

# 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](http://www.lirtaps.cz/psychosom.cz)

Číslo

2

Ročník

VI/2008

ISSN 1214-6102

15.04.2008

REGISTRACE  
WEBARCHIV  
NÁRODNÍ KNIHOVNY  
ČR

## Obsah

### Editorial 56

*VLADISLAV CHVÁLA: PSYCHOSOMATICKÁ PRAXE* 56

### Z pošty 58

*Napsali o 12.konferenci psychosomatické medicíny v Liberci* 59

### Aktuality, politika, koncepce 63

*Zápis ze setkání Sdružení pro psychosomatiku* 63



### Z konference 64

*ANNA HOGENOVÁ: SLOVO V TEORII A V PRAXI* 64

### Psychosomatická laboratoř 70

*RADKIN HONZÁK: NOVÉ POZNATKY O ALEXITHYMII* 70

*RADKIN HONZÁK: ADJUVANTNÍ AKUPUNKTURA U REFLUXNÍ CHOROBY JÍCNU71*

*RADKIN HONZÁK: BURNOUT A LÉKAŘSKY OVĚŘENÁ NEMOCNOST* 72

*RADKIN HONZÁK: ZE STRESU, KTERÝ PŘINÁŠÍ ZHOUBNÉ ONEMOCNĚNÍ, SE LZE  
„VYPSAT“* 73

### Z praxe 74

*MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ  
ZMĚNY. ČÁST VIII: INTERAKCE S PACIENTEM I SE SKUPINOU* 74

*PHDr. ANNA JÍLKOVÁ: NASLOUCHEJ NEJEN SLOVŮM, ALE I ŘEČI TĚLA* 77

<i>JAROSLAVA STRÁNSKÁ: PROGRAM KOGITIVNĚ-REHABILITAČNÍ-PÉČE A JEJÍ METODA REINTERPRETACE ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU</i>	79
<b>Teorie</b>	<b>85</b>
<i>Wolfgang Tress, Johannes Kruse a Wolfgang Wöller: ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 2</i>	85
<b>Psychosomatická knihovnička</b>	<b>96</b>
<i>Jiří Šavlík, Jan Hnízdl, František Houdek: Jak léčit nemoc šílené medicíny aneb Hippokratova noční můra</i>	96
<b>Pozvánky, semináře</b>	<b>97</b>
<i>Program kurzu IPVZ: Úvod do psychosomatické problematiky: Psychosomatické aspekty nadváhy a obezity č. 222081106: 23. – 24. 5. 2008 (místo 30. 5. – 31. 5.)</i>	97
<i>PRÁCE U HLINĚNÉHO POLE</i>	99
<i>VÍKEND SYSTEMICKÝCH KONSTELACÍ: „Cesta ke spokojenosti“ 24. – 26. října 2008</i>	100

## 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](mailto:CHVALA@SKTLIB.CZ)

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR [WWW.WEBARCHIV.CZ](http://WWW.WEBARCHIV.CZ)

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

## EDITORIAL



### VLADISLAV CHVÁLA: PSYCHOSOMATICKÁ PRAXE

Tématem 12.celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci je tentokrát to nejpodstatnější na psychosomatice, totiž praxe. O zdraví a nemoci, stejně tak jako o všech ostatních aspektech lidské existence, můžeme vést nekonečné disputace, ale to, co nás lékaře nejvíce zajímá, a co hlavně zajímá veřejnost, je koneckonců nikoli teorie ale praxe. Ta nakonec ověří platnost všech našich hypotéz, ať už jsou odvážné nebo přízemní, originální nebo převzaté, nečekané nebo logické. Nemusí se nám to líbit, ale je to nakonec pacient, kdo určí, co z našich úvah platí a co ne. V praxi nejde o to, „jak věci opravdu jsou“, ale co je dobré a přijatelné pro pacienta, aby se mu ulevilo. A co je přijatelné pro nás lékaře, abychom si nepřipadali jako obchodníci s deštěm. V tom se vzájemně vyladujeme od pradávna: stonající člověk ve svém prostředí, a pomahači, šamani, lazebníci, ranhojiči, léčitelé a nakonec i vědci na druhé straně. Všichni přicházejí s recepty na to, jak odstranit bolest, neduhy, život ohrožující proces těla, které je oduševnělé, samo více procesem a subjektem než pouhým objektem našich zásahů. Když přehlédneme všech ten repertoár prostředků, které kdy byly na lidské neduhy používány s naprostou jistotou, že právě jen to či ono je to pravé, ať už to byly ještěřčí ocásky, podávání jedů, přikládání pijavic, zařikávání, zakuřování, pouštění žilou, máčení ve studené vodě, elektrošoky, transplantace, in vitro fertilizace, fyto terapie, farmakoterapie, izolace, chemoterapie, antibiotika, skupinová terapie, ozařování, hladovky, nejrůznější diety, masáže, očkování, klysmata, infuze, hypnóza nebo rodinná terapie, můžeme se pousmát. Ano, tak všelijak vypadala a vypadá lékařská praxe. Proměňuje se s dobou, vlastně s lidmi. Neduhy jsou nejspíš stále stejné, jen prostředky se mění. Samozřejmě stále k lepšímu. Od té doby, kdy byl WHO přijat Engelův bio-psycho-sociální model nemoci (1977), je nám jasné, že každá léčba by měla zahrnovat nejméně tyto tři aspekty. Pokud by tomu tak skutečně bylo, nemuseli bychom mluvit o psychosomatické praxi, ale jednoduše jen o lékařské praxi. Nemusíme se přesvědčovat, že tomu u nás tak stále není. Teprve ve srovnání s německou medicínou, kde byla už v r. 1987 zavedena do běžné praxe základní psychosomatická péče právě proto, aby se lékaři naučili pracovat také s psychickými a sociálními aspekty nemocí, vidíme, jak jsme pozadu. A pokud něco takového nezavedeme také u nás v Česku, budeme na svých setkáních

stále jen naříkat, jak obtížné je věnovat se psychosomatice. Nevím, jak Vy, ale já mám za těch dvacet let psychosomatické praxe naříkání dost, rád bych viděl nějaký pokrok. Po přečtení knihy Základní psychosomatická praxe trojice autorů Tress W., Kruse J., Ott J., kterou nyní vydal v českém překladu Portál, jsem ztratil jakékoli pochybnosti o tom, že to je východisko z nekonečného přešlapování na místě. Základní psychosomatická praxe patří do každého medicínského oboru, když už ne do každé ordinace. V té podobě, jak ji němečtí autoři podávají, se jí lze naučit stejně jako jiným dovednostem. Na rozdíl od věcných informací třeba o sonografii nebo endoskopii, vyžaduje od lékaře jistý druh nadání nebo alespoň zájem o psychické a sociální aspekty života pacientů a ochotu naučit se dovednosti, jak o tom s pacientem mluvit. To by mělo jít natrénovat. Obtížnější je naučit se pečovat o vztah s pacientem. To není jen tak, ale také je možné se v tom zdokonalovat a mít celý proces více pod kontrolou. Výhodou předpokládaného vzdělávání v základní psychosomatické péči je v tom, že nároky na lékaře s touto erudicí jsou menší, než jaké klademe na psychoterapeuty. Vždyť lékař nebude provádět systematickou psychoterapii, ale má se lépe orientovat v psycho- sociální oblasti svého pacienta. Snadněji ho tak může přivádět k náhledu na souvislosti jeho stonání, jindy díky erudici lékař včas rozpozná, že je třeba pacienta předat do rukou zkušeného odborníka psychoterapeuta. Lékař v běžné ordinaci nemá čas se věnovat časově náročnému procesu psychoterapie, a většina somatických lékařů si chce ponechat svůj obor i s jeho nádobíčkem, studiem psycho-sociálních aspektů stonání se nechají jen inspirovat, obohatí svůj dosud převážně biologický pohled. A protože součástí takové erudice lékaře a podmínkou jejího vykonávání bude účast na balintovských skupinách, nemusí se ani pacienti ani psychoterapeuti bát, že by lékaři ve své terapeutické nedovzdělanosti páchali „psychoterapeutický teror“. Brzy bude jasné, že psychosomatická praxe není totožná s psychoterapií. Obsahuje mnohem širší škálu prostředků pro léčbu neduhů pacienta a většina z nich je v lékařských rukou. Ne proto, že bychom si chtěli usurpovat tyto prostředky pro sebe, ale proto, že právě k nám pacienti se svými neduhy chodí. Dnes už stále častěji i oni vědí, že psychické a sociální aspekty jejich existence tu více a jindy méně zasahují do jejich zdravotního stavu. A když už to vědí pacienti, je načase, abychom se začali i my lékaři poohlížet po tom, jak že to ony podivné, psychické a sociální, nebo i duchovní aspekty zasahují do naší práce. Zkrátka, abychom se zabývali otázkou, jak se stane i naše praxe, praxí psychosomatickou.

V Liberci 10.4.2008

## Z POŠTY

*Dobrý den vážený kolego!*

*Děkuji za nové číslo Psychosomu. Nalezl jsem v něm (ostatně jako vždy) mnoho zajímavých a podnětných informací pro svou práci. Vy a Váš kurz pro gynekology o časové ose cca v r.1992 nastartovaly mou další dráhu od gynekologie k sexuologii, od té pak k psychoterapeutickému výcviku a díky Vám i k psychosomatické problematice. Nepovažuji se sice za psychosomatického lékaře v pravém slova smyslu. Snažím se jen o svých pacientech přemýšlet i jinak než přes filtr výsledků laboratorních a přístrojových vyšetření. Někdy to není až tolik příjemné. Zvláště když si člověk uvědomí co dříve napáchal v mladickém opojení ryzí biologickou medicínou :-)).*

*V tomto čísle Psychosomu mě však překvapila Vaše výzva k podpoře aktivit pana doktora Stránského a několika jeho kolegů. Stále stejní lidé vystupující vždy pod jiným názvem žádají o zrušení povinného členství v ČLK a převedení funkcí komory na státní správu. Svou poslední aktivitu nazvali "Lékaři pro reformu". Také já jsem o vánočních svátcích obdržel mail (stejně jako řada mých kolegů) s odkazem na webové stránky tohoto sdružení s výzvou o jejich podporu. První týden v lednu mě pak v ordinaci čekal dopis s odpovědním lístkem, ve kterém jsem byl opět žádán o podporu tohoto hnutí.*

*Neudělal jsem to. Nejsm totiž přesvědčen, že jejich cílem je zkvalitnění zdravotní péče ani zlepšení postavení lékařů v této republice. Jejich program nepovažuji za reformní, ale spíše kolaborující. Je pro mě záhadou, kde pár jedinců mohlo získat důvěrné osobní údaje tolika lékařů a kdo financoval nejen vytvoření a provoz jejich webových stránek, ale především jejich rozsáhlou korespondenční kampaň. Nevěřím, že šlo o osobní prostředky těchto pánů.*

*Souhlasím, že současný stav v lékařské komoře rozhodně není uspokojivý a je ho potřeba řešit. Jejím rozpadem však ztratíme daleko více. Jsem přesvědčen, že by to nepřineslo nic dobrého ani psychosomatické medicíně, ale ani celému lékařskému stavu.*

*S úctou!*

*MUDr.Miloslav Skřivánek*

*Gynekologická a sexuologická ambulance*

Jičín

*Otištěno se souhlasem pisatele)*

ODPOVĚĎ:

*Milý kolego, děkuji za informaci i za upozornění,*

*můj příklon ke skupině dr.Stránského nevychází ze znalostí této skupiny, ale z pocitu, který jsem měl, když dr.Stránský kandidoval na prezidenta LK. Jeho styl jsem považoval za velmi slušný a korektní. Stav LK pod vedením Rathovy skupiny mě netěší, ale uráží. Nevidím jinou alternativu a nemyslím, že by zrušení povinného členství v komoře bylo příčinou dalšího rozkladu našeho stavu, resp. že by naopak povinné členství v LK zadrželo rozklad. Ale rád o tom budu diskutovat, i když abych pravdu řekl, nechtěl jsem se do politiky míchat. úkol zavést u nás po vzoru německého zdravotnictví základní psychosomatickou péči je až dost velký. Jsem, proto rád, že mi píšete, mohu dát Váš názor do diskusi v rubrice Z pošty?*

*s pozdravem*

*dr.Chvála*

## **Napsali o 12.konferenci psychosomatické medicíny v Liberci**

**(24. dubna- 26. dubna 2008, Liberec, vědecká knihovna)**

*Konference skončila. Je možno bilancovat a někteří tak učinili a napsali nám.*

*Vážení, ráda bych ještě touto cestou poděkovala celému realizačnímu týmu za obsah i formu konference, na všech úrovních to byl jak inspirující tak sytící zážitek. Bylo vidět, že byla dělaná srdcem a promyšlená do detailu a fungovalo to. Těším se na další konferenci. Zdravím s přáním všeho dobrého.*

*MUDr.Romana Hronová, Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, Praha.*

*Dobrý krásný den celému týmu Lirtaps, chtěla bych (sice opožděně, ale přece :) MOC poděkovat za konferenci. Za její skvělou organizaci, krásné prostředí knihovny, ale hlavně za všechny myšlenky, přednášky, povídání a radosti, kterým jsem během těch tří dní mohla být přítomna. Setkání se všemi těmi lidmi v příjemně neformální atmosféře bylo opravdu posilujícím jak profesně tak lidsky, jarním zážitkem. Je výborné vědět, že cesty jsou různé a JDE to i jinak:) S velkou poklonou za Vaší práci a s přáním příjemných dní*

*Veronika Schönová (dětský ergoterapeut FN Motol)*

*Když pracuji na Vašem textu, vracím se duchem na psychosomatickou konferenci. Snažím se dle možností na některé prodejní akce jezdit a musím říct, že tato byla bezkonkurenčně nejlepší - hl. organizačně, tematicky (výběr příspěvků) a také na obchodním byli spokojeni s prodejem. Základní psychosomatické péče se prodalo*

*opravu hodně, takže moc děkujeme za reklamu. Příště bych se ráda sama za sebe účastnila více dní, neboť je mi téma psychosomatiky už řadu let blízké. Takže díky, díky.*

*Zdravím*

*Alena Herbergová*

*Dobrý den, paní Menclová, děkuji za vlídné přijetí na zajímavé konferenci. Oceňuji též Vaši náročnou organizační práci, kterou zvládáte skvěle. Ž v Praze jsem si přečetla, že chcete zpět visačku, samozřejmě ji pošlu. Zdraví*

*Terezie Jirásková*

*Ahoj Vlada, chcem Ti podakovat za Tvoju /Vasu konferenciu, bola pre mna opat peknyim zazitkom. Ma specialnu kolegiálnu atmosferu, ktora zrejme uzko suvisi s Tvojou osobnosťou. Drzim palce pri presadzovani reformy. Rozmyslam tiez o krokoch u nas na Slovensku. Maj sa pekne!*

*Jozef Hasto*

*Potěšila mě konference. Měli jste ji perfektně zorganizovanou, všechno klapalo jako hodinky. A navíc, na tak krásném místě - byla jsem jsem poprvé v liberecké vědecké knihovně a jedním slovem mě nadchla. A taky jsem měla radost, že jsem vás po delší době zas všechny viděla. Myslím, že se vám konference povedla ! Já jsem, bohužel, musela odjet dřív- měla jsem mimořádnou příležitost se jít podívat na korunovační klenoty, a taková příležitost se neodmítá. Byl to zážitek jak hrom, sestry Boromejky, které tam byly taky, před nimi začaly zpívat Svatováclavský chorál. Silné.*

*Petra Petrovská*

*... Tak teda aspoň tudy vysílám díky za další zdařilou konferenci. Opět, jako vždy, u vás bylo fakt moc dobře. Několikrát jsem v kuloárech zaslechla větu, jak je u vás vždycky milo. S čímž souzním. Jen to bylo nějaké krátké, rychlé, brzo to frnklo.... Markéta Rokytová*

*Poněkud mě překvapila ostražitá reakce PSYCHO-lidí (ze skupiny, která se hlásí k BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍMU přístupu) na šance, které jim poskytuje BIO-oblast k prokázání psychologických (nejmě emočních) reakcí. Jako by v nich seděl příkaz Hospodina Jahve: Neučiniš s obrazu mého. A tak se ptám: proč? Je to o magii, nebo spíše o "kompetencích". Nebo je to o mé blbosti: já si totiž psychosomatiku představuju jako PRŮNIK dosavadních znalostí ze všech oblastí, nikoli jako monopol některé ze subdisciplin na celou oblast. Radkin Honzák*

*Konference se mi velmi líbila po mnoha stránkách, uměřeností, strídmostí, solidností, vysokou odbornou úrovní, přátelským duchem, zaujetím, prostě tak, jak má být. Štvou mne okázalosti, prestižnosti, honba za prachama, úspěchem na úkor hodnot atd. - tedy to, čemu Vy se vyhýbáte. Líbí se mi i spoluúčast tak bazální jako nošení židlí. (Za celou dobu jen jedno ujetí, kdy moderátor, jinak prima člověk, k úžasu soudných po příspěvku autora namísto diskuse pustil své video se svým bavičským textem; prostě nějak ujel. Ale holt kdo*



*nic nedělá, nic nezkazí) Liberecká konference mne vždy naplní optimismem, že existují místa, kde se pěstuje dobrá práce a solidní profesionální vztahy.*

*Díky, dobrou noc, Helena Klímová*

*... chtěla jsem Vám touto cestou poděkovat za příjemnou zkušenost s "Psychosomatickou praxí". Účastnila jsem se konference psychosomatiky poprvé, moje očekávání byla zcela jiná, ale mile mne překvapila nenucená, přirozená atmosféra a zajímavé příspěvky.*

*Původně jsem profesí porodní asistentka, později jsem vystudovala psychologii na Pedagogické fakultě v Plzni. Známi se mi smáli, že jsem si "pomohla" tím přechodem ze zdravotnictví do školství, ale já myslím, že docela ano. Byla to asi prevence proti vyhoření. Když mi např. pediatři v nemocnici vysvětlovali, že nemohu dávat křičícího růžového novorozence ihned po porodu matce na břicho, protože si jej oni musí zkontrolovat, změřit jej a zvážit (a takových momentů bylo samozřejmě víc), rozhodla jsem se, že bude pro mne snazší jít připravovat na tuto krásnou a náročnou profesi novou generaci porodních asistentek, které budou možná odvážněji hájit zájmy klientek. Vyučuji nyní na Vysoké škole v Plzni, o.p.s. předmět Psychologie (86 hodin v programu studia Porodní asistence), Komunikace (54 hodin) a Sexuální výchovu (10 hodin), kde máme poměrně dostatek času i na všechny souvislosti bio-psycho-sociální (spirituální atd.). Možná pro Vás informace potěšující, že budoucí porodní asistentky jsou takto vedeny. Zpětná vazba spíše dokládá, že v nemocničním provozu jsou pak porodní asistentky přetíženy administrativou a alespoň v Plzni jsou porody stále vedeny technokraticky. V soukromé sféře, kde by byl možná prostor pro navázání bližšího vztahu s klientkou, se pohybuje porodních asistentek zatím jen minimum. Je to také spíše boj s gynekology a porodníky o uznání fyziologie těhotenství, rozlišování rizik tak, aby o zdravé těhotné mohly pečovat porodní asistentky a věnovat jim svoji péči, posílit sebevědomí ženy a přispět k přirozenému porodu.*

*K psychosomaticce jsem se dostávala pomalu, studováním literatury, psychoterapeutickým výcvikem, různými kurzy apod., takže je ještě mnoho nejistoty ve mně jako pedagogovi, zda předávám pohled psychosomatický správně a tak jsem očekávala, že se nějak při setkání s "psychosomatiky-profesionály" ujistím, že jdu správným směrem. Toto ujištění jsem bohužel na konferenci nezískala. Proces zavedení psychosomatické medicíny do výuky lékařů a zdravotníků bude mít tedy ještě jeden rozměr: Jak zajistit kvalitní vyučující předmětů?*

*Snažila jsem se zpracovat do učebních textů problematiku Psychologie v porodnictví a koncipovat ji komplexně, byl to velmi náročný proces, ve kterém jsem se často ztrácela. Žádala jsem i několik odborníků z řad psychosomatických lékařů o recenzi textů, ale Vy jste byl jediný, který mi na žádost odpověděl (i když bohužel z časových důvodů jste se recenze nemohl ujmout). Vydání skript jsem i na čas z důvodů nejistoty odložila, ale nyní je snad již skutečně na vlastní náklady vydám. (Úvod k textům je dostupný na : <http://ratislavova.wordpress.com/>)*

*Hodně se mluví o nezájmu o pacienta a jeho příběh na jedné straně a na stigmatizaci pacienta psychiatrickou diagnózou a "psychologizací" na straně druhé. Ani jedno, ani druhé se snažím ve výuce nepodceňovat a přínosná byla pro mne přednáška PhDr. Hany Konečné, PhD., která používá ve výuce předmětu práci s příběhy.*

*Moje poděkování za možnou účast na konferenci se nějak protáhlo :-). Takže děkuji, Vaše moderování bylo okouzující a atmosféra bez účasti farmaceutických firem v předsálí velmi příjemná.*

*Mgr. Kateřina Ratislavová*

*A ještě po otázce, co by byla autorka příspěvku potřebovala, aby dostala ujištění že jde správným směrem, píše:*

*Děkuji. Ono "ujištění, že jdu správným směrem" jsem nezískala, protože moje očekávání byla vlastně nereálná. Psychosomatický přístup mi přišel tak složitý tím, že sdružuje tolik profesí (lékaře, psychology, psychoterapeuty, zdravotníky...), všechny medicínské obory, souvislosti nemedicínské... V klasické medicíně jde proces spíše opačným směrem - zaměřovat se stále úžeji na specifické problémy, nemoci. Tak se to ve mně nějak pere a protože jsem člověk úzkostný, čekala jsem, že se dozvím nějaká jasná pravidla, která by mi ukázala jak to vše skloubit dohromady :-)* Proto mi oslovil příspěvek kolegyně z Jihočeské univerzity, která se snažila utřídit neutřiditelné. Prostě to tak asi je, jednoduché návody a utřídění v komplexním pohledu na pacienta a nemoc nenajdeme.

*Pokud myslíte, že může být moje sdělení nějak obohacující, klidně jej v příspěvcích otiskněte. Hezký den*

*Mgr. Kateřina Ratislavová*

---

*Milý Vlád'o,*

*znovu klobouk dolů tobě i Lídě, je to tisíc malých nic, které člověk musí hlídat, nehledě na ty velké, vid'. Bohužel shodou rodinných okolností jsem nemohla být na celé konferenci (manžel v Kazachstánu, synek v pátek odjížděl na školu v přírodě), ale ráda jsem alespoň dojela z Prahy. Co se týče mého příspěvku, někteří prý očekávali zážitkovou práci s imaginací, ale jednak to by v takovém počtu lidí (bylo jich přes 30) nelajzla (ze zkušenosti) a jednak to můžeme pro užší kroužek skutečných zájemců udělat příště. Přeji vám oběma alespoň pár dní na zotavenou, paní Menclové jsem to řekla osobně. Vše dobré přeje*

*Lucie Pelková*

---

*Ahoj Vlád'o (a ostatní). Oceňoval jsem nesmírně perfektnost organizace a celkový průběh. Mrzelo mě, že si mohu vybírat (a tím pádem přijdu o jiné) přednášky, ale vím, že takhle to dneska musí být... Zasáhla mě poznámka závěrečné sobotní diskuse toho pana doktora, který byl potřetí a pokaždé odjíždí zmatenější a uvědomil jsem si, že jsme asi opravdu "sekta", jak říkal Neradílek. A bylo mi ho líto. Přitom by asi stačilo poměrně málo (ale nebyl už čas na odpověď) a litoval jsem, že jsem nevěnoval trochu větší prostor ve svém povídání právě tomu, jak "psychosomatiku" vtěsnat do běžné ambulance, kde opravdu je málo času na všechno ... Jinak Tě a Vás (paní sekretářku zvláště) velmi srdečně pozdravuji a ještě jednou děkuji. Jan Kredba*

---

*Ahoj,*

*díky vám, byl to fajn, mám dva podněty - jeden se týká diskuzí, nemám nápad, jak to zařídit, ale bylo by fajn, kdyby to byly skutečně diskuze auditoria a nikoli pořád dokola příspěvky těch samých našich nestorů (Šavlík, Poněšický,*

*- za druhé by se mi líbilo, kdyby mohly být k dispozici prezentace přednášejících, když už se dělá video, mohly by prezentace být jeho součástí? Dávalo by to větší smysl. Zdraví*

*Olga Kunertová*

## AKTUALITY, POLITIKA, KONCEPCE

### Zápis ze setkání Sdružení pro psychosomatiku

#### Zápis ze setkání Sdružení pro psychosomatiku, o.s. (11.4.2008)

*Další setkání jsou: 6.6. 2008 a 3.10.2008 opět v ÚVN Střešovice, knihovna oční kliniky, pavilon A, 3 patro od 15 do 18 hodin.*

#### ODBORNÝ PROGRAM:

- 1) Příspěvek doc. MUDr. Pánkové: „Mezioborová spolupráce dermatovenerologa, klinického psychologa a psychiatra konziliáře“, kazuistika - případ chybějící mezioborové spolupráce, ukázány důsledky, ke kterým v konkrétním případě docházelo. Srovnán psychosomatický pohled, který bere v úvahu sociální pozadí symptomu a roli symptomu v životě pacientky (sebepoškozování), zatímco klasicky zúžený pohled jednotlivých lékařských odborností vedl spíše k prohloubení potíží. Diskuze.
- 2) Příspěvek MUDr. Debefa: „Psychosomatika v ordinaci praktického lékaře.“ MUDr. Debef vychází z mnohaleté praxe. Jako klíčové vidí znalosti rodinného pozadí každého pacienta a kontinuální vedení pacienta. Ukazoval postup, jak pacienty vhodným způsobem upozornit na souvislosti mezi nemocí a pacientovou životní situací, jak zaktivizovat pacienta k větší odpovědnosti za vlastní zdraví. Uvedl určité obecné předpoklady k výkonu psychosomaticky zaměřeného praktického lékaře.  
- domluveno, že každé další příspěvky by mohly být k dispozici v elektronické podobě.
- 3) MUDr. Masner referoval o segmentu Základní psychosomatické péče, jak ho prosazuje MUDr. Chvála.

#### ORGANIZAČNĚ:

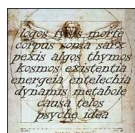
- 1) Diskutována internetová stránka Sdružení. Přípravná verze je na [www.psycho.senter.cz](http://www.psycho.senter.cz) . Odsouhlasena struktura stránek. Roční náklady na stránky asi 600-800,-. Za tvorbu stránek asi 2000,-. Mgr. Olšáková bude správce stránek a bude spolupracovat s tvůrcem stránek (Hána)

- 2) Logo Sdružení. PhDr. Slánská shromáždila návrhy, které zazněly. Předá informace Mgr. Kačenové.
- 3) Návrh, aby setkání 3.10. bylo v kapli Vinohradské nemocnice. MUDr. Hánová zjistí podrobnosti
- 4) Členské příspěvky dosud zaplatilo 23 lidí, což je také současný počet členů sdružení.

ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ (přítomni: MUDr. Masner, PhDr. Slánská, MUDr. Rys, Mgr. Jandourková, Mgr. Olšáková, PhDr. Roubal, MUDr. Debef):

- 1) Tvorba programu dvou dalších setkání. Příspěvek PhDr. Slánské. MUDr. Rys osloví MUDr. Brožkovou a MUDr. Hánovou. MUDr. Masner bude kontaktovat MUDr. Šavlíka, PhDr. Roubal bude kontaktovat MUDr. Klímu.
- 2) Návrh, aby v rámci některého dalšího setkání byla i bálintovská skupina.
- 3) Další setkání výboru opět po setkání celého sdružení 6.6.2008
- 4) Určen správce emailové adresy sdružení ([psm.cr@volny.cz](mailto:psm.cr@volny.cz)). Funkce bude rotovat po dvou měsících. Do dalšího setkání (6.6.) MUDr. Rys.

zapsal: PhDr. Roubal



## Z KONFERENCE

### ANNA HOGENOVÁ: SLOVO V TEORII A V PRAXI



**O autorce:** Prof. PhDr. Anna Hogenová, CSc. je na našich konferencích velmi oblíbenou přednášející, ale tentokrát nám bude bohužel chybět. Na poslední chvíli musela svou účast v programu odříci pro jiné naléhavé povinnosti. Proto přinášíme jako náhradu posluchačům, kteří se na ni těšili, její referát v plném znění. Pro ty z vás, kdo ještě paní profesorku neznají, jen několik informací o ní: její celoživotní zájem je fenomenologie, přednáší na UK (PedF. HTF) a PVŠPS. Vystudovala FF UK a FTVS UK, obory: občanská nauka, český jazyk, tělesná výchova. Spolu s manželem jsme vychovali tři děti. Osobní filosofické lásky: Husserl, Heidegger, Patočka, Platón. Přednáší: Dějiny filosofie, Fenomenologii těla a tělesnosti, Heideggerovu filosofii, Péči o duši.

**Motto:** „*Řeč je květina úst. V ní Země rozkvétá s nebem.*“ In: Heidegger, M., *Unterwegs zur Sprache*. Tübingen: Verlag Günter Neske Pfullingen 1959.

