

2009

VII/2

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a
psychoterapeutickou medicínu

EDITORIAL: Chvála: Zvítězila teorie degenerace?/ GLOSY: Honzák: Proč lze milovat farmaceutické firmy skoro jako KSČ?/ Ekonomika a psychoterapie/ PŮVODNÍ PRÁCE: Honzák: Burnout u personálu PL Horní Beřkovic/ Z PRAXE: Chvála: Dvacetiletá zkušenost s léčbou PS pacientů/ ETIKA: Vácha: Geny, prostředí... a svoboda? POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ: Stackeová: Alexandrova technika/ DISKUSE/ AKTUALITY/ INFORMACE



PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Aleš Fürst: furst@pbsp.cz

Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

46010 Liberec 10

Tel.: +420485151398

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

www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 2/2009 dne 30. 5. 2009, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 4. 2009
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a
diskusních příspěvků. The articles are peer-reviewed.

ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

Toto číslo vyšlo s podporou Nadace zdraví, Preciosa a.s.

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření se podílí řada pracovišť z lékařských fakult, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, FTVS UK a další vysoké školy. Je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praktiky a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada /Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor /International Advisory Board:

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

OBSAH:

EDITORIAL: V.Chvála: Zvítězila teorie degenerace?71

GLOSY:

Proč lze milovat farmaceutické firmy skoro jako KSČ..... 73

Osud integrované péče: Co se stalo s biopsychosociálním psychiatrem? 74

Efektivnost nákladů psychoterapie a paroxetinu u syndromu dráždivého tračnicku..... 75

PŮVODNÍ PRÁCE, VÝZKUM:

R.Honzák: Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice..... 76

PRAXE:

V.Chvála: Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve Středisku komplexní terapie v Liberci 93

ETIKA:

M.Vácha: Geny, prostředí... a svoboda? 104

POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ:

D.Stackeová: Alexandrova technika- možnosti jejího využití v terapii psychosomatických pacientů..... 111

POLITIKA, KONCEPCE:

Zápis z jednání pracovní skupiny pro základní psychosomatickou péči 31. 3. 2009118

Sdružení pro psychosomatiku o.s.121

Diskuse na téma Psychosom a seznam recenzovaných časopisů v ČR..... 122

AKCE, AKTUALITY:

Program odborné schůze psychosomatické sekce: 2. září..... 125

Traumaterapie z Berlína do Prahy 125

Mezinárodní kurz o komplementární péči pro studenty zdravotnických oborů127

Zlepšete své schopnosti při práci s chronickými pacienty! Kurz: Základní psychosomatická péče..... 132

Interdisciplinární konference studia vyšších nervových funkcí s mezinárodní účastí- první informace 135

POKYNY PRO AUTORY ČASOPISU.....137



EDITORIAL

ZVÍTĚZILA TEORIE DEGENERACE?

Nad druhým číslem Psychosomu 2009, který vychází v této podobě recenzovaného, i když neuznaného časopisu, se zamýšlím už podruhé. V prvním úvodníku, který jsem právě smazal, jsem se zabýval fňukáním nad faktem, že Rada pro vědu a výzkum nezískala dostatek důvěry v životaschopnost našeho počínání a do seznamu recenzovaných časopisů nás nezařadila.¹ To ještě pod vlivem rozbíhající se diskuse na toto téma (viz Diskuse). Jako první mě na ufnukanost upozornila jazyková korektorka. Brzy na to se ozval Pavel Čepický se svým stenickým postojem a zkušeností vydavatele dobře fungující Moderní gynekologie. Jistě, lze namítnout (a taky jsem namítl), že něco jiného je realizovat takový časopis bez podpory u zavedeného oboru, jako je gynekologie, a něco jiného u psychosomatiky. Při vší pestrosti diskusních příspěvků k tomuto tématu je jasná jedna věc: má-li být tento časopis živým médiem, který bude podporovat rozvoj psychosomatiky, a o to nám jde, nepomohou nám žádné

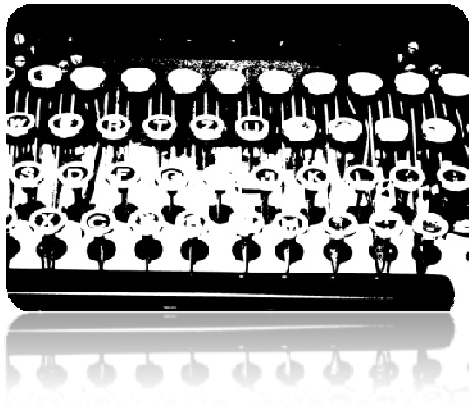
¹ Viz seznam recenzovaných časopisů na <http://www.vyzkum.cz>

„pouze“ formálně správně napsané články, které by stejně nikomu nic neřekly. V tom má Čepický pravdu, ať už důvodem pro odmítnutí Psychosomu bylo cokoli. Pojďme pokračovat v tom, co jsme před 7 lety začali, hledejme dobré texty, troufejme si na psaní kasuistik, kterých máte určitě všichni plné ordinace, pomáhejme si navzájem předáváním informací. A my v redakci můžeme dbát na to, aby i forma byla „správná“. Bez obsahu by to ale nebylo k ničemu. Zdá se mi, že při tom všem je druhé číslo v tomto formátu příkladem, že to může jít. Všechna témata se mi zdají být užitečná. I když třeba kolem statí Dany Stackeové o Alexandrově technice měla jedna z recenzentek pochybnosti, zda sem patří, jsem přesvědčen, že patří. Shodou okolností to více než jasně vyplývá ze zprávy Evy Křížové o vzdělávání v alternativních technikách (Mezinárodní kurz o komplementární péči pro studenty zdravotnických oborů), který najdete až docela na konci v Aktualitách a informacích, hned za stručnou zprávou o traumaterapii, kterou zorganizoval výbor Sdružení pro psychosomatiku vedený Ondrou Masnerem a Pavlem Roubalem. Doufejme, že se toho o metodách traumaterapie dozvíme v příštích číslech více. Hlavním tématem výzkumné originální práce je syndrom vyhoření u zdravotnického personálu léčebny

v Horních Beřkovicích, doufám, že to nepřeskočíte, je to totiž poučné.

Letos oslavuje Středisko komplexní terapie v Liberci dvacetileté výročí svého vzniku. Zdá se tedy, že je na čase začít rekapitulovat. První ze série článků se zabývá historií vzniku a ukazuje základní parametry souboru více než dvaceti tisíc případů, které zde byly ošetřeny. Doufejme, že bude možné pokračovat v rozbořech jednotlivých skupin pacientů z tohoto ohromného množství. Určitě zpracujeme k publikaci kasuistiky, aby plody naší práce mohla využívat i zdravotnická veřejnost. Za nejzávažnější téma tohoto čísla ale považuji Váchovu úvahu na téma genetického determinizmu. Když bylo jedné z mých dcer asi tak 15 let, přečetla si na stole otevřený článek o genetické podmíněnosti alkoholizmu a s prostotou dítěte se zeptala tak, jak by autora článku ani nenapadlo: „A co budou s těmi lidmi dělat? Když mají geny pro alkoholismus, tak to je, tati, zabijí?“ Udeřila tak hřebíček na hlavičku, stejně jako dítě v pohádce o císařových nových šatech. K čemu vlastně směřuje genetický výzkum, pokud je spojen s představou genetické podmíněnosti nejen celé řady nemocí, ale i chování? Kam směřuje tato společnost, pokud se vědci vzdávají vědomí svobody člověka a jeho odpovědnosti za svá rozhodnutí? Jasně, výzkumníci budou určitě reagovat především „etickými argumenty“. Kdo by chtěl mít nemocné dítě? Když uděláme genetické testy, budeme moci takové těhotenství „ukončit“ a rodinu i společnost uchránit před téměř jistou patologií, kterou by genetická vada zcela jistě přivodila. Ale domysleli jsme důsledky takovéto „prevence starostí“, jak by se taková péče o člověka dala také nazvat? Vlastně je zde znovu na scéně teorie degenerace: člověk nemůže za své nemoci, protože jeho geny degenerovaly

a nutí ho pak k nemocnému nebo asociálnímu chování. Nikoli komplikované vztahy s dvěma či třemi manželkami a dětmi, které jsem s nimi zplodil, ale geny, které mě donutily k nevěře, geny, které mi způsobily vysoký tlak, donutily mě pít a co horšího, způsobily, že jsem v zuřivém – a jistě vrozeně genem Y podmíněném raptu – některou z vyčítavých žen zabil. Kdo by u soudu neosvobodil takového nešťastného člověka, který se stal doslova obětí svých genů? A jak se takový postoj liší od postojů německých vědců ve třicátých letech minulého století, kteří sice nebyli tak daleko, aby dokázali odhadnout, že dítě je degenerované už intrauterinně, a nemohli tedy matku preventivně donutit k potratu, ale v zájmu „čisté rasy“, začali likvidovat všechny ty degenerované jedince (se špatnými geny) v plynových komorách? Mnoha lidem dnes uniká fakt, že to byli vědci, kteří především ve velkých psychiatrických léčebnách začali s likvidací zdravotní a sociální patologie ve společnosti ještě dříve, než začali likvidovat Židy a Romy, podle všech tehdejších „vědeckých předsudků“ zdroj sociální patologie. Morální jízva na svědomí Evropy je z té doby tak mohutná, že si dodnes nikdo netroufne usnadnit umírajícím umírání, protože by to mohlo být i jen připomínat zneužití eutanazie vědci Třetí říše. Ale to, že genetický výzkum s následným „čištěním rasy“ zabitím dítěte ještě intrauterinně směřuje ke stejným koncům, my lékaři nedomýšlíme. Možná se nechceme zabývat etickými otázkami, nechceme slyšet hlasy filosofů, nebo dokonce kněží. Asi není náhoda, že Marek Vácha je nejen biolog, ale také kněz a filosofující etik. Buďme rádi, že vyučuje mediky. Třeba zaseje pochybnosti, ze kterých vyklíčí naděje pro laskavější a širší uvažování nové generace lékařů, snad už generace bez degenerace. V.Ch.31-5-09



GLOSY

Radkin Honzák

PROČ LZE MILOVAT FARMACEUTICKÉ FIRMY SKORO JAKO KSC

(Převzato z The New York Times, Feb 28, 2009)

Podle dokumentů, které se vynořily při soudním jednání mezi farmaceutickou firmou a právními zástupci tisíců poškozených pacientů žalujících společnost za zatajení skutečnosti, že nové antipsychotikum a současně firemní „tržní bomba Seroquel“ může způsobovat diabetes a přírůstky hmotnosti, vyšlo najevo, že společnost AstraZeneca „pohřbila“ studie za 4,4 miliardy dolarů, jejichž závěry přinesly o Seroquelu také nepříznivé výsledky.

V jednom dokumentu, emailové zprávě z roku 1997, manažer Richard Lawrence vychvaluje Lisu Aventis, vedoucí lékařku projektu, za to, že v těch „zatracených“ studiích minimalizovala nežádoucí účinky léku. Píše v něm: „Lisa provedla dokonalou práci a vytvořila ukázkovou kouřovou clonu.“

Jak upozorňují právníci žalující firmu, dokument dokazuje, že firma zatajovala souvislost mezi užíváním léku a diabetem téměř celé destiletí. „AstraZeneca věděla o riziku nadváhy a

diabetu již v roce 2000, a nejenže neupozornila lékaře a pacienty, ale pokračovala v marketingu s tím, že lék nemá žádná rizika,“ prohlásil advokát postižených.

Zástupce firmy naopak prohlašuje, že právníci se pouze pokoušejí zviditelnit, protože v nedávné době prohráli dvě kauzy, v nichž se jim nepodařilo prokázat přímou souvislost mezi užíváním léku a vznikem cukrovky. Uvádí, že společnost poskytla v roce 1997 všechny potřebné podklady Úřadu pro kontrolu léků a potravin (FDA) a brání se zveřejnění interních dokumentů s tím, že by zbytečně mátlly a poplašily veřejnost (zní to téměř jako Kubiceho zpráva).

Nicméně některé z nich zveřejněny budou a mezi nimi nesporně také již „uniklá“ emailová zpráva, kterou napsal v roce 1999 tiskový mluvčí firmy John Tumas. Ta obsahuje mimo jiné úvahu: „Větší problém bude v tom, jak se zachovat vůči veřejnosti, až začne

kritizovat zatajení údajů.“ Řekl, že „pohřbeny“ byly tři studie, a pokud jde o čtvrtou, prohlásil: „Museli jsme redukovat negativní účinky. Podle mého

názoru jsme je ale neskrývali.“ Není co dodat, snad jen ocitovat Šrámka: ***Těch neznám slov, jež řekl bych a plakal...***

Gabbard, G. O., Kay, J.

OSUD INTEGROVANÉ PÉČE: CO SE STALO S BIO- PSYCHO- SOCIÁLNÍM PSYCHIATREM?

Psychiatrická klinika, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030, USA. (ggabbard@bcm.tmc.edu)

CÍL: Autoři poukazují na to, že farmakoterapie a psychoterapie, hlavní způsoby léčby v psychiatrii, se od sebe oddělily a v psychiatrii tak tvoří umělou propast mezi psychosociální sférou a sférou biologickou.

METODA: Po krátké diskusi o ekonomických faktorech ovlivňujících tento trend autoři poskytují selektivní přehled o aktuálním výzkumu. Při absenci systematických empirických údajů týkajících se pacientů a podmínek, za jakých by mohli těžit z integrované léčby jedním psychiatrem, autoři navrhuji konkrétní klinické situace, které takovou integraci vyžadují, a také diskutují o efektivnosti nákladů.

VÝSLEDKY: Nedávné výzkumy naznačují, že kombinace psychoterapie a farmakoterapie v určitých klinických situacích zahrnujících specifické poruchy může mít své výhody oproti tomu, působí-li obě léčby samostatně/odděleně. Proběhlo několik málo studií ohledně kombinované léčby, kdy se testovalo, zda je účinnější léčebný model jedna osoba, nebo dvě osoby. Výsledek je takový, že množství výhod převažuje u modelu jedna osoba, ve kterém psychiatr provádí jak psychoterapii, tak předepisuje léky pro téhož pacienta.

ZÁVĚRY: Autoři poukazují na to, že je zapotřebí dalšího výzkumu k vyjasnění optimální situace pro model jedna osoba integrované léčby a také navrhuji systematickou výuku integrované léčby ve všech vzdělávacích programech.

EFEKTIVNOST NÁKLADŮ PSYCHOTERAPIE A PAROXETINU U SYNDROMU DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU

Creed, M. L. Fernandes, Guthrie E, Palmer S, J Ratcliffe, Číst N, Rigby C, D Thompson, Tomenson, B.; Thompson D., Tomenson B.; North of England IBS Research Group.

School of Psychiatry and Behavioural Science, University of Manchester, England. francis.creed@man.ac.uk

POZADÍ & CÍLE: Psychoterapie a antidepresiva jsou účinné u pacientů trpících syndromem dráždivého tračníku (IBS), ale efektivnost nákladů jakékoli léčby v běžné praxi nebyla stanovena.

METODY: Náhodně vybraným pacientům s těžkou IBS bylo umožněno absolvovat 8 sezení individuální psychoterapie, denně 20 mg anti-depresiva SSRI, paroxetin, nebo pravidelnou péči gastroenterologa a praktického lékaře. Primární výsledek měření bolesti břicha, zhodnocení kvality života, co se týká zdravotní stránky, a nákladů na zdravotní péči byly stanoveny po 3 měsících léčby a následně o rok později.

VÝSLEDKY: Celkem bylo přijato 257 subjektů (81 % odpovědí) ze 7 nemocnic; 59 z 85 pacientů (69 %) přiděleno k psychoterapii a 43 z 86 (50 %) ze skupiny paroxetinu dokončilo celou léčbu. Jak psychoterapie, tak paroxetin byly v léčbě kvalitní, jak je obvyklé při zlepšování fyzických aspektů souvisejících se zdravotní stránkou života (SF-36 skór zlepšení fyzických komponent, 5,2 [SEM, 1.26], 5,8 [SEM, 1,0], a -0,3 [SEM, 1.17], $P < 0,001$), ale nebyl žádný rozdíl v psychické složce. **Během následujícího roku to byla psychoterapie (nikoli paroxetin), která zaznamenala výrazné snížení nákladů na zdravotní péči** ve srovnání s běžnou léčbou (psychoterapie, \$ 976 [SD, \$ 984]; paroxetin, \$ 1252 [SD, \$ 1616]; a obvyklá léčba, \$ 1663 [SD, \$ 3177]). **ZÁVĚRY:** Pacientům s těžkou IBS, jak psychoterapie, tak i paroxetin zlepšují kvalitu života po zdravotní stránce bez jakýchkoli dodatečných nákladů.

PMID: 11317098 [PubMed - indexed for MEDLINE] překl.V.K.



PŮVODNÍ PRÁCE, VÝZKUM

Radkin Honzák:

BURNOUT U PERSONÁLU PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY HORNÍ BEŘKOVICE

BURNOUT IN THE STAFF OF INPATIENT PSYCHIATRIC CLINIC HORNÍ BEŘKOVICE

SOUHRN

R.Honzák: **Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice.** PSYCHOSOM, 2009;7(2):76-93

Burnout syndrom, který je považován za protrahovanou odpověď na nadměrný pracovní stres, je v posledních letech předmětem vzrůstajícího zájmu. Cílem této práce bylo stanovit míru rizika syndromu vyhoření a jeho plně vyvinuté podoby u psychiatrů (P), kvalifikovaných zdravotních sester (SZP) a nižšího zdravotnického personálu (NZP) na všech odděleních Psychiatrické léčebny Horní Beřkovice. K stanovení burnout jsme použili validizovaný a reliabilní dotazník Maslach Burnout Inventory, všeobecně používaný ve výzkumných studiích. Faktorová analýza tohoto nástroje v něm stanovila tři subsškály: Emoční exhausce (EE), depersonalizaci (DP) a osobní uspokojení z práce (PA = Personal accomplishment).

Ze všech zaměstnanců léčebny na dotazník odpovědělo 17 psychiatrů, 95 kvalifikovaných zdravotních sester a 60 pracovníků a pracovníků nižšího zdravotnického personálu (55% návratnost). Celkové průměrné skóre MBI jsou ekvivalentní nebo nižší než výsledky uváděné v literatuře: EE = 16,9, DP = 6,5, PA = 32,2. Percentuální zastoupení EE bylo 18,6 % u lékařů, 15,8 % u SZP a 18,3 % u NZP, depersonalizace 23,5 % u lékařů, 6,3 % u SZP a 8,3 % u NZP a osobní uspokojení (resp. neuspokojení) z práce 17,6 % u lékařů, 46,3 % u SZP a 63,3 % u NZP.

Mezi psychiatry a zbytkem vzorku byly shledány signifikantní rozdíly v míře depersonalizace ($p = 0,02$) a pracovního uspokojení ($p = 0,05$). Pracovníci ve věku nad 60 let a s praxí delší než 30 let vykazovali významně lepší skóry ve faktoru pracovního uspokojení ($p=0,05$). Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že morálka zaměstnanců je ekvivalentní nebo dokonce lepší, než je uváděno v literatuře publikovaných studiích.

Klíčová slova: lůžková psychiatrie – burnout – psychiatři – psychiatrické sestry – Maslach Burnout Inventory

SUMMARY

R.Honzák: **Burnout in the staff of inpatient psychiatric clinic Horní Beřkovice**, PSYCHOSOM, 2009;7(2):76-93

In the last few years there has been a growing interest in the burnout, as a type of a prolonged response to chronic job-related stress of health care workers. We assessed the prevalence of fully developed burnout and burnout risk in psychiatrists (P), nurses (N) and unqualified nurses (UN) in all wards at the inpatient psychiatric clinic in Horní Beřkovice. A study was conducted using well validated and reliable self-reporting questionnaire the Maslach Burnout Inventory. Three burnout subscales were developed by using factor analysis: Emotional exhaustion (EE), Depersonalization (DP) and Personal accomplishment (PA).

From a total eligible personnel, 17 psychiatrists, 95 nurses, and 60 unqualified nurses participated in the study (55 % response rate). Overall, mean scores were equal or lower than scores in majority published results: EE = 16,9, DP = 6,5, PA = 32,2. Proportional representation of exhaustion was 18,6 % for P, 15,8 % for N, and 18,3 % for UN, depersonalization 23,5 % for P, 6,3 % for N, and 8,3 % for UN, personal accomplishment 17,6 % for P, 46,3 % for N, and 53,3 for UN.

There were significant differences between the psychiatrists and the rest of the sample in DP ($p=0,02$) and PA ($p=0,05$). The persons over 60 years with clinical practice more than 30 years did show significantly better scores in a measures of personal accomplishment.

On the basis of our results we conclude that morale of the staff in Horní Beřkovice is equal even higher than published comparison samples.

Key words: inpatient psychiatry – burnout – psychiatrists – psychiatric nurses – Maslach Burnout Inventory

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze, přednosta doc. MUDr. B. Seifert, PhD.
Albertov 7, 12800 Praha 2
Psychiatrická ambulance IKEM, ředitel doc. MUDr. J. Malý, CSc., Vídeňská 1958, 14000 Praha 4
Psychiatrická léčebna Bohnice, ředitel MUDr. M. Holly, Ústavní 91, 18100 Praha 8

ÚVOD A VÝCHODISKA

Šedesátá léta minulého století přinesla mohutný nástup techniky do medicíny a předznamenala období „heroické medicíny“, pro kterou se nejevilo nic nesplnitelné. Posunula se hranice mezi životem a smrtí a technické možnosti daly zapomenout především empiricky dosažené a získané pokoře. Každá mince má ale svůj rub. Čím větší naděje byly vkládány do moderních postupů, tím větší zklamání nastávalo při jejich nesplnění. Zaskočení a frustrování se cítili nejen pacienti a jejich blízcí, ale také lékaři a další zdravotničtí pracovníci. Zlepšené postupy s sebou paradoxně přinesly také větší zatížení personálu. Zvýšila se tím významně úroveň stresu, kterému byly pečující osoby vystaveny.

V sedmdesátých letech se vynořuje termín „burnout“ (syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení) popisující profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání.

Syndrom vyhoření patří dodnes mezi aktuální a naléhavá témata. Jeho základní koncept prodělal od historicky prvního popisu Herbertem J. Freudenbergem (1) v roce 1974 značný vývoj a od původní dominující představy emoční a tělesné exhausce (EE) se klinický obraz zásadním způsobem rozšířil na oblast depersonalizace (DP), spočívající v odlidštění, cynismu, ztrátě zájmu o pacienty, nebo dokonce ve zvýšené agresivitě a postupující ztrátu osobního uspokojení (PA = personal accomplishment) z původně entuziasticky zvoleného povolání. Zásahu na tom má zejména Christine Maslach (2), která

spolu se Susan E. Jackson sestavila dotazník Maslach Burnout Inventory = MBI (3) umožňující kvantifikaci těchto tří faktorů. Příčiny burnout syndromu však zůstávají v rámci, který stanovil tvůrce tohoto termínu. Ze zevních to jsou vysoká angažovanost následovaná nízkou návratností, nadměrné pracovní nároky při nízkých kompetencích a nedostatek sociální podpory. Významnější jsou však příčiny vnitřní, spočívající především v nepřiměřeném očekávání výsledků vycházející z (většinou dobře ukrývané) narcistické grandiozity a po jejím nenaplnění a frustraci následovaném stejně nerealistickou sebezničující neurotickou diskontací vlastních kvalit.

Po ověření validity i užitečnosti kvantifikující stupnice Christiny Maslachové expandoval výzkum od zdravotníků směrem ke všem typům pomáhajících profesí, pro něž je charakteristické, že výkon zaměstnání s sebou nese kromě běžných standardních povinností také významné investice vycházející z vlastní osobnosti (většinou zapálené pro zvolenou činnost), jejichž míra návratnosti se v ideálním případě blíží účinnosti parního stroje. Ve stovkách studií byl dotazník použit u pestré palety profesí, počínaje policisty a konče učiteli a sociálními kurátory. Jak dokládá zcela recentní metaanalýza (4), je dotazník MBI použitelný univerzálně, navíc i transkulturně k porovnání získaných výsledků bez větší distorze jejich váhy a smyslu. Navíc byla nedávno v multicentrické studii jeho výpovědní hodnota ověřena na souboru celkem 54 738 zdravotních sester z osmi zemí (5). Autoři měli drobnou kritickou připomínku, týkající se položek 6. a 16. v tom smyslu, že ze spektra EE zasahují také

do spektra DP, vcelku však dotazník považují za plně validní.

Posun od pouhých příznaků vyčerpání směrem k osobnostním změnám, které klinicky připomínají změny objevující se při posttraumatické poruše (PTSD), má svou paralelu i v biochemických nálezech: zatímco u samotné exhausce není konzistentně shledávána elevace kortizolu, při pozitivních nálezech burnout nebo PTSD ji konstantně nacházíme. Nejčerstvější studií, která tuto skutečnost potvrzuje, je práce německých autorů (6), kteří vyšetřili celkem 279 zdravotních sester jednak pomocí MBI, jednak biochemicky se zaměřením na kolísání koncentrace kortizolu (jako ukazatele hlubších regulačních změn) ve slinách. U osob, které splňovaly dvě kritéria burnout podle Maslachové (n = 18), bylo shledáno zvýšené vylučování kortizolu do slin ve srovnání s osobami, které splňovaly jen jedno z kritérií (n = 77) nebo žádné (n = 188). Na druhé straně sestry, které vykazovaly vysoký stupeň emočního vyčerpání, se nelišily v hodnotách kortizolu od těch, které nereferovaly žádné symptomy exhausce. U osob referujících vyhoření se však nacházejí ještě další významné změny, a to pokles BDNF (7), poukazující na hlubší alteraci mozkových funkcí, odrážejících se jak v emotivitě, tak nesporně i v kognitivní sféře.

Burnout má negativní dopad nejen na samotné postižené oběti (vyšší nemocnost, psychosomatické problémy, vyšší sebevražednost), ale i na osoby svěřené

do jejich péče. Exhausce neoddiskutovatelně ovlivňuje množství i kvalitu požadovaného a předpokládaného výkonu, což zpětnovazebně vyvolává další distress pečujících osob, ztráta zájmu a depersonalizace je spojena s vyšší tendencí riskovat (8) a s horším postojem ke klientům či pacientům (9). Obě uvedené skutečnosti jsou pravděpodobně důvodem, proč u zdravotníků je stále tento problém sledován nejintenzivněji.

Přestože podle některých studií (10) jsou za nejvíce ohrožené považovány sestry intenzivních provozů, patří v riziku vyhoření personál psychiatrických zařízení také na přední místa. A to jak sestry (11, 12), tak lékaři (13). U obou skupin je navíc vysoce zvýšené riziko sebevraždy, zejména v mladším věku (14). K rizikům přítomným u jiných zdravotnických profesí zde přistupují další, zejména pak agresivita pacientů s možností napadání spolupacientů, příbuzných i personálu, naopak v případě autoagrese s možností sebe-vražedného jednání, v lůžkové oblasti jsou to hlavně přeplněné a často funkčně nevyhovující prostory, v interpersonální klinické situaci zatěžující specifická terapeutického vztahu s větší odpovědností za pacienta a ve společenství ostatních zdravotníků jistá izolace, někdy až ostrakizujícího charakteru (13), která nezřídka vyústí v zraňující internalizaci stresových situací. Také osobnostní faktory, které vedou k volbě právě této specializace, mohou sehrát svou negativní roli (15).

SOUBOR A METODY

Vyšetřený soubor tvoří celkem 172 zdravotníků léčebny Horní Beřkovic (14 mužů, 158 žen), kteří v roce 2008

vyplnili dotazník MBI. Ten na pracovištích léčebny během dvou týdnů administrovala a shromáždila MUDr.

Hind Mansour-Musová, zaměstnaná tam jako lékařka. Použitelný, a tedy posléze zpracovaný dotazník odevzdalo celkem 17 lékařů (z 20 = 85 %), 95 SZP – zdravotních sester (ze 170 = 56 %) a 60 NZP – nižších zdravotnických pracovníků (ze 125 = 48 %), celkem pět dotazníků (SZP a NZP) bylo z hodnocení vyřazeno pro nedostatečně vyplněné údaje nebo naprosto nekonzistentní odpovědi.

V zájmu zachování anonymity nebyl požadován přesný údaj o věku, ale jen věkové rozmezí po dekadách (<30, 30-40, 40-50, 50-60 a nad 60 let). Podobně byla podchycena délka praxe (0-5-10-15-20-30-40 a více než 40 let). Hodnoty jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2, údaje o procentech jsou zaokrouhleny na 0,5.

Tabulka 1: Věkové rozložení respondentů

Věk (roky)	Do 30	30-40	40-50	50-60	Nad 60
Počet (n =)	25	48	47	43	9
Údaj v %	14,5	28,0	27,5	25,0	5,0

Tabulka 2: Délka zaměstnání respondentů

Délka praxe (roky)	< 5	5-10	10-15	15-20	20-30	30-40	>40
Počet (n =)	29	26	27	24	27	32	7
Údaj v %	17,0	15,0	15,5	14,0	15,5	18,5	4,0

Jako metoda pro zjišťování míry postižení burnout syndromem byl použit MBI v české verzi (viz příloha) obsahující celkem 22 položek, z nichž devět postihuje příznaky tělesné a emoční exhauce (EE), pět symptomy depersonalizace (DP) a osm zachycuje (naopak reverzně ve vztahu k předchozím dvěma) míru pracovního uspokojení (PA). Na každou položku dotazníku je možné odpovídat na Likertově škále od nuly do sedmi,

příčemž nula představuje odpověď „nikdy“, zatímco sedmička odpověď „stále“ nebo „velmi silně“. Na škále EE je hodnoceno vyčerpání jako mírné při dosažení 17–26 bodů a vyhoření při dosažení 27 bodů a více. Na škále DP jsou analogicky uváděny hodnoty 7–12 jako mírný stupeň a 13 či více jako vyhoření, zatímco u škály PA je jako vyhoření hodnoceno dosažení méně než 31 bodů a za mírný stupeň poškození rozmezí 38 až 32 bodů.

VÝSLEDKY

U každé osoby zařazené do studie byly všechny odpovědi na kompletně vyplněný dotazník MBI spolu s údajem o pohlaví, věkové kategorii a délce praxe

zařazený do celého souboru a statisticky zpracovány chí-kvadrát testem a analýzou variance ANOVA, jak globálně pro celý soubor, tak odděleně pro

každou profesní podskupinu (MUDr., SZP, NZP) s přihlédnutím k jednotlivým faktorům MBI (EE, DP a PA), věkové kategorii a délce praxe.

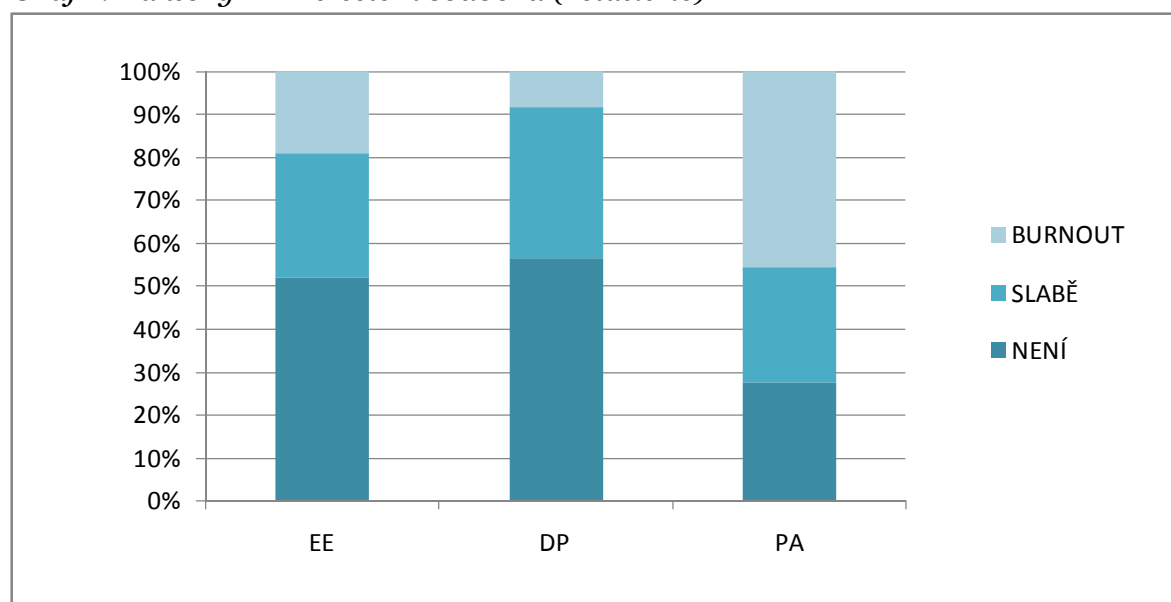
Pokud jde o výsledky celého souboru, je možné je označit jako příznivé, protože v žádném z faktorů MBI nedosahují kritických hodnot (EE; průměr = 16,9, SD = 11,3, DP; průměr 6,5, SD = 4,6, PA; průměr 32,2, SD = 9,3). Není statisticky významný rozdíl mezi pohlavími. Analýza jednotlivých faktorů MBI

ukazuje jejich kvantitativní rozložení ve spektru od absence patologie, přes její částečný výskyt až do úrovně hodnocené jako burnout. Faktor exhauce je v mírné podobě zastoupen u 50 respondentů a na úrovni vyhoření u 32 osob. Faktor depersonalizace je v mírné míře sycen u 61 respondentů a silně u 15 osob a faktor neuspokojení z práce dokonce slabě u 46 a silně u 79 pracovníků. Souhrnně jsou výsledky zachyceny v tabulce 3 a na grafu 1.

Tabulka 3: Faktory MBI v celém souboru

Faktory MBI → Jejich zastoupení ↓		EE	DP	PA
NENÍ	n = % =	90 52 %	96 56 %	47 27 %
MÍRNĚ	n = % =	50 29 %	61 35 %	46 27 %
BURNOUT	n = % =	32 19 %	15 9 %	79 46 %

Graf 1: Faktory MBI v celém souboru (relativně)



Spektrum obtíží zachycené u jednotlivých profesních skupin zaznamenává rozdílné rozložení. Percentuální zastoupení faktorů MBI v pořadí slabé --- střední --- vysoké přináší následující údaje. Exhaustce (EE) lékaři: 47,1 --- 17,6 --- 18,6, SZP: 51,6 --- 32,6 --- 15,8 a pro NZP: 55,0 --- 26,7 --- 18,3. Depersonalizace (DP) lékaři: 17,6 --- 58,8 --- 23,5, SZP: 60,0 --- 33,7 --- 6,3 a NZP: 60,0 --- 31,7 --- 8,3. Pracovní

uspokojení, resp. jeho nedostatek (PA) lékaři: 29,4 --- 52,9 --- 12,6, SZP: 30,3 --- 23,2 --- 46,3, NZP: 21,7 --- 25,0 --- 53,3. Rozdíl mezi PA lékařů versus PA sester i NZP je na pětiprocentní hladině významnosti, rozdíl v depersonalizaci mezi stejnými skupinami dokonce na dvouprocentní hladině významnosti. Výsledky jsou zachyceny v tabulce 4–6 a na grafu č. 2.

Tabulka 4

Výsledky MBI u jednotlivých profesních skupin (I.)

MUDr (N=17)

ZASTOUPENÍ V % → DIMENZE ↓	NÍZKÁ	STŘEDNÍ	VYSOKÁ
VYČERPÁNÍ	47,1	17,6	18,6
DEPERSONALIZACE	17,6	58,8	23,5
PRACOVNÍ USPOKOJENÍ	29,4	52,9	17,6

Tabulka 5

Výsledky MBI u jednotlivých profesních skupin (II.)

SZP (N=95)

ZASTOUPENÍ V % → DIMENZE ↓	NÍZKÁ	STŘEDNÍ	VYSOKÁ
VYČERPÁNÍ	51,6	32,6	15,8
DEPERSONALIZACE	60,0	33,7	6,3
PRACOVNÍ USPOKOJENÍ	30,5	23,2	46,3

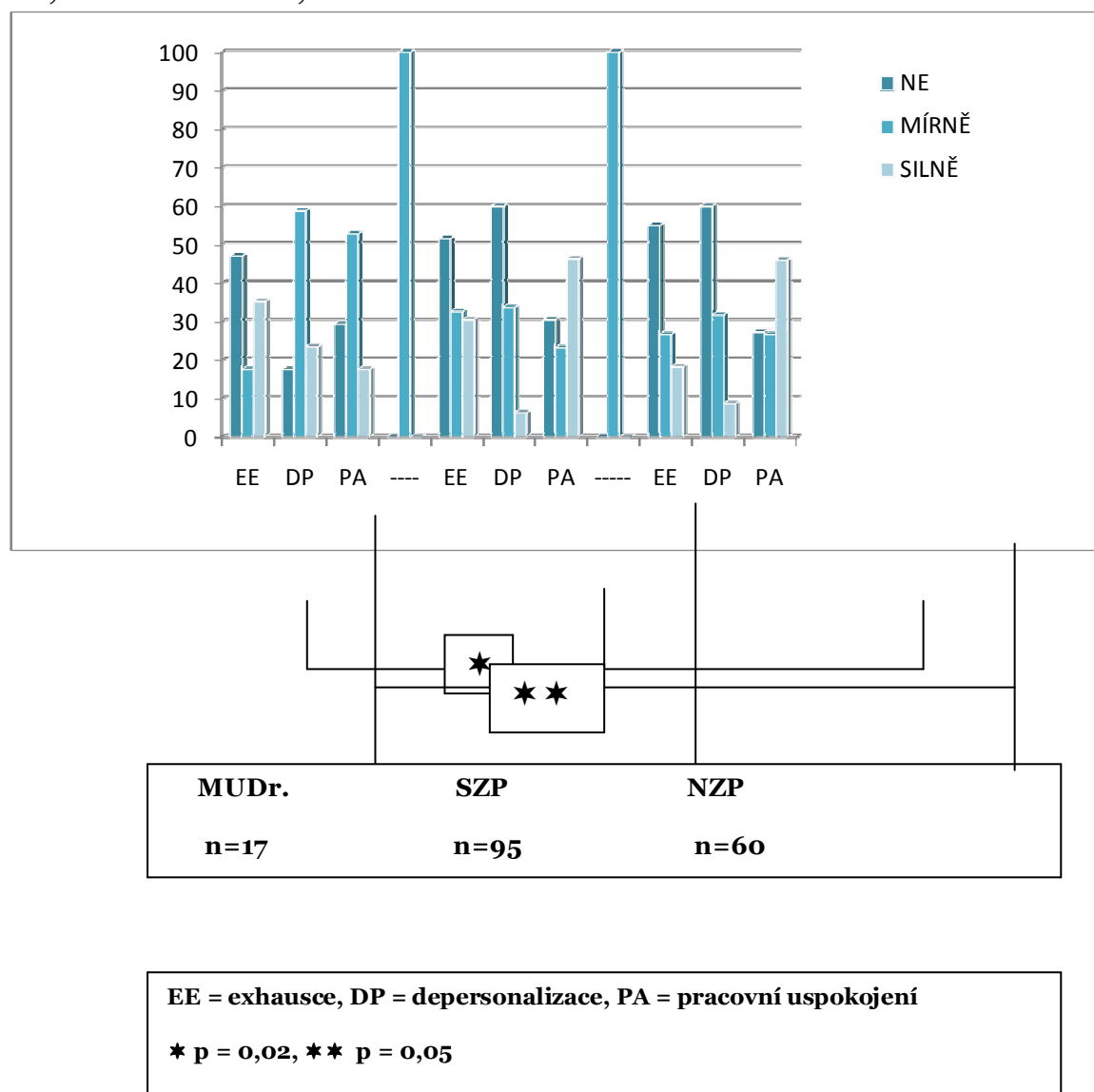
Tabulka 6

Výsledky MBI u jednotlivých profesních skupin (III.)

NZP (N=60)

ZASTOUPENÍ V % → DIMENZE ↓	NÍZKÁ	STŘEDNÍ	VYSOKÁ
VYČERPÁNÍ	55,0	26,7	18,3
DEPERSONALIZACE	60,0	31,7	8,3
PRACOVNÍ USPOKOJENÍ	21,7	25,0	53,3

Graf 2
EE, DP a PA u lékařů, SZP a NZP



Věkové rozložení nehraje žádnou roli ve vztahu k faktorům MBI, s výjimkou jediného výsledku, a to pracovního uspokojení, které je na jednoprocenní hladině významnosti vyšší u kategorie nad šedesát let ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi (PA 39,8 vs. 33,0; 32,8; 30,7; 31,2 a průměru 32,2). Délka

praxe nehraje roli u faktoru EE, u zbývajících dvou (DP a PA) se významně (v obou případech p = 0,05) hůře cítí respondenti s kratší praxí, v prvním případě do 30, ve druhém do 40 let praxe ve srovnání s respondenty nad tímto časovým limitem. Výsledky jsou přehledně uvedeny v tabulce 7.

Tabulka 7

Délka praxe a DP a PA

Roky MBI ↓	→	<5	-10	-15	-20	-30	-40	>40	průměr
DP		8,2	6,6	6,3	6,7	8,2	<u>3,8</u>	<u>3,9</u>	6,5
PA		28,5	31,2	31,3	34,0	31,2	34,5	<u>42,7</u>	32,2

3,8; 3,9; 42,7; p = 0,05

DISKUSE

V psychiatrické léčebně Horní Beřkovice bylo pomocí dotazníku MBI vyšetřeno celkem 172 klinických pracovníků a pracovníků – lékařů, SZP a NZP, což představuje 55 % ze všech zaměstnanců pracujících v klinických provozech. Sběr všech dat proběhl v dvoutýdenním období. Tento vzorek je možné považovat za plně dostačující pro výpovědní hodnotu získaných výsledků.

Nejběžnějšími metodami k měření míry burnout syndromu jsou dva celosvětově používané dotazníky: Maslach Burnout Inventory - MBI obsahující 22 položek a Burnout Measure - BM s 21 položkami (16). Podle této srovnávací studie však je BM spíše mírou celkové ne/pohody, než mírou několikadimenzionální symptomatologie vyhoření. Dotazník MBI byl zvolen jako výhodnější z obou možností pro přednosti zmíněné již v úvodu. Švédští badatelé Holmqvist a Janneau uskutečnili sledování 510 zaměstnanců 28 psychiatrických zařízení využívající jak MBI tak BM (17) konstatují, že MB měří s výjimkou dvou položek pouze exhausci a emoční vyčerpání a významné faktory DP a PA prakticky vynechává. Podle Kumara (13) navíc nemá žádný vztah k pracovní oblasti.

Obrátíme-li pozornost k získaným údajům, lze říci, že při hodnocení celkového vzorku, stejně jako jednotlivých profes-

ních kategorií, jsou výsledky vcelku příznivé (dá-li se vůbec o takovém hodnocení mluvit i tehdy, že je zachycen jen jediný případ vyhoření!), porovnáme-li je s jinými publikovanými studiemi. Vysoký stupeň exhausce (EE), hodnocený jako vyhoření, nacházíme u 16,9 % celého souboru, z toho u lékařů v 18,6 %, u SZP v 15,8 a u NZP v 18,3 % depersonalizaci u 9 % (lékaři – 23,5 %, SZP – 6,3 % a NZP – 8,3 %) a kritickou míru pracovního neuspokojení celkově ve 46 % (lékaři – 17,6 %, SZP – 46,3 % a NZP – 53,3 %). Pro srovnání lze uvést studii skotských autorů (18), která u 510 zdravotních sester psychiatrických zařízení zjistila EE ve 41,9 %, DP v 16,4 % a kritické hodnoty PA ve 25,6 %. Již citovaná studie Holmqvista a Jeanneau konstatuje EE u 18,2 % personálu sledovaného vzorku.

Rozložení EE v našem souboru má sice s klesající úrovní dosaženého vzdělání také klesající trend, významně se však mezi jednotlivými profesními skupinami neliší, a ani věk či délka praxe nemají na exhausci žádný podstatný vliv. Podobné závěry přináší i rakouská studie z JIP (19), která sice konstatovala u 34,5 % ze 183 sledovaných riziko vyhoření a u 6 % plně vyjádřený burnout syndrom, nenašla však žádné rozdíly v postižení mezi lékaři a sestrami. Nejspíš ale bude

situace pro každé pracoviště specifická; práce z italských dialyzačních středisek (20) nenašla žádný rozdíl mezi lékaři a sestrami, pokud jde o celkovou míru vyhoření, našla však významné rozdíly, pokud jde o EE, která se projevuje více u sester. Naopak studie z Nového Zélandu (21) zjišťuje vysokou míru exhausce téměř u dvou třetin sledovaných psychiatrů a u téhož počtu také významné snížení osobního uspokojení, zatímco depersonalizace se u tohoto souboru nejevila jako významnější problém. Italská studie (21) zjišťující burnout u lékařů a sester komunitních center konstatuje vyšší míru exhausce a depersonalizace u lékařů než u SZP, přičemž míra uspokojení a ztotožnění s profesionální rolí jsou u obou skupin stejné. Personál vykazoval pozitivní postoje k pacientům a nevnímal je jako zdroj stresu, kterým naopak byly mezilidské konflikty v týmu významně predikující vyhoření.

Depersonalizace je považována za jádrový symptom syndromu vyhoření. Jak již bylo zmíněno, některými charakteristikami se podobá PTSD, s níž sdílí v biochemických nálezech také pokles BDNF (22). Lourel a Gueguen v již citované metaanalýze (4) docházejí k závěru, že vyšší skóry DP korelují pozitivně se stupněm exhausce a negativně se stupněm PA, tedy že DP predikuje přítomnost dalších symptomů burnout, kteroužto predikční sílu zbývající symptomové faktory nemají. V našem souboru je nejvýraznější zastoupení DP u lékařů, významně vyšší než u SZP a NZP ($p = 0,02$), které vykazují tento faktor v nepodstatné míře. Další zajímavou okolností u tohoto symptomového okruhu je skutečnost, že jeho zastoupení s vyšším věkem a delší dobou praxe klesá, a to rovněž významně od 30let výše na pětiprocentní hladině. Toto pozorování je v souladu s několika

dalšími studii. Peisah se spolupracovníky (23) zjišťovali burnout a úroveň sociálního distresu celkem u 158 lékařů a zjistili, že starší lékaři s delší klinickou zkušeností mají signifikantně nižší skóry BMI, zejména ve škálách EE a DP, a také prožívají menší emoční distres. Sami to přičítají „lekci, kterou získali zkušeností“. Autoři doporučují postupy, které by umožnily předat tuto zkušenost mladším generacím, jež jsou naopak značně vulnerabilní vůči pracovnímu stresu, vykazují více příznaků EE a DP a méně pracovního uspokojení. Muži tyto skutečnosti prožívají a tolerují hůře než ženy a psychiatři v této neblahé soutěži zauímají první místo (pro zajímavost: nejméně DP a nejvíce pracovního uspokojení vykazují gynekologové). Bowers se spolupracovníky (24) hodnotí morálku personálu jako inverzní odraz míry burnout měřené pomocí MBI, zejména pak faktoru DP. V souboru celkem 1525 převážně kvalifikovaných sester a dalších středně zdravotnických pracovníků ze 136 akutních psychiatrických oddělení při dosažení průměrných hodnot $EE=18,05$, $DP=5,55$ a $PA=35,77$ považuje výsledky za velmi dobré a v té souvislosti morálku personálu za vysokou.

Kumar ve svém přehledu (13) uvádí zajímavý paradox: zatímco u naprosté většiny pomáhajících profesí s délkou praxe klesá pracovní uspokojení, tato souvislost se překvapivě u psychiatrů neprokazuje. Navzdory často frustrujícím a depresogenním zkušenostem a někdy i narůstajícímu vyčerpání, psychiatry jejich práce těší a baví, jak dokládají studie provedené v posledních 20 letech doslova na celém světě (25). Také v našem souboru nacházíme výrazně vyšší PA u starších respondentů, jak ve vztahu k mladším osobám, tak u lékařů ve vztahu k SZP a NZP. U těch

naopak neuspokojení z práce převažuje a je dominantní složkou celého komplexu burnout. Jenkins a Eliot (26) zjišťují, že nekvalifikované sestry (NZP) mají více problémů než sestry kvalifikované (SZP). Přestože náš soubor obsahuje dostatečné množství respondentů z obou skupin, tento rozdíl jsme neshledali.

Otázka, která nebyla položena při koncipování studie, která by však v diskusi neměla být opomenuta, je osobní vklad do zvládnutí nebo podlehnutí burnout. Pokud jde o psychiatry, existují studie dokládající, že zástupci této profesní skupiny se v osobnostních charakteristikách liší od ostatních lékařů. Deary a spol. (27) prokazují, že psychiatři sice mají menší objektivní pracovní zátěž než lékaři jiných specializací ($p < 0,001$), ale pokud jde o osobnostní vlastnosti, významně se liší od praktických lékařů i chirurgů. Vykazují vyšší neuroticismus ($p = 0,009$), větší míru otevřenosti ($p = 0,003$) a souhlasu s okolím ($p = 0,002$) a nižší míru pečlivosti ($p = 0,04$). Referují větší emoční vyčerpání z práce ($p = 0,03$) a deprese ($p = 0,02$), přičemž si nestěžují na větší stresovou pracovní zátěž ve srovnání s ostatními specialisty. Autoři soudí, že tato profesní skupina, nebo alespoň její značná část, má větší dispozici k prožívání negativních emocí.

Také některé osobnostní vlastnosti sester předurčují k vyhoření. Podle japonské studie (28) je to především vysoký neuroticismus, nízká extroverze a nevýhodný coping. Podle polské badatelky Ogińskiej (29) je jedním z nepříznivých faktorů osobnost D-typu, která percipuje pracovní prostředí jako stresovější, než ve skutečnosti je.

Přestože edinburský tým profesora Richardse (30) v rozsáhlé metaanalýze celkem 34 prací týkajících se burnout syndromu podrobil sledované studie tvrdé kritice s odůvodněním, že jsou nekvalitní, protože sledují většinou příliš malý vzorek a uvádějí nestandardní data týkající se prevalence, a proto zjišťují relativně nízké údaje o skutečně existujícím vyhoření, máme za to, že naše zjištění lze považovat za věrohodná a že určité srovnání možné je. Přibližně ve stejnou dobu, co proběhl sběr našich dat, publikovala Orzechowska se spolupracovnicí (31) výsledky svého průzkumu u personálu jednotek intenzivní péče v Lodži. Bez uvádění dalších detailů necháváme čtenáři pro srovnání tabulkově a grafické zpracování jejích výsledků a výsledků z Horních Beřkovic jako optimistickou informaci o stavu tamního personálu.

Tabulka 8

Orzechowska: Burnout u pracovníků JIP v Lodži sestry (n=53)

ZASTOUPENÍ V % DIMENZE ↓	→ NÍZKÁ	STŘEDNÍ	VYSOKÁ
VYČERPÁNÍ	17,0	34,0	49,0
DEPERSONALIZACE	9,4	26,2	64,2
PRACOVNÍ USPOKOJENÍ	17,0	17,0	66,0

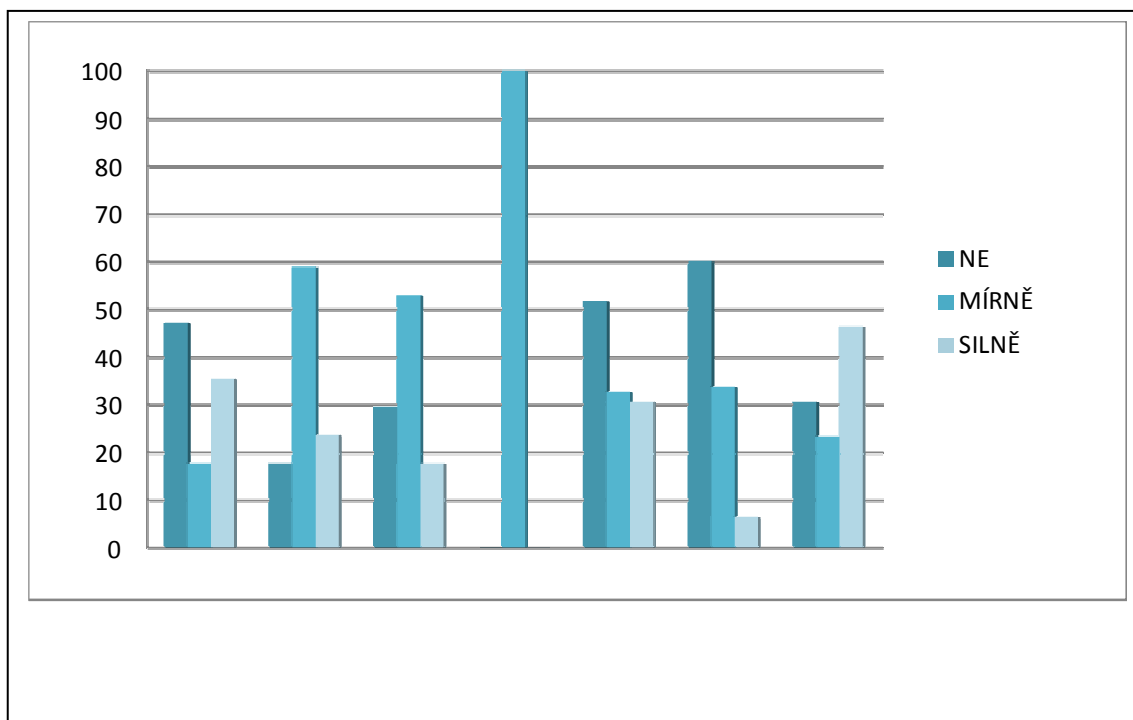
lékaři (n=55)

Tabulka 9

ZASTOUPENÍ V % → DIMENZE ↓	NÍZKÁ	STŘEDNÍ	VYSOKÁ
VYČERPÁNÍ	16,4	61,8	21,8
DEPERSONALIZACE	9,1	29,1	61,8
PRACOVNÍ USPOKOJENÍ	66,0	17,0	17,0

Graf 3

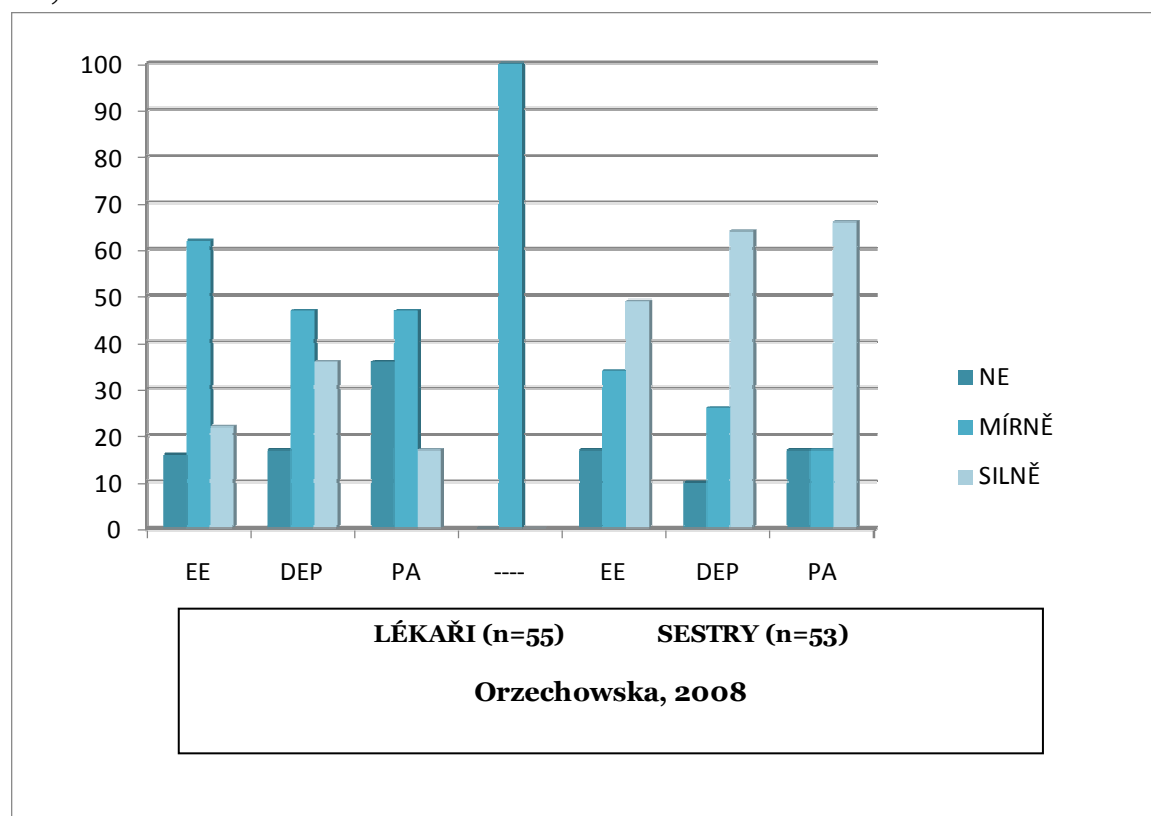
EE, DP a PA u lékařů a SZP – Horní Beřkovice



LÉKAŘI (n=17) SESTRY (n=95)

Horní Beřkovice, 2008

Graf 4
EE, DP a PA – JIP Lodž



ZÁVĚRY

Sledování míry burnout u pracovníků (lékařů, SZP a NZP) psychiatrické léčebny v Horních Beřkovicích provedené v roce 2008 přineslo vcelku příznivé výsledky. Míra vyhoření se pohybuje pod hranicí většiny literárně uváděných údajů, nebo odpovídá míře hodnocené jako „velmi dobrá“, což současně svědčí o dobrém morálním stavu personálu. Lékaři vykazali na

jedné straně významně více depersonalizace než SZP a NZP ($p=0,02$), na straně druhé ale signifikantně větší pracovní uspokojení než obě zmíněné skupiny. Analýza věku a délky praxe ukázala, že nejvíce jsou ohroženi mladší pracovníci s kratší praxí, zatímco jako protektivní se jeví věk nad 60 let a praxe delší než 30 let.

PŘÍLOHA 1: MASLACH BURNOUT INVENTORY

(sloupec za pořadovým číslem uvádí měřený faktor: EE, DP, PA)

1	EE	Práce mne citově vysává
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
8	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji.
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
12	PA	Mám stále hodně energie
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
15	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19	PA	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy



Literatura

1. Freudenberger H. J.: *Staff burn-out. J. Soc. Issues*, 30, 1974, s. 159–165
2. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P.: *Job burnout. Annu Rev Psychol*, 2001; 52, 397–422
3. Maslach C., Jackson S. E. (1986), *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd ed., Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
4. Lourel M., Gueguen N.: *A meta-analysis of job burnout using the MBI scale. Encephale*, 2007 Dec;33(6), 947–953
5. Poghosyan L., Aiken L. H., Sloane D. M.: *Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. Int J Nurs Stud*, 2009 Apr 9. Epub ahead of print
6. Wingefeld K., Schulz M., Damkroeger A., et al: *Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. Psychoneuroendocrinology*, 2009 Mar 23. (Epub ahead of print)
7. Onen Sertoz O., Tolka Binbay I., Koylu E. et al.: *The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2008;32(6), 1459–1465

8. Gershon RR, Lin S, Li X: Work stress in aging police officers. *J. Occup. Environ. Med.*, 2002;44(2), 160–167
9. Di Iorio B., Cillo N., Cucciniello E., Bellizzi V.: Burn-out in the dialysis unit. *J. Nephrol*, 2008; 21(Suppl. 13), S158–S162
10. M, Damkröger A, Heins C, et al.: Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16(3), 225–233
11. Angermeyer M. C., Bull N., Bernet S. et al.: Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006; 20(4), 158–165
12. Pompili M., Rinaldi G., Lester D. et al.: Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006; 20(3), 135–143
13. Kumar S: Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 2007;6(3):186–189
14. van der Heijden F., Dilling H., Bakker A., Prins J.: Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*, 2008; 12(4), 344–346
15. Kumar S., Hatcher S., Huggard P.: Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int. J. Psychiatry Med.*, 2005; 35, 405–416
16. Enzmann D., Schaufeli W. B., Janssen P., Rozeman A.: Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *JOOP*, 1998; 71(4), 331–351
17. Holmqvist R., Jeanneau M.: Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res*. 2006 Dec 7; 145(2–3), 207–213
18. Kilfedder C. J., Power K. G., Wells T. J.: Burnout in psychiatric nursing. *J. Adv. Nurs*. 2001 May; 34(3), 383–396
19. Lederer W., Kinzl J. F., Traweger C. et al.: Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesthes Intensive Care*, 2008; 36(2), 208–213
20. Argentero P., Dell'Olivo B., Ferretti M. S.: Staff burnout and patients satisfaction with the quality of dialysis care. *Am. J. Kidney Dis*, 2008; 51(1), 80–92
21. Kumar S., Fischer J., Robinson E. et al.: Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry*. 2007 Jul; 53(4), 306–316
22. Galeazzi G. M., Delmonte S., Fakhoury W., Priebe S.: Morale of mental health professionals in Community Mental Health Services of a Northern Italian Province. *Epidemiol. Psychiatr. Soc*. 2004 Jul-Sep; 13(3), 191–197
22. Dell'Osso L., Carmassi C., Del Debbio A. et al.: Brain-derived neurotrophic factor plasma levels in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Progr Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 2009. May. doi:10.1016/j.pnpbp.2009.04

23. Peisah C., Latif E., Wilhelm K., Williams B.: *Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors.* *Aging Ment Health.* 2009 Mar; 13(2), 300–307
24. Bowers L., Allan T., Simpson A. et al.: *Morale is high in acute inpatient psychiatry.* *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* 2009; 44(1), 39–46
25. Prins J. T., Hoekstra-Weebers J. E., van de Wiel H. B. et al.: *Burnout among Dutch medical residents.* *Int J Behav Med.* 2007; 14(3), 119–125
26. Jenkins R., Elliott P.: *Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings.* *J. Adv. Nurs.,* 2004; 48(6), 622–631
27. Deary I. J., Agius R. M., Sadler A.: *Personality and stress in consultant psychiatrists.* *Int. J. Soc. Psychiatry.* 1996; 42(2), 112–123
28. Shimizutani M., Odagiri Y., Ohya Y.: *Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors.* *Ind Health.* 2008 Aug; 46(4), 326–335
29. Ogińska-Bulik N.: *Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality.* *Int J Occup Med Environ Health.* 2006; 19(2), 113–122
30. Richards D. A., Bee P., Barkham M. et al.: *The prevalence of nursing staff stress on adult acute psychiatric in-patient wards. A systematic review.* *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Jan; 41(1), 34–43
31. Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R. et al.: *The burnout syndrome among doctors and nurses.* *Pol Merkur Lekarski,* 2008; 25(150), 507–509

Seznam použitých zkratk:

BDNF – Brain-derived neurotrophic factor,

DP – depersonalizace, EE – emoční exhausce, JIP – jednotka intenzivní péče, MBI – Maslach Burnout Inventory,

NZP – nižší zdravotnický personál, PA – Personal accomplishment, PTSD – Post-traumatic stress disorder, SZP – střední zdravotnický personál

Poděkování: Na tomto místě chci poděkovat zejména všem pracovnícím a pracovníkům léčebny Horní Beřkovic, kteří se zúčastnili studie, vedení této léčebny za umožnění provést výzkum a svolení k publikaci jeho výsledků, kolegyni MUDr. Hind Mansour-Musové za sběr dat, Mgr. Jeleně Skibové z IKEM za statistické zpracování výsledků a recenzentům za cenné připomínky k textu.

Možný střet zájmů a etických principů: není

Adresa autora: radkinh@seznam.cz

Došlo do redakce: 5. února 2009

Upraveno a doplněno: 25. března 2009

Přijato k tisku: 3. května 2009



Z PRAXE

Vladislav Chvála

DVACETILETÁ ZKUŠENOST S LÉČBOU PACIENTŮ S PSYCHOSOMATICKOU PORUCHOU VE STŘEDISKU KOMPLEXNÍ TERAPIE V LIBERCI

*THE 20-YEAR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF THE PATIENS
SUFFERING FROM PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN THE CENTER OF
COMPLEX THERAPY IN LIBEREC*

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, vedoucí lékař MUDr.
V. Chvála

SOUHRN:

V.Chvála: **Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve Středisku komplexní terapie v Liberci.** PSYCHOSOM, 2009;7(2):93-103

Pacienti, kteří nevědomky somatizují své psychosociální problémy, spotřebovávají až 9x více nákladů na léčbu v běžně organizovaném zdravotnictví. Tyto náklady lze redukovat, pokud jsou ošetřováni na specializovaném pracovišti týmem lékařů a psychoterapeutů. Takové pracoviště je v České republice vzácností. Již dvacet let zde funguje Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Ošetřili jsme přes 20 000 pacientů s nejrůznějšími chronickými symptomy včetně poruch chování. Na pracovišti se kombinují zkušenosti somatické medicíny, psychoterapie nejrůznějších škol, akupunktury, homeopatie a rehabilitace. Svýchodou používáme rodinnou systemickou terapii a koncept krátké terapie. Někteří pacienti však jsou v dlouhodobější individuální nebo skupinové terapii. Zde předkládáme základní údaje o pacientech ošetřovaných v letech 1997 do roku 2008, tedy 15341 případů. Jen u 15% z nich bylo použito medikace, převážná část složitých případů byla řešena psychoterapií nebo kombinací psychoterapie s medikací, s rehabilitací nebo akupunkturou. Stabilita týmu a trvající zájem pacientů o léčbu tohoto typu svědčí o úspěšnosti tohoto konceptu. V dalších sděleních se zaměříme na jednotlivé případy nebo skupiny z tohoto rozsáhlého souboru.

Klíčová slova: psychosomatika, somatizace, psychoterapie, rodinná terapie, tým, akupunktura

SUMMARY:

V.Chvála: **The 20-year experience in the treatment of the patients suffering from psychosomatic disorders in the Center of Complex Therapy in Liberec.** PSYCHOSOM, 2009;7(2):93-103

Patients who unintentionally somatise their psychosocial problems, consume 9 x more of the cost of treatment in commonly organized health service. These costs can be reduced if these patients are treated by a specialized team of physicians and psychotherapists. Such a workplace is rare in the Czech Republic. The Center of Complex Therapy of Psychosomatic Disorders has been running for 20 years in Liberec. We have treated over 20 000 patients with various chronic symptoms, including behavioral disorders. We combine the work experience of somatic medicine, psychotherapy of various schools, acupuncture, homeopathy and physiotherapy. With the advantage we use systemic family therapy and the concept of short therapy. However, some patients are in long-term individual or group therapy. Here we are presenting the basic information on patients treated from 1997 to 2008, i.e. 15 341 cases. Only 15% of them used medications, major part of complicated cases was dealt with psychotherapy or with the combination of psychotherapy and medication, rehabilitation or acupuncture. The stability of the team and patients' continuing interest in the treatment of this type show the success of this concept. In other communications we will focus on the individual cases or groups from this large file.

Keywords: psychosomatics, somatisation, psychotherapy, family therapy, team, acupuncture

ÚVOD

Když v r. 1977 přijalo WHO Engelův bio-psycho-sociální model nemoci a nahradilo jím celou pestrou a v té době již nepřehlednou oblast psychosomatické medicíny, nebylo jasné, jak obtížné bude zavést ho do běžné, převážně biologicky orientované medicínské praxe. Zvláště u nás, kde materialismus devatenáctého století vydal své plody v podobě naivní ideologie vědeckého komunismu a většina psycho- a socio- věd byla označena za pavědu. Na lékařských fakultách bylo možné se sice s pojmem bio-psycho-sociální model setkat, ale to bylo tak všechno. Přesto už během 80. let dvacátého století probíhaly i v tehdejší Československu výzkumy navazující na dřívější práce Raheho,

Holmese a dalších, které mapovaly situaci pacientů chronicky stonajících somatoformní poruchou s nerozpoznanou psychickou či sociální komponentou v ordinacích praktických lékařů (Rahe, 1975), (Holmes, 1978). S výsledky jsme se setkávali na odborných fórech, např. v Kroměříži na konferencích sociální psychiatrie během 80 let. Ukazovaly, že až 20 % pacientů, stoná tak, že jim pouhou biologicky orientovanou praxí nelze pomoci. Autoři navrhovali zavést zvláštní školení minimálně pro praktické lékaře, aby si rozšířili erudici také v psychologické a sociální oblasti a stali se tak v léčbě i těchto 20% pacientů kompetentnější (Baudiš P., 1986). K realizaci v rozkládajícím se státě na konci 80. let

už nedošlo. V Německu podobné zkušenosti vedly k prosazení široce pojatého vzdělávání lékařů v psychosociální oblasti v rámci tzv. základní psychosomatické péče na úrovni atestačního oboru, o který mohou dodnes němečtí lékaři specialisté zvyšovat svou erudici (Tress, 2004, str. 23–33). Hlavním argumentem přitom byla ekonomika. Ukázalo se totiž, že tito pacienti spotřebovávají v průměru až 9× více prostředků na zdravotní péči než ostatní (Smith, 1991). Izraelští výzkumníci doporučovali pro tuto populaci pacientů především se

somatoformní poruchou vytvářet specializovaná pracoviště s malými týmy, složenými z lékařů a odborníků z psychosociální oblasti. Zde se náklady redukuje až na jednu čtvrtinu (Matalon, 2002). Takové pracoviště vzniklo také v Liberci už v r. 1989. Je tomu tedy právě dvacet let. Podívejme se na zkušenosti s vedením takového multidisciplinárního týmu v našich podmínkách. Zdaleka nešlo jen o integraci psychosociálních znalostí do medicíny, ale také o integraci různých typů psychoterapie a psychoterapeutických škol.

PRACOVISŤE PODLE PACIENTA

Už od poloviny osmdesátých let, kam sahají začátky projektu, byl tým SKT Liberec vším jiným než jen pouhým standardním zdravotnickým personálem. Máme-li pochopit, jak pracoviště funguje v rámci stávajícího zdravotnického systému, je třeba si připomenout některá fakta z doby začátků. Tým není totiž pevně daná realita, je to spíš proces růstu, zrání a případně zániku komunikace mezi odborníky různých profesí. Nápad založit zdravotnické zařízení nového typu vznikl v diskusích mezi lékaři, psychology/terapeuty a sociologem v tehdejší manželské poradně v Liberci o okolnostech lidského stonání, potíží s partnery, dětmi a rodiči nebo dalších trablů, které se jednotlivě objevovaly tu v ordinaci gynekologa, praktického lékaře nebo v manželské poradně. Pokaždé lidé (pacienti-klienti) ukazovali jinou část své reality. Teprve když jsme si udělali na sebe navzájem čas (a je třeba říci, že nás to bavilo), začali jsme si ukazovat, jak různé reality skrze nástroje svých odborností můžeme pozorovat z reality jediného člověka a jeho rodiny. Většinová medicína

organizovaná v Okresních ústavech národního zdraví se takovými maličkostmi nezabývala, v odborných společnostech postupně zanikly zbytky povědomí o psychosomatických souvislostech a úkol zvládnout dobře jeden obor (třeba gynekologii a porodnictví) byl brzy vyčerpán. Tak nám nezbylo, než hledat cesty na vlastní pěst. Mezioborová diskuse jednou otevřená nebrala konce. My lékaři jsme se dozvídali více o psychice, o sociologii, o sociálním konstrukcionismu, systemické teorii, teorii chaosu, kybernetice, synergetice a jejích disipativních strukturách, o teorii změny podle Prigogina a Stengersové, o psychoterapii a rodinné terapii. Téměř undergroundová kultura psychohraputických výcviků skýtala prostor k osobnímu růstu a nabízela hledání a nalézání souvislostí. Na celostátních setkáních třeba na konferencích sociální psychiatrie v Kroměříži jsme se inspirovali a posilovali díky dalším kolegům a tak postupně vyvrátila představa, že chronicky stonajícím pacientům, kteří po všech peripetiích skončí v ordinaci praktického lékaře, by

bylo ještě možno pomoci, pokud vezmeme v úvahu kromě biologické také psychickou a sociální část jejich reality. Jenže tomu nebránila jen tradiční struktura zavedené medicínské praxe, ale nakonec i sami pacienti, kteří se stylizují podle toho, s kým a v jakém prostředí jednají; jinak vystupují u gynekologa, jinak u praktického lékaře a zcela jinak u psychologa. Sami vybírají z reality to, co považují za vhodné pro toho či onoho odborníka. Nešlo tedy jen o to, jak jinak se ptát, ale také jak vytvořit prostředí, které by předem co nejméně selektovalo určitou část jejich reality k prezentaci v rozhovoru.

Navrhli jsme proto pracoviště s názvem Středisko komplexní terapie, což se zdálo být natolik nic neříkající o konkrétním druhu léčby nebo o medicínském oboru, že by pacient mohl zůstat otevřen všem možnostem až do prvního setkání. Byli jsme si jisti, že takové pracoviště nemůže být na půdě polikliniky nebo nemocnice, protože už jen samo toto zdravotnické prostředí vede k zvláštnímu nastavení pacientů – obvykle na pasivní konzumování péče.

Chvíli jsme hledali, kam v existující struktuře zdravotnických služeb pracoviště umístit, a protože jsme nenašli žádnou vstřícnost u psychiatrů, obrátili jsme se na odborníka pro všeobecné lékařství a nabídli mu náš projekt zřídit v rámci okresní sítě prvního kontaktu odborné pracoviště s týmem lékařů a psychologů-

psychoterapeutů. To mělo být k dispozici praktickým lékařům a jejich chronickým pacientům. Těch se odhadovalo podle různých statistik 10–25 % v každé ordinaci. Na takové množství samozřejmě nebyla kapacita plánovaného pracoviště stavěna, ale věděli jsme, a to se později potvrdilo, že zdaleka ne všichni tito pacienti se chtějí léčit otevřeným způsobem nejen biomedicínskou, ale také psychoterapeutickou cestou. Měli jsme za to, že i kdybychom pomohli jen části z nich, můžeme tak kolegům praktickým lékařům ulevit. Navíc jsme počítali s tím, že bychom v rámci kazuistických seminářů kolegům mohli ukazovat, co dalšího bylo ještě ve hře v tom či onom případě, a to by mohlo vést k postupnému nárůstu erudice lékařů také v oblasti psychosociálních aspektů stonání. Nekladli jsme si už další podmínky, jen možnost pracovat v týmu a prostory mimo velká zdravotnická zařízení. Štěstí prý přeje připraveným. Nebýt toho, že se během roku 1989 stal hlavním odborníkem pro praktické lékařství ředitel tehdejšího OÚNZ v Liberci, neměl by projekt šanci. Takto však jsme mohli otevřít v září roku 1989. To bylo štěstí, protože už v listopadu přišel velký třesk a my mohli v klidu po řadu let realizovat náš projekt. Mít pracoviště ne podle předpisů, ale podle pacientů. Jen díky tomu jsme mohli udělat zcela neobyčejnou zkušenost s psychosomatickými pacienty, o kterou bychom se nyní po dvaceti letech rádi podělili s ostatními kolegy.

SOUBOR PACIENTŮ

Pracoviště je definováno způsobem stonání pacienta, nikoli oborem. V letech 1989 až 2009 jsme přijali do léčby a ošetřovali takové pacienty, kteří dlouhodobě stonali podivnými, převážně

somatickými symptomy, nebo kteří nereagovali standardně u dobře definovaného onemocnění jakéhokoli oboru na běžnou léčbu (astma, kožní alergie, diabetes, kardiovaskulární potíže

a nemoci, symptomy GIT, poruchy příjmu potravy, bolesti a poruchy pohybového aparátu, gynekologicko-urologické nemoci, neurologické symptomy jako bolesti hlavy, záhadné parézy, záchvatovitá onemocnění jako epilepsie, poúrazové a pooperační stavy atd.) Podmínkou je dostatečně dobré vyšetření symptomů v rámci odborných ordinací a doporučení lékaře. Věk ani pohlaví pacienta nejsou rozhodující, rozhodující je jeho zájem se léčit. Pasivní postoj nebo jen strpění léčby na přání lékaře nebo rodičů nejsou dobrými předpoklady naší léčby. Ani věk ani pohlaví nebyly rozhodující.

Původní tým tří somatických lékařů a tří psychologů/psychoterapeutů se brzy rozrostl o fyzioterapeuta, protože jsme ho pro pacienty potřebovali. A kdybychom mohli v této tendenci pokračovat, kdybychom mohli tým tvarovat výhradně podle potřeb pacientů, byli bychom potřebovali i další profese, ve zdravotnictví málo obvyklé, jako muzikanty, herce, sportovní trenéry. Později, když vznikly pojišťovny, bylo třeba se naopak přizpůsobovat vznikajícím předpisům. Museli jsme se registrovat jako nestátní zdravotnické pracoviště, pro které se jen obtížně hledaly kolonky. Kdybychom měli vyhovět všem platným předpisům, buď bychom museli zúžit klientelu na úroveň jednoho či dvou oborů (gynekologie, klinická psychologie), nebo by muselo pracoviště mít tolik různých odborníků, aby pokryli spektrum ošetřovaných symptomů. Přestože by to prakticky znamenalo změnit se v malou polikliniku, zvažovali jsme i tuto cestu. V polovině devadesátých let jsme pro to získali řadu odborníků, vedle gynekologa a sexuologa zde byl neurolog a rehabilitační lékař, psychiatr, pediatr, měli jsme také svého onkologa a řešili jsme i komplikované onkologické

případy z hlediska psychosociálních aspektů. Tento trend se ale brzy ukázal jako zcela nevhodný, tak velký tým produkoval chaotické chování, nebylo možné se nad případy sejít a probrat je. Nakonec se na pracovišti stabilizovaly čtyři obory s celkovým počtem 6,5 pracovních úvazků, o které se dělilo kolem 10 lidí. Je zde sexuolog/psychoterapeut, psychiatr/psychoterapeut, psycholog/psychoterapeut a rehabilitační vysokoškolák (obvykle z FTVS). Akupunktura, která byla součástí pracoviště od samého začátku, tvořila zde stále menší část. Stávající zdravotnický systém se tak projevil jako zcela nevhodné prostředí pro psychosomatické týmy, předpisy takovou práci téměř neumožňují. Díky vytrvalosti a nakonec i podpoře mnoha lékařů jsme mohli plně rozvinout naši práci. Výsledkem je soubor pacientů, který předkládáme v následujících přehledných datech. Spolehlivé údaje máme od roku 1997, kdy jsme přešli na program Amicus© firmy DialogMis. Do té doby jsme rozvíjeli vlastní multimodulární registrační počítačový systém KOTE© pro psychosomatická pracoviště, který natolik předběhl svou dobu, že jej nebylo možno v proměnlivém prostředí pojišťovnického výkaznictví jako originál dále rozvíjet.²

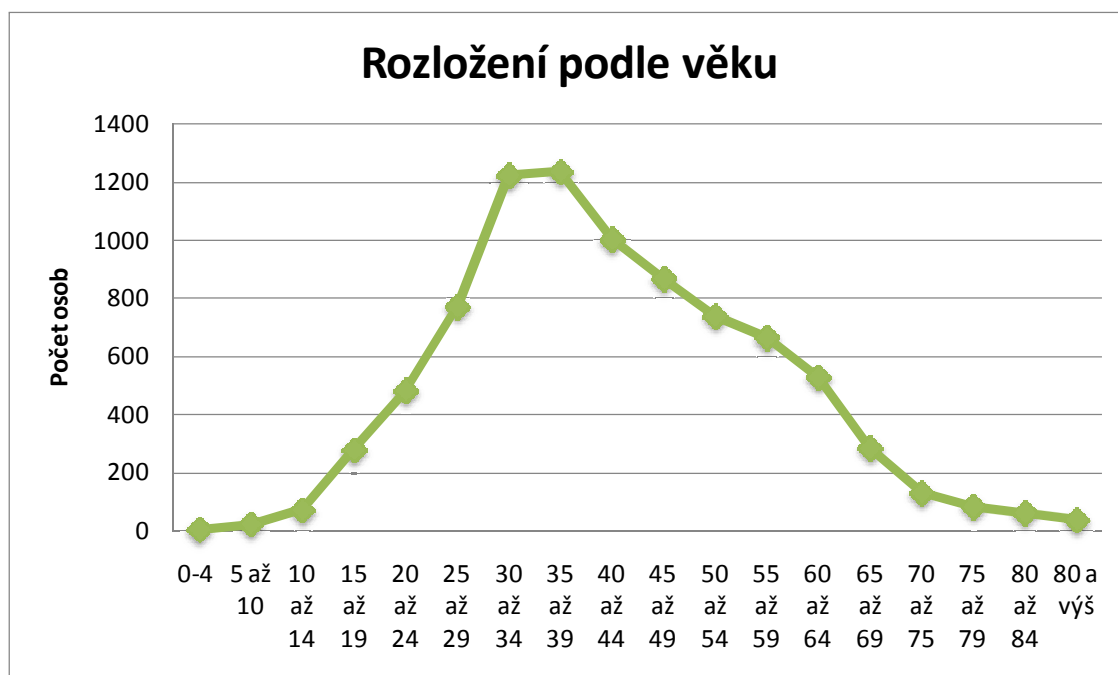
Protože však jsou údaje o počtech ošetřených od r. 1997 do konce roku 2008 mimořádně stabilní, můžeme učinit dosti přesný odhad celkového počtu ošetřených za celých dvacet let 20300 pacientů. Pro přesnější údaje se

² Odborné veřejnosti jsme tento software schopný graficky zachytit průběh terapie u jednotlivého pacienta i u celých skupin, popřípadě u celé kartotéky předvedli na psychoterapeutické celostátní konferenci v Luhačovicích v r.2006, ale tím jeho další rozvoj skončil.

ale budeme držet spolehlivých dat od r. 1997.

Celkový počet ošetřovaných pacientů ve sledované době dvanácti let byl 15 341, průměrně 1278 jednotlivých pacientů

ročně. Protože se v průběhu let samozřejmě někteří pacienti vracejí, představuje toto celkové číslo jen 8549 rodných čísel. Z toho bylo 3080 mužů a 5445 žen. Nejvíce pacientů přišlo mezi svými 25–55 lety (viz graf č. 1).

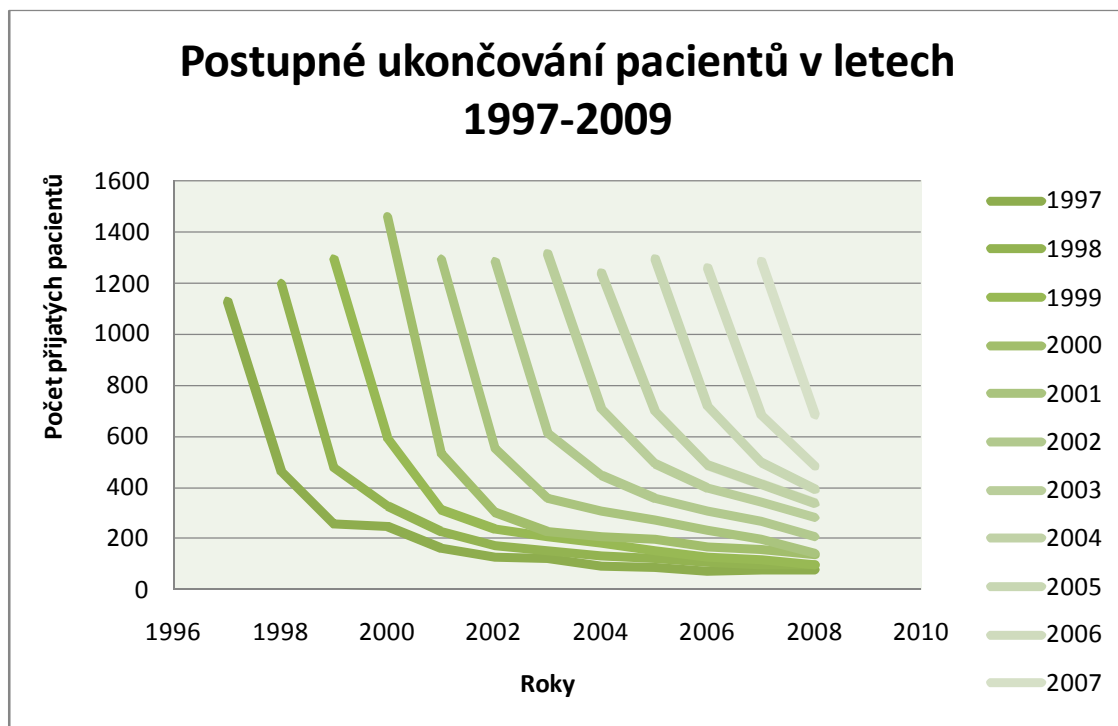


GRAF 1

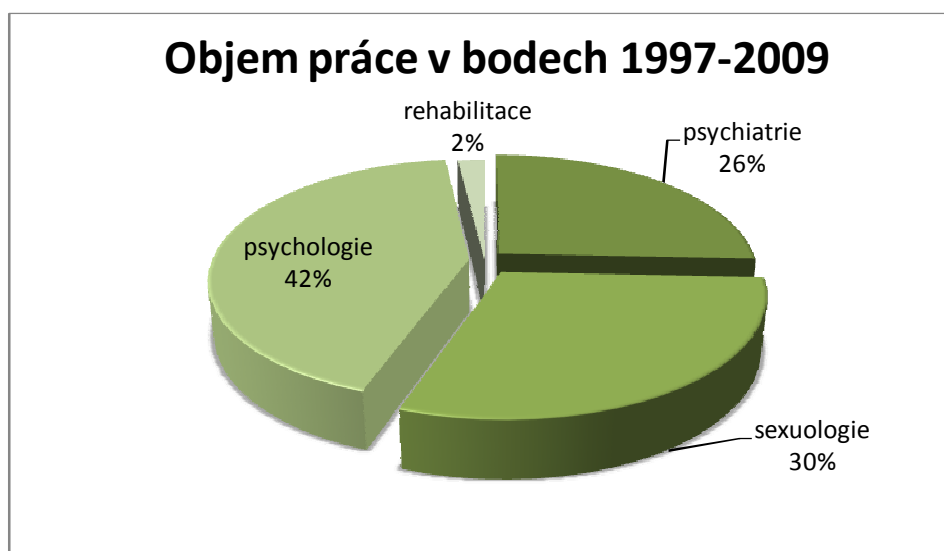
Pokud jde o délku léčby, sledovali jsme původně model krátké terapie, který vychází z rodinné terapie především milánského týmu a práce Steve de Shazera. Uzavíráme s pacientem smlouvu zaměřenou na cíl terapie, obvykle na 10–15 sezení. To odpovídá praxi rodinné terapie, ale v jiných modech terapie se takový kontrakt neuzavírá, nebo jen předběžně na delší dobu. Určitý obrázek o průběhu terapie nám poskytne pohled na to, kolik pacientů z jednoho roku zůstává v terapii i do dalšího roku. Vidíme, že ještě 1/4 – 1/3 pacientů zůstává v péči i další rok, pak ale jejich množství rychle klesá. Tento trend se prakticky nemění, jak je

vidět z názorného grafu. (viz graf č. 2) Pozorujeme posun směrem k delším terapiím, resp. Zvyšuje se počet pacientů léčených ještě v dalším roce. To může souviset právě tak s narůstajícím počtem náročnějších pacientů jako třeba i s platební politikou pojišťoven. Tyto faktory lze jen obtížně odlišit. Pokud například některá pojišťovna trvá bez ohledu na postoj odborné společnosti na tom, že řádná psychoterapie představuje setkání pouze 2× za čtvrtletí (podle průměru financí určených striktně na rodné číslo), pak nutí terapeuta do delších intervalů v léčbě a to může zhoršovat naději na vyléčení a ukončení

terapie. Kromě toho jde o non lege artis postup.



GRAF 2



GRAF 3

Obrázek o poměru jednotlivých odborností v rámci celého pracoviště nám poskytne pohled na graf č. 3. Vidíme, že 42 % objemu práce v bodech za celé sledované období vykonali psychologové, 30 % sexuolog, 26 % psychiatr a 2 % rehabilitační vysokoškolák. Poměrně často se stává, že je pacient léčen současně u několika členů týmu, například lékař vede medikaci, psycholog nebo jiný lékař psychoterapii a současně může pacient s tělesnými obtížemi chodit na rehabilitaci. Odborníci se však o něm, pokud je to možné, vzájemně domlouvají s vědomím pacienta. Pozoruhodné je, že jen u 15 % našich pacientů byla použita v léčbě medikace, i když v zásadě nejsme proti dobře indikované farmakoterapii. Pokud jde o průměrné náklady na jedno rodné číslo v celém sledovaném období podle oborů, pak je nejdražší práce psychologů-psychoterapeutů (5200Kč/r. č.), další je rehabilitace (3514 Kč/r. č.),

následuje psychiatrie (2997 Kč/r. č.) a poslední je sexuologie (2369 Kč/r. č.). To patrně proto, že sexuologie vykazuje nejvíce klinických vyšetření vedle psychiatrie. V portfoliu výkonů užívaných na pracovišti převažují výkony terapeutické nad klinickým vyšetřením, což jednoznačně řadí pracoviště mezi psychoterapeuticky orientovaná pracoviště, se kterými si pojišťovny v ČR nevědí rady, když nevyužívají odbornost 910 pro všechny, kdo jsou oprávněni používat kód psychoterapie, ať jsou to lékaři nebo psychologové. Bezradnost administrativy, ať už pojišťoven či ministerstva, ve vztahu k psychoterapii v medicíně je opravdu pozoruhodná. Podle naší zkušenosti však nejde o zlou vůli, ale o nedostatek podpory ze strany odborných společností, lékařských fakult, klinik a ministerstva, čemuž se po tolika letech ideologického útlaku nelze divit.

TERAPEUTICKÁ METODA: INTEGRACE MEDICÍNY A RŮZNÝCH TERAPEUTICKÝCH ŠKOL V JEDNOM TÝMU

Základním teoretickým východiskem budoucího libereckého týmu se stala systemická teorie pod vlivem seminářů rodinné a systemické terapie Petra Boše v Dubí. Ta umožňovala integraci mnoha pohledů na různé části pacientovy reality, té biologické, psychické i sociální. Ponechme stranou radikální formu této postmoderní teorie, která se dostala až na pozice agnosticizmu, což může některé vědce odrazovat. Práce Gregory Batesona, chilského profesora fyziologie Humberta Maturany nebo Francesko Varely na nás nechaly hluboký dojem (Chvála, 1992). I když se tak stalo spíše náhodou, ukázalo se, že systemická teorie umožňuje integrovat

nejen biologickou realitu (Uexküll, 2003) s oblastí psychosociální (Luhmann, 1984), ale dovoluje koexistenci různých terapeutických škol v rámci jednoho týmu; patrně proto, že sama obsahuje nástroje pro pochopení systémových vlastností a práci s nimi (Schlippe, 2001). Pro uspořádání provozu jsme se inspirovali praxí milánského týmu a pracemi DeShazera, který ukázal, že je možné vybudovat pracoviště na principu krátké terapie (DeShazer, 1982). Odtud pochází uspořádání prvního setkání s pacientem na našem pracovišti jako nejdůležitějšího okamžiku léčby. Práce s časovou osou otevírá pohled na

rodinný systém pacienta, umožňuje rozhodnout se o nejvhodnějším dalším postupu a uzavřít s většinou pacientů terapeutický kontrakt (Chvála, 1995). Podle toho, zda se nám ze systemické perspektivy zdá být prezentovaný problém problémem jednotlivce, dvojice nebo celé rodiny, navrhujeme setting dalšího postupu, k čemuž dospěli i terapeuti jinde ve světě (Anderson, 2009). Také pro pacienty, kteří trvají výhradně na biologické hypotéze, máme nabídku pracovat dále jen s tělem buď u fyzioterapeuta, nebo akupunkturisty, ovšem s tím, že v těchto následujících krátkých kontaktech budeme stejně aktualizovat zdroje psycho-sociálního napětí nemocného, a tím opatrně zpochybňovat pouhý biologický původ obtíží. Nezřídka je možné i takové pacienty časem získat pro psycho-terapeutický postup, pokud se neuzdravili jednodušší cestou dříve, snad i ortelem, který může nabídka spolupráce s celou rodinou představovat (Tress, 2004).

Z dalších psychoterapeutických škol a metod jsme kromě systemické teorie a rodinné terapie v průběhu dvaceti let zaznamenali také vlivy gestalt (tvarové) terapie, transakční analýzy, psychoanalytické terapie, psychoanalýzy, rogersovské terapie, Ericksonovy hypnoterapie a ortelové terapie, arteterapie, Pessó-Boyden psycho-motor psycho-terapie, daseins-analytické terapie a také meditativní psychoterapie bdělé pozornosti (abidharmy), která se teprve později formovala jako satiterapie. Tyto směry byly obvykle zastoupeny díky různým výcvikům jednotlivých členů, kteří v týmu působili. Jistě by bylo možné a snad také jednodušší budovat tým z kolegů vyškolených v jediném psychoterapeutickém směru. Mluvili by stejnou řečí, nemuseli by překonávat námahu spojenou s odlišností a

s nutností překladu. Jenže vybírat jsme si mohli jen stěží, rozhodující bylo, kdo vůbec je ochotný s námi spolupracovat a o tom zřídka rozhodovala psycho-terapeutická orientace adepta. Něco jiného jsou sny a jiná je realita. Pracovat u nás nebylo ani atraktivní, ani finančně zajímavé. Spíše naopak. Rozhodnutí přidat se k našemu týmu a odejít ze „seriózní medicíny“, bývalo komentováno nepříjemnými poznámkami ze strany ostatních kolegů a přátel. I jen spolupráce s naším pracovištěm byla na nejmenovaném psychiatrickém pracovišti trestána odebráním osobního ohodnocení.

Úvahu o tom, proč tým tohoto pracoviště vydržel poměrně stabilní po dobu dvaceti let, jsme přednesli a publikovali jinde.³ Zde se chceme dále věnovat rozboru jednotlivých skupin pacientů ošetřovaných ve sledované době na našem pracovišti. Tým tvořený terapeuty jediné teoretické školy je z tohoto hlediska jistě stabilnější, protože se snadněji vytváří důvěra, ale nemusí být zdaleka tak kreativní, jako je tomu v týmu sestaveném z různých škol. Kreativita může vést k vytvoření nových pohledů na známé věci, což se také zřejmě u nás stalo při vzniku teoretických shrnutí praktických zkušeností, jako je sociální děloha nebo kombinace rodinné terapie a teorie jin-jangu (Trapková & Chvála, 2004; Chvála & Trapková, 2008). Takové nové integrativní pohledy mohou dráždit svou nezvyklostí teoretiky a kritiky z oblasti psychoterapie (Vybíral, 2008). Týmová spolupráce mezi lékaři a terapeuty není hierarchická a vyžaduje jiný typ vedení. Direktivita, obvyklá ve zdravotnictví, se zde nehodí z jednoduchých důvodů. Jednak důvěra jako podmínka kreativity musí být prokázána kontingentně, tedy

³ V Psychoterapii, připraveno k tisku.

dobrovolně. Nelze ji nařídit. Tomu lze pouze vytvářet prostor (Trapková, 1994). To však neznamená, že je třeba rezignovat na řízení pracoviště. Vytváření prostoru znamená vytvářet hranice. A to je také úkolem vedení takového pracoviště.

Je tady ještě jeden důvod, proč lze jen obtížně vést podobné pracoviště direktivně podle modelu běžných zdravotnických zařízení. Sám proces léčby při psychoterapii vyžaduje kromě jiného dostatek času typu kairós, tj. času k vyladění, k uzrání. Není možné terapii provádět na povel v čase řečeném chronos, tedy objektivním, panujícím v běžném světě. (Trapková, 2004b). To je patrně největším důvodem

nedorozumění mezi pracovištěm tohoto typu a pracovišti čistě biologickými. Zatímco klinická vyšetření, rengen, CT mozku, odběry krve a moči, nebo tkání na histologii, můžete provést v přesně naplánovaném a naplánovatelném čase, to, co se stane při procesu psychoterapie, nelze předvídat ani naplánovat. Často se to může jen vyčekat, i když změnu můžeme provokovat nebo urychlovat – v tom, jak to udělat, se právě liší jednotlivé terapeutické školy. To je také velká záhada, se kterou si lámou hlavu pojišťovny: „Co vy to tam s tím pacientem děláte. Vždyť vy tady uvádíte, že jste s ním hovořili celou hodinu!“ Byl to vynikající chirurg nyní v roli posudkového lékaře pojišťovny. Co mu na to říci?

ZÁVĚR

Zkušenosti, které nabyl tým Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci za dvacet let od svého vzniku při práci s převážně psychosomatickou klientelou, dokazují, že také v rámci našeho zdravotnictví je možné organizovat péči pro chronicky stonající pacienty na principu psychosomatické medicíny. Léčba se může zdát na první pohled drahá, ale jak ukazují zahraniční studie, při dlouhodobém sledování takto léčených pacientů se náklady na jejich léčbu snižují již v následujícím roce po ukončení léčby na specializovaném pracovišti s týmem lékařů a psychoterapeutů. (Matalon, 2002) Ošetřili jsme přes 20 tisíc pacientů. Většinou se na léčbě podílela nějaká forma psychoterapie nejrozličnějších škol, proto se věnujeme otázkám možnosti vzájemného ovlivnění nebo inspirace a vůbec vhodnosti takového uspořádání. I když hlavním teoretickým východiskem

byla systemická teorie a z ní především praxe krátké terapie, ukázalo se, že pestrá paleta pacientů s psychosomatickým onemocněním, poruchami chování, symptomy z oblasti malé psychiatrie může být s úspěchem ošetřována týmem s takto pestrá výbavou. Podle Luhmannovy systemické teorie sociálních systémů se dokonce taková pestrost jeví jako výhodná, za podmínky, že je takový tým veden v přátelském a důvěru budícím duchu. Nezbytná je přitom péče o hranice jak navenek, tak i uvnitř týmu. Jednotlivé skupiny pacientů z naší kartotéky by zasloužily podrobnější zpracování, k tomu však budeme potřebovat další čas. Naše zkušenost zakládá naději, že organizace péče o psychosomatické pacienty do malých pracovišť s pestrým týmem lékařů a psychoterapeutů či fyzioterapeutů, jak to navrhli izraelští autoři již v osmdesátých letech minulého století, je možná i v našich podmínkách.

LITERATURA

1. Anderson, H. (2009). Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Brno, N. C. Publ.
2. Baudiš P., M. M. (v r. 1986). Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře. Sborník referátů a diskuse. Kroměříž: vydala Psychiatrická léčebna
3. DeShazer, S. (1982). Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach. New York: Guilford.
4. Holmes, T. (1978). Life situations, emotions and disease. Psychosomatics, 19, stránky 747–754.
5. Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. Kontext, XI, č. 2, , stránky str. 26–31.
6. Chvála, V. (1992). Radikální konstruktivismus a lékařská praxe. Prakt. Lékař .
7. Chvála, V., Trapková, L. (2008). Rodinná terapie a teorie jin-jangu. Praha, Portál.
8. Luhmann, N. (2006). Sociální systémy. Nárys obecné teorie. Praha, CDK.
9. Matalon, A. N. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. Fam Pract. 19 , stránky 251–256.
10. Rahe, R. H. (1975). Life changes and near-future illness reports. V: Levi, L. Emotions: Their parameters and measurement, (stránky 501–516). New York, Raven Press.
11. Schlippe, A. S. (2001). Systemická terapie a poradenství. Brno, Cesta.
12. Smith, G. (1991). Somatization disorder in the medical setting. Washington, American Psychiatric Press.
13. Trapková, L., Chvála V. (2004). Rodina jako sociální děloha. Praha, Portál.
14. Trapková, L. , Chvála V. (1994). Setkání tradičního a netradičního přístupu k psychiatrickému pacientovi. Amireport, II, č. 7–8 .
15. Trapková, L. (2004b). Čas uvnitř a čas vně . Sympozium rodinné terapie Čas pro rodinu, 2.-3.4.2004. Hejnice: SOFT.
16. Tress, W. K. (2004). Základní psychosomatická péče. Praha: Portál.
17. Uexküll, T. (2003). Psychosomatische Medizin, 6.vydání. München, Jena: Urban & Fischer.
18. Vybíral, Z. (2008). Rodinný terapeut jako zastávce tradiční rodiny. Psychoterapie 3–4 , stránky 213-220

Možný střet zájmů a etických principů: není

Adresa autora: chvala@sktlib.cz

Došlo do redakce: 25. dubna 2009

Upraveno a doplněno: 30. dubna 2009

Přijato k tisku: 3. května 2009



Marek Vácha

GENY, PROSTŘEDÍ... A SVOBODA?

THE GENES, THE ENVIROMENT... AND FREEDOM?

SOUHRN

M.Vácha: **Geny, prostředí... a svoboda?** PSYCHOSOM, 2009;7(2):104-110

Pokrok molekulární genetiky, sekvenování genomu člověka a rozvoj genetiky behaviorální stále ostřeji vymezují, co vše je v našem jednání ovlivněno geny. Možnost, že tímto vymezením podobně ostře vystoupí, co v našem jednání geny ani jiným měřitelným faktorem ovlivněno nemusí být, není tak zcela nelogická, jak se na první pohled zdá. Člověk totiž ve svém jednání není determinován toliko geny a výchovou, otázkou zůstává, zda bychom k těmto dvěma měřitelným vlivům ještě neměli přidat neměřitelnou kategorii svobody.

Klíčová slova: geny, prostředí, metodologický naturalismus, vědomí, svoboda

SUMMARY

M.Vácha: **The Genes, the enviroment... And freedom?** PSYCHOSOM, 2009;7(2):104-110

A progress of molecular genetics, sequencing of the human genome and advancement of behavioral genetics demarcate more and more clearly what is in our behaviour determined by our genes and by environmental influences. This process could lead to a discovery of what is not in our behaviour determined by genes or by any other mesurable element. A man and his behaviour is not determined by genes and environment only, the philosophy adds the non-measurable category of freedom.

Key words: genes, environment, methodological naturalism, consciousness, freedom

ÚVOD

Na dotaz, proč jsme takoví, jací jsme a proč se chováme, jak se chováme, můžeme dát celkem tři různé odpovědi. Přírodovědec by poukázal na geny a prostředí, filosof by přidal prožitek „já“, manifestující se například ve svobodě. Zatímco vliv genů a prostředí je více či méně snadno měřitelný a spadá do

metodologie přírodních věd, fenomény subjektivních vnitřních prožitků, či otevřenost člověka pro svobodu a odpovědnost se přírodovědecké metodologii vzpírá, to ale neznamená, že by tyto neměřitelné vlastnosti byly méně reálné.

GENY

Od dob Gregora Mendela jsme si velmi dobře vědomi, že geny ovlivňují u rostlin takové vlastnosti, jako je barva květů, barva a tvar semen, tvar lusků, velikost rostliny a mnohé další. U živočichů i u člověka nacházíme podobné genetické ovlivnění barvy očí drosophily, barvu srsti u myši, peří u andulek a mnohé další. U člověka je málokterý rys přenášen jen jedním genem, jako je tomu u květu hrášku, ale přece jenom: přirostlý nebo povislý ušní lalůček, rovné zakončení vlasů nad čelem nebo tzv. „widow's peak“ („kouty“), ochlupení hřbetu prstů či schopnost stočit jazyk do ruličky jsou studenty biologie oblíbené tělesné rysy, které se dědí podle klasické mendelovské dědičnosti.

Mnohem zajímavější oblastí je však genetika behaviorální. Pavouk při tkaní sítě vykoná až 1400 pohybů a u řady druhů arachnid se rodičovská generace se svými potomky nikdy fyzicky nesetká. Schopnost tkaní sítě tedy musí být nějak zakódována již na úrovni DNA. U sarančat a kobytek dospělci umírají s nástupem mrazu, druh přežije zimu pouze ve stadiu vajíček, a přesto na jaře nově vylíhlá generace dobře ví, jak se živit, před kým skrývat, jak vypadá rozmnožovací partner, co dělat pro jeho přilákání etc. Celé komplikované umění

života tedy nějak musí být zapsáno již v jejich genech.

Zřejmě nejefektivnějším příkladem behaviorální genetiky jsou naši úhoři říční, kteří žijí ve sladkých vodách, v dospělosti se nechají proudem splavit až do ústí řek a svá trdliště mají až daleko v Sargasovém moři u Bermud. Rodičovská generace po vytření hyne a monté, potěr vylíhlý z jiker, pluje tři roky k evropským břehům, vystoupá proti proudu řek a usadí se v jejich tocích, aby na sklonku života byla dlouhá cesta zopakována. Zdá se, že monté se musí spolehnout toliko na informaci obsaženou v DNA – jak ale do čtyřpísmenného textu DNA vložit informaci o tahových cestách bez znalosti glóbu a navigace, a konec konců informaci o celém životním cyklu, zůstává záhadou. Zbývá připomenout banální pravdu, že geny kódují proteiny, a že mezi proteinem a behaviorálním projevem je ještě velmi dlouhý kus cesty.⁴

⁴ V této souvislosti je mimořádně zajímavé studovat, jak různí paraziti ovlivňují behaviorální projevy svých hostitelů. Jedním z klasických příkladů je virus vztekliny.

Pokud DNA ovlivňuje nějak tělesné parametry nebo chování zvířat, náš druh pravděpodobně není výjimkou. O tom, že mutace v genech způsobuje cystickou fibrózu, fenylketonurii či jinou genetickou chorobu, není pochyb. U člověka dnes známe přibližně 4000 nemocí, jejichž příčinou jsou defektní geny nebo jejich chybná exprese. Geny ale ovlivňují nejen tělesné parametry, nýbrž i naše myšlení, psychickou konstituci člověka, jeho emoce, paměť a inteligenci. Individuální rozdíly v chování mezi jednotlivci nebo i mezi skupinami mohou mít genetický podklad: na východním pobřeží Afriky (Etiopie, Keňa) se rodí běžci na dlouhých tratích, na západním pobřeží Afriky především sprinteři.

Evoluční psychologie dokonce konstatuje určitý vliv genů na takové

oblasti lidského chování, jakým je monogamie, sexuální morálka, žárlivost, kritéria výběru partnera, kreativita, ale také infanticida, alkoholismus, strach z noci, deprese a nejrůznější úzkosti.

Je pravda, že mysl člověka při narození zcela jistě není tabula rasa a alespoň dispozice k určitým behaviorálním projevům, například k agresivitě, v sobě máme již od embryonálního vývoje.

Někteří genetici vtipně připomínají, že geny v nás agresivitu nepochybně ovlivňují: bylo totiž zjištěno, že neuvěřitelná polovina lidské populace je nositelkou genetické konstelace, která způsobuje 16× větší pravděpodobnost, že tato část populace skončí ve vězení – je to Y chromosom, jehož nositelem jsou výhradně muži.

GENETICKÝ DETERMINISMUS

Bylo by velmi zajímavé sledovat dějiny přírodních věd od 17. století do současnosti a povšimnout si, jaké *etické* důsledky současné přírodovědné paradigma mohutně podporované úspěchem molekulární genetiky přineslo. Od Reného Descarta a Francise Bacona jsme začali pohlížet na živé bytosti jako na *res extensa* a vzhledem k tomu, že existují ve hmotě, prostoru a času, jsme je začali zkoumat pomocí nového nástroje vědy – metodologického naturalismu. V 19. století se zdařilo s úspěchem prokázat, že živá těla neobsahují žádné látky, které by bylo možno syntetizovat mimo tělo, kybernetika předvedla, že modely negativních a pozitivních zpětných vazeb mohou fungovat v tělech i v umělých systémech, a sociobiologie ukázala, že

mnohé stránky lidského sociálního jednání se dají vyložit jako výsledek jeho prospěšnosti pro přežití (5). Ateismus 19. století škrtně lidskou duši chápanou v náboženském kontextu a z descartovského pojmu „bête machine“ (zvíře-stroj) se stává „l’homme machine“ (člověk-stroj). Z metodologického naturalismu (v přírodě si budeme všimnout toliko měřitelných fenoménů) se stává nový filosofický směr, zvaný ontologický naturalismus (nic jiného než měřitelné fenomény neexistuje). Tento zdánlivě nepatrný posun do užitečné metodologie k nové filosofii má pro etiku devastující následky: vzhledem k tomu, že nic než oblast měřitelná napříště nebude existovat, *res cogitans* mizí a lidské jednání je synchronně sociobiologií a její mladší nástupkyní evoluční psychologií

výlučně vysvětlováno jako vliv genů či evolučně vzniklých adaptací, popřípadě maladaptací. Člověk se tak stává „nic než“ *res extensa* vydané na milost či nemilost nevyzpytatelným genům. Člověk chápaný jako velmi složitý chemický vzorec, dynamická soustava mnoha chemických rovnic nebo kus hmoty vzniklý evolucí či pacient vnímaný jako suma orgánů, které je třeba případně opravit, postrádá jakoukoli důstojnost a jeho odpovědnost za cokoli se hroutí. Nositel Nobelovy ceny za objev struktury DNA Francis Crick napsal zcela v tomto duchu knihu s provokativním názvem *Věda hledá duši (The Scientific Search for the Soul)*. Podtitul knihy zní *udivující hypotéza (The Astonishing Hypothesis)*. Crick se v celé knize věnuje neurofyziologii mozku a až v závěru knihy uvádí, co je to ta udivující hypotéza: ať mozek rozpitváme jakkoli, duši ani nic nehmotného neobjevíme. Nějaké nehmotné „já“ tedy neexistuje, soudí Crick. Jeho kolega James Watson na dotaz, z čeho se skládá živá hmota, odpovídá: „jen z atomů“ (8). Ještě jednou James Watson: „*Myslili jsme si, že náš osud je zapsán ve hvězdách. Nyní víme, že z velké části je zapsán v našich genech.*“ (9)

Důsledky jsou nabíledni. Především z popularizačního tisku se následně dozvídáme, co vše v nás geny

PROSTŘEDÍ

Krom genů ovlivňuje výsledné chování člověka i prostředí, kam patří všechny environmentální vlivy, klima, potrava a podobně. Vliv prostředí je klíčový: příroda totiž není pouze „prostředím“, jevištěm pro expresi genů organismu, ale

determinují: nevěra ženská i mužská, návyk k alkoholu, nikotinu či heroinu, sklony k agresivitě, a dokonce i politická volba je v nás předem pevně nastavena. Tento postoj ironizuje Steven Rose: „*Po ulicích chodí bezdomovci s geny pro bezdomovectví, jsou zde alkoholici s geny pro alkoholismus, násilníci s geny pro násilnictví, akademici s geny pro inteligenci, homosexuálové s geny pro homosexualitu a depresivní ženy s geny pro depresi.*“ (4)

I když se odborný tisk většinou varuje termínů „gen pro...“, popularizační texty tento obrat často užívají: poselství pro běžnou populaci je úlevné, a na místo výčitek za naše lapsy v manželství, nezvládnutou agresivitu či neschopnost korigovat své chování můžeme jen bezmocně pokrčit rameny: já nic, to jen ty moje geny. Filozofa ale zajímá právě ono „já“.

Stálo by za to vyzvat biology (a některé lékaře), aby byli důslední a svůj ontologický naturalismus domysleli: svoboda by se tak stala „nic než“ hrou akčních potenciálů mezi jednotlivými neurony, láska nic než biochemií a z viny zůstane pocit viny, jakási špatná chemikálie v mozku, od které pacientovi pomůže šikovný farmakolog. Čtenář podobných textů se neubrání dojmu, že snad ani hlasatelé ontologického naturalismu nemohou své závěry myslet příliš vážně.

sama tento proces upravuje a moduluje (6).

Kdybychom ovšem drželi v ruce celou délku DNA nějakého neznámého tvora a měli k dispozici dokonalý počítač, nebudeme přesto nikdy schopni

„vypočítat“, jak bude daný organismus vypadat. Pokud mluvíme o embryonálním vývoji jedince, je totiž velmi zavádějícím slovem právě pojem „vývoj“, který implikuje rozvinutí nějakého předem daného programu, asi tak, jako když „vyvoláváme“ fotografii ponořením do fotografické vývojky. Vývojka k fotografii nemůže nic přidat ani ubrat, jen způsobí, že obraz bude pro nás patrný. Metafora „vývoje“ totiž implikuje rigidní vnitřní predeterminaci organismu svými geny, tedy představu, že DNA si stačí sama o sobě. Vývoj jedince je vysvětlen jako rozvinutí či odvinutí sekvence událostí, které jsou nastaveny v genetickém programu (3). Geny však nejsou program, který se beze změny přehrává v průběhu života organismu, geny jsou spíše jen jakýmsi mantinely, uvnitř kterých se realizuje vývoj jedince. Mnohé alely se neexprimují mimo vhodné prostředí, nebo se jejich prospěšnost či škodlivost může projevit teprve až při zcela specifických životních historiích. U želv a krokodýlů teplota vývoje zárodku rozhoduje, zda se narodí sameček či samička. Obrazně řečeno, na jednu klaviaturu dokáže prostředí zahrát řadu skladeb a samotná znalost klaviatury

ještě nezaručuje, že umíme zahrát skladbu daného organismu. Sekvenování genomu člověka a dalších organismů odhalilo překvapivý fakt, že DNA všech živočichů včetně člověka je nečekaně velmi podobná. Když byl v roce 2005 sekvenován genom šimpanze, vědecká komunita čekala se zatajeným dechem, zda bude objeveno něco jako gen pro lidství – a nic takového se nenašlo. Od šimpanze se na úrovni molekul nelišíme ani tak sekvencí jednotlivých písmenek DNA (se šimpanzem máme snad až 98,6 % shodu) jako spíše tím, které geny se v kterých životních fázích přepisují a jakou rychlostí.

Termín „nature – nurture“ razí v roce 1863 bratranec Charlese Darwina Francis Galton. Debaty geny-prostředí jsou z biologie známy již z konce 19. století a v průběhu 20. století je možno pozorovat, jak se v různých státech a různých obdobích měnily názory na determinaci člověka v rozmezí obou extrémů. Zatímco ve Velké Británii se spíše preferoval vliv genů, ve Francii tomu bylo naopak a nastávající maminky byly vyzývány, aby se během těhotenství vyvarovaly stresů, dodržovaly zásady správné výživy a naslouchaly vážné hudbě.

BEHAVIORISMUS

Ve své zjednodušené a vulgární podobě hlásá behaviorismus v zásadě opak genetického determinismu: geny hrají nulovou roli, za vše může prostředí. Snad ve všech známějších učebnicích psychologie je uváděn citát Johna Watsona: „Dejte mi tucet zdravých dětí a možnost je vychovávat a zaručuji vám, že každého z nich, kterého náhodně vyberu, budu schopen vychovat do jakékoli profese chcete – doktora, právníka, umělce, obchodníka

– anebo, ano, žebráka či zloděje; to vše bez ohledu na jejich talenty, schopnosti, dovednosti či rasový původ jejich předků.“ (7)

I když je třeba říci, že Watson sám neviděl ve svých ostatních textech věci natolik vyhrcoané a byl si velmi dobře vědom vlivu genů na lidské jednání (1). Avšak i tato představa má pro etiku devastující následky. Člověk se v ní totiž stává čímsi jako kusem plastelíny, který

prostředí, rodiče, vychovatelé či učitelé mohou formovat do libovolné podoby. I zde pak odpovědnost za skutky mizí, watsonovský žebřák či zloděj mohou

opět pokrčit rameny a poukázat na svou výchovu; já nic, za mou agresivitu je odpovědná společnost, výchova, neutěšené rodinné poměry etc.

FENOMÉN ŽIVOTA

I když by zřejmě úvahy o tom, jak je to s pojmy, jako je svoboda, vědomí etc. u zvířat překračovaly rozsah tohoto textu, spokojme se s úvahou Hanse Jonase (2), který přesvědčivě poukazuje na fakt, že při průzkumu organismů na nižších a nižších patrech evolučního stromu (systematičtí biologové prominou tuto formulaci) se vědomí jaksi ztrácí, bledne

či vyhasíná. Intuitivně bychom řekli, že šimpanz má nějak větší možnosti svobody a vědomí než, řekněme, krásnoočko, ale co toto vědomí či svoboda přesně je, není přesně známo a přírodovědecké disciplíny vinou svého metodologického naturalismu na něj zřejmě nebudou nikdy schopny odpovědět.

ZÁVĚR

Vliv genů a prostředí je – byť občas obtížně, ale přece jen – měřitelným jevem, spadá zcela do oblasti přírodních věd, pro přírodovědce jsou tyto fenomény více méně uchopitelné a současnými biology jsou neproblematicky akceptovány. Člověk jako doposud jediný nám známý organismus ale vykazuje i filosofickou kategorii svobody. Pokud bychom nechtěli zůstat na poli velmi extrémního genetického determinismu (za všechno mohou geny) či neméně extrémního behaviorismu (za všechno může prostředí), musíme konstatovat, že geny a výchova sice mají na behaviorálních projevech člověka značný podíl, ale kdesi nad nimi leží ještě empiricky nedetekovatelná schopnost tvořit morální rozhodnutí a brát za ně odpovědnost. Molekulární genetika tak poskytuje etice paradoxní službu: tím, že začíná být schopna načrtávat, k čemu všemu geny člověka provokují, se samotným vymezením demarkační linie mezi vlivem genů a prostředí na jedné straně a reálným jednáním člověka na straně druhé ostřeji ukazuje, za co vše v nás geny odpovídat nemohou ani náhodou. Pokud si mohu na závěr dovolit osobní odhad, problém vědomí (a fenomén života samotného) nebude vyřešen ještě dlouho a navzdory úspěchům molