dalším textu užívám tyto pojmy podle mírných diferencí, které mezi nimi cítím, nejdůležitější je ta, že tělové schéma je pojem bližší oborům jako je fyzioterapie, zabývá se mimo jiné i neurofyziologickými a kineziologickými aspekty vnímání těla, zatímco tělesné sebepojetí je vhodné užívat v kontextu psychologickém a sociologickém, ve vztahu k celkovému sebepojetí.

Tělesné sebepojetí neboli *Physical Self* jako část *Total Self* (viz multidimenzionální model *Self*) je předmětem zájmů mnoha odborníků považujících tělo za hlavní prostředek sebevyjádření a k interakci se světem a je pro ně klíčem k pochopení celého *Self*, protože i přes dar myšlení a řeči jsou emoce a zdraví člověka vyjadřovány skrz jeho tělo. Dále je tělo chápáno jako významná sociologická entita. Fox (1997) zdůrazňuje vliv tělesného sebepojetí na chování jedince a na pocit životní pohody (*well-being*). Způsob, jakým člověk vnímá své tělo a jaký má k němu vztah, určuje jeho fyzickou identitu (*physical Self*) a také jeho vztah k pohybové aktivitě, ke sportu, ke své tělesné hmotnosti, k prezentaci své osobnosti a také způsob zvládání (*coping*) těžkých životních událostí jako je vážná nemoc, stárnutí apod.

Fyziologicky je vnímání jednotlivých částí těla zprostředkováno řadou receptorů, z nichž nejvýznamnější podíl mají proprioreceptory (svaly tvoří cca 40% tělesné hmotnosti). Orgánem čítí ve svalu je svalové vřetenko, které vysílá do CNS senzitivními vlákny informace o změně délky svalů. Na rozhraní svalů a šlach jsou umístěna šlachová vřetenka registrující stupeň napětí šlachy. Dalšími důležitými receptory jsou nociceptory, které jsou porůznu rozloženy v endomysiu a kolem svalových vláken. Centrální řízení pohybového aparátu je složitý mechanismus ovlivněný řadou faktorů. Aktuální psychický stav se vždy odráží ve stavu svalového systému. Typickým příkladem je depresivní držení. V závislosti na psychickém stavu se mění svalový tonus, postura, zvyšuje se nebo se snižuje napětí v různých svalových skupinách. Propriocepce je tedy ve vnímání těla rozhodujícím druhem čítí a forma pohybové aktivity, ať už v rámci profese nebo jako cílené cvičení či sport, hraje ve vnímání těla velmi důležitou roli.

Problematika vztahu k vlastnímu tělu je pak daleko složitější. V dětství je zde dominantní vliv rodiny, resp. vztahu rodičů k vlastní tělesnosti, ve kterém dítě nachází vzor. Psychoanalytici považují za klíčové období rané dětství, konkrétně vztah mezi matkou a dítětem v prvních letech života, tzv. fázi symbiotické jednoty. V tomto období prožívá dítě samo sebe jako neoddělené. V rámci zdařilého vývoje je matka dítěti k dispozici tak dlouho, jak potřebuje, podporuje ho a vítá jeho pokroky, dovoluje mu jako součást hry oddělení a první nezávislá podnikání, podporuje tedy pomalé, přiměřené oddělení a vnitřní autonomii dítěte, které se teprve tímto rodí psychicky a postupně získává od matky své oddělené Já. U mnoha psychosomatických pacientů

byly sledovány v tomto období dva relativně podobné stereotypy chování, a to hyperprotektivní nebo skrytě odmítající chování. Tyto způsoby chování jsou zapříčiněny nedořešenými, obzvláště narcistickými konflikty matek, které je pak přenášejí na dítě, zpracovávají je na dítěti a jeho těle, které je v této rané, symbiotické fázi obzvláště zranitelné. Tyto matky pak obvykle potřebují své dítě jako „drogu“, úzkostlivě ho hlídají a jsou mu stále přítomné, rozvinou intenzivní kontrolu dítěte, jako by bylo součástí jejich vlastního těla. U těchto dětí nemohou vznikat dobré sebeprezentace, jejichž rozvoj je v rané vývojové fázi nerozlučně svázán s tělesnými počitky a vjemy. Jejich matky reagují vysokou měrou na tělesné signály a poruchy jejich dětí, kontrolují a manipulují za účelem toho, aby se tělo dítěte nemohlo stát jeho sebeprezentací a tělo pak zůstává něčím cizím, nepatřícím k Já a zůstává pod kontrolou klíčové osoby - matky. To tvoří základ pro poruchu tělesného sebepojetí. Tělesné funkce se pak stávají přímým výrazem pro existenci kontaktu s osobou vztahu a jednou se to může projevit jako úplné pohrdání vlastním tělem, nedostatečná péče o tělo, nebo chybné vjemy tělesných projevů a poruch. Toto patologické tělesné sebepojetí může na druhé straně vést k starostlivé péči a kontrole tělesného symptomu, přičemž oba tyto modely chování se mohou mísit.

V průběhu ontogenetického vývoje nabývají na důležitosti vlivy kulturní a sociální (především ideál krásy v dané společnosti). V posledních desetiletích byl zaznamenán vzestup hodnoty těla, mající svůj původ v USA (hnutí fitness), který vidí ideál v opáleném, zdatném a štíhlém těle. Tento ideál krásy stojí v protikladu k ideálu krásy prezentovanému modelkami - extrémní štíhlosti, která na výkonnost nepoukazuje ani zdaleka. Tělo se stává předmětem obchodu, objektem, do kterého musí být investováno a často bývá veřejně prezentováno jako symbol úspěchu, což je jednou z příčin, proč hraje tělesné sebepojetí v životě současného člověka důležitou roli. V médiích se často setkáváme s nadhodnocováním tohoto sociálního vlivu. Období dospívání je sice typické zvýšenou citlivostí k hodnocení tělesné atraktivity okolím, nelze však tento fakt přeceňovat a dávat mu za vinu např. vznik mentální anorexie, jak je to často mylně v médiích prezentováno.

Do interakce s vnějšími vlivy pak přichází osobnostní faktory (např. introverze je dispozicí k zvýšenému vnímání vlastních pocitů včetně tělesných) a výsledkem je určitá forma vnímání vlastního těla a vztahu k němu.

Tělové schéma jako předmět zájmu fyzioterapie a psychosomatiky

Problematikou vnímání těla a jeho role ve vzniku různých zdravotních obtíží, nejčastěji funkčních poruch pohybového aparátu či různých psychosomatických onemocnění se zabývá řada fyzioterapeutických škol. K nejznámějším patří **Alexandrova metoda**, která není jen terapií, má i důležitý filozofický obsah - učí své žáky přemýšlet o svém těle, uvědomovat si své tělo i mysl. Její autor zavedl termín „sebe-užívání“ - způsob, jakým používáme své

tělo. Jeho změna nás může zbavit řady potíží. Podle Alexandra každý z nás vynakládá zbytečné úsilí při téměř jakékoliv činnosti a tím vzniká napětí. Těžištěm jeho metodiky je nácvik určité postury, v níž klíčovou roli hraje postavení hlavy (zabránění chybné hyperextenzi v hlavových kloubech). Technika vede k rozvoji kinestetického smyslu, jehož zlepšení zprostředkuje lepší uvědomění vlastní identity.

O této problematice smýšlel podobně i **Moshe Feldenkreis**, autor další známé fyzioterapeutické metodiky. Mysl a tělo jsou podle něj v nepřetržitém vzájemném kontaktu a tělo může správně fungovat jen tehdy, pokud je správně vnímáno. Příčinou všech potíží je nedostatečné vnímání vztahu mysli a těla. Změny v motorické oblasti vyvolávají změny v myšlení a citění. Člověk uvědomující si sebe sama si včas uvědomuje své potřeby a své obtíže tak může zaznamenávat již ve stavu zrodu. Autor zdůrazňuje vztahy mezi pohybem, myšlením, vnímáním a efektivní funkcí. Nevědomé napětí znesnadňuje úsilí koncentrovat se. Faktory vyvolávající nesoulad mezi skutečným tělem a tělem vnímaným jsou: bolest, nevyužívání nebo špatné využívání některých partií, mentální a emocionální problémy. Krizovým obdobím pro vznik těchto obtíží je období vstupu dítěte do školy. Dítě je v daleko užším kontaktu se svým tělem - se svými pohyby, vnímáním, potřebami a tužbami. Pohybuje se a vyjadřuje své pocity a myšlenky mnohem uvolněněji. Při vstupu dítěte do školy dochází v důsledku vysokých výkonových nároků a náhlého omezení spontánní motoriky k odcizení dítěte vlastnímu tělu.

Problematikou tělesnosti se v průběhu historie zabývala i řada filozofických směrů. Často byla zdůrazňována právě jednota duše a těla. Současnému náhledu na tuto problematiku se blíží fenomenologie. **Edita Steinová**, která podrobně rozpracovala tuto problematiku, píše: „Jen ten, kdo prožívá sám sebe jako celek - stará se o své tělo a jeho potřeby, dbá o svou tělesnou kondici, ale všímá si i své duše, vnitřních pohnutek a pocitů - může porozumět druhému“ (Šimečková, 2000, 124).

S poněkud odlišným pojetím tělového schématu se setkáváme ve vývojové kineziologii dle **Vojty** (Kováčiková, Beranová, 1998). Podle těchto autorů je základ tělového schématu utvořen do tří měsíců a je základem našich budoucích motorických možností včetně sportovní výkonnosti. Kvalita tělesného schématu je dána postavením jednotlivých segmentů páteře vůči sobě, které je dáno především funkcí autochtonní muskulatury.

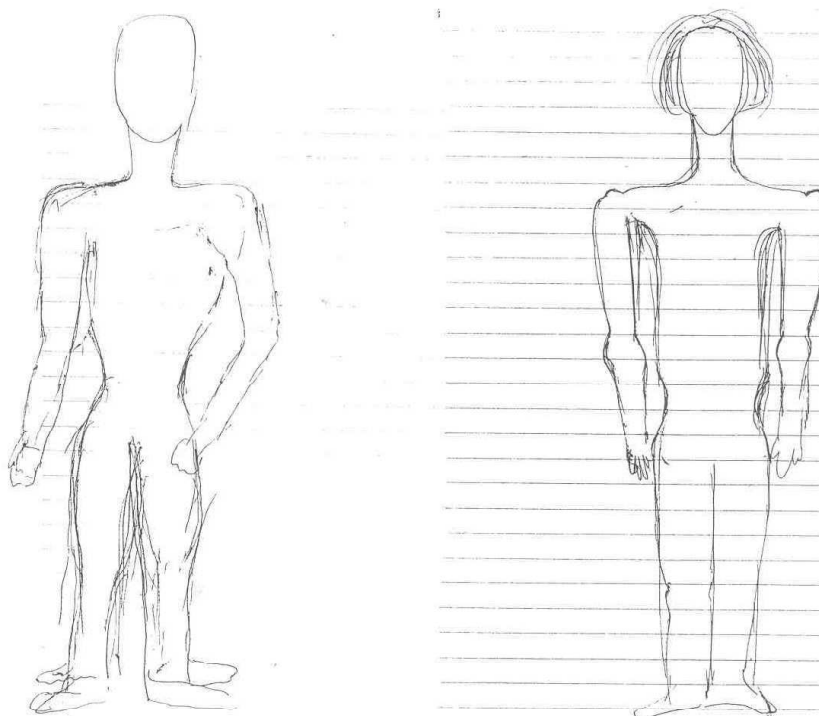
Toto chápání pojmu tělové schéma je cenné z toho důvodu, že poukazuje na důležitý vztah mezi vnímáním těla nebo chcete-li schopností kinestézie a funkcí posturálního systému, který je v posledních letech v centru zájmu fyzioterapie a jež je klíčem k pochopení vzniku bolesti zad a funkčních poruch hybného systému.

Diagnostika tělového schématu

Pro diagnostiku tělového schématu můžeme použít standardizované testy (např. *Physical Self-Perception Profile*, autoři Corbin a. Fox, 1989), pro klinickou praxi považuji za vhodnější jednoduchý projekční test - kresbu (s instrukcí „nakreslete obrys vlastního těla“). Interpretace tohoto testu vyžaduje určité zkušenosti s danou problematikou. Vyhodnocení provádíme rozhovorem s testovanou osobou, který je rovněž diagnosticky cenný. Můžeme vyhodnocovat i skupinově, což se osvědčilo např. v rámci výuky.

Dle vlastních zkušeností v klinické praxi i při výuce doporučuji vyhodnocovat v tomto pořadí:

1. velikost nakreslené figury - příliš velká nebo příliš malá figura může vypovídat o egovztažných vlastnostech (sebevědomí, sebehodnocení) obecně,
2. plynulost čáry - plynulá čára svědčí o jasné představě vlastního těla, pokud jsou některé partie několikrát obtahovány, svědčí to většinou pro nespokojenost s nimi,
3. reálnost rozměrů a tvaru jednotlivých partií a jejich vzájemný poměr - nejčastěji se setkáváme s nadhodnocením rozměrů ženských problémových partií u žen (boky, stehna), nereálnou délkou končetin a jejich poměru k trupu, rovněž ty části těla, kde je přítomna nocicepce, jsou v kresbě nadhodnoceny,
4. diferencovanost kresby - hodnotíme preciznost kresby tvarů těla (zda jsou nakresleny tvary jednotlivých partií, tzn. tvary svalů, klouby apod.),
5. vyobrazení rukou a nohou - často chybí ruce nebo nohy, končetina končí jakoby useknuta v zápěstí nebo v kotníku, přestože v těchto částech těla je extrémně vysoké množství receptorů. Tento jev je diagnosticky cenný jak z psychologického, tak kineziologického hlediska. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že absence nohou v kresbě svědčí o špatné percepci z oblasti chodidel, chybné tzv. úchopové funkci nohy při chůzi a narušení motorických stereotypů v oblasti pánve a posturálních funkcí.
6. pravolevá symetrie kresby - narušení stranové symetrie v kresbě svědčí pro pravolevou asymetrii pohybového aparátu, v kresbě se odrazí i klinicky nevýznamné skoliózy.



Obrázek 1: ukázka kresby tělového schématu u 15-leté pacientky s mentální anorexií bezprostředně před terapeutickou jednotkou zaměřenou na tělové schéma (obrázek vlevo) a bezprostředně po skončení terapeutické jednotky (obrázek vpravo).

Poruchy tělového schématu

S poruchou tělového schématu se typicky setkáváme u psychosomatických pacientů (mechanismus vzniku viz výše). Diferenciálně diagnostickým znakem je porucha tělového schématu u pacientek s mentální anorexií. Často diskutovanou diagnózou, která je rovněž typická poruchou tělového schématu, je alexithymie. Je definována jako kognitivně-afektivní deviace s preferencí pozornosti k vnějším událostem před vnitřními zážitky. V podstatě se jedná o jeden z obranných mechanismů osobnosti, jako jisté utlumení exprese emocí lze diagnostikovat i u zdravých lidí. Koncepce alexithymie se ukázala velmi přínosná pro klinickou praxi, především u těch pacientů, kteří obcházejí s řadou netypických obtíží a bez většího somatického nálezu řadu odborníků. Jsou nazýváni „persistent somatizers“ a popisuje se u nich neschopnost rozpoznávat, sdělovat a regulovat emoční hnutí a z toho plynoucí psychickou,

těžko definovatelnou rozladu, jedinou oblastí, kterou dokáží jasně vnímat, je oblast somatická. Jediným signálem psychické rozlady je pro tyto pacienty bolest. Tělo je u těchto osob vždy částečně vnímáno jako něco cizího a stává se projekční plochou pro intrapsychické konflikty.

K poruše tělového schématu dochází u řady psychických onemocnění (typický je úplný rozpad tělového schématu u schizofrenie, změny tělového schématu u alkoholiků, drogově závislých apod.) u somatických poruch (při traumatech s dlouhodobou imobilizací, u diabetes mellitus, při různých onemocněních kloubních apod.), ale i v specifických životních obdobích (u seniorů, u žen v období těhotenství, v klimakteriu apod.).

Tělesné sebepojetí z pohledu psychologie sportu – možnosti ovlivnění, možné negativní aspekty

Při srovnání sportující a nesportující populace se sportovci vyznačují diferencovanějším tělovým schématem. Estetické sporty jako je gymnastika přispívají k extrémní diferencovanosti tělového schématu. V tomto smyslu bych ráda vyzvedla vliv moderních systémů kondičního cvičení jako je fitness, které díky tomu, že procvičují jednotlivé svalové skupiny izolovaně a při cvičení dochází k vysoké koncentraci pozornosti na pocity v nich, dochází k lepší diferenciaci jednotlivých částí těla a pocitů v nich, následkem čehož je pozitivní změna tělového schématu.

U mužů se setkáváme v kresbě postavy oproti ženám s častou schematizací, zapříčiněnou slabým vnímáním vlastního těla často kombinovaným se snahou vyhnout se zadanému úkolu. Ženy věnují tělu daleko více pozornosti a hodnotí své tělo daleko kritičtěji, což často souvisí s ideálem krásy prezentovaným médií. Tato nespokojenost s vlastním tělem se promítá do životního stylu, především je motivací k pohybovým aktivitám a dodržování dietních režimů (Fialová, 1999).

V terapii řady poruch je využívána práce s tělovým schématem. Tyto techniky usilují o změnu vnímání těla, přičemž využívají různých řízených pohybových aktivit spojených s mentálním cvičením, resp. nácvikem vnímání těla. Jsou využívány prvky jógy, relaxační postupy, dechová cvičení, rotační pohyby v kloubech, taneční prvky a řada dalších.

Z pohledu psychologie sportu je tělové schéma prostředníkem vlivu pohybové aktivity na sebepojetí a sebevědomí. Tyto změny subjektivního prožívání vlastní osoby mohou významně přispět ke zvýšení ukazatele kvality života. Sebepečení přitom chápeme jako představu vlastní osoby, a to jejího vzhledu, vlastností, schopností, postojů, rolí a povinností vůči druhým. Má složku kognitivní (sebepečení, sebedefinování), složku emocionální (sebehodnocení, sebeúcta) a složku regulační (sebepečování, sebekontrola ad.), vystupuje tudíž jako důležitý motivační činitel v oblasti životního stylu (Fialová, 1999)

Mezi negativní jevy související s výše zmíněným vlivem pohybové aktivity na psychiku řadíme především určitý druh „závislosti“ na pohybové aktivitě. Křivohlavý (2001) ji nazývá pozitivní addikcí (u běžců, horolezců i jedinců navštěvujících fit centra). Při přerušení pohybové aktivity se u těchto jedinců vyskytují tzv. odvykací příznaky, především v psychologické oblasti - pocity úzkosti, pocity viny, nepokoje a neklidu.

Termínem negativní addikce označuje neustálé zvyšování mety sportovního výkonu, jejímž rizikem jsou jednak rizika druhu činnosti, prováděné v nadměrné míře, jednak riziko zanedbávání jiných oblastí života.

Při různých patologických stavech, jako jsou např. psychogenní poruchy příjmu potravy, se pohybová aktivita různého druhu může stát součástí obsedantně-kompulsivní symptomatologie. Adams a Kirkby (1999) popisují závislost na cvičení jako primární poruchu, která může vzniknout nezávisle na psychogenní poruše příjmu potravy nebo se rozvíjet jako součást její symptomatologie. Mechanismy vzniku této poruchy jsou jednak psychologické, jednak biochemické, kdy největší význam je přikládán vlivu endogenních opioidů.

S touto problematikou velmi úzce souvisí téma zneužívání různých dopingových látek, ke kterému dochází v poslední době ve velké míře kromě vrcholových sportovců i u rekreačně sportujících. U chlapců se setkáváme s poruchou označovanou jako „bigarexie“, jakási obdoba mentální anorexie u dívek, s chorobnou touhou po zvyšování svalové hmoty i na úkor poškození zdraví.

Závěr

V určitých vývojových obdobích lidského života a dnešní „odosobněné“ době vůbec dochází k řadě psychických obtíží plynoucích z krizového vývoje identity. S touto problematikou velmi úzce souvisí problematika tělesného sebepojetí. Pocity „vykořenění“, osamocení, následované sníženým emočním vnímáním a ztrátou kontaktu s vlastními tělesnými pocity jsou častým jevem postmoderní doby. Řada škol a teorií, jejichž klasickým představitelem je Alexander, proto nabádá k obrácení pozornosti na tělo a na jeho vztah k duši jako prevenci i terapii řady zdravotních obtíží. Na druhou stranu jednostranná pozornost zaměřená pouze na vzhled těla s sebou může naopak přinést prohloubení těchto obtíží a stále častěji se tak můžeme setkávat s výše zmíněnými poruchami jako je „závislost na pohybu“.

Přehled bibliografických citací

ADAMS, J., KIRKBY, R. Exercise Dependence as a Primary Disorder. In: *Psychology of Sport and Exercise : Enhancing the Quality of Life* : Proceedings of the 10th European Congress of Sport Psychology FEPSAC – Prague : 1999. Part 1. Praha : FTVS UK, 1999.

s. 53-55. ISBN 80-86317-00-5.

FIALOVÁ, L. Zdraví, zdatnost a krása lidského těla a jejich vliv na kvalitu života. In: HOŠEK, V., TILINGER, P. (eds.): *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást života dospělých*: Sborník výzkumných záměrů společensko-vědní sekce FTVS UK. 1.vyd. Praha : FTVS UK, 1999. s. 81-90. ISBN 80-86317-03-x.

FOX, K.R. *Physical Self : From Motivation to Well-Being*. USA : Human Kinetics, 1997. ISBN 0-87322-689-5.

KOVÁČIKOVÁ, V., BERANOVÁ, B. Tělesné schéma a jeho zátěž ve vertikále z pohledu ontogeneze, otázka tréninku, trénink u pacienta s CP, logopedie. *Rehabilitácia*. 1998, 31, 2. s. 75-77. ISBN 0375-0922.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. s. 134-142. ISBN 80-7178-551-2.

ŠIMEČKOVÁ, M. Fenomenologické pojetí tělesnosti v díle Edity Steinové. In: SVOZIL, Z. (ed.). *Kinantropologie 2000* : sborník příspěvků z celostátní studentské vědecké konference s mezinárodní účastí v oboru kinantropologie – Olomouc: 2000. vyd. 1. Olomouc : FTK UP, 2000. s. 123-124. ISBN 80-244-0070-7.

PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.
Univerzita Karlova

Fakulta tělesné výchovy a sportu
Katedra psychologie, pedagogiky a didaktiky sportu s katedra fyzioterapie
J. Martího 31
162 52 Praha 6 - Veveřslavín

TEORIE

OTMAR W. SCHONECKE, JÖRG M. HERRMANN: PSYCHOFYZIOLOGIE, ČÁST IV

Překlad ukázky z 10.kapitoly z monografie Thure von Uexküllla *Psychosomatische medizine*, str. 175-207, Urban& Fischer, 6. vydání, München, Jena, 2003 pro Psych@Som Mgr.Lubor Špís. Pokračování

4 Stres

4.1 K pojmu stres

4.1.1 Stres a zatížení

Pojem „stres“ pochází ze zkoušek materiálů. Udává, jak jsou určité mosty či určité lano zatížitelné: určitý most má na základě své konstrukce určitou zatížitelnost, má tedy určitou dispozici. Dokud zatížení způsobované

provozem nepřekročí dispoziční zatížitelnost, most drží. To znamená, že jako vnější podmínka existuje určité zvláštní zatížení, které může přispívat k tomu, že se most může nakonec v určitém okamžiku zřítit. Tak se před několika lety zřítil v Soulu dálniční most. Jako příčina tohoto zřícení byla zjištěna objížďka se silně zvýšenou hustotou provozu, a tedy se silně zvýšeným namáháním mostu. Kromě toho se ukázalo, že při stavbě nebyl beton odborně připraven, takže statické vlastnosti mostu byly ve srovnání s projektem značně odlišné.

Jak je bezprostředně zřejmé, obě podmínky – dispozice a zatížení – spolu souvisí; to znamená, že zatížitelnost určuje, od jaké hmotnosti či od jakého kmitání dojde nějakým způsobem k poškození mostu. Stres tedy může být definován jako zatížení, které vede k poškození. Toto poškození nemusí – v případě mostu – znamenat bezpodmínečně zřícení; nejprve se mohou vytvořit pouze trhliny, jejichž původ je však v zatížení. Tento příklad se zdá být triviální, tato trivialita se však vytrácí, zaměříme-li se na vztah zatížení a organismu. *Selye* (1981) definoval stres v následujícím velmi širokém smyslu: „Stres je nespecifická reakce těla na nějaký požadavek.“ V této definici přistupuje k zatížení resp. k požadavku ještě další prvek, a sice „reakce“ organismu. *Selye* sice připouští, že uvedené požadavky jsou specifické; „všechny tyto požadavky však mají jedno společné, a sice zvyšují nutnost opětovného přizpůsobení se (*readjustment*), nutnost výkonu adaptivních funkcí, které obnovují normalitu.“ Dále rozlišuje mezi „eustresem“ a „distresem“, tedy mezi příjemným a léčivým stresem a takovým, jenž je nepříjemný a může vést k nemoci. Jako důsledek všeobecnosti této definice *Selye* vyvozuje: „Stres není něco, čemu bychom se museli vyhýbat. Ve skutečnosti se mu není možné vyhnout. ... Uplné vysvobození od stresu je smrt.“

Vyvstává otázka, zda je takto široký koncept stresu, jež zahrnuje téměř veškeré životní procesy, smysluplný popř. zda má pak ještě nějakou výpovědní hodnotu. Přesto se však těší pojem stresu velké oblibě a často se používá v každodenní oblasti, zde však ve významu, který *Selye* připisuje pojmu distres. Pod stresem se pak však většinou nechápe určitá reakce, nýbrž určitá zatěžující podmínka.

4.1.2 Stres a přizpůsobení se

*Selye*ovy (1981) první výzkumy týkající se stresu byly ještě velmi blízké původnímu pojmu odvozenému ze zkoušek materiálu: potápěl krysy do vody a vystavoval je následně velkému chladu či velkému horku, aby je vystavil zatížení. Blízkost ke zkoušce materiálu je však pouze zdánlivá; neboť *Selye* se nezajímal o to, jak dlouho to bude trvat, než krysy umrznou – nenechal je nikdy umrznout, nýbrž je tomuto zatížení vystavoval vícenásobně. Zajímal se o procesy, k nimž docházelo v organismech, tedy o reakce zvířat na vytvořená zatížení. Chlad nebo horko byly pouze dvěma z mnohých zatížení. Jeho teorie „všeobecného adaptačního syndromu“ postuluje, že na různá zatížení

následuje v organismu vždy podobná reakce, a sice jako reakce na nutnost přizpůsobení se. Všeobecný adaptační syndrom probíhá ve fázích, které *Selye* popsal jako fáze poplašná, fáze odporu a vyčerpání, pouze tehdy, pokud se přizpůsobení nepodaří; není tomu tak v žádném případě vždy, jedná se spíše o výjimky.

4.1.3 Stres, homeostáze a ohrožení

Ohrožení popř. nebezpečí pro určitý organismus nejsou závislé na homeostáze. Ohrožení krys v *Selyeových* pokusech spočívalo v odchylce teploty okolí. A situace způsobila stres, protože krysy se jí nebyly schopny přizpůsobit, tedy nebyly schopny regulovat svoji tělesnou teplotu, nebyly však ale ani schopny se situaci vyhnout, např. únikem; krysy tedy nebyly schopny se situací vypořádat. Dlouhodobější nemožnost vytvořit homeostázu popř. určitou požadovanou hodnotu, může zničit integritu organismu a představuje tak bezprostřední ohrožení.

V *Selyeově* definici se používá pojem přizpůsobení se jako podmínka pro stres. To znamená, že podle jeho pojetí je vztah mezi organismem a jeho prostředím nutné označovat vždy jako stres tehdy, kdy se organismus musí přizpůsobovat. Zdá se být smysluplné omezovat pojem stresu na určitou nutnost přizpůsobovat se, jež je přinejmenším přechodně spojena s větší námahou nebo dlouhodobě nadměrně namáhá zdroje organismu.

Pro míru stresu je významné, zda zvíře může odhadnout, že únik před útočníkem se lehce podaří nebo že to bude těsné. Vystává otázka, zda zajíc prožívá skutečně stres, utíká-li s hravostí před psem a chová se tak, jako by situaci časově natahoval tím, že opakovaně v běhu zpomaluje, jako by chtěl v psovi vyvolat dojem, že má šanci, aby hru nevzdal. Zdá se, že zajíc si vychutnává svoji kompetenci nakládat s krizovou situací, která je dána jeho mnohem lepšími běžeckými schopnostmi.

4.1.4 Stres a emocionální význam určité situace

Pro zodpovězení otázky, zda je možné/nutné něco označit jako stres, je důležitý význam, který má odpovídající situace pro konkrétní organismus. To znamená, že se v případě pouze fyzikálního přetížení (jako např. zlomení nohy) nejedná o stres, nýbrž právě „pouze“ o fyzikální přetížení. Tato skutečnost se také dobře ukazuje v experimentech prováděných *Selyem*: změny v nadledvinách jeho pokusných zvířat nebyly následkem rozdílných psychických zatížení, jimž byla zvířata vystavena, nýbrž následkem významu situace, který měla pro zvířata, tedy následkem ohrožení obsaženého v situaci a skutečnosti, že jí nemohla uniknout.

Tento význam zdůrazníme na třech příkladech **působení hlukového zatížení**:

- K přetížení a poškození sluchu fyzickými podněty (např. hlukem) dochází na diskotékách. Můžeme při tom vycházet z toho, že sluch je chronickým zatížením fyzikálně poškozován.
- Během blokády Berlína a vytvořeného vzdušného mostu bylo obyvatelstvo vystaveno nadměrnému hluku, kterému nebylo možné uniknout. V nalétávací oblasti k letišti Tempelhof v Berlíně létala letadla nízko nad domy. Tento hluk nebyl žádným stresem. Hluk měl význam zachování života.
- Před nějakou dobou docházelo v Kolíně nad Rýnem k „letovému hluku“ způsobovanému čtyřmi kachnami, jež žily a byly trpěny ve vnitřním dvoře obytného areálu téměř všemi, ale nikoli všemi obyvateli. Tento hluk nedopřával klidu těm, kteří se cítili být kachnami rušeni, a stížnosti podávané u Městské správy v Kolíně nad Rýnem měly nakonec úspěch. Kachny měly být jako zdroj stresu odstraněny. Samozřejmě, že nebylo provedeno žádné srovnání s hlukem, jenž způsobovali kosi a který představuje mnohonásobek kachního káchání.

Je bezprostředně zřejmé, že mezi výše uvedenými třemi druhy obtěžování hlukem existují velké rozdíly v akustickém tlaku, a je rovněž zřejmé, že organismus může být vystaven fyzickému přetížení, které jej poškozují nebo částečně ničí, jak je tomu také například u zlomeniny nohy.

Oba druhé příklady se liší především ve významu, který měly podněty pro dotčené organismy. V prvním případě záchrana života, v případě druhém pocit nerovnocennosti, neprosazení se či také neshodnutí se, to znamená pocit nevyřešeného problému popř. nemožnosti kontroly určité situace. Takto je možné, že se neškodný podnět či neškodná situace změní v zatížení, které je zprostředkováno výhradně významem (jako v případě kachen). Také v případech, kdy je zatížení vycházející z určitého podnětu přeceněno, dochází k zbytečnému zatížení.

Al'Absi a kol. (1997) spatřují příčiny rozdílného účinku mentálního zatížení způsobovaného počítáním a volným řečovým projevem v sociálním významu situace volného řečového projevu. Při tom se ukazuje silnější nárůst hodnot krevního tlaku, ACTH a kortizolu. Pozoruhodná je na tomto výzkumu skutečnost, že zatížení trvala po delší dobu a byla opakována.

4.1.5 Stres a kontrolovatelnost

Chování určitého organismu je orientováno na předvídatelnost a kontrolovatelnost událostí v okolí, jež k němu mají nějaký vztah. Pro porozumění stresu je důležitá následující skutečnost: nejsou-li předvídatelnost

a kontrolovatelnost buď vůbec dány, a/nebo jsou-li dány pouze omezeně, jsou prokazatelné tělesné následky. S tím je spojeno pravděpodobně jedno z nejsilnějších zatížení organismu, a to především tehdy, vytrácí-li se možnost kontrolovat významné životní události (*Engel* 1971). Podobně jako *Engel* pro náhlou srdeční smrt zjistil *Apples* (1989), že ztráta možnosti kontrolovat důležité životní podmínky je predikativní pro vitální vyčerpání a tím pro výskyt koronárních srdečních onemocnění (viz. kapitola 57 „Koronární srdeční onemocnění“).

Výzkumy k patogenezi vředů popsané v následujícím textu mají pro psychosomatické lékařství zvláštní význam. Představují experimentální přístup pro operacionalizaci patogenních podmínek. Podařilo se v nich vytvořit podmínky, jejichž přenositelnost na životní poměry pacientů je zcela možná.

Weiss (1970) vystavoval krysy kontrolovatelným či nekontrolovatelným šokům. Aby izoloval efekt kontrolovatelnosti, byly šokům vystavována vždy dvě zvířata společně. Přitom jedno ze zvířat mohlo šoky ovlivňovat (exekutivní zvířata), druhé zvíře bylo vystavováno týmž šokům jako první, nemohlo je však žádným způsobem ovlivňovat (*yoked animals*). Exekutivní zvířata byla nucena k soustavné aktivitě, avšak s výrazně sníženou nejistotou. Graf 10-7 ukazuje, že zvířata ve skupině *yoked animals* vykazovala výrazně větší množství postižení než zvířata, jež mohla šoky kontrolovat.

Engel (1972) komentuje *Weisseho* práce k patogenezi vředů následujícím způsobem: „Vaše výzkumy jsou pro mne podněcující, protože jste úspěšně vykonal něco, čeho nikdo před Vámi nedosáhl. Objevil jste pokusný plán, jenž se velmi blíží tomu, co zjišťujeme v klinické praxi. Podle našich zkušeností spočívá jediná a nejdůležitější událost, shodující se začátkem nemoci, v tom, že dříve než se nemoc začne projevovat, prodělá pacient období *giving up* (vzdání se) doprovázené afekty, které *Schmale* definoval jako bezmocnost či beznaději (*Schmale* 1958, 1969, *Sweeney* a kol. 1970). Operacionalizovali jste ve smyslu laboratorního experimentu to, co klinický lékař nazývá *giving up*, protože *giving up* znamená, že určitá osoba má pocit, že nemá žádnou možnost řešení, nebo tuto možnost řešení skutečně nemá a nemůže nic udělat. Ať dělá či myslí cokoli (k čemuž může docházet intrapsychicky či ve formě přímé reakce na okolí), nedostává žádné zpětné hlášení o úspěchu. V této shodě klinických údajů o pozorování a jejich konceptualizace s experimentálně operacionalizovatelnými podmínkami se ukazuje nejenom hodnota těchto výzkumů, nýbrž také hodnota klinicky získaného konceptu beznaděje vypracovaného *Engelem* a *Schmalem*. *Weiner* (1991) dochází ve své přehledové práci o experimentálních studiích k patogenezi vředu prováděných na zvířatech rovněž k závěru, že nekontrolovatelnost představuje důležitou patogenní podmínku pro vředové choroby.

Celkově je u těchto výzkumů nutné brát v úvahu, že složitost předvídatelnosti a/nebo kontrolovatelnosti významných událostí v okolí představuje zatížení, že ale na straně druhé námaha spojená s danou

možností vyhnout se může mít rovněž aktivující účinek. „Námaha“ vynaložená na vyhnout se je jistě na jedné straně závislá na tom, jak mnoho musí určitý organismus pro vyhnout se vykonat, na straně druhé ale také na tom, jak těžké je vyhnout se předpovědět, to znamená, jak aktivovaný a pozorný musí organismus být, aby byl schopen dosáhnout vyhnout se.

Obrist (1971) zacházel s dimenzí „aktivní“ versus „pasivní“ vypořádávání se se stresem jako s podmínkou. Došel k výsledku, že míra aktivního nastavení je rozhodující pro sympatický vliv. Pokud například pokusné osoby věřily, že mohou výskyt averzivních událostí ovlivnit, aniž by tak tomu skutečně bylo, pak vykazovaly v průběhu vyšetření zvýšenou hladinu kardiovaskulární aktivity, a to zcela v protikladu k pokusným osobám, které toto přesvědčení neměly (*Houston* 1973, *Malcuit* 1973). *Wright* a kol. (1992) mohli rovněž ukázat, že předpoklad pokusných osob, že se jsou schopny aktivně vyhnout nepříjemnému podnětu, vedl ke zvýšené kardiovaskulární reaktivitě. Tento vliv byl modelován na straně jedné pokusnými osobami předpokládanou, na straně druhé skutečnou obtížností dosažení vyhnout se. Reaktivita byla největší ve skupině, v níž byl úkol pro dosažení vyhnout se obtížný, avšak pravděpodobnost dosažení vyhnout se vysoká. *Anastasiades* a kol. (1990) zkoumali v laboratoři rozdílnou předvídatelnost různých druhů zatížení pro terénní měření, která vyžadovala buď aktivní, nebo pasivní vypořádávání se se zatížením. Pro zatěžující situace, které vyžadovaly aktivní vypořádávání se, zjistili v laboratoři vyšší předvídatelnost pro kardiovaskulární reaktivitu za každodenních podmínek. Dle očekávání hraje při aktivním vypořádávání se důležitou roli prožívaná efektivita zacházení se zatížením. *Gering* a kol. (1996) tak zjistili, že osoby s nízkou efektivitou při vypořádávání se se zatížením vykazovaly vyšší změny jak systolického, tak diastolického krevního tlaku než osoby s vysokou efektivitou. Je-li tato skutečnost doprovázena zvýšenou zlobou, jež je indukována provokací, pak dochází především ke změnám diastolického krevního tlaku a srdeční frekvence (*Bongard, Pfeiffer a Hodapp* 1997).

Gerin a kol. (1992) mohli ukázat, že kontrolovatelnost ovlivňuje kardiovaskulární reaktivitu a reaktivita je při neexistující kontrolovatelnosti největší, udržuje-li se za různých pokusných podmínek, při nichž se kontrolovatelnost mění, námaha (*Effort*) na konstantní úrovni.

Abbott a kol. (1987) zkoumali u osob s chováním typu A reaktivitu kardiovaskulárních parametrů za různých podmínek kontrolovatelnosti a náročnosti úkolů. Zjistili, že reaktivita byla nejsilnější u osob s chováním typu A při nedostatečné kontrolovatelnosti a velké náročnosti úkolů. *Kushner* a kol. (1993) zkoumali souvislost mezi rozsahem posttraumatické poruchy zatížení a mírou prožívané kontrolovatelnosti u obětí zločinů. Ukázala se souvislost mezi rozsahem posttraumatické poruchy zatížení a prožívané kontrolovatelnosti i kontrolovatelnosti očekávané v myslitelném opakujícím se případě. *Sartory a Daum* (1992) zjistili v rámci experimentálního výzkumu vlivu kontrolovatelnosti na fobický strach, že vliv na dobu distribuce fobického podnětu vedl

k rychlejšímu návratu srdeční frekvence do původního stavu a nižší hladině strachu.

Nad tento rámec se při dlouhodobých výzkumech ukázalo, že doba před vyhýbajícími se fázemi se kryla se změnami fyziologických parametrů. *Brady* (1975) zjistil podobně jako *Anderson* a *Brady* (1973) trvalý nárůst systolického krevního tlaku (a méně markantně také nárůst tlaku diastolického). Přitom je pozoruhodné, že srdeční frekvence byla nejprve mírně zvýšená, poté však – i přes nadále rostoucí krevní tlak – po přibližně 9 hodinách poklesla. Doba odpovídajících fází před tréninkem vyhýbání se činila přitom 15 hodin. *Solomon* a kol. (1980) zkoumali otázku, v jakém okamžiku sekvence vyhýbání je efekt kontrolovatelnosti nejsilnější. Také oni zjistili vztah mezi výdajem na vyhýbání se averzivním událostem a redukcí zaktivnění; docházelo k tomu však především ve fázi očekávání averzivních událostí a méně během vyhýbajícího se chování.

Jak bylo vylíčeno, představuje ztráta možností kontroly s ohledem na významné životní okolnosti zvlášť silné zatížení. Vytváření kontroly nad životními podmínkami je důležitý cíl popř. potřeba organismů. Tato potřeba může být různě markantní. Čím vyhraněnější je tato potřeba, tím silnější budou snahy určité osoby, aby dosáhla úrovně kontroly, o níž usiluje. Teprve poté se možná objeví pocit, že došlo k uspořádání okolností. Celá řada významných životních událostí je spojena s nutností přizpůsobovat se popř. uspořádávat okolnosti či získávat dostatečně jevící se kontrolu nad určitými podmínkami. S tímto výkonem nutným pro přizpůsobení se je spojen výdaj, který představuje zatížení popř. stres. Zatížení způsobené dosahováním kontroly může být interindividuálně různé také díky rozdílně silně vyvinuté potřebě kontroly. Čím vyhraněnější je tato potřeba kontroly, tím intenzivnější budou také námaha a zatížení spojené s dosažením odpovídající kontroly. *Goetz* a kol. (1990) zjistili, že potřeba kontroly u žen, které prodělaly záchvat mozkové mrtvice, je ve srovnání s pacienty s jinými onemocněními a zdravými osobami kontrolní skupiny zvláště silná. V jedné ze *Seemanových* studií (1991) se ukázala souvislost mezi intenzitou potřeby kontroly a závažností arteriosklerózy. Ve výzkumu prováděném *Hattonem* a kol. (1989) se ukázala potřeba kontroly jako podstatný rizikový faktor pro trvalé vertikální arytmie. Tyto studie ukazují, že určitá „dispozice“ (jako např. potřeba kontroly) ovlivňuje tělesné procesy.

Vliv kontrolovatelnosti se ukázal také v četných novějších studiích. Tak mohli např. *Korunka* a kol. (1997) ukázat, že odhad zatížení ovlivňoval kardiovaskulární reaktivitu, a to především u těch zatížení, která byla zařazena jako angažující.

U těchto výzkumů se rovněž ukázal výrazný vliv vnímaných možností kontroly na kardiovaskulární reaktivitu. Přítomnost kontroly vede k zesíleným snahám a tím ke zvýšené reaktivitě v situacích, v nichž je možné aktivní nakládání se zatížením (*Bongard* 1995). Přitom je možnost kontroly spojena s jinými biologickými reakcemi než v případech, kdy možnost kontroly není

dána. Tak zjistili *Peters* a kol. (1998), že nekontrolovatelnost vede k vyšším hodnotám kortizolu, zvýšenému krevnímu tlaku a vyšší koncentraci noradrenalinu. Výrazný byl vliv na kortizol, takže možnost kontroly se s ohledem na tělesnou reaktivitu projevuje pozitivně.

ESEJE

MUDr. RADKIN HONZÁK, CSc.: KAM KRÁČÍ MEDICÍNA (MÍLOVÝMI KROKY)?



Autor MUDr. Radkin Honzák, CSc. psychiatr se zájmem o problémy pacientů řady klinických oborů, je všeobecně znám jako vytrvalý propagátor psychosomatického myšlení v medicíně, zastánce myšlenek liaison konzulting psychiatrie, učitel katedry psychiatrie IPVZ, dlouholetý a dnes již bývalý šéfredaktor Praktického lékaře i autor řady publikací. Jeho osobitý styl je nezaměnitelný, a někdy nespravedlivě označovaný za „honzákoviny“, čímž se někteří lidé po jejich přečtení zbavují nepříjemných pocitů, jaké nám dělávají příliš otevřeně vyjádřené názory. Jeho kritika poměrů našeho zdravotnictví stojí na mnohaletých praktických zkušenostech a zcela mimořádné sečtělosti, proto je těžké nad nimi jen tak mávnout rukou.

Ilustrace není nezbytnou součástí textu. Autor



*Naše životy jsou jako krajíce
Každodenně trochu ujídajíce
Modelujem svoje embryální hlavy
Jednou tomu řekli nemoc, jindy zase zdraví...*
Vítězslav Nezval: Signál času

V dobách mého mládí byla homosexualita hodnocena jako kriminální činnost a za prokázaný homosexuální styk hrozily, jako za časů Oscara Wilda, dva roky „na tvrdo“. Pak byl tento fenomén vtažen mezi „nemoci“ a tento blud zůstal zakořeněn v myslích některých mých kolegů velice urputně, takže v době, kdy jsem byl šéfredaktorem Praktického lékaře (tedy až do loňského roku), jsem dostával s periodicitou asi dvou let příspěvky s doporučovými léčebnými postupy. Bohudíky medicinalizaci homosexualita unikla, nicméně o tom, že se jedná o sporné území svědčí současné protesty amerických lesbiček proti výzkumu homosexuality u ovcí. V zájmu korektnosti ponechávám stranou práva amerických lesbiček, jakož práva amerických ovcí, ovčáků a ovčáckých psů.

Za mého dětství byl člověk, který prohrál statek v kartách (a že do roku 1948 se to dalo ještě stihnout) marnotratník, karbaník a lump. Dnešní generace mediků mě přesvědčuje, že je to člověk nemocný. Podobně jako pacientky závislé na nakupování, sexu, a vím já čem ještě. Folklor před půl stoletím zachytil jednu z typických situací následovně: *Přijde dáma k lékaři a žádá prášek na uklidnění. Lékař se táže proč a ona odpoví, že má milence. Lékař namítá, že to je věc dneska docela běžná. Dáma však vysvětlí, že jí jeden milenec nestačí, že potřebuje 50 milenců do měsíce. Lékař je touto skutečností zviklán natolik, že jí předepíše Meproamat (pro ty nejmladší = tehdejší ekvivalent diazepamu). Dáma přijde domů, vytáhne recept a vítězně ohlásí manželovi: „Jsem nemocná, podívej se, nemocná!! A žádná kurva!!!“*

Mezi „nemoci“ se nám nastěhovalo mnoho stavů, které sice ještě pravou chorobou nejsou, ale mohly by se jí stát a je proto třeba při nich medicínsky zasahovat. S láskou vzpomínám na Medicínské historky brněnského farmakologa profesora Štefla líčící zkušenosti dvou mediků na praxi. Pan primář jim prezentuje pacienty s diagnózou „potenciální omrzliny“. Když se uctivě ptají po souvislostech této diagnózy, vysvětlí jim, že se jedná o tuláky, kteří by přezimovali ve stohu, skutečně by omrzli a nemocnici by stáli více péče, nákladů a starostí, než když je takto preventivně „zastřeší“.

Převzetí péče společnosti, potažmo státu, o zdravotní stav občanů, nastupuje tvrdě po VČFR (na rozdíl od VŘSR jde o Velkou červencovou francouzskou revoluci). Jak výstižně komentuje tuto situaci „antimedicínský padouch“ Ivan Illich (kteréhožto jsme do češtiny pro jistotu nepřeložili, ani tenkrát v samizdatu; **Medical Nemesis**, 1976. [ISBN 0-394-71245-5](https://www.isbn.cz/ISBN/0-394-71245-5)): *„Francouzská revoluce přivedla na svět (mimo jiné) také dva mýty: první, že lékař bude schopen nahradit kněze a druhý, že spolu s politickými změnami se navrátí všem jejich původní*

zdraví. Nemoci se tak staly veřejnou záležitostí a ve jménu pokroku přestaly být výhradní záležitostí těch, kteří byli nemocní.“

Že lékař nahradí kněze, očekává dodnes mnoho nemocných, ne však lékařovi nadřízení, tím méně lékařovy pojišťovny. Nemoci a zdravotní péče se jako věc veřejná propírá (vesměs nekompetentně) na všech úrovních, od hospod čtvrté cenové skupiny po parlament; o tom, kudy se bude medicína ubírat se evidentně rozhoduje jinde. Především tam, kde jsou peníze, jež budou dělat další peníze...

V temných dobách medicínského dávnověku – jak současné mládí vidí naše začátky – nás na fakultě vedli k tomu, že se máme věnovat **nemocnému**. O co méně bylo obecných vědeckých poznatků, o to více bylo kasuistických seminářů. Výjimečnou osobností v tomto duchu byl profesor Charvát, na jehož přednášky jsme chodili „na černo“, ale s ním celá plejáda osobností tehdejší Fakulty všeobecného lékařství UK v Praze (Henner, Vondráček, Netoušek, Diviš, Hepner, Wenke – vzpomenu-li namátkou jen několik z těch, kteří mě učili) nás vedla k empatii – tenkrát se tomu tak neříkalo, zato se to prakticovalo – a k hledání vztahu člověka k jeho zdraví a jeho nemoci.

Začátky mé medicínské praxe byly poznamenány raketovým nástupem vědecké medicíny. Jako sekundář jsem nastupoval do blázince spolu s prvními psychofarmaky, která znamenala naprostou revoluci v psychiatrii. Je nad možnosti tohoto sdělení shrnout vše, co změnilo medicínu; vynikající četbou o těchto událostech je bohužel už poslední kniha Lewise Thomase: Nejmladší věda, která v roce 2001 vyšla v nakladatelství Galén v Praze. Za přečtení stojí i James Le Fanu: Vzestup a pád moderní medicíny (Academia, Praha, 2001) a Medicína na přelomu tisíciletí profesora Schreiberera (Academia, Praha, 2000). Terapeut, který nezná anamnézu, je inkarnací jen pokleslé formy šamana.

Zájem o pacienty se přesunul v zájem o **chorobné stavy**, více či méně jasně definované patofyziologické entity prokázané příslušnými objektivními příznaky a fungující v konstruktu „evidence based medicine“ na příslušnou léčbu. K tomu vědecká medicína inklinovala od svých počátků, nebyla však dostatečně vybavena. Nyní dostala k dispozici receptory, jejich ligandy a agonisty a antagonisty a nejrůznější –ázy a jejich blokátory, zkrátka hraček jak od Ježíška a Santa Clause, které ani Děda Mráz nestačil ukrást. Diagnostické a statistické manuály převálcovaly konkrétního pacienta a „léky na nemoci“ dostaly posvěcení blízkící se svou hodnotou středověkým odpustkům. Kardinální příznaky zcela zastínily význam příznaků non-kardinálních a tak se tvrdě a nekompromisně vyučuje, že pacienti s depresí trpí zácpou, přičemž se

nevzpomene na 15 – 20 % z nich, kteří trpí průjmy, protože je sužuje dráždivý tračník a další dyspepsie.

Medicína přestala léčit pacienty a začala léčit nemoci, aniž by reflektovala skutečnost, že čtvrtina až třetina nemocných se do žádné škatulky nevejde a s nálepkou „funkční obtíže“ či „somatizační porucha“ vymetá nejrůznější zdravotnická zařízení a čerpá náklady, čas a trpělivost s výsledkem oboustranné (pacient – zdravotní systém) frustrace. Na druhé straně spektra pak jsou nemocní zklamaní ve svých očekáváním v onnipotenci současných technologií.

Čas od času si několik jedinců položí otázku, jaké jsou vlastně úkoly a cíle současné medicíny. Je to otázka nemilá, leč legitimní. Měla by stát u všech projektů, reforem a plánů zdravotního systému. Medicína sama ve své expandující tendenci nemá potřebu se definovat a vysvětlit, že jde o praktickou aplikaci vědeckých poznatků při diagnóze, léčení a prevenci nemocí se jeví jako příliš obecné. Americká instituce Hastings Center ve spolupráci s WHO a pracovními skupinami ze 14 zemí, mezi nimiž byla i ČR, vypracovala společné stanovisko ("The Goals of Medicine: Setting New Priorities," *Hastings Center Report* 26, No. 6 Special Supplement (1996): S1-S28), z něhož vyplývá, že cílem medicíny je:

- 1) prevence nemocí a poranění a rozvoj péče směřující k udržení zdraví,
- 2) úleva v bolesti a utrpení způsobených nemocemi,
- 3) léčení a péče o nemocné a péče o nevyléčitelně nemocné a 4) zabránění předčasným úmrtím a na druhé straně pomoc při pokojném a důstojném umírání.

Je to jedna z mála konkrétních a praktických definic úkolů medicíny, které se mi podařilo najít a myslím, že kliničtí lékaři se na ní mohou shodnout. Není redukcionistická, přestože neobsahuje jeden ze současných významných trendů: **léčení laboratorních nálezů**, což je etapa, do níž se současná medicína dostává. Už dávno se neléčí pacient, přestává se léčit nemoc a začíná se léčit laboratorní výsledek; pacient, který není vlastně pacientem, protože nemá obtíže, má při preventivní prohlídce „diagnostikovaný“ zvýšený cholesterol a tato skutečnost je dostatečným důvodem k nasazení terapie statiny, po nichž původně asymptomatického tvora začne děsně bolet hlava, pročež svépomocně nasadí analgetika, po nichž ho začne bolet žaludek a v této chvíli se začnou rojit žádanky na vyšetření toho a onoho a tamtoho... V optimálním případě odjede „pacient“ na dovolenou, zapomene si léky doma a zjistí, že se mu náhle ulevilo. V pesimálním případě za účelem zjištění příčin bolesti hlavy prodělá probatorní dekapitaci těmi nejmodernějšími metodami (sec. Guillote – Schmidt; První [Guillotina]-nu

v Paříži sestrojil německý krejčí Schmidt; Ottův slovník naučný). Jsou i neuvěřitelné případy, že mu takové jednání jeho ošetřující lékař požehná... (Bojar M: Umění naslouchat a místo empatie v EBM. Psych@som, 2005;5(6):201-210)

Většinou však ne, a naopak se rozmáchne po dalších laboratorních metodách a výsledcích, které bude nutné napravit (Votava M: Odysseův syndrom - vedlejší účinek vyšetřování. Prakt. Lék. 83, 2003, Suppl. 1:4-5). Jednoho mého dlouholetého známého, konstitučně mírně úzkostného a proto svědomitě pečujícího o své zdraví, ujistila jeho lékařka, že glykemie 5,6 mmol/l je již diabetes, aniž ho nutila do glukózového tolerančního testu. Když jí namítl, že tento stav trvá již dva roky a byl dříve hodnocen jako hraniční glukózová tolerance (je vzdělanej! a to je možná také ke škodě, protože není vzdělán podle současných kánónů), odvětila mu přísně: „Letos je to už cukrovka!“ a tím ho zcela rozhodila nejprve psychicky a posléze také psychosomaticky. Teď budou mít co léčit!

Začneme-li léčit laboratorní výsledky, můžeme se dočkat zajímavých překvapení. Jedno z nich nám v rámci koncepcí „serotoninového průmyslu“ připravila italská klinická studie (Marazziti D, Akiskal HS, Rossi A, Cassano GB.: Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. Psychol Med. 1999 May;29(3):741-5), sledující hodnoty serotoninu u mladých romanticky zamilovaných jedinců, kteří ještě ani nestačili svou lásku sexuálně konzumovat. Jejich výsledky jsou (na rozdíl od vrstevníků, kteří tímto stavem netrpí) srovnatelné s patologickými výsledky pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou. A což, až dojde na sex!!! To budou teprve nálezy! Pokud budem léčit tímto způsobem, nebudou stačit finance získané z celé galaxie.

Poslání: nabízí se Cyranovo: „Teď Boha žádej o pardon!“ Kdo by měl prosit? My? Pacienti? Firmy? Asi ty poslední, ale ty nebudou, protože v této chvíli ještě nepotřebují. Bude úžasné, až začnou potřebovat. A ony začnou! Jenže toho se já nedožiju. Postmoderní kreténismus má zatím tuhý život...

Praha – 8. února 2007

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

POLITIKA

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ ZÁJEMCŮ O ZALOŽENÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ

(9.2.2007, Praha)

V pátek 9.2. se v Praze setkala zhruba 30 zájemců o založení psychosomatického sdružení. V první polovině se zúčastnění stručně představili. Zhruba polovinu času se diskutovalo o smyslu sdružení, náplni. V druhé polovině se hovořilo o formálních záležitostech, jako je název, členství, příspěvky, přípravný výbor.

Setkání se neslo v přátelské atmosféře. Zúčastnění se shodli na pokračování v setkáních.

Sepsána prezenční listina. Na uvedené mailové adresy (a ostatní, které jsou k dispozici od zájemců o sdružení) bude rozeslán tento zápis.

Všichni budou požádáni mailem o podrobnější informace o své profesi, pracovišti. Tyto informace založí adresář. Ten bude průběžně obnovován a doplňován. Výhledově vytvořit mapář psychosomatiky v ČR.

Petr Novotný z Liberce nabízí vydávání materiálů o psychosomatice. Kromě toho má kontakty s kolegy z Německa.

Návrh, aby existovala internetová platforma. Jan Hnízdil nabízí nepoužívané webové stránky „psychosomatika“.

Přítomní se shodli, že nestačí neformální setkávání, ale nutná forma závazného členství. Současně ponechat setkávání otevřené i pro nečleny.

Nabídka využití vzdělávacího filmu. Na příští setkání promítání animovaného filmu „Bolest“.

K založení o.s.: adresa sdružení nemůže být P.O. Box, protože je třeba poštu pravidelně vybírat a reagovat.

Vytvořen přípravný výbor: Hnízdil, Masner, Olšáková, Roubal, Rys, Slánská, Štěpánová

Setkání přípravného výboru: 19.2.2007 v 17 hodin u Roubala na Psychosomatické klinice.

Název sdružení: nejvíce hlasů pro návrhy: „Psychosomatika o.s.“ a „O.s. pro rozvoj psychosomatického myšlení“, dále návrhy: „O.s. pro psychosomatiku“, „Psychosomatické fórum“

Výše příspěvku, většina pro 100,- Kč za rok

Další termín setkání 13.4.2007 v 17:00

Návrhy na místo dalšího setkání: dr. Pánková – posluchárna Motol, kontakt na J. Raudenskou – centrum klinické psychologie v Motole (zkontaktuje Masner)

program příštího setkání: hlasování o názvu, cílech sdružení. Vystoupení 1-2 kolegů s příspěvkem o práci v rámci psychosomatického pracoviště. Promítání animovaného filmu „Bolest“.

DALŠÍ INFORMACE:

Hnízdil: nemluvit o psychosomatice, ale o komplexní medicíně

Kubínek: chce aby byly také výstupy pro veřejnost

Debef: očekává spíše vzájemnou pomoc, intervizi

Hnízdil: informoval o své nové knize: „Artróza v komplexním přístupu“, Triton.

Karpíšek: výzkum v psychosomatice

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J.E.P. 28.2.2007

přítomní: dr.Chvála, doc.Baštecký, doc.Beran, doc.Boleloucký,

omluven: dr.Honzák

program:

1. Kontrola zápisu
2. Zpráva o 11. celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci. Konstatujeme, že konference proběhla velmi dobře, byla ekonomicky soběstačná a v odborných kruzích má dobrý zvuk. Nebyla poslána zpráva o konferenci do odborného tisku, Prakt.lékaře a ČS psychiatrie, napraví Chvála.
3. Příprava 12. konference psychosomatické medicíny na rok 2008. Předběžný termín 24.-26.května 2008, zjistit, zda nekoliduje s termínem WPA v Praze. Konference by mohla být mezinárodní, pozvat kolegy z Německa, Rakouska, Slovenska, Polska. V této věci možno komunikovat s prof.Joraschkym z Drážďan. Návrhy programu: Psychosomatická medicína v evropském kontextu. Psychosomatická praxe v některých klinických oborech.
4. Informace o založení volného sdružení pro psychosomatiku. 9.2. se v Praze setkala zhruba 30 zájemců o založení psychosomatického sdružení. Zatím jen přípravný výbor, plánuje další setkávání kolegů z různých klinických oborů. Výbor sekce přečetl zápis ze setkání a

diskutoval o významu této aktivity. Potřebná je spolupráce všech zájemců o uplatnění psychosomatického a psychoterapeutického pohledu na nemoc v naší medicíně.

5. Informace o časopise Psych @ Som. Chvála jako šéfredaktor seznámil výbor s dalšími záměry časopisu, který vstoupil do svého 4. ročníku. Vychází stále 6x ročně a má dobrou úroveň s ohledem na situaci psychosomatiky u nás. Lirtaps.o.p.s. která časopis vydává ve spolupráci se sekci požádala o dotaci na odborné periodikum ministerstvo zdravotnictví v rámci vypsaného programu MZd na rok 2007. Pokud by byla žádost kladně vyřízena, zvýšíme úroveň tištěné formy časopisu, který je převážně internetový a trvale dostupný na www.lirtaps.cz/psychosomatika. Časopis je zaregistrován a archivován Českou národní knihovnou (Webarchiv) Diskuse o obsahu letošního ročníku. Návrh dát informaci o periodiku do zpráv Psychiatrické společnosti.

6. Diskuse na téma volby nového výboru sekce. Na konferenci bylo málo členů sekce. Neshodujeme se v tom, zda je třeba volby výboru vyvolat prostřednictvím výboru Psychiatrické společnosti korespondenčně kvůli obnově mandátu výboru sekce.

7. Různé: program školení psychosomatiky v IPVZ (Beran), účast slušná, návrhy dalších dvou setkání v tomto roce (25.-26.5., 30.11-.1.12.)

8. Příští schůzka na podzim, termín upřesníme

V Praze 28.2.2007

Zapsal Chvála

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

MUDr. JANA TRUCKOVÁ: PSYCHOSOMATICKÉ VZDĚLÁVÁNÍ (několik reflexí)

Na konci února proběhnul v IPVZ další kurz v základech psychosomatické medicíny.

Pokud bych měla napsat několik poznámek, první klíčová slova, která mě napadnou, budou různorodost a celistvost. Což jsou slova, které podle mě symbolizují a psychosomaticky zaměřenou medicínu jako takovou.

Kurzy probíhají již několik let pravidelně, střídají se témata, přednášející a mění se i posluchači.

Přivedlo mě to k zamyšlení, jaké faktory se podílí na zaměření, průběhu i vyznění jednotlivých kurzů. Můj „trojlístek“ tedy je: téma, lektor, posluchači.

Například PhDr. Raudenská přednášela na téma chronická bolest, což je náš denní chléb pracovní a mnohdy i osobně. Byl to přínosný pohled z pracoviště, které se bolestí zabývá komplexně. Jak bolest, tak špatně uchopitelný fenomén, aspoň částečně objektivizovat. Jak pracovat v jednotném prostředí duše-tělo-/i okolí/, z jakých cest působit na bolest- cíl. Přes vysloveně fyzické cvičení, reflexi vnímání a emocí, nácvik chování, každé ovlivnitelné svým způsobem. Jak vést rehabilitační cvičení i psychoterapii, jak použít KBT se svými celkem dobře pojmenovatelnými postupnými cíli.

Naopak MUDr. Čechová a její esej o dvojí tváři medicíny vnesla zcela odlišné téma, zamyšlení s historicko-společensko-filosofickým přesahem. Byl to zajímavý kontrast, který podle mě šťastně zdůraznil, jak široké pole psychosomatika obnáší a z kolika úhlů ji lze pojímat. Nabídla tolik potřebné připomenutí kořenů a souvislostí.

Při zpětném pohledu na všechny minulé kurzy se mi tlačí dopředu úvahy nad osobností lektorů. Oni vybírají svoje téma (nebo i naopak?), oni ho prezentují a zanechávají v posluchačích kromě prostých informací často i dlouhodobé názory a postoje. V tom vidím velký rozdíl proti všem ostatním vzdělávacím akcím v jiných, čistě somatických specializacích. Ty se na můj vkus začínají často ztrácet ve vytváření algoritmů a čím dál užších tématech. Koneckonců, sledují jen celkový vývoj západní medicíny.

Každá informace se zapíše hlouběji, je-li podbarvena prožitkem.

A v této souvislosti jsou podle mě na psychosomatických kurzech neocenitelná pravidelná balintovská sezení. Také jejich vedoucí se střídají a pro ty z nás, kteří jich absolvovali několik, to byl pokaždé zcela jiný „balint“, přestože rámec je jasně daný.

Z pohledu na balintovský kruh logicky vyplývá význam třetího faktoru, posluchačů.

Při žádné z jiných „somatických“ akcí se neseťká tolik lidí různých specializací medicínských, ale i jinak „pomáhajících“.

Všechny spojuje jeden zájem a zaměření, ale nikde jinde se neprojeví taková pestrost dotazů, názorů připomínek a postojů, která vyplývá jednak ze jejich samotné odbornosti, ale také z vlastní osobnosti. V současném systému naší západní somatické medicíny tento osobnostní vklad, použitý v běžném procesu léčení těla považují za své zkušenosti za něco, co se v běžné praxi tragicky vytrácí a co nás přivádí k zájmu o „specializaci“ psychosomatické medicíny.

Kromě toho tato setkání nabízejí neocenitelný prostor pro konfrontaci pohledů medicínských a psychoterapeutických a pro vzájemné obohacování.

V každém případě děkuji za možnost se zamyslet nad psychosomatickým vzděláváním jako nad nelehce budovanou stavbou, která má svou hodnotu nejen jako celek, ale svou cenu má každý jednotlivý kámen.

MUDr. Jana Trucková

endokrinologická ambulance Semily

Kurz IPVZ Úvod do psychosomatiky 25.5-26.5.2007

Na program se pracuje, rezervujte si čas ve svém kalendáři!

2.setkání zájemců o psychosomatiku 13.4.2007

zveme vás na další setkání zájemců o psychosomatiku. Uskuteční se v pátek 13. dubna 2007 od 17 do 21 hodin v „Charvátově sále“ (původní název „klub“), III. interní klinika VFN, U nemocnice 2, Praha 2.

Setkání bude mít dvě části. Odborná sdělení se budou týkat jednotlivých pracovišť a psychosomatického přístupu. Cílem je seznámat se s prací kolegů a diskutovat společné a rozdílné.

Druhá část se bude týkat přípravy občanského sdružení. Proto máte v příloze návrh stanov, jak jsme jej připravili.

Je zajištěna možnost prezentace i velkoplošné promítání tématického filmu.

PROGRAM:

Odborná sdělení:

- 1) MUDr. Hnízdl a Mgr. Týkalová: Centrum komplexní péče (Dobřichovice), kasuistika (20 minut)
- 2) MUDr. Hiliová: Centrum bolesti (Motol), případně kasuistika (20 minut)
- 3) MUDr. Pleskot a MUDr. Petišková: Ambulance léčby bolesti (Střešovice), (odhad 20 minut)
- 4) MUDr. Lášková: Promítání filmu Bolest (animovaný film, 7-10 minut)

----- přestávka-----

Příprava občanského sdružení:

- 5) diskuse ke stanovám a hlasování o jednotlivých bodech

POPIS CESTY:

Dopравíte se na Karlovo náměstí, před sebou budete mít kostel sv. Ignáce, půjdete do pravého horního rohu náměstí, ulicí nahoru a první vlevo, kde už je vrátnice III. interní kliniky a tam se zeptejte na „Charvátův sál“, případně „klub“.

S pozdravem

přípravný výbor: Ondřej Masner, Eva Olšáková, Pavel Roubal, Eda Rys, Jarka Slánská

PROGRAM SEMINÁŘŮ NA PSYCHOSOMATICKÉ KLINICE S.R.O.

Patočkova 3, Praha

2007

Program psychosomatických seminářů:

□ **25.dubna 2007:**

- MUDr.Honzák: Psychosomatická medicína: teorie, vývoj a terapeutické přístupy. Přednáška.

□ **13.června 2007:**

- MUDr.Chvála: Psychosomatický pacient v ordinaci praktického lékaře. Přednáška.

- **říjen 2007:** Interní pacient. Kazuistický seminář.

- **prosinec 2007:** Dermatologický pacient. Kazuistický seminář.

Přednášky a semináře se konají vždy ve středu v 19.00 v prostorách Psychosomatické kliniky s.r.o., Patočkova 3 Praha. Je potřebná předběžná rezervace (telefonicky nebo e-mailem). Platba 100Kč na místě.

Téma a autor podzimních kazuistických seminářů budou upřesněny dodatečně.

Kontakt a rezervace: Mgr. Karpíšek,
karpisek@psychosomatika.cz, tel.: 233081231

2008

- 1. Psychosomatika gynekologických a sexuologických onemocnění. Kazuistický seminář, datum: březen 2008
- 2. Psychosomatika poruch příjmu potravy. Kazuistický seminář. Datum červen 2008

KONGRES KIP: PRAMENY, PROUDY, PEŘEJE

(zdroje, procesy, konflikty v KIP)

Připomenutí

Česká společnost pro katatymně-imaginativní terapii (ČSKIP) spolu s Mezinárodní společností pro katatymní prožívání obrazu (IGKB) pořádají ve dnech 7.- 10.6. 2007 v prostorách Obecního domu v Praze

11. mezinárodní kongres pro katatymně-imaginativní psychoterapii

Bohatý odborný program (přednášky a workshopy) se týká využití imaginací z hlediska terapeutického, diagnostického, pedagogického. Simultánní překlad do češtiny a němčiny.

Bližší informace najdete na stránkách www.kip-kongres.org.

Za organizační výbor kongresu
srdečně zve
PhDr. Oldřich Bajger
předseda ČSKIP

1. informace o 42. mezioborové konferenci o experimentálním a klinickém studiu vyšších nervových funkcí

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně

Společnost pro psychosomatické integrace

Letošní mezioborovou konferenci uspořádá Česká společnost pro psychosomatické integrace ČLS JEP ve spolupráci se Spoločnosťou pre vyššie funkcie mozgu

ve dnech 11.10.-13.10.2007 v Brně.

Konference se uskuteční v prostorách Mendeliana (součást Augustiniánského kláštera), které se nachází v blízkosti brněnského výstaviště. Předpokládáme účast zahraničních kolegů z CIANS. Při dostatečném zájmu a účasti bude naše konference současně vedena jako konference CIANS. Jednacím jazykem bude angličtina, tématické okruhy tradiční.

Plánovanou součástí konference bude sympozium věnované motivačním mechanismům závislého chování. Preferovanou formou presentace výsledků budou přednášky s diskusí, k dispozici budou rovněž panely pro postery.

Zájemce o účast žádáme o laskavé zaslání přihlášky, na které bude vyznačen zájem o aktivní či pasivní účast, v prvním případě pak předběžný název sdělení, jeho autoři a požadovaná forma přednesení. Tyto informace sdělte prosím lokálním organizátorům z Fyziologického ústavu LF MU do 10.5.2007 na jednu z uvedených adres:

Robert Roman, MD, PhD
Fyziologický ústav LF MU
66243 Brno, Komenského 2
E-mail: roman@med.muni.cz Fax: 549496338

Detailní informace o konferenci a ubytovacích možnostech zašleme přihlášeným ve 2. informaci.

Organizační výbor se těší na shledání v Brně.

NABÍDKY

ATELIER EXTRAART, FOKUS PRAHA - NABÍDKA VZDĚLÁVACÍCH SEMINÁŘŮ EXPRESIVNÍCH TERAPIÍ 2007

Dovolujeme si vám nabídnout přehled našich vzdělávacích seminářích v oblasti expresivních (kreativních terapií) pro rok 2007.

Na shledanou se těší

Atelier Extraart Fokus Praha

Beate Albrich

Hedvika Hronová (Hrychová)

komunitní centrum Břevnov, Meziškolská 2, Praha 6

220 516 497, 777 800 395

- IMPROVIZACE V PODPŮRNÉ MUZIKOTERAPII (Lucie Frütel) 21. – 22. 4. 2007. Cena 1904 Kč.
- ČTYŘI ELEMENTY v arteterapii (LauraLore Jimenez-Alonso) 5. – 6. 5. 2007. Cena 2023 Kč.
- AFRICKÉ RYTMY – BUBNY (Burkhard Mönig) 18. – 20. 5. 2007. Cena 2142 Kč.
- SRÍ LANSKÉ LÉČEBNÉ RITUÁLY A TANCE a taneční terapie (Jana Špinarová Dusbábková) 2. – 3. 6. 2007. Cena 1785 Kč.
- POHYB A MOTIVACE - motion and motivation (Judith Mendelsohn) 8. - 9. 9. 2007. Cena 2023 Kč.
- SKUPINOVÁ SETKÁNÍ TANEČNÍ POHYBOVÉ TERAPIE II. (Jana Špinarová Dusbábková) 13. - 14. 10. 2007. Cena 1904 Kč.
- TANEČNÍ POHYBOVÁ TERAPIE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI (Jana Špinarová Dusbábková) 16. - 18. 11. 2007. Cena 1904 Kč.
- PRÁCE U HLINĚNÉHO POLE - Podpora rozvoje dětí a dospělých; arteterapie (Manfred Weigele) 26. – 28. 10. 2007. Cena 2142 Kč.
- ŠEST VEČERŮ BIOENERGETICKÝCH CVIČENÍ (Jana Vránová) 14. 11. – 19. 12. 2007 (středy). Cena 1785 Kč.
- VEČERY S EXPRESIVNÍMI TERAPIEMI (Jana Špinarová Dusbábková) 6. 11. - 18. 12. 2007 (úterky). Cena 2142 Kč.
- Příhlášky a informace: Atelier Extraart, Fokus Praha o.s., Meziškolská 2, Praha 6 – Břevnov. Tel: 220 516 497, 777 800 395. Email: arte@fokus-praha.cz

VYDAVATEĽSTVO F- PSYCHIATRIA, PSYCHOTERAPIA, PSYCHOSOMATIKA

Uvedeno zdarma jako služba čtenářům

Staničná 20, SK- 911 05 Trenčín

fax: +421 (0)32 7440 972,

☎ 032/6592844; 0904446239 (Mgr. Viera Červeňová)

e- mail: vydavatelstvo@post.sk

www.vydav-f.wz.cz

Zásielková služba cez Vydavateľstvo F je pružná, ceny sú výrazne nižšie, než MOC v knižkupectvách (ceny, ktoré uvádzame v tomto ozname platia len pre zásielkový predaj a priamy odber z Vydavateľstva F). Poštovné a balné podľa platných taríf. Prepočet na Kč podľa aktuálneho kurzu. Zásielky vybavujeme aj do ČR za vnútroštátne poštovné.

- Argelander H.: **Prvé interview v psychoterapii.** 82 strán. Ako viesť prvý rozhovor v psychodynamickkej psychoterapii, čo si všímame, ako tvoríme hypotézy o pacientovom probléme. 90,- Sk
- Backhaus J., D.Riemann : **Poruchy spánku.** 136 strán. Pokroky v psychoterapeutickej liečbe. 170,- Sk
- Beck D.: **Krátkodobá psychoterapia.** 120 strán. Úvod pre psychiatrov a psychoterapeutov, ktorí chcú vo svojej praxi liečiť pacientov krátkodobou psychoterapiou. 140,- Sk
- Benkert O., H. Hippus : **Príručka psychiatrickej farmakoterapie.** 460 strán. Možnosti využitia liekov pri liečbe duševných porúch. 250,- Sk
- Blaser A., et al. : **Na problém orientovaná psychoterapia. Koncept integrovanej krátkodobej psychoterapie.** 302 strán. Čo je dôležité v krátkodobej psychoterapii? Odpoveď na túto otázku nájdú rôzne zameraní psychoterapeuti, psychiatri, psychológovia; zaujme ako začiatočníkov, tak aj pokročilých, psychoterapeutov. 100,- Sk
- Bleuler E. a M. : **Učebnica psychiatrie.** 356 strán. Jedna z najslávnejších učebníc psychiatrie. Vybrané kapitoly. 235,- Sk
- Blumenfeld M., M.L.A. Tiamson: **Konzultačná/Liaison psychiatria.** Consultation-Liaison Psychiatriy. Praktická príručka. 225 strán. Táto príručka je pre tých, ktorí liečia psychiatrické poruchy u somatických a chirurgických pacientov. 271,- Sk
- Bohus M.: **Borderline porucha osobnosti. Pokroky psychoterapie.** 152 strán. Diagnostika, utváranie vzťahu a konkrétne terapeutické techniky empiricky overeného integratívneho, „dialekticko-behaviorálneho“ prístupu. 150,- Sk
- -Busch F. N., M. Rudden, T.Shapiro: **Psychodynamická terapia depresie.** Z recenzií: „ Nepoznám lepšie uvedenie do psychodynamickkej psychoterapie...mimoriadne jasná...výnimočná kniha...“ Newyorskí autori ilustrujú každý významný krok na mikrokazuistikách. 204 strán, 252,- Sk
- Dührssen A.: **Dynamická psychoterapia.** Príručka hlbinne orientovaného prístupu k pacientom. 118 strán. 100,- Sk

- Dührssen A.: **Biografická anamnéza z hlbínne-psychologického aspektu.** 94 strán. Ako súvisí história pacientovho života s jeho ťažkosťami? 100,- Sk
- Dulcan M.K., D.R.Martini: **Detská a dorastová psychiatria.** Stručný sprievodca. 280 strán. Suverénny prehľad od amerických pedopsychiatrov na vysokej odbornej úrovni. 360,- Sk
- Eikermann B. : **Sociálna psychiatria.** Základné poznatky a prax. 172 strán. 225,- Sk
- Erdély Z.E.: **A skutočnosť predsa jestvuje.** 138 strán. Psychoanalytické aspekty vývinu superega a smerovania k prirodzenej ľudskosti. 140,-Sk
- Gabbard G.O.: **Dlhodobá psychodynamická psychoterapia.** Základný text. Jadrové kompetencie v psychoterapii. 208 strán. 263,- Sk
- Hahlweg K., M. Dose : **Schizofrénia.** Terapeutická príručka. 122 strán. Určená terapeutom, ktorí sa starajú o liečbu pacientov so schizofrenickým ochorením. 205,- Sk
- Hašto J.: **Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti.**300 strán. Všetko podstatné, čo vieme o vzťahovej väzbe (attachment) a pripútavacom správaní, význame pre zdravie, psychoterapiu a prevenciu. 294,- Sk
- Hašto J.: **Autogénny tréning.** Nácvik koncentratívneho uvoľnenia. 2. doplnené vydanie.36 strán. Využíva sa ako v psychohygiene, tak aj v liečbe niektorých psychických a psychosomatických porúch. Východisko pre meditačné cvičenia vo vyššom stupni AT. 25,- Sk
- Hašto J. (ed.):**Terapia depresíí.** Prehľady, tabuľky a schémy pre prax. 78 strán, rozobratá (dostupná v krajských knižniciach)
- Hašto J., P. Breier, P. Černák, A. Rakús, et al. **Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR.** 88 strán, rozobratá (dostupná v krajských knižniciach)
- Hautzinger M.: **Depresia.** 86 strán. Ako sa prejavuje depresia, ako ju diagnostikujeme, aké sú terapeutické možnosti? Ťažisko je na popise kognitívne-behaviorálneho spôsobu psychoterapeutickej liečby. 100,- Sk
- Hell D., D. Schüpbach: **Schizofrénie. Základy pre porozumenie a orientáciu.** 112 strán. Ako sa prejavuje schizofrénia, čím je podmienená, ako prebieha, ako sa lieči? Určená pacientom, ich príbuzným a priateľom. 150,- Sk
- Hochgerner M., V.Pokorny (ed.): **Koncentratívna pohybová terapia v teórii a praxi.** 233 strán. 200,- Sk
- Horowitz M.J.: **Liečba syndrémov podmienených stresom.** 111 strán. Od popredného znalca PTSP, predstaviteľa kognitívne-psychoanalytickej školy v San Francisku. 150,- Sk
- Jürgens U., D. Ploog: **Od etológie k psychológii.** Základné pojmy porovnávacieho výskumu správania. Reprezentatívne príklady. 63 strán. 95,- Sk
- Kind H.: **Psychiatrické vyšetrenie.** 156 strán. Pre študentov medicíny, lekárov a psychiatrov. 190,- Sk
- Kockott G., E.M. Fahrnerová : **Sexuálne poruchy u muža.** 178 strán. Sexuálne poruchy sa vyskytujú často, výrazne znižujú kvalitu života a ich riešeniu často bráni ostych a nerozhodnosť. Ako postupovať? Popísané sú overené, osvedčené, efektívne riešenia. 60,- Sk
- Kühner C., I.Weber : **Predchádzanie depresiam.** 204 strán. Preventívny program zameraný na zvýšenie emočnej pohody hlavne pomocou cielených aktivít a kognitívnych zmien. 290,- Sk
- Lavie P.,G.Pillar, A.Malhotra: **Poruchy spánku.** Diagnóza, manažovanie a liečba. Učebnica pre klinickú prax. 177 strán. Popredným svetovým výskumníkom a klinikom v oblasti spánkovej medicíny sa vydarila stručná a pútavá učebnica. 170,- Sk
- Levenson H., S. F. Butler, T.A. Powers, B.D. Beitman: **Krátka dynamická**

a interpersonálna terapia. Americký autorský tím poskytuje výborný prehľad a návody. Stručný sprievodca. 174 strán, 266,- Sk

- Mentzos S.: **Psychodynamické modely v psychiatrii.** 150 strán. Konfliktový model a psychotická dynamika. Individuálna psychoterapia pri psychotických poruchách. Psychodynamika afektívnych porúch. Poruchy osobnosti. To sú názvy niektorých kapitol jedinečnej knihy nemeckého psychiatra a psychoanalytika gréckeho pôvodu. 150,- Sk
- Nawka, P., P.Černák,J.Hašto (ed.): **Reintegrácia sociálne postihnutých do spoločnosti.** Súčasný stav a perspektívy. (Zborník). 208 strán. 40,- Sk
- Novalis P. N., S. J. Rojcewicz, R. Peele: **Klinická príručka podpornej psychoterapie.** 421 strán. Americkým autorom sa tu podarilo opísať efektívny a v praxi najvýznamnejší postup pri liečbe pacientov s duševnými poruchami. 345,- Sk
- Rief W., W. Hiller: **Somatizačná porucha a hypochondria.** 125 strán. Psychosomatické ťažkosti a ochorenia sú tu v centre pozornosti. Ako ich diagnostikovať a liečiť? 100,- Sk
- Robinson D. J.: **Poruchy osobnosti - podľa DSM – IV – vysvetlené.** 128 strán, Stručný a jasný opis ako sa prejavujú poruchy osobnosti (povahové zvláštnosti), a ako sa liečia. 150,- Sk
- Schaub A., B. Bernhard, L. Gauck: **Kognitívne – psychoedukačná liečba bipolárnych porúch.** Terapeutický manuál. 186 strán, 350,- Sk
- Schlegel L.: **Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu.** Diel I - III v jednom zväzku.Teória obrany pri neurózach. Prístup z hľadiska psychológie pudov a potrieb. Význam sociálnej frustrácie. 538 strán. Najdôležitejšie poznatky a koncepty, o ktoré sa opierajú psychodynamické psychoterapie. 495,- Sk
- Spar J.E., A. La Rue: **Geriatrická psychiatria.** Stručný sprievodca. 239 strán. Americkým autorom sa podarilo didakticky výborne zvládnuť zložitú problematiku gerontopsychiatrie. Kniha obsahuje aj kapitolu o normálnom stárnutí. 295,- Sk
- Trenckmann U., B. Bandelow: **Psychiatria a psychoterapia.** Odporúčané informácie pre pacientov, príbuzných, priateľov. 270 strán. Každá významnejšia psychiatrická a psychosomatická porucha má svoju kapitolku, rovnako aj takmer každá terapeutická metóda. 290,- Sk
- Wetzig-Würth H., P. Müller: **Psychoterapeutický rozhovor.** Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi. 224 strán. Metodika psychoterapeutických rozhovorov a psychodynamické teoretické pozadie. Ako utvárať rozhovor napr. s psychosomatickými, suicidálnymi, borderline, starými pacientami? Špecifiká rozhovoru pri sexuálnych problémoch. Ukážky prepisu rozhovorov a komentáre k nim. 220,- Sk
- Wiston A., R.N.Rosenthal, H. Pinsker: **Úvod do podpornej psychoterapie.** Jadrové kompetencie v psychoterapii. 202 strán. 262,- Sk

ELGIE R. ET AL

!! Objavte cestu, ako ísť ďalej. Podpora a rady pre každého, koho postihla schizofrénia. 96 strán

Keď človek ochorie, potrebuje rýchle, presné, prehľadné a spoľahlivé informácie o svojom ochorení. Len tak môže prispieť aj on sám k svojej primeranej liečbe a k spolupráci s profesionálmi, ktorí mu pomáhajú. **Kniha je nepredajná.** Dostanete ju zdarma vďaka podpore firmy Bristol-Myers

Squibb.

Nehradíte ani poštovné a balné. Objednat' si ju môžete na tel. č. 032/6592844, 0904446239 (Mgr.Viera Červeňová), alebo *e-mailom*: vydavatelstvf@post.sk

Veríme, že umožníte, aby ju využili aj ďalší ľudia vo vašom okolí.

k je to v súlade s Vaším práním, budeme Vám posilať informácie o nových knihách Vydavateľstva F.

S pozdravom

Mgr. Viera Červeňová
za Vydavateľstvo F

Supervizní skupina - prodloužení uzávěrky pro zaslání přihlášek

Český institut pro supervizi otevírá supervizní nabídku pro psychoterapeuty a další pracovníky v pomáhajících profesích:

Tříletou uzavřenou supervizní skupinu.

Jedná se o poskytování supervize, nikoli o výcvik v supervizi.

Lektoři jsou absolventi supervizního výcviku pořádaného ČISem (Mgr. Milan Stiburek, dipl. Kt. Beate Albrich, PhDr. Veronika Čermáková, PhDr. Martin Hajný, MUDr. Jan Roubal).

Program zahrnuje 120 hodin supervize (čtyřikrát 10 hodin ročně) a 28 hodin peer supervize. Kursové je 5 600,- Kč ročně.

K původnímu datu uzávěrky přihlášek bylo ve skupině 11 účastníků. Vzhledem k plánované struktuře programu a finanční stránce je optimální počet 18 účastníků.

Termín pro podávání přihlášek proto posouváme na konec června 2007.

První setkání je 21. a 22.9.2007, ukončení v květnu 2010.

Více informací o programu, lektorech a přihláškách najdete na www.supervize.eu

Rozpis stránek pro tisk 2 stránky na jednu A4 ve Wordu: 80,33,34,79/ 78,35,**36**,77/
76,37,38,75/ 74,39,40,73/ 72,**41**,42,71/ 70,43,**44**,69/ 68,45,46,67/ 66,**47**,48,65/
64,49,50,63/ **62**,51,52,61/60,53,54,59/ 58,55,56,57

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som

Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010