**Resume:** The article einterprets the phenomenon of word from phenomenological point of view

**Klíčová slova:** the word, being, ontological difference, duplicity of word

Slovo patří k bytí samému. Heidegger to precizuje tímto způsobem. „*Má-li se člověk nalézat ještě jednou v blízkosti bytí, pak se musí nejdříve učit existovat v bezejmenném.*“<sup>1</sup> Co to znamená, existovat v bezejmenném? Není to tak záhadné. Člověk musí být odvážný a musí nechat na sebe „přijít“ to zásadně nejisté, podivné a ohrožující – bytí samo. Jak se pociťuje bytí samo? Jako ohrožení z nicoty, připomíná smrt, evokuje nesmyslnost našeho života, zkrátka nás straší a my se oprávněně bojíme. Člověk potřebuje odvahu pro vstup do tohoto ohrožení. Proto má platonská duše vedle rozumu (logistikon) a žádostivosti (epithymia) také srdnatost, odvahu, a to v části, která se jmenuje thymos. Ale celé dosavadní dějiny lidstva nám ukazují, že přinejmenším v oblasti západní civilizace je člověk neustále povoláván k tvorbě vyšší a jistější jistoty. Jistota se stala něčím, bez čeho se nedá žít. A tak se pojišťujeme u institucí a tyto instituce pojišťujeme u vyšších institucí a hlavně se neustále ujišťujeme, že je vše jisté. Stále vznikají nové a nové prostředky, které mají naši jistotu činit jistější a jistější. Ale celá tato stupňovitá snaha po zajištění s sebou nese jen jeden fakt. Máme strach. Proč bychom jinak vytvářeli tak složitou stavbu našich zajišťování. Tento trend je i ve vědě samé. Vědec potřebuje jistou vědu, a tou je změřený údaj, kontrolovatelný mnohými a kdykoliv znovu zjiřitelný. „*Techne*“ se ustavuje jako základ lidské života, jako základ lidské existence. Vše potřebujeme založit objektivně, systémově, tj. vlastně technicky. A tato habitualita se objevuje i ve funkci slova v teorii a v praxi.

Co dělá řeč? Odpověď je tak jednoduchá, že by žádného vědce v oblasti jazyka, ani nenapadla. „*Řeč dělá usebrání v události.*“<sup>2</sup> Usebrání je logem od řeckého „*legein*“, což znamená „*dát do jednoduché jednoty*“, proto zde používáme podivné sloveso „*usebrat*.“ Logos vlastně není nic jiného než to, že se z mnohého činí jednoduché jedno, které získává svou jedinečnou onticitu, a ta je podtržena i jménem této jednoduché jednoty. Tak např. slovo „*stůl*“ usebírá nekonečné množství skutečně existujících stolů ve všech koutech naší planety do jednoho slova, názvu, do jednoho společného významu. Tento zázračný

<sup>1</sup> Heidegger, M., *Unterwegs zur Sprache*. Tübingen: Verlag Günter Neske Pfullingen 1959, s. 149.

<sup>2</sup> Tamtéž, s. 12.

„usebírací kontext“ je podstatou řeči, na který se ovšem zapomíná, protože v zájmu je to jevové, co se dá formalizovat a skrz jistotu podepřít ve vědě, která dostala název filologie. Řeč i slovo jsou víc než jen prostředky komunikace mezi lidmi. Řeč musela být v nás vyvolána něčím, co má takovou sílu, že jsme donuceni věci pojmenovávat, terminovat, determinovat, poznat je. Řeč má sílu ontizace a ontologizace. Tuto sílu nepopisuje žádná filologie ani věda o komunikaci. Tento ohled patří výlučně filosofii. Ne náhodou jsou na Tasmanii např. primitivní kmeny, které pojmenovávají narozené dítě jménem jen toho, kdo již odešel, kdo je „*im Unterschied*“<sup>3</sup> – „v rozdílu.“

Mrtví říkají to své beze slov. Proto mluvíme o svědomí. *Říkat* je možné beze slov, *mluvit* je možné jen díky slovům. To je třeba si uvědomit, pokud promýšlíme funkci slova v psychoterapii. Také je třeba pochopit, že daleko důležitější než významy jednotlivých slov jsou dozvuky těchto významů v prostoru, kde je ticho. Ticho vyzývá. Ticho není indiferentní, naopak diferencuje velmi silně, něco nám připomíná, něco nám říká, k něčemu nás nutí. Jinak řečeno podstata našeho života je vždy rozhovor, proto platí „*Seit Gespräch sind wir!*“ To znamená, pokud je tento základní rozhovor nás samých se světem již předem někým reglementován, pak máme plné právo mluvit o skryté totalitě, která nám vládne. Abychom odstraňovali již začátky totalit, proto jsou otázky nutné. Právě reglementováním otázek se konstituuje vždy nová totalita, může mít politický či vědecký charakter. Může mít i charakter, jenž teď nejsme schopni vymyslet. Ale vždy jde o fenomén nebezpečný.

„*Wie du anfiengst, wirst du bleiben,*“<sup>4</sup> („*Jak počínáš, budeš zůstávat*“) - tato Hölderlinova slova velmi často Heidegger opakuje. Znamenají vlastně to, že vždy musíme hledat počátek, a to i tehdy, když si myslíme, že jsme hrozně daleko, že jsme velmi pokrokoví, a že jsme objevili „neznámou pevninu.“ Právě tento návrat, věčný návrat k témuž, řečeno Nietzscheovými slovy, je tím, co je základem pravé podstaty naší žité pokory. Tato pokora má smysl především ve vztahu k řeči. V psychiatrické praxi se nesmí slovo stát jen mostem od lékaře k pacientovi. Řekneme-li jen, pak máme na mysli, že slovo není jen prostředek komunikace, jen „vehikel“ našeho vztahu k pacientovi. Slovo otvírá skryté, nechává vystoupit, má zjevující sílu. A tuto sílu používat neznamena, že budeme slova jen využívat. Slova mají „narůstat“ v našich ústech, protože jsme vtaženi do *Dasein* našeho klienta. On nás pustil do svého osobního rozvrhu světa, ve kterém se nacházejí jeho – osobní možnosti žít. V tomto světě pak psychoterapeut nachází překážky a ty pomáhá odstraňovat. Ale to předpokládá

<sup>3</sup> Tamtéž, s. 32.

<sup>4</sup> Tamtéž, s. 93.

*mluvit a říkat*. Učitel a politik musejí vědět, že slovo není jen znak, ale je pokyn (*der Wink*). Co to znamená pokyn? Znamená to, že slovo překonává dvojitost, ontickou a ontologickou dvojitost. Heidegger mluví o tzv. „*Zwiefalt*.“<sup>5</sup> Co myslí Heidegger s touto podvojností, dvojitostí, dvojjazyčím? Není to nic jiného než ontologická diference mezi *jsoucný* a *bytím*. Tuto diferenci, tento rozdíl překonává slovo tím, že vydává pokyn k tomu, co se nezjevuje, neukazuje, ale co samo zjevování a ukazování umožňuje. Slovo nás přivrací k tomu nejpodstatnějšímu, co není vidět, co je možné potkat jen v základním myšlení. Ale právě toto základní myšlení se vytratilo z naší vědy, bylo nahrazeno popisem (deskripcí) skutečně existujících věcí, tj. *jsoucen*. Sociologie popisuje empiricky kontrolovatelné vztahy mezi lidmi, antropologie využívá výsledků jednotlivých věd, aby z nich konstruovala podstatu člověka v daném čase. Historie popisuje události vždy z hlediska vítězné strany, politologie se v podstatě zvrhla na „pavlačové informace“ s popisováním historických událostí. Všude se slova používají jako znaky, nikoli jako pokyny. Zapomnělo se na to, že jsme zapomněli a toto dvojí zapomnění je nejdůležitější vlastností dnešní vědecké reflexe. Toto dvojí zapomnění je právě čistým protikladem oné dvojitosti, o níž jsme mluvili nahoře.

Slovo ukazuje náš poměr k bytí. Řekneme-li tuto větu filologovi, bude na nás zírat s jasným neporozuměním. A nejspíš s námi přestane i komunikovat! Nebude nám rozumět. České „*roz-umět*“ má v sobě poukaz ke dvojitosti. Stejně tak je tomu v mnohých jiných jazycích. Co se ovšem stalo s počítačovými jazyky? Tyto jazyky slovo proměnili jen na znak, na prostředek, jakým je např. „*lopata*,“ „*hrábě*“ či „*vrtačka*.“ Jednička znamená pravdu a nula znamená nepravdu. To je ovšem redukce tak zásadní, že musí měnit nejen významy slov, ale celý náš vztah k bytí, celý náš vztah k celku našeho prožívaného života, světa. A to je podstata našeho dvojího zapomnění. Wittgensteinovo zjištění, že význam slova se neukáže úderem na klávesu piána, není ničím jiným než výrazem souhlasu se smyslem našich úvah. Slovo je pokyn k něčemu, co se samo neukazuje a napětí mezi tím, co se ukazuje a tím, co toto ukazování ontologicky podmiňuje, to je to důležité. A na to jsme zapomněli. Proč? Protože je pro nás vždy důležitější to, co je jisté (*certitudo* – jistota). A to vše je s velkým nárokem na univerzální uznání obsaženo v počátcích novověku v pracích Descartesa, Leibnize i Spinozy. Zde se počíná novověk v gnozeologii, v metodologii věd. A to vše se děje v souvislosti s proměnou pravdy ve smyslu neskrytosti (*Aletheia*) na pravdu ve smyslu správnosti (*orthotes*). *Certitudo* – to je ta jistota, která je obsažena v požadavku „*clare et distincte*“ (jasné a zřetelné). To je ta jistota, která je u Leibnize vyjádřena oním „*mathesis*

---

<sup>5</sup> Tamtéž, s. 136.

*universalis.*“ A co chce dnešek? Jedině jistotu. A to v politice, v ekonomii, ve vědě. O nic jiného dnešek nestojí! Chce jen jistotu – *certitudo*. Proto i slova se stávají „lopatami, hráběmi, vrtačkami,“ a to aniž by to někdo jasně zpozoroval a začal bít na poplach. Žádný poplach se nekoná, protože to nevidíme, nerozumíme, ani nevíme, proč bychom měli „roz-umět.“ V tom je bída našich dnů.

Proměnou slov na pouhé znaky vede k boji o jejich význam, V tomto boji se osvědčuje nietzschechovská vůle k moci „*der Wille zur Macht!*“

„*Slovo samo je poměr, vztah, který v sobě nese věc, který v sobě drží věc a to způsobuje, že věc je věcí.*“<sup>6</sup> Každý vztah je mezi dvěma či více póly. Zde jde o podvojnost mezi jsoucnou a bytím. Bytí je pozadím, na němž se ukazují jsoucná. A v případě slov, je jsoucne právě to, co je napsáno či zvukem vysloveno, ale to je jen polovina slova. To nevyslovené a to, co je současně nevýslovné, to poukazuje k bytí jakožto k pozadí, na němž se význam slova ukáže jakožto zvuk či napsané slovo. Každé slovo je pohybem mezi těmito dvěma póly, proto je slovo vždy srozumitelné jen z kontextu, tím kontextem je právě bytí. To je kontext všech kontextu. Jde o pozadí pro všechny pozadí. Proto bylo světlo tím, čemu Platon říkal idea Dobra (to agathon). Světlo samo není vidět, ale umožňuje veškeré viděné věci se ukazovat, tj. fenomenalizovat.

Počítačové jazyky zlikvidovaly podvojnost slov, udělaly ze slov jen znaky a výsledkem této proměny je proměna člověka v jeho vztahu k bytí. Bytí je pochopeno jen jako jsoucná, která jsou v prostoru a v čase, a proto jejich poznání znamená jediné – přesně měřit jednotlivá jsoucná. To ovšem současně znamená, že i lidé se staly jsoucnou, byli zvěčněni – to je podstata odcizení ve všech podobách. „*Řeč je domem bytí,*“ říká na mnohých místech M. Heidegger. A pokud se stala řeč jen znaky, pak i člověk a jeho lidské bytí bylo sníženo na znak, na zdání, na něco co je jen snové, čemu chybí skutečnost. Proto je v dnešní době největším problémem sama skutečnost.

Těžko odlišujeme skutečnost a sen, těžko zjišťujeme, zda-li válka skončila či ještě pokračuje. Jasnost se vytratila, „*clare et distincte*“ (jasné a rozlišené) se stalo dílem podivných mediálních kejklů. Jednoznačnost lidských činů se rozplývá, a to v sobě nese i řeč, i jednotlivá slova. Podstata řeči je dána řečí podstatněji. Proto básník „vyhmatává“ slovo, vyladuje se ke slovu, básník ví o podvojnosti slova, ví o poměru, o vztahu slova. Proč ví o této podvojnosti? Protože ví o výslovném na pozadí nevýslovného, tj. o jsoucnech, která se ukazují na pozadí bytí.

---

<sup>6</sup> Tamtéž, s. 170.



Ovšem současné myšlení se stává počítáním. Proč? Protože slova nemají v sobě již onu podvojnost, přestávají být poměrem mezi jsoucnem a bytím, ale stávají se jen znakem jedinečnosti. A tato jedinečnost znaku nám dává jen možnosti počítání. Ale slovo je napětí a vztah mezi označovaným jsoucnem a bytím, na kterém se ukáže název jsoucna.

Slova jsou mosty, které sebírají (sjednocují) nás samé s věcmi kolem nás, ale i s bytím, které toto vše nechává vyvstávat (ex-sistovat), tj. bytí ukazuje věci i nás samé. Proto jsou slova něčím nesmírně důležitým. Původní smysl slova „logos“ popisuje tyto mosty, nic víc. Logos je od legein (λεγειν) a toto a sloveso znamená jednoduše: „sjednotit, usebrat, dát do jednoduché jednoty. To dělá slovo a řeč. Proto bylo také slovo u Boha a pak bylo Bohem učiněno tělem. Došlo zde jen a jen ke sjednocení, k usebrání. Proto je slovo mostem, proto je slovo podvojností, proto je slovo vztahem a poměrem. A také proto není slovo jen a jen znakem, jak je tomu dnes v teoriích o komunikaci. Dnes máme problémy s komunikací jen a jen proto, že jsme slovo pojali pouze a výlučně jako znak a hledáme ty přesné významy, při tom se hádáme, kdo je vědecktější a přesnější. A toto je největší chyba. Slovo je „živý most“ spojuje nás s věcmi, s bytím, tj. s nevýslovným. Bytí není výslovné v jednoznačnosti, rozumíme mu jen tak, jak není, tj. negativně, ale přes to je podmínkou všeho, co se ukazuje v prostoru a v času. Je zdrojem posvátného, je zdrojem úplně jiného času, než je ten každodenní. Proto nám umožňuje přežít v zoufalství a v opuštěnosti. Proto jsou slavnosti tak důležité, proto je nemožné zničit poezii a umění.

Snaha kontrolovat slovo, je jen výrazem pravdy ve smyslu orthotes (správnosti) a jistoty (certitudo). Tato intence je novověká záležitost. Vznikla v aristotelsky pojatých gnozeologických úvahách středověkých filosofů a od nich má své myšlení Descartes (Cartesius). A Descartes dokonal proměnu neskrytosti (aletheia) v jistotu (certitudo). A tato proměna znamená jediné: jiný vztah k bytí samému. Zjednodušeně řečeno, bytí se proměnilo na jsoucna a jejich poznání se proměnilo na měření, to je vše. A v tomto dědictví žijeme dodnes!

### **Použitá literatura:**

Heidegger, M., *Unterwegs zur Sprache*. Tübingen: Verlag Günter Neske Pfullingen 1959.

Anna Hogenová

Katedra filosofie

Universita Karlova - Pedagogická fakulta

Rettigové 4

Praha 1

e-mail: Hogen@volny.cz

# PSYCHOSOMATICKÁ LABORATOŘ

## RADKIN HONZÁK: NOVÉ POZNATKY O

### ALEXITHYMIÍ



Uplynulo již 36 let od chvíle, kdy Sifneos (1) vnesl do psychiatrického slovníku termín „alexithymie“ popisující prožívání a chování pacientů trpících psychosomatickými poruchami. Podle jeho pozorování jsou alexithymičtí jedinci neschopní popsat a rozlišit své emoce („emoční negramotnost“), postrádají fantazii vztahující se k emočním potřebám nebo pocitům a jejich vzpomínky na takovéto události jsou charakterizovány ulpíváním na detailech vztahujících se k vnějším objektům, nikoli k vnitřním prožitkům. Jak v emočním, tak v kognitivním popisu se jejich život jeví jako postrádající osobní vnitřní prožitky.

Přestože některé dílčí aspekty takového „odcizeného“ prožívání byly pozorovány již dříve, vnesl termín alexithymie nový impuls do jeho sledování, k jeho postižení a semikvantifikaci bylo vypracováno a ověřeno několik dotazníkových metod, které byly použity při psychosomatických výzkumech v mnoha seriózních studiích. Mezi nejznámější patří dvacetipoložková škála TAS (Toronto Alexithymic Scale).

Nicméně pozitivistický a převážně deskriptivní vývoj psychiatrie a malý zájem o dynamické souvislosti vedly k tomu, že koncept byl nenápadně odsouván; neměli bychom však zapomenout ani na skutečnost, že alexithymie byla konstatována také u jiných poruch, než u psychosomatických, např. u PTSD, po těžkých úrazech nebo popáleninách a dokonce u zdravých jedinců. Konečně také paradigma psychosomatiky se mezitím změnila a původně čistě psychogeneticky orientovaný přístup se přeorientoval spíše na méně konfrontační přístup „celostní“.

Bohudíky i dobré myšlenky mají svou životnost a tendenci znovu se vracet. Rozvoj zobrazovacích metod umožnil sledování fyziologických i patologických procesů v centrálním nervovém systému a finští autoři použili třídimenzionální pozitronové emisní tomografie ke zkoumání rozdílu centrální odpovědi na emoční stimuly u 10 zdravých žen s vysokým skórem a 11 zdravých žen s nízkým skórem alexithymie měřeným pomocí TAS. (2) Účastnicím, dospělým studentkám University v Turku, bylo promítnuto celkem 12 krátkých filmových ukázek se smutným, veselým a neutrálním obsahem. Byla stanovena výchozí úroveň nálady a emoční odpověď na shlédnuté snímky.

Výchozí naladění bylo u obou skupin srovnatelné, stejně tak jejich základní emoční odpověď (veselá, smutná, neutrální), co se však lišilo byly dodatečné emoce. U alexithymické skupiny bylo po odeznění radostné emoce více pocitů zlosti a po odeznění smutné emoce více pocitů ošklivosti. Zásadní rozdíly se ale objevily v mozkové aktivitě. Během promítání emočně zabarvených filmů byla u alexithymické skupiny zjištěna nižší aktivace ve velkých zadních oblastech týlních laloků, a naopak vyšší aktivace ve středních oblastech levé hemisféry. Alexithymická skupina vykazovala významně menší aktivaci pravého předního gyrus cinguli.

Souborně tedy lze říci, že emoční podněty u alexithymických osob aktivovaly více oblasti sensorické a motorické kůry a levé inzulární oblasti a signifikantně méně oblasti odpovědné za emoční prožívání. To je v souladu s hypotézou, že u alexithymických osob vyvolávají emoční podněty výrazněji pocity tělesné, než pocity psychické. Tomu odpovídá také levostranná lateralizace aktivace u alexithymických osob, protože levá polovina mozku je považována primárně za sídlo kognitivních procesů, nikoli emocí, i když tento předpoklad není jednoznačně sdílen.

- 1) Sifneos PE: Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, Harvard University Press, 1972
- 2) Karlsson H, Naatanen P, Stenman H: Cortical activation in alexithymia as a response to emotional stimuli. The British Journal of Psychiatry, 2008;192 (1):32–38. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034728

5.1.2008 MUDr. Radkin Honzák, CSc.

## **RADKIN HONZÁK: ADJUVANTNÍ AKUPUNKTURA U REFLUXNÍ CHOROBY JÍCNU**

Současným léčebným standardem při léčení refluxní choroby jícnu, že po nedostatečné terapeutické odpovědi na léčbu inhibitorem protonové pumpy, se dávka léků zdvojnásobí, a to i při vědomí limitů takové léčby. Arizonská studie porovnává účinek tohoto standardního postupu s účinky adjuvantně aplikované akupunktury u skupiny pacientů s refluxní chorobou, u nichž aplikace inhibitorů protonové pumpy jednou denně byla neefektivní.

Do studie bylo zařazeno celkem 30 pacientů s klasickými příznaky pálení žáhy, jimž podávání inhibitorů protonové pumpy jednou denně nepřineslo úlevu. Všichni byli vyšetřeni endoskopicky a posléze randomizovaně rozděleni do dvou skupin: polovině byla ke stávající dávce inhibitoru ještě dvakrát týdně specialistou poskytnuta akupunktura a druhé polovině byla zdvojnásobena dávka farmakoterapie, a to po dobu čtyř týdnů. S výjimkou tohoto rozdílného uspořádání se skupiny mezi sebou nelišily v demografických, ani významných medicínských parametrech.

Po čtyřech týdnech léčby vykazovala skupina s kombinovanou léčbou (inhibitor plus akupunktura) významné snížení ve frekvenci i trvání denních i nočních stavů pálení žáhy a regurgitace, zatímco skupina léčená pouze farmakologicky nevykázala žádné významné zlepšení oproti výchozímu stavu. Také celkový zdravotní index (Mean general health score) se zlepšil pouze u první skupiny. Autoři uzavírají, že adjuvantní akupunktura se v těchto případech jeví jako mnohem účinnější, než zvyšování dávek farmaka.

[Dickman R](#), [Schiff E](#), [Holland A](#), et al.: Clinical trial: acupuncture vs. doubling the proton pump inhibitor dose in refractory heartburn. [Aliment Pharmacol Ther.](#) 2007 Nov 15;26(10):1333-44

## **RADKIN HONZÁK: BURNOUT A LÉKAŘSKY OVĚŘENÁ NEMOCNOST**

Syndrom vyhoření je častým problémem pracovníků pomáhajících profesí, jeho souvislost s nemocností ale zatím není přesněji zmapována. Autoři finské studie se zaměřili na tuto problematiku. V reprezentativním vzorku populace ve věku 30-60 let (n = 3151) sledovali v letech 2000-2001 nemocnost pro tělesné onemocnění (potvrzenou lékařem) a nemocnost psychickými poruchami podle DSM-IV. Míra vyhoření byla hodnocena dotazníkem podle Maslachové. Mezi „nemocné“ byli zařazeni lidé, jejichž pracovní neschopnost trvala déle než 9 dnů.

Výsledky prokázaly mnohem častější nemocnost u skupiny trpící syndromem vyhoření, než u skupiny bez těchto symptomů. Po úpravě, jež vzala v úvahu sociodemografické faktory, se riziko déleodobějšího onemocnění u skupiny s burnout jevílo 6,9násobné u mužů a 2,1násobné u žen. Pokud se jednalo o pacienty s psychickými poruchami, bylo toto riziko ještě vyšší (7.7 pro muže a 2.6 pro ženy). Také délka nemocnosti korelovala se subjektivním vyhodnocením míry vyprahlosti.

Autoři uzavírají, že burnout syndrom je spojen s významným nárůstem rizika nemocnosti zaměstnanců, a že toto riziko je nezávislé ve vztahu k tělesnému onemocnění či psychické poruše.

Aholaa K, Kivimäikab M, Honkonena T, et al.: Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. J Psychosom Res, 2008

## **RADKIN HONZÁK: ZE STRESU, KTERÝ PŘINÁŠÍ ZHOUBNÉ ONEMOCNĚNÍ, SE LZE „VYPSAT“**

Americká klinická studie vedená „píšící terapeutkou“ Nancy Morganovou prokazuje, že povzbuzení pacientů, aby písemně vyjádřili své nejhlubší obavy týkající se jejich nádorového onemocnění, může přinést úlevu a zlepšení kvality jejich života. Pacienti holisticky orientovaného onkologického centra ve Washingtonu se zúčastňovali jednou týdně lekcí expresivního písemného vyjádření svých pocitů a myšlenek, které se objevují v souvislosti s jejich nemocí. Po laboratorních pokusech, které naznačovaly, že by tato metoda mohla přinést psychické zlepšení, byla aplikována u dospělých pacientů s leukemií nebo lymfomem a do studie bylo zařazeno celkem 71 nemocných. Nejprve bylo provedeno zhodnocení jejich stavu, posléze bylo 20 minut vyhrazeno na jejich expresivní písemný projev orientovaný na to, jak je nemoc změnila a jak tuto změnu prožívají, zhodnocení jejich stavu bylo provedeno jednak bezprostředně po skončení a po 3 týdnech. Test provedlo 88 % pozvaných pacientů a na kontrolní vyšetření se dostavilo 56 % nemocných.

Přibližně polovina (49,1 %) pacientů referovala zlepšení svých pocitů a změn myšlenek týkajících se jejich nemoci bezprostředně po skončení písemné části terapeutického sezení, což pozitivně korelovalo se zlepšením především tělesné dimenze kvality života u 53,8 % nemocných po třech týdnech. Lepší výsledky měli mladší pacienti a také nemocní, jejichž diagnóza byla stanovena teprve nedávno.

V tiskovém prohlášení autorka studie řekla: „Myšlenky a pocity, kognitivní procesy a emoce týkající se rakoviny, jsou klíčovými prvky spojenými se zlepšením, jak už prokázaly předchozí studie. Pokud popisujete pouze fakta, úspěch se nedostaví.“

[Morgan NP](#), [Graves KD](#), [Poggi EA](#), [Cheson BD](#): Implementing an expressive writing study in a cancer clinic. [Oncologist](#). 2008 Feb;13(2):196-204.

## Z PRAXE

### MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VIII: INTERAKCE S PACIENTEM I SE SKUPINOU



Na žádost referující psycholožky jsem svolil k atypickému vedení Balintovské skupiny, a to jednak ohledně jejího přání po supervizi a jednak ohledně jejích potíží nejen se samotným pacientem, nýbrž i se skupinou, ve které se nalézá. Kromě skupinových sezení 3x týdně a speciální skupiny pro psychosomatické bolestivé stavy s ním terapeutka hovoří i jedenkrát týdně individuálně.

Jedná se tudíž o pacienta s různými vegetativními obtížemi a bolestmi, který již prodělal řadu psychoterapeutických léčeb, ve věku okolo 55 let. Kolegyně jej charakterizovala jako atypického narcistu, který se snaží spíše nenápadným způsobem mít všude navrch, dává najevo i svůj sebekritický náhled a dobrou vůli. Varoval jí, že má tendenci hodně mluvit a že jej tudíž může usměrňovat, neboť nechce, aby tím ostatní pacienti ve skupině trpěli. To jí sdělil v rámci úvodních individuálních psychoterapeutických rozhovorů, v kterých dával zároveň neustále najevo svou převahu nad svou nynější mladou terapeutkou, poučujíc jí, jak vedli léčbu jeho dřívější terapeuti, zvl. na jedné známé psychosomatické klinice. Svou převahu, kterou vydával za jakýsi bohorovný zájem, vyjadřoval i tím, že se jí ptal otcovsky na její osobní život, na to jak zvládá svojí práci apod. Zlobilo jí to, cítila se opravdu v defenzivě, vnitřně s pacientem bojuje, chtěla by, aby nazřel svoje narcistické chování k ní, ale obává se jeho reakce, toho, že se naopak stáhne do sebe, že se bude cítit uražený, nepochopený atd.

Druhý dotaz na supervisní skupinu se týkal její nejistoty, jak reagovat na tohoto pacienta i na ostatní členy skupiny v rámci skupinové psychoterapie. Dosud totiž nijak nereagovala, a tak se stalo, že jedna pacientka už nevydržela, že pacient neustále mluví a ostatní přijdou o to více zkrátka, vybuchla, řekla mu to přímo, což mělo opravdu za následek, že se pacient stáhnul a ve skupině

nemluví. Domnívá se, že ho nikdo, ani terapeutka, není schopna pochopit. Následkem toho i ostatní pacienti přestali ve skupině spolupracovat, s tím, že dávají najevo, že skupinová psychoterapie jim nic nepřináší, spíše je jen zatěžuje a otravuje. Samotný pacient pak v individuálním rozhovoru pacientce opět s převahou vyčetl, že se nechovala odborně správně, že měla včas pacienty před ním chránit. Kolegyně byla však touto situací utvrzena ve svém názoru, že se pacient vlastně reakcí své spolupacientky narcisticky urazil ve svém rozletu, takže se přece chovala správně, když jej sama nepřerušovala – resp. neví, jak by to měla dělat bez nebezpečí, že se bude pacient od ní cítit omezován a raněn ve své potřebě po respektu.

Fantasie kolegů i následující diskuse se rozběhla dvojím směrem. Stále více převládal názor, že ono logorhoické chování, tendence se terapeutce osobně přiblížit, být opravdu pochopen, i otcovský přístup k ní znamená spíše než snahu u převahu nad ní přání se jí přiblížit jako dítě, které si přeje emocionální přízeň a pochvalu. Terapeutka se nechala na základě vlastní problematiky ovlivnit jeho narcistickou obranou : on totiž není schopen svojí potřebnost a /v jeho očích/ slabost projevit přímo, chrání se před případným odmítnutím či zesměšněním pláštíkem převahy, musí celou interpersonální situaci mít pod kontrolou.

Jediná možnost, jak v této fázi terapie na něj adekvátně reagovat by znamenala prohlédnout toto chování, a poskytnout mu blízkost bez toho, že by se o tom mluvilo. Nepozorovaně mu poskytnout tuto novou zkušenost a zároveň ještě tolerovat jeho nejistotu, jeho narcistickou obranu, kterou by měl takřikajíc v záloze. Na to reagovala referentka spontánně slovy: „Ale já bych právě chtěla, aby to přiznal!“ To znamená, že se dostala kolegyně do proti-přenosového agování, kdo z koho, neboť se sama, podobně jako její pacient, cítila vnitřně nejistá, a nechtěla se nechat ještě více znejišťovat jeho projevy převahy a poučování.

Zeptal jsem se jí: Nebylo by možno se omezit na popis toho, jak se chová, co s Vámi dělá, a co to ve vás vyvolává? Byla byste mu i příkladem, kdybyste se zmínila o Vašem pocitu sebenejistoty. Snad by i pochopil, proč se cítí všude nepochopen, když takto jedná s lidmi.

Terapeutka se rozpačitě usmála, dávajíc najevo, že od ní žádám to, co je pro ní nejtěžší. Rozvinula se poté diskuse o tom, že onen pacient sebe vnímá především ve svém jádru, a jeho ochrana svým narcistickým postojem jakoby k němu přímo nepatřila. Proto nechápe, proč na něj lidi reagují s nepochopením a neuvědomuje si, že si stojí sám v cestě, že k tomu nedává

ostatním možnost. Zřejmě se domnívá, že se to stane alespoň během psychoterapie.

Na tomto místě se terapeutka zeptala, jak tedy má na pacienta reagovat ve skupině, koho má před kým chránit, křehké „já“ pacienta před odmítnutím ostatními, či ostatní před narcistickým vystupováním pacienta.

V diskusi zazněl názor, že měl vlastně pacient pravdu, když terapeutka na jeho přání nechránila skupinu před jeho sebestředností. Sám jsem k tomu dodal, že před překročením krajní meze – což se ve skupině událo – by bylo možné o jeho tendenci zabírat ostatním prostor hovořit. Byl by snad ještě přístupný zpětným vazbám, což se však nestalo, když došlo k jeho odmítnutí. Poté mu nezbyvalo nic jiného, než se bránit typickým způsobem znehodnocováním ostatních, kteří mu údajně nejsou schopni porozumět. Takto přestávají mít zpětné vazby svojí účinnost.

Na opakovanou otázku terapeutky, jak se chovat ve skupině, radil jeden účastník, že by si mohla nechat pacienta sednout vedle sebe, tolerovat jej jako jakéhosi koterapeuta, a zároveň reagovat na jeho narcistické chování.

Přes tyto podněty se šířila v Balintovské skupině jakási netrpělivost, pocit nedořešenosti, až se vyjádřila jedna účastnice /k níž se okamžitě přidalo více hlasů/, že bere terapeutka celou odpovědnost za skupinové dění na sebe. /Nyní tedy šlo nejen o dynamiku vztahu s pacientem, nýbrž o její interakci se skupinou/. Dává se k dispozici jako jakýsi radar, který vše do sebe přebírá, na sebe bere, introjikuje atp. Svým způsobem hýčká skupinu, bojí se v současné situaci nabídnout např. téma „Co se tady děje“, „Proč nic nejde a co s tím chceme dělat?“, či „Kam vede trucování a stažení se do sebe?“ atp.

Terapeutka na to jak s pochopením, tak i poněkud podrážděně odpověděla: „A to mám brát všechno na lehkou váhu?“ Odpovědi zase znamenaly – a nejen pro ni – to nejtěžší, totiž reagovat na odpor skupiny s tím, že si připustí nejistotu, jak to skupina přijme, zda na to zareaguje či jí a její nabídku odmítne – a ona by poté měla opět sdělit, jak to na ni působí. Nejde tudíž o to, že by se ve vztahu ke skupině měla distancovat, nýbrž na základě vlastního přesvědčení nechat skupině více odpovědnosti za průběh sezení a řešení konfliktů – v jejím případě to vydržet, zdali a kdy se to stane.

Pochopení pacienta, jeho vztahu k terapeutovi, a v tomto případě i nové porozumění interakce mezi skupinou a terapeutkou, může toho dát více do pohybu, nežli hledání nějaké techniky či speciálních intervencí. Pacient i skupina vnímají vnitřní postoj terapeuta, a jeho změna provokuje nové reakce a chování na opačné straně. MUDr. Jan Poněšický



## PHDr. ANNA JÍLKOVÁ: NASLOUCHEJ NEJEN SLOVŮM, ALE I ŘEČI TĚLA

(Předneseno na Dnu rodinných terapeutů v Praze 20. 11. 2007)



*PhDr. Mgr. Anna Jílková, klinická psycholožka a rodinná terapeutka. Dlouhodobě se zabývá těžce zrakově postiženými dětmi i dospělými a jejich rodinami a také psychosomatikou. Má několik částečných úvazků. Aktuálně pracuje v Centru zrakových vad v Praze Motole, v Centru sociálně zdravotních služeb v Praze-Řepích, v Pobytovém rehabilitačním a rekvalifikačním středisku pro zrakově postižené Dědina v Praze 6, v Domově pro zrakově postižené Palata, Praha 5*

Ráda bych krátkým sdělením připomněla důležitost celostního přístupu ke klientům. Nejen, že nasloucháme jejich příběhům, ale také si všímáme jejich tělesných projevů v době sezení. Uvádím příklad ze své praxe z ambulance klinické psychologie.

STRUČNÁ KAZUISTIKA :

65letá žena, středoškolačka, celý život pracovala v administrativě, zejména jako účetní. Vychovala dva syny, je rozvedená.

Do ambulance přišla pro potíže se spánkem a pro neklid, poslána byla od neurologa pro subdepresi. Šlo o chronicky nemocnou ženu s polymorbiditou. Mapovaly jsme spolu její spánek a postupně jsem se seznamovala i s jejím příběhem. Vyprávěla, že již nepracuje v původní profesi, ale hlídá dvě malé děti dvakrát v týdnu, každé z nich dva dny. Obě děti mají matku Američanku. Proto také absolvovala intenzivní kurz angličtiny, aby se mohla s matkami domlouvat. Jak jsme si povídaly, zjistila jsem, že vlastně nemá mnoho času pro sebe a nabídla jsem relaxační cvičení. Relaxační cvičení sice pomáhala, aby lépe spala, ale objevily se děsivé sny. Jednou přišla se snem o krokodýlech. Pracovaly jsme se snem, zadala jsem, aby scénu ze snu namalovala. Při práci se snem se najednou rukou přidržovala na hrudníku, objevila se bolest, zeptala jsem se, co se děje, pracovaly jsme s bolestí, nechala jsem ji mapovat, s čím bolest souvisí a o čem ta bolest je, při tom jsem se zeptala, zda se už s touto bolestí setkala, kdy to bylo. Objevilo se téma, které souviselo s jejím nevydařeným manželstvím. Manžel musel o všem vědět, musela doložit každý haléř z nákupu, nesměla se s nikým setkávat. Měli spolu dva syny, manžel byl zklamán, že se nenarodila děvčátka. Prvorozeného syna odmítal a dával mu najevo, že ho nemá rád. S druhým synem měl vztah o něco lepší, ale také se s ním dlouho nestýkal. Je více jak třicet let rozvedená.

Před nedávnem se žení její druhý syn, snacha pozvala na svatbu i otce svého nastávajícího, bývalého manžela klientky. Ta se o této skutečnosti dozvěděla krátce před obřadem. Byla tím překvapena, neboť od rozvodu se o syny nezajímal, bylo problematické dostat i výživné. Při fotografování svatebních hostů zažila nepříjemnou událost. Postavila se vedle syna - ženicha, bývalý manžel se přihrnul a loktem ji z místa vystrčil a zaujal toto místo se svojí druhou ženou. Naštěstí si toho všimla maminka nevěsty a beze slov ji vzala mezi ně. Nyní vyplynulo, že tato událost spustila i nespavost a staré vzpomínky se občas vynořovaly. Naposledy přišla s tím, že se jí konečně rozsvítilo. Byla jsem zvědavá, jak se to stalo.

Doma, když vařila, měla zapnutou televizi, kde běžel detektivní příběh, v němž vyšetřovatel shrnul případ výčtem „nesměla nikam, vše mu musela hlásit, týral ji psychicky i fyzicky, soustavně ji šikanoval“, v ten okamžik si klientka uvědomila, „to byla jako já“, měla zároveň pocit, že celý pokoj se rozzářil, nejen, že se jí rozsvítilo v hlavě, celou situaci pak zachytila na obrázku, který mi donesla. Tak jsem se s klientkou přes její neverbální tělesné projevy dostala k podstatě, k příčině jejího neklidu nespavosti.

Druhý příklad je pak dokladem toho, jak někdy nevěnování se příznaku s dostatečnou důsledností může způsobit nevratné postižení. Jsem si vědoma toho, že situace je mnohdy složitá a že je i někdy složité se dostat k původu obtíží.

Pacientka přes půl roku docházela k různým odborníkům pro velké bolesti břicha, podstoupila řadu vyšetření včetně rentgenologických a sonografických, stále příčina byla nejasná, vyšetření střev, ledvin, neurologické vyšetření. Užívala řadu analgetik. Špatně jedla, zvracela. 13. 7. v pátek při sledování televize, při snaze, aby se odpoutala od bolesti, najednou přestala vidět, měla tmou. Byla v šoku, že ani nevěděla jak z mobilu zavolat rodičům. Oni se po určité době ozvali a odvezli ji do nemocnice. Co se stalo? Praskl jí vřed na žaludku, došlo k masivnímu krvácení, následné nedokrevnosti čelních mozkových laloků, v důsledku toho i nedokrevnosti sítnice. Jemné cévky sítnice se slepily. Ani po doplnění krevního oběhu se již vidění neobnovilo.

Setkala jsem se s ní již jako nevidomou. Na otázku, zda neprožila nějakou psychicky náročnou situaci před tím, než se dostala do nemocnice. Odpověděla: Ano, byla nezaměstnaná a zároveň se její dvaadvacetiletý syn dostal do rozporu se zákonem a byl odsouzen k trestu odnětí svobody na tři roky.

Možná, kdyby se dostala dříve do psychologické péče nebo kdyby lékaři věděli, v jaké životní situaci se nachází, mohlo být vše jinak.

To jen připomínka toho, abychom se zároveň věnovali i projevům těla.

## JAROSLAVA STRÁNSKÁ: PROGRAM KOGITIVNĚ-REHABILITAČNÍ-PÉČE A JEJÍ METODA REINTERPRETACE ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU

*O autorce: Mým základním celoživotním tématem je studium podmínek optimálního výkonu poznávacích procesů (dokt.dis.: Vliv citů na myšlení. Hypotetická entita funkční vázanost subjektu., kandid.dis.: Příspěvek ke studiu vlivu farmak na poznávací procesy) a to především z hlediska struktury osobnosti – zvl. osobnostních rysů a intelektu, a také různých typů náročnosti řešeného problému – a to za situace běžné, stresové i farmakologicky krátkodobě definované. Při tom jsem studovala různé metodologické otázky, zvl. možnosti základního psychologického výzkumu prostřednictvím aplikovaného výzkumu farmakologického, atd.*

*Publikovala jsem asi 40-50 sdělení, většinou experimentálních a zhruba stejný počet referátů publikováno nebylo. Napsala jsem asi 8 nepublikovaných monografií – většinou výzkumných zpráv. Vedla jsem řadu studentských prací mediků z mých stud.věd. kroužků, několik diplomek a dvě kandid. disertace. Podílela jsem se na organizaci několika mezinárodních konferencí (CINP, CIANS), později jsem spoluzakládala Alzheimerovu společnost a Společnost pro trénování paměti.*

*Z mé výzkumné práce jsou dva konkrétní praktické výstupy:*

- 1) bohnická výzkumná skupina, kterou jsem vedla, prokázala účinnost několika nootropních látek a to dokonce i u psychiatrických gerontologických pacientů na základě originální testové baterie VZKG ,*
- 2) pro případ u nás první diagnostikované Alzh.demence(1982) jsem vytvořila terapeutický přístup, který se spolupodílel na překvapivé pozitivní změně těžkého stavu a prostřednictvím několika referátů na půdě Purkyňovy společnosti ovlivnil následující přístup k těmto pacientům. Na základě tohoto přístupu jsem také později začala rozvíjet koncepci Kognitivně-Rehabilitační-Péče. Tuto koncepci rozvíjím posledních asi 15 let jak prakticky svou terapeutickou činností, tak přednáškami a kurzy pro zaměstnance různých institucí, kteří pak píší své závěrečné zprávy, popisující práce s klienty inspirované tímto programem.*

*Ve své práci se opírám o poznatky několika různých disciplin: psychologie – zvláště gestalt a kognitivní psychologie, psychofarmakologie a příslušných poznatků neuropsychologie a fyziologie, filosofie a teologie (Bubr, Rádl, Paul Ricér, Patočka, Hejdánek), terapeutický vycházím zvl. z Franklovy logoterapie smyslu života, ale inspiroji se i ostatními terapeutickými přístupy. Psychosomatikou se tedy zabývám po celý svůj pracovní život, tj. zhruba 40 let.*

Kognitivně-Rehabilitační-Péče (K-R-P) je systém metod, technik a strategií, umožňujících uchopit komplexně krizovou situaci potřebného v její jedinečnosti a řešit ji jak na rovině intrapsychické, tak i ve vztahu k okolní societě, což zpravidla pomáhá řešit i situaci zdravotní.

Specifikum tohoto přístupu jako celostního řešení nastalého problému a uchopení krizové situace z pozice ill structured problem<sup>(1)</sup> umožňuje odhalit nedostatečně nebo nealgoritmicky definovaný průběh vyústění krize jako problém, a tento problém řešit. Řešení komplexního bio-psycho-sociálního problému pouze na rovině zdravotně sociální nebo sociálně zdravotní je nedostatečné, neboť opomíjí rozměr psychologický a duchovní.

Dovolím si toto tvrzení osvětlit na třech příkladech shodou okolností ze života starších lidí<sup>(2)</sup>:

Šestasedmdesátiletá paní žila celkem spokojeně několik posledních let s nezhoubným nádorem, který jí způsoboval trvalý zánět jednoho oka, nepříjemný zvláště v ranních hodinách. Náhle se však oční problém výrazně zhoršil, paní se stala totálně apatickou bez chuti k životu, byla nalezena značně zvýšená hladina cukru v krvi a usuzováno na nárůst nádoru. Byla proto objednána na vyšetření magnetickou rezonancí. Pro poruchu přístroje však bylo vyšetření odloženo a tak zbyl čas na návštěvu psycholožky. Poměrně krátký rozhovor s klientkou odhalil traumatizující, šokující a fyzicky vyčerpávající událost, kterou paní v nedávné době prožila, aniž by se s ní dokázala vyrovnat.

Náhlé zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s touto událostí bylo zjevné. Porozumění této události a označení jejího významu, a aplikace kognitivně-rehabilitačního programu se v krátké době třech týdnů projevilo pozitivním obratem celkového stavu. Za šest týdnů paní doslovně hýřila chutí do života. Vyšetření magnetickou rezonancí potvrdilo nezměněný stav nádoru, účinek na ranní zanícení oka se však značně snížil, hladina cukru v krvi klesla na běžnou úroveň.

Druhý případ je jiného typu. Pětasedmdesátiletý pán trpěl čtyři roky následky CMP – svalstvo pravé strany bylo atrofováno, chodil obtížně na několikametrové procházky s pomocí průvodce a francouzské hole. Pravá ruka byla pevně stažena v pěst a trvale ohnuta v lokti, měl afazii pojmovou i motorickou. Několikrát týdně projevoval výraznou afektivitu, která oscillovala mezi zuřivostí a plačtivostí. Výraz pláče a smíchu byl setřen mimicky i významově. Domácnost byla vybavena různými rehabilitačními pomůckami, velmi vlídnou a pečlivou manželkou, 2 x týdně docházela rehabilitační sestra. Přesto se za čtyři roky stav významněji nezlepšil. Důsledkem jeden a půl roku aplikovaného programu K-R-P se klientovi mírně zlepšila mluva – stav zde byl postupně výrazně komplikován zjevným nástupem demence Alzheimerova typu. I přes tuto nevýhodu se však značně upravila afektivita – k výrazným projevům docházelo pouze vyjíměčně v souvislosti s výraznými změnami počasí. Svalstvo pravé strany zesílilo, paže se uvolnila téměř do natažení, i prsty se mírně uvolnily, takže byl schopen podat ruku. V místě bydliště dokázal ujít 1 km procházku sám, pouze za pomoci jedné francouzské hole. Posledním úspěchem, asi dva měsíce před letálním koncem, bylo absolvování jízdy autobusem.

Třetí případ je bohužel z opačného konce, neboť sem se psycholožka dostala pozdě, bez možnosti zásadně průběh ovlivnit. Devadesátiletá čilá a schopná paní trpěla jedinou vážnější závadou – v důsledku nízkého TK občas spadla. Žila

však v bytě sama. Ač mělo dost dobrých přátel, ochotných ji navštěvovat, byla zdravotní sestrou – jak je to běžné – převelena do LDN. Po prvním pádu na chodbě byla přeložena na lůžko se zábradlím bez možnosti vstát. Ač netrpěla inkontinencí, dostala povinně pemprsky a byla umývána pouze na lůžku. Očividně chřadla, začaly potíže se zažíváním. Zdravotní zařízení perfektně ošetřovalo stav kůže i preventivně možnosti proleženin. Nicméně se po dvou měsících stav zhoršil natolik, že byla přeložena na pokoj poslední. Tento častý a běžný postup vzal této paní několik let plnohodnotného života a zatížil stát zbytečně vynaloženými prostředky.

Uvedené případy – a mohla bych jich jmenovat celou řadu vč. zlepšení parkinsonského syndromu, závratí a zvláště projevů pseudodemencií – mají společného jmenovatele: poměrně rychlé a výrazné zlepšení stavu u cca 2/3 případů v důsledku aplikovaného programu K-R-P. Tam, kde je tento program přizván k navrhovanému plánu terapie, může další postupy značně zefektivnit.

V prvním případě se jednalo o zbytečnou medicinalizaci psychického problému, v druhém o omezený dosah pouze ošetrovatelsky vedeného případu, ve třetím o zbytečné nadhodnocení socializace problému, zvládnutelného v místě bydliště medicínsky i sociálně. Ve všech případech chyběl adekvátní vhled do celkové situace postiženého. Aby se takovýmto, nikoli řídkým jevům, dalo předejít, bylo by třeba do léčebného procesu zařadit funkci jakéhosi případového manažera, jaký působí již i v některých vyspělých zemích.

Na K-R-P orientovaný psycholog zde může působit na dvou rovinách vztahů: na rovině přímého terapeutického vztahu, a na rovině vztahu s příslušnou laickou i zdravotní societou.

Cílem této specifické a komplexní terapeutické intervence je jednak vyřešit klientovu zdravotně-psychologickou nebo sociálně-psychologickou situaci a současně optimalizovat mentální výkonnost natolik, aby byl schopen dále vést plnohodnotný a smysluplný život.

**Komplexní program Kognitivně-Rehabilitační-Péče** spočívá v aplikaci dvou částí programu:

A) Kognitivně-rehabilitační case managring:

a) rovina makroprocesová - tzn. vztah k okolní společnosti:

- Přeformulování debaklové situace klienta a nové řešení této situace v oblasti zdravotně-psychologické, sociálně-psychologické, nebo sociálně-zdravotní
- Kognitivně-nápravné a kognitivně-ergoterapeutické přizpůsobení situace klienta jeho potřebám

b) rovina intrapsychická, mikroprocesová - rozbor jednotlivých procesů kognitivních, emočních, motorických nebo sociálních, rozbor vnitřní situace klienta a jeho zaměření

B) Kognitivně-rehabilitační terapeuticko-tréninková intervence:

a) tréninkově-aktivační metody

b) tréninkově-relaxační metody

c) metody prožitku a nácviku nově interpretovaných a reinterpretovaných skutečností

Součástí procesu přeformulování a revalidace debaklové situace je metoda reinterpetace životního příběhu, kterou se pokusím blíže osvětlit. Jedná se o celostní uchopení nastalého problému a také jeho celostní řešení podchyčením krizové situace z pozice ill structured problem. To umožňuje vytypovat debaklovost procesu a tento problém pak řešit na základě dvou předpokladů:

- 1) Projev nemoci je možné chápat skrze porozumění celku životních souvislostí,
- 2) Metafora životního příběhu může rozvírat zcela nové aspekty skutečnosti. Dílčí poruchy se totiž zpravidla váží ke klientově pochopení celkového prožitku vlastního života.

Tento přístup samozřejmě od terapeuta předpokládá vcítění se do jinakosti druhého a solidaritu s ním.

Pokusím se ilustrovat kasuistikou.

Hlavním a viditelným problémem přívětivé a svěží 78-leté paní byla častá ztráta rovnováhy. Méně viditelnými potížemi byly těžší zažívací problémy, vč. diagnostikovaných žlučnickových kamenů, kloubní artrózy, občasné zhoršené vidění a slyšení bez podstatnějších nálezů.

Po mnoha vyšetřeních, vč. lumbální punkce a pobytu na psychiatrii, uzavřeno na AS encefalopatii s axiálně paraaxiálním syndromem. Pro celkově těžký zdravotní stav operace žlučníku nedoporučena.

Paní je však po stránce duševní výkonnosti na velmi dobré úrovni, bez známek jakéhokoli involučního úbytku, s vynikající úrovní paměti na staré i nové.

Na první pohled nebylo na tom případě co psychologicky řešit. Mohla jsem zpočátku nabídnout pouze symptomatický nácvik vyrovnávání chůze.

Problém snadné ztráty rovnováhy, i problémy zdravotní ji provázely od dětství. Ukázalo se však, že po úmrtí rodičů a manžela, o něž se přes své obtíže pečlivě starala, nastalo mírné uklidnění zdravotních problémů. - Obvykle po takových nárocích ve starším věku se zdravotní obtíže zhoršují. Pátrala jsem dál. Zjistila

jsem, že ke ztrátě rovnováhy dochází především tam, kde se vyskytuje možná pomoc - projev ztráty rovnováhy tedy mohl být znakem volání o pomoc.

Ukázalo se, že paní snadno podlehne panice, což kontrastovalo s jejím životním nadhledem. Posléze vyprávěla svůj příběh původně nechtěného dítěte, které ač z dobré rodiny - nebo možná právě proto - bylo často tlučeno i přes hlavu, čemuž ve svých 19ti letech unikla odchodem z domova. Celý rodinný život byl zahalen jakýmsi nesrozumitelným dusnem.

Reinterpretace jejího příběhu přinesla viditelnou úlevu a zlepšení projevů ztráty rovnováhy. Postupně s nácvikem chůze, úpravou životosprávy a specificky přizpůsobených relaxačních a dalších cvičení se zlepšil zdravotní stav. Stav panikaření odolával nejdéle. Byla to reakce upevněná dlouholetým podmiňováním. Teprve reinterpretace umožnila přetnout dosavadní podmíněné reakce. Tato fáze terapie trvala pět měsíců a vyžádala si 60 terapeutických hodin. Teprve v této fázi byla schopna se podrobit případnému léčebnému zákroku.

Nejen života běh, ale i každé závažnější onemocnění "píše" svůj příběh, jehož rozluštění může být i klíčem k podstatnému zlepšení stavu. Podaří-li se klíč nalézt, dochází ke zlepšení rychleji.

Přístup z hlediska reinterpretace životního příběhu umožňuje léčit systém a jeho fungování, a v jeho rámci pak doléčit jednotlivé symptomy. Velmi ovšem záleží na každém jednotlivci, jeho pojetí vlastního života a uplatnění jakési původní vůle k životu. Tzn., že předkládaný terapeutický přístup zprostředkovává v podstatě uvolnění individuálních samoregulujících mechanismů. V medicíně rozšířená kauzální terapie vychází z principu analogie, která platí ve všech uzavřených systémech. Člověk je však systém otevřený - otevřený přílivu informací i přílivu energie, a to v pozitivní i negativní podobě. Teprve porozumění příběhu umožňuje aplikovat odpovídající terapii.

Zpracování informací řešeného problému probíhá na třech rovinách:

**1) na rovině terapeuta platí:**

Čím více informací je schopen zpracovat, tím adekvátnější je jeho interpretace

**2) na rovině předávaných interpretací od terapeuta ke klientovi platí:**

Čím empatičtější a solidárnější je terapeutův vztah ke klientovi, tím hodnotnější informace klient terapeutovi poskytne, a tím adekvátnější zpracování nabízených informací proběhne.

**3) na rovině vyrovnávání nově budovaného vztahu k okolní skutečnosti platí:**

Čím adekvátnější zpracování informací proběhlo na předchozích dvou rovinách, tím snadnější je redefinování nového způsobu života.

---

Poznámky:

- 1) Newell A, Simon H, A. Human Problem Solving. N. Jersey, Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc., 1972, 920

Tzv. špatně definovaný a strukturovaný problém nemá jasně definovaný cíl a mnohdy ani předvídatelnou strukturu cesty k cíli. Ve svém modelovém pojetí připomíná průběh života. Uchopení problému z této pozice pomáhá účinně řešit průběh potíží zvl. u tzv. funkčních poruch, charakterizovaných bolestmi zdravotními i psychickými bez zjevných zdravotních závad či změn.

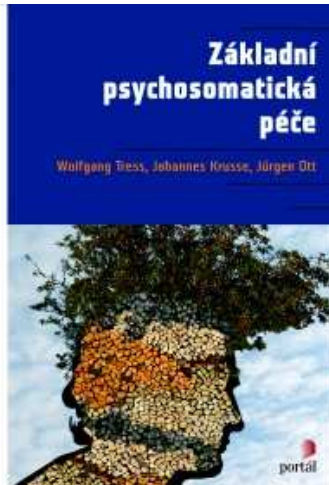
- 2) Sdělení bylo referováno na Pražských gerontologických dnech v r. 1998 a 1999. Program K-R-P je však aplikovatelný od rané dospělosti až po postproduktivní věk, u mimořádně nadaných až po počáteční fáze demence.

PhDr. Jaroslava Slánská, CSc. e-mail: [jslanska@seznam.cz](mailto:jslanska@seznam.cz)



# TEORIE

## Wolfgang Tress, Johannes Kruse a Wolfgang Wöller: ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 2



V tomto ročníku uvádíme nový seriál ukázek z učebnice Tress W., Kruse J., Ott J. (vyd.), v překladu pana Lubora Špíse, která právě vyšla v nakladatelství Portál v tomto roce. Otištěno se svolením nakladatelství.

Dnes si ukážeme, jak se autoři vyrovnávají s kardiologickou problematikou.

### UKÁZKA 2: OBĚHOVÝ SYSTÉM

Wolfgang Tress, Johannes Kruse a Wolfgang Wöller

#### 7.1 Koronární srdeční onemocnění

→ **Klinický obraz nemoci:** Bolesti srdce podmíněné prokrvováním v podobě anginy pectoris, nebo infarktu myokardu (došlo-li k poškození srdečního svalu); typicky retrosternální bolesti vystřelující v závislosti na lokalizaci poruchy prokrvování do levé paže, popř. do zad atd.; subjektivní tělesné vjemy vztažené k srdci, ničující bolest a také „němé“ infarkty.

→ **Etiologie:** Multi-faktorální; genetická; výživa, kouření, hypertonie, diabetická látková výměna, psychosociální zátěžové faktory.

#### → Spouštějící situace u infarktu myokardu:

- dekompenzace, regulace vlastní hodnoty, např. vynuceným odchodem do důchodu
- pocit pacienta, že je nadbytečný; nedostavující se podpora
- rozpor mezi vlastní ideální představou a podávaným výkonem; několik dní před infarktem se často vyskytují příznaky únavy, vyčerpání, beznaděje či deprese jako výraz selhávajících mechanismů pro regulaci vlastní hodnoty

→ **Primární osobnost a psychodynamika:** Takzvaný osobnostní vzorec „typu A“ charakterizuje pacienty, kteří brzy rozvíjejí infarkt (tabulka 7.1). Vyskytuje se u nich nadměrné zaměřování se na výkon a konkurenční vztahy spojené s hyperaktivitou a trvalým přáním ohledně uznání. Viděno z psychodynamického hlediska slouží osobnostní vzorec „typu A“ k obraně pasivních přání ohledně péče a závislosti. V původní rodině bylo ve většině případů emocionálně chladné a na výkon a práci orientované klima. Pacienti získávají velmi brzy zkušenost, že uznání je dosažitelné pouze prostřednictvím výkonu. Takřka nemohli prožívat pasivní přání ohledně závislosti. V četných případech dochází ke konfliktům s rodičovskou autoritou.

Vedle chování typu A se u zvýšeného rizika infarktu vyskytuje také:

- prodloužená reakce smutku po ztrátách
- deprese
- agresivní rivalizující chování
- nepřátelskost, která se vyjadřuje v cynickém, málo důvěrném chování s častými projevy agrese
- vyhraněná úzkostlivost
- sociální izolace spojená s chronickými rodinnými obtížemi

### Reaktivní změny ve fázi po infarktu

- deprese: tiché nenápadné stahování se do sebe, pacienti budí dojem, že jsou zpomalení a bez zájmu; příčiny:
  - ztráta zdravého těla (slabost, potřeba pomoci, závislost) tělesné poškození
  - poškození obrazu sebe sama (smutek je nutná fáze úspěšného zpracovávání nemoci)úzkostná symptomatika: příležitostně panický strach ze smrti, často nepřímé projevy; příčiny:
    - zničující bolest, představa smrti („infarkt vede nutně ke smrti“)
    - ohrožení pocitu vlastní hodnoty (nemoc ponižuje pacienta orientovaného na výkon)
    - strach ze ztráty uznání na straně druhých
    - strach ze závislosti v nemocnici
    - úzkostné a příliš pečovatelské chování rodinných příslušníků

### Tabulka 7-1 Osobnostní vzorec typu A

- hyperaktivita a cílevědomost
- trvalé přání uznání
- permanentní pocit časového tlaku
- silné zaměření na výkon a konkurenční vztahy
- přehrávání nemoci výkonem a sportem
- sklon k tomu zrychlovat veškeré procesy
- mimořádná duševní a fyzická bdělost
- po uvolnění pocit slabosti

→ **Zvláštnosti ve vztahu lékaře a pacienta** (schéma 7.1): Nápadným rysem v chování pacientů s koronárním srdečním onemocněním je popírání obtíží (na rozdíl od pacientů se srdeční neurózou), které vede k tomu, že pacienti vyhledávají lékařskou pomoc teprve s velkým zpožděním. Dříve než vyhledají pomoc, vykonávají často ještě pod dojmem výrazných srdečních bolestí četné a za určitých okolností také riskantní činnosti. Na klinice je pro tyto pacienty mimořádně obtížné dodržovat vyžadovaný klid na lůžku; příliš brzy naléhají, aby jim byla umožněna tělesná aktivita a sport, aby mohli ověřit svoji výkonnost.

Tendence bagatelizovat slouží těmto pacientům k tomu, aby mohli udržovat vlastní obraz síly a nezávislosti, který je pro ně nezbytný pro regulaci pocitu vlastní hodnoty. Jakékoli přiznání si slabosti je těmito pacienty prožíváno jako ničující ohrožení pocitu vlastní hodnoty a jako pokořující omezení vlastní autonomie. V situaci po infarktu, jež je spojena s masivní reálnou závislostí, bojuje pacient s hluboce zakořeněnými přáními ohledně blízkého ochraňujícího a pečujícího vztahu, u něhož se ale současně obává, že by se v něm ztratil. Autoritativní styly léčby budou posilovat na straně jedné nevědomou touhu po závislosti, na straně druhé ale také vědomé demonstrace samostatnosti sloužící k odražení této touhy: autoritativně postupující lékař poskytuje pacientovi sice pomoc, zároveň mu však zprostředkovává také pocit podřazenosti a kontroly. Pacient bude proto vědomě posilovat svoji samostatnost a autonomii a bude se lékaři vyhýbat. Čím více mu bude lékař vyčítat jeho riskantní chování v nemoci, tím více se bude pacient uzavírat a bude popírat symptomy, jelikož se bude muset chránit před ponížením, které pro něho nemoc představuje (schéma 7-1).

**Schéma 7-1** Cyklicky-maladaptivní vztahový kruh u pacientů se srdečním infarktem popírajících svou nemoc

**Introjekce:**

Matka nebo otec: „Musíš být silný, aktivní a samostatný, protože já sám/sama potřebuji tvoji podporu a pomoc.“

**Internalizace:**

Matka nebo otec: „Očekávám, že nebudeš vyjadřovat vlastní přání ohledně pasivní péče a budeš silný a samostatný. Budeš-li slabý, nebudu tě mít rád/ráda a nebudu si tě vážit.“

**Identifikace:**

V případě, že projeví slabost, matka nebo otec pacienta znehodnocují, ignorují a znevažují.

**Blokovaná přání a obavy pacienta:**

Přání: uznání, pasivní péče, podpora.

Obavy: druzí jej budou znevažovat, ignorovat a opouštět, projeví-li slabost.

**Interakční chování pacienta:**

Demonstruje sílu a nezávislost, je hyperaktivní, vytváří konkurenční vztahy, popírá svoji slabost, non-compliant.

**Reakce druhých:**

Dělají výčitky, jsou zranění, uražení, distancují se.

**Vztahování se pacienta k sobě samému a zacházení pacienta se sebou samým:**

Je uražený, znevažování sebe sama je kompenzováno přehnanou sebejistotou. Zanedbává vlastní zdraví, přehlíží obtíže.

➔ **Základní psychosomatická péče:** Zaměřuje se na podporu pacienta při zpracovávání nemoci tak, aby se mohl přizpůsobovat realitě a byl schopen spolupracovat s lékařem. Lékař by si měl všimnout především depresivity pacientů s infarktem, která však nemusí být rozpoznatelná na první pohled. Depresivita pacientů, kteří prodělali infarkt, totiž zvyšuje riziko dalších infarktů. Lékař bude muset vést rozhovor s pacientem, který prodělal infarkt, i nadále tak, aby zohledňoval jeho popírající tendence. *Pacienti často uvádějí obtíže teprve na přímé dotázání!* Je nutné, aby lékař chápal rizikové chování těchto pacientů, které se může často jevit jako nezodpovědné, na pozadí problematiky jejich vlastní hodnoty, která si vynucuje obraz sebe sama plný síly a zdraví. Pouze tak

bude pacient ochoten se lékaři otevřít. Neplní-li pacient lékařova doporučení, neměl by se tento zraněně či uraženě stahovat zpět.

*Na začátku terapie by se měl lékař pokusit získat aktivní spolupráci pacienta, a to tím, že jej bude informovat o samotné nemoci, léčbě i psychosociálních následcích. Má-li se pacient uvolnit a dopřát si odpočinek, je užitečné, poukáže-li lékař na obtíže, které mohou vznikat. Právě to může být pacientovi nabídnuto jako jeho vlastní výkon. Lékař by měl rovněž poukázat na to, že toho pacient již v životě mnoho vykonal. Zároveň však musí dbát na to, aby od pacienta nežádal příliš mnoho, protože ten je schopen měnit svůj životní styl pouze pomalu. Vedle toho poskytuje nosný vztah mezi lékařem a pacientem úzkostnému a depresivnímu pacientovi rovněž ochranu, bezpečí a podporu jeho pocitu vlastní hodnoty.*

Verbalizování pocitů může působit ulehčujícím a symptomy redukujícím způsobem. Je nutné, aby přitom lékař dbal na pocity studu a viny, které prožívá velká část těchto pacientů s ohledem na úzkost a depresivní pocity. Lékař může pacientovi ulehčit tím, že poukáže na to, že jsou tyto pocity přirozené, normální a srozumitelné. Lékař může pacienta rovněž informovat o možnostech rehabilitace. Dle zkušeností jsou pacienti v prvních 24 až 48 hodinách po prodělaném infarktu myokardu znejistění ve své obraně a jsou naladěni úzkostlivě a depresivně. V této fázi jsou nejvíce otevření pro psychotherapeutický rozhovor, takže je smysluplné, naváže-li lékař kontakt právě v této době, a sice za předpokladu, že jsou toho pacienti z fyzického hlediska schopní. Krátce po této fázi se opětovně vrací typická obrana i popírání spojené s potřebou jevit se jako silný člověk. Zesiluje-li pacientův partner úzkostným a příliš pečujícím chováním strach nemocného nebo jeho sklon k popírání nemoci, může zde být užitečný rozhovor lékaře s partnerem. Toto chování partnera bývá často výrazem pocitu viny.

Během akutní léčebné fáze mohou psychosomatické intervence přispět ke snížení úmrtnosti a v následné post-stacionární fázi léčby vést ke značnému snížení opakovaných infarktů a jiných komplikací. Specifické terapeutické intervence, které se zaměřují na redukci psychosociálních rizikových faktorů, mívají dobrý úspěch a jejich použití by při péči o pacienta mělo být zvaženo. Veškeré pokusy změnit životní zvyklosti pacienta musí zohledňovat dopady na jeho pocit vlastní hodnoty. Skupinové terapeutické metody („koronární skupiny“) se velmi osvědčily při rehabilitaci, totéž platí rovněž pro postupy sloužící k uvolnění. Přispívají-li životní partneři ke zchroničtění úzkostí a k rizikovému chování, pak je nutné provádět doprovodnou terapii také u těchto partnerů.

## 7.2 Srdeční neuróza (F45.30)

→ **Synonyma:** Srdeční fobie, srdeční úzkostná neuróza, „effort syndrome“.

→ **Klinický obraz nemoci:** Bolest srdce ve formě záchvatů („srdeční ataky“) bez orgánového nálezu. Nejčastější lokalizace v oblasti srdečního hrotu, ale také retrosternálně, bolest často vystřeluje do levé paže! Intenzivní úzkost, často strach ze smrti, tachykardie, návaly potu. V přibližně 60 % fobický vzorec, u něhož stojí v popředí úzkost. V přibližně 40 % kontrafobický vzorec, u kterého jsou v popředí bolesti. Často se setkáváme se základním depresivním naladěním, nezřídka se vyskytují rovněž četné další tělesné symptomy. Zatímco pacienti s infarktem myokardu obtíže popírají, pacienti se srdeční neurózou je spíše dramaticky zdůrazňují.

→ **Diferenciální diagnóza:** Koronární srdeční onemocnění, infarkt myokardu, hyperthyreóza.

→ **Etiologie:** Funkční (psychogenní).

→ **Vyvolávající situace:**

- reálná nebo obávaná situace ztráty, zvláště úmrtí klíčové osoby
- úmrtí v blízkém okolí, zpravidla na srdeční infarkt
- ambivalentní přání rozchodu
- iatrogenní spuštění vyvolané oznámením nálezů bez charakteru nemoci (akcidentální srdeční šumy, atypické EKG nálezy)

→ **Primární osobnost a psychodynamika:** Často můžeme nalézt velmi těsný, „symbiotický“ vztah s klíčovou osobou, která je nevědomě milována velmi rozporuplným způsobem, např. matkou či partnerem. Vůči této osobě není pacient schopen uchovávat svoji svébytnost a autonomii. Srdeční úzkostnou symptomatiku mohou vyvolávat jak obávané rozchody, tak přání ohledně vymezování sebe sama, která jsou nevědomě prožívána rovněž jako rozchod. V dětství byli pacienti často vychováni rozmazlujícím a *autonomii omezujícím* stylem výchovy. Došlo u nich k deficitnímu rozvoji autonomie, jelikož nemohla být zvnitřněna zkušenost s matkou poskytující samostatnost a současně bezpečí. Otcové často chybějí nebo nepodněcují dítě k tomu, aby objevovalo

vedle světa mateřského také svět otcovský. Osobnost pacienta se srdeční neurózou může být úzkostlivě-chapadlovitá a často má závislostní charakter (cyklicky-maladaptivní vztahový kruh, CMP; schéma 7-2), ale může být také vysloveně nezávislá a sebejistá do té míry, že je závislostní problematika maskována (kontrafobický vzorec).

**Schéma 7-2** Cyklicky-maladaptivní vztahový kruh u pacientů se srdeční neurózou (otevřeně závislý typ)

**Introjekce:**

Matka nebo otec: „Máš tady být stále pro mě. Za to jsem tady já stále pro tebe. Beze mě ničím nejsi.“

**Internalizace:**

Matka nebo otec: „Pokud se budeš chovat nezávisle a samostatně, budu se cítit opuštěná/ý a nebudu tě mít ráda/rád.“

**Identifikace:**

Matka nebo otec pacienta odmítá a zanedbává jej, pokud se chová samostatně a nezávisle.

**Blokovaná přání a obavy pacienta:**

Přání: pasivní péče, ochrana a rozmazlování.

Obavy: odmítání a zanedbávání, chová-li se samostatně a nezávisle; obava, že bez pomoci selže.

**Interakční chování pacienta:**

Bezmocný, chapadlovitý, podrobivý, vznáší nároky svou bezmocností.

**Reakce druhých:**

Jsou rozzlobení z důvodu intenzity přání, cítí se být omezováni a odtahují se, znehodnocují závislost.

**Vztahování se pacienta k sobě samému a zacházení pacienta se sebou samým:**

Místo pocitů studu, znevažování sebe sama, zloby, smutku a ponížení se rozvíjejí symptomy.

➔ **Zvláštnosti ve vztahu mezi lékařem a pacientem:** Často se setkáváme s výraznou fixací na organickou genesi klinického obrazu obtíží. *Pravidlem bývají časté návštěvy lékaře nebo jeho výměna.* Pacienti opakovaně naléhají na

provádění stále nových – za určitých okolností také invazivních – diagnostických zásahů. To bývá ve většině případů pro lékaře jen těžko snesitelné a může to u něho vyvolat přání oznámit pacientovi alespoň minimální nález, aby ho tak uspokojil, i přestože si je vědom svého špatného postupu.

**Interpersonální vzorec:** Pacient opakovaně vyhledává lékařovu pomoc a současně na něho naléhá, aby byla prováděna stále nová vyšetření. Lékař tomuto přání vyhovuje v naději, že se tímto způsobem bude moci chránit před naléhavou blízkostí pacienta. Pacient si opakovaně stěžuje a naléhá, aby tak obnovil blízký vztah k lékaři.

→ **Základní psychosomatická péče:** Kontakt lékaře s pacienty trpícími srdeční neurózou vyžaduje na straně jedné jasné a **rozhodné zaujetí stanoviska** spojené s jednoznačným oznámením, že srdce je zdravé, a na straně druhé připravenost přijmout pacienta i s jeho subjektivními obtížemi:

- nesdělovat žádné pochybné „minimální“ nálezy, především žádné EKG nálezy bez charakteru nemoci
- nestahovat se rozzlobeně zpět kvůli intenzivním chapadlovitým přáním pacienta (schéma 7-2)
- uklidňující postoj a zároveň akceptování subjektivního obrazu obtíží (motto: „Srdce je zdravé, ale pacient nemocný.“)
- vysvětlovat obtíže jako funkční poruchu vegetativního nervového systému, jejíž příčinou může být duševní zatížení
- v počáteční fázi uvolňující metody (např. autogenní trénink) , případně v kombinaci s anxiolytiky
- vzbudit, popřípadě posílit motivaci k psychoterapii, aby se zabránilo chronifikaci; je-li si pacient dostatečně vědom konfliktu a je-li odpovídajícím způsobem motivován, doporučit mu analytickou psychoterapii prováděnou odborným psychoterapeutem; pokoušet se chápat pocity ponížení, zloby a studu skrývající se za symptomatikou
- poznámky k medikamentózní léčbě:
  - při základním depresivním naladění antidepressiva
  - při psychoterapii eventuálně anxiolytika jako podpůrný prostředek při srdečních atakách
  - žádná iatrogenní fixace prováděná léky na srdce
  - možnost nadužívání léků



### 7.3 Esenciální hypertonie (I10)

- **Klinický obraz nemoci:** Hodnoty krevního tlaku po delší dobu systolicky nad 160 mm Hg, diastolicky nad 95 mm Hg. Nekomplikovaná hypertonie může probíhat subjektivně zcela bez příznaků. Symptomy jako bolesti hlavy, hučení v uších nebo poruchy zraku poukazují již na cévní komplikace. Při hypertonických krizích se mohou vyskytovat tlukot srdce, angina pectoris, dyspnoe.
- **Etiologie:** Multi-faktoriální; geneticko-konstituční faktory váží se k výživě (kuchyňská sůl), psychosociální faktory.
- **Vyvolávající faktory:** U situačních hypertoniích se může rozvinout zvýšený krevní tlak, a to typicky v situacích, které jsou subjektivně pociťovány jako ohrožení či ponížení a protikterým se postižená osoba nemůže bránit. U stabilních hypertonií je často těžké první spouštějící situaci prokázat. Často se setkáváme s ambivalentními vztahy ke klíčovým osobám, které se chovají kriticky a odmítavě a vůči kterým není možné otevřeně vyjadřovat zlobu. Takovéto vztahové vzorce působí jako vnitřní psychický trvalý stresor („strain“), který způsobuje hypertonii.
- **Primární osobnost a psychodynamika:** Jak z psychologického, tak z fyziologického hlediska nevytvářejí pacienti trpící hypertonií žádnou homogenní skupinu. Často se jedná o osobnosti potlačující agrese, které se projevují mírumilovně, bezkonfliktně až podrobivě. Často vzbuzují dojem zcela „normálních“ lidí (struktura osobností skrývajících se za fasádou), přitom jsou ale orientovaní na výkon a mají perfekcionistické sklony. Vůči klíčovým osobám a jejich náhradním figurám chovají nezřídka pocity zloby, nenávisti a závisti. V mnoha případech jsou si pacienti těchto pocitů vědomi nebo o nich mají minimálně povědomí, nemohou je však vyjadřovat, jelikož se obávají, že klíčovou osobu ztratí. Zloba je často tak velká, že dorůstá vražedných kvalit a z tohoto důvodu není možné o ní otevřeně mluvit („tygr v kleci“). Proto jsou u těchto pacientů poškozeny také samostatnost a rozvoj svébytnosti. Pacienti se přizpůsobují nebo se odtahují, místo toho aby se vymezovali a vytvářeli si prostor pro vlastní rozhodnutí. V dětství byli často vychovávaní autoritativními represivními styly výchovy, které jim neumožňovaly vyjadřovat vlastní zlobu.

→ **Zvláštnosti ve vztahu mezi lékařem a pacientem:** Tyto zvláštnosti jsou popsány ve schématu 7-3. Problémy s kompliancí vyplývají s ohledem na antihypertonickou léčbu ze skutečnosti, že nekomplikovaná hypertonie nezpůsobuje žádné subjektivní symptomy. Léčba přináší pacientům – s ohledem na subjektivní prožívání – mnohdy více akutních zatížení (nutnost pravidelného užívání léků, vedlejší účinky atd.) než předností. Je nutné dbát na poznatky vyplývající z obecného výzkumu kompliance (např. co možná nejmenší množství léků, co možná nejmenší počet jednotlivých dávek na den, přehledný plán léčby, informace o terapii).

Vedlejší účinky, na které si pacienti mohou stěžovat, mohou být také indikátory pro poruchu ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Za neochotou užívat určitý lék se může v mnoha případech skrývat nespokojenost pacienta se stylem léčby daného lékaře.

Pacienti neřídka pociťují předepisování léků jako vlastní omezování lékařem, a to zvláště tehdy, je-li lékař prožíván v roli autoritativního otce či přísné matky. Vynechávání či neužívání léků pak může představovat protest a sloužit tak k zajišťování autonomie. Je-li lékař prožíván jako přísný kontrolor, zůstávají výhrady vůči antihypertonickým lékům nevysloveny. Pacienti pak tvrdí, že léky užívají pravidelně, aby tak ve fantazii unikli trestu.

Tato vztahová problematika může na straně lékaře ještě více posilovat autoritativní chování (kritika pacienta). Kýžený cíl – lepší compliance se tím zpravidla mine, jelikož pacient, který se cítí být autoritativním chováním lékaře ponižován, se zdánlivě podrobuje, ve skutečnosti mu však tajně vzdoruje a svoji agresi přesouvá na lék. Z důvodů neznalosti skutečné kompliance se tak často stává, že kvůli domnělé neúčinnosti jednoho medikamentu se nasazuje druhý či třetí, aniž by pacient první lék pravidelně užíval.

→ **Základní psychosomatická péče:** Vedle medikamentózní a dietologické léčby především vedení, přičemž je nutné dbát na vztahovou problematiku (viz výše): nedostatky v komplianci mohou být takřka vždy odhaleny citlivým lékařským rozhovorem. Předpokladem pro to jsou atmosféra rozhovoru zaměřená na pacienta a vzdání se jakéhokoli poučování, výčitek a zdánlivých moralistických postojů. Chápající postoj lékaře vede na straně pacienta k otevřenosti s ohledem na obtíže užívat daný lék, které pak mohou být ve vzájemném rozhovoru vyjasněny a zpracovány. Někdy může být užitečné předem vyslovit negativní postoj pacienta vůči lékům, a to humorným způsobem vyjadřujícím porozumění. Lékař může rovněž předpovědět, že pacient nebude léky pravděpodobně užívat předepsaným způsobem. Tímto způsobem má pak pacient

možnost vyjádřit své výhrady v atmosféře plné porozumění . Uvolňující metody (jako např. autogenní trénink), pohybové terapie a sport podporují medikamentózní léčbu. V případě situační hypertonie je nutné určit spouštějící situace. Speciální psychoterapeutické metody – jako konflikty zpracovávající skupinové terapie – se doporučují zvláště u těžko přizpůsobivých pacientů s vysloveným psychosociálním zatížením. Při odpovídající motivaci a schopnosti introspekce se doporučuje konflikty odkrývající psychoterapie.

**Schéma 7-3** Cyklicky-maladaptivní vztahový kruh u pasivně agresivních pacientů s hypertonií

**Introjekce:**

Matka nebo otec: „Musíš se přizpůsobit a dělat to, co ti řeknu. Moje přání jsou pro tebe závazná.“

**Internalizace:**

Matka nebo otec: „Pokud budeš neposlušný a nepřizpůsobíš se mi, potrestám tě nebo se odtáhnu.“

**Identifikace:**

Matka nebo otec kontrolují pacienta a na otevřenou zlobu reagují odtáhnutím se nebo pomstou.

**Blokovaná přání a obavy pacienta:**

Přání: vypořádat se s druhými, vymezovat se a být současně uznáván a oceňován.

Obavy: druzí jej budou kontrolovat a na otevřenou zlobu reagovat odtáhnutím se nebo pomstou.

**Interakční chování pacienta:**

Zdánlivě podrobivý, tajný vzdor, non-compliant, odtahuje se.

**Re-akce lékaře:**

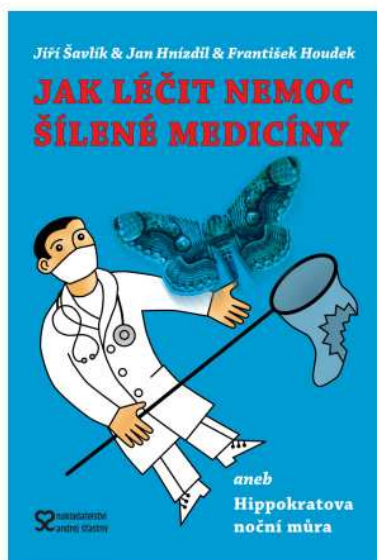
Je rozhněvaný, stahuje se zpět , kontroluje užívání léků, dělá výčitky, odepisuje pacienta.

**Vztahování se pacienta k sobě samému a zacházení pacienta se sebou samým:**

Kontroluje sebe sama i svá přání ohledně vymezování se intenzivnějším způsobem, stahuje se do sebe a poškozuje sám sebe z důvodu nedostatečné spolupráce.

## PSYCHOSOMATICKÁ KNIHOVNIČKA

### Jiří Šavlík, Jan Hnízdil, František Houdek: Jak léčit nemoc šílené medicíny aneb Hippokratova noční můra



České zdravotnictví je nemocné. Více než opravdové léčení lidí dnes vidíme finanční a politické zájmy, které náš medicínsko-zdravotnický svět dokonale ovládly. A někdy to vypadá, že zdraví občana je na řadě až poté, co se nasytí peněženky mocných farmaceutických firem a podnikatelských skupin.

Vzniká zajímavý paradox. Zatímco dříve člověk pečoval o svoje zdraví a kolem toho organizoval veškeré své aktivity, nyní se občan musí hlavně přizpůsobit zájmům zdravotnických lobbistů. Zajímá vás, kdo na vašem zdraví vydělává a jak k tomu přijdete vy? Kniha z pera předních odborníků se na

tuto otázku pokouší odpovědět. Její poutavý obsah se týká každého, kdo někdy překročil práh zdravotnického zařízení.

Váz., 288 str. Cena: 299 Kč ISBN 978-80-86739-33-5

Formát 145 x 210

## POZVÁNKY, SEMINÁŘE

### **Program kurzu IPVZ: Úvod do psychosomatické problematiky: Psychosomatické aspekty nadváhy a obezity č. 222081106: 23. – 24. 5. 2008 (místo 30. 5. – 31. 5.)**

#### **Pátek 23. 5.**

9.00 – 13.00 Základy obezitologie s důrazem na kognitivně behaviorální (KBT) přístup PhDr. Iva Málková

14.00 – 15.30 Balintovká skupina vedoucí bude upřesněn

#### **Sobota 24. 5.**

8.00 – 10.00 Redukce hmotnosti u klienta s diabetem 2. typu MUDr. Marie Skalská

10.00 – 12.00 Možnosti užití KBT v prevenci a léčbě dětské obezity Mgr. Jana Divoká

13.00 – 14.30 Balintovská skupina vedoucí bude upřesněn

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc. e-mail: [beran@fnplzen.cz](mailto:beran@fnplzen.cz)

Program Schůze Lékařské společnosti J.E. Purkyně, který zabezpečuje Česká psychoanalytická společnost - Lékařský dům, 27.5.2008 14.30 -16.30

Úvod:

PhDr. Václava Probstová, CSc.: Současná odborná činnost a aktivity České psychoanalytické společnosti

Přednášky:

1. PhDr. Petr Junek: Kleinianá a postkleiniáná psychoanalýza: jak současní kleiniáni pracují s náročnými přenosovými/protipřenosovými situacemi.

2. PhDr. Michael Šebek, CSc.: Narcismus a potíže v terapii (neprůchodnost) z pohledu kleininánského psychoanalytika

Česká psychoanalytická společnost si Vám dovoluje nabídnout:

## **2. celodenní pracovní seminář zaměřený na problematiku práce s lidmi s hraniční poruchou osobnosti metodou tzv. Transference-Focused Psychotherapy - TFP**

(TFP je založena na psychodynamickém konceptu a je určena pro práci s pacienty s poruchami osobnosti).

Seminář se bude konat dne 14.6.2008 v prostorách České psychoanalytické společnosti, Řehořova 10, Praha 3 a povede ho opět profesor [Frank Yeomans](#) (autor, spolu s profesorem O.Kernbergem a J.Clarkinem, Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations ,více info na the American Psychiatric Publishing website - [www.appi.org](http://www.appi.org)).

Seminář bude veden tak, aby z něj mohli těžit jak účastníci prvního semináře (prezentace nových případů), tak i noví zájemci. Seminář je určen jak pro zájemce s psychoanalytickým vzděláním, tak i pro kolegy, kterým je blízký psychodynamický koncept. Pracovat se bude v angličtině (jak jsem se již měli možnost přesvědčit prof. Yeomans hovoří velmi srozumitelnou americkou angličtinou, jako podklad budou sloužit i přehledné písemné materiály).

Cena semináře je 2 100 Kč,- (členové a kandidáti ČPS 1400) - ke snížení ceny jsme mohli přikročit díky menšímu poplatku za nájem.

### **Jak se přihlásit ?**

Přihláška:

(posílejte na adresu [bubela@cmhcd.cz](mailto:bubela@cmhcd.cz)):

Jméno.....

Mail.....

Člen či kandidát ČPS:

ANO

NE

## PRÁCE U HLINĚNÉHO POLE

### Vážené kolegyně a kolegové!

Na základě poptávky z více stran uvažuji zorganizovat **vzdělávací cyklus „Práce u hliněného pole“** v České republice. V současné době bych od vás potřebovala dostat odpověď, jestli máte vážný zájem o takovéto vzdělání. Až na základě zpětných vazeb se rozhodnu a budu zpracovávat podmínky k realizaci seminářů.

- Toto vzdělání je zaměřené hlavně na práci s dětmi a mládeží a potrvá dva roky (předběžný odhad 6 víkendů a jeden týden ročně) a případně následuje (třetí) rok supervize (3 víkendy a jeden týden ročně).
- Určeno pro osoby v sociální, terapeutické a pedagogické oblasti.
- Cenu se pokusím stanovit tak, aby odpovídala cenám běžným za výcvik v České republice.
- Eventuální začátek by byl konec podzimu 2008.
- Dvouleté vzdělávání povedou lektoři z Německa, mezi nimi i prof. Deuser, zakladatel celého přístupu.
- Budu se snažit o simultánní překlad.
- Doporučuji nahlédnout na webové stránky i s fotodokumentací, např. [www.arbeit-am-tonfeld.com](http://www.arbeit-am-tonfeld.com)

Dále zveme na **víkendový seminář Práce u hliněného pole** (již třetí), předcházející tomuto dvouletému vzdělávání, vhodný pro lidi, kteří chtějí se blíže seznámit s tímto přístupem. Bude se konat **12.-14.9.2008** ve Fokusu Praha, Meziškolská 2, Praha 6 – Břevnov. Informace [arte@fokus-praha.cz](mailto:arte@fokus-praha.cz)

### Krátce k obsahu:

Práce u hliněného pole poskytuje intenzivní trénink vnímání sebe i druhých.

Jde o velmi cílenou a účinnou metodu, která umožňuje revidovat vývojové fáze života a rozvinout svou osobnost s celým jejím potenciálem.

Bezprostředním tělesným a psychickým zážitkem lze tvořit a dotvořit své životní směřování. Velmi přehledný setting oslovuje děti všech věkových kategorií stejnou měrou jako mládež a dospělí. V centru práce nestojí krize, ale životní možnosti, ve kterých lze najít vlastní odpověď a řešení.

Práce spočívá na přímém kontaktu s hlinou, které se dotýkáme a kterou jsme dotýkáni.

Zdravím

Dipl. KT Beate Albrich

A těším se na odpovědi během února-března 2008.



## VÍKEND SYSTEMICKÝCH KONSTELACÍ: „Cesta ke spokojenosti“ 24. – 26.října 2008

Každý člověk touží po lásce, úspěchu, zdraví, po dobrých vztazích a zároveň je každý vázán a držen ve svých sociálních, nebo ekonomických systémech, v rodině, na pracovišti, ve sportovním klubu, nebo v hudební kapele, či v meditační skupině. Ke každému systému máme pocit loajality a někdy dá velkou práci, než se nám podaří najít své místo a způsob jak si ho udržet a jak v něm prosperovat.

Náš zdravotní životopis často zrcadlí naši loajalitu k někomu z předků, anebo hluboké, mýtické vnitřní procesy, ke kterým se těžko dostáváme v konvenčních terapeutických procesech. Pomocí systemických konstelací lze hledat kam loajality patří, a nacházet nové prameny, resp. nové kroky k dalšímu vývoji a k pocitu „uzdravení“ .

Tento přístup byl vyvinut německými terapeuty: Bert Hellinger, Insa Sparrer, PhD. a Prof. Matthias Varga von Kibéd na základě jejich zkušeností s V. Satirovou, St. de Shazerem a ericsonovskou hypnoterapií.

**Místo konání: Apolinářská 4a, Praha 2**

**Pátek 24. a sobota 25.10.: 09 – 18h,**

**neděle 26.10.: 09- 14h**

**Účastnický poplatek: 3 200 Kč, studenti a maminky na mateřské dovolené 2 600 Kč**

Zajišťující organizace: Anima, Občanské sdružení pro péči o rodiny závislých

V případě zájmu o další informace o workshopu a způsobu zaplacení, kontaktujte nás na mailu nebo telefonních číslech:

[animatym@seznam.cz](mailto:animatym@seznam.cz)

**224 968 239 / 777 113 387**

Lektorem workshopu je **Ivan Verný, M.D.**, slovenský psychiatr, učební terapeut a supervizor curišského instututu procesorientované psychologie ve Švýcarsku. Dr.Verný pracuje společně se svou manželkou a kolegou v privátní praxi v Curichu. Se svou ženou a dvěma dospívajícími dcerami žije na venkově nedaleko Zurichu.

Vede semináře procesorientované psychoterapie, supervize, skupinové terapie, učí kreativní formy práce s různými skupinami klientů v Evropě, Izraeli a USA.





**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ  
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som  
Bulletin zájemců o  
psychosomatickou  
problematiku  
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec  
Jáchymovská 385  
Liberec 10, 46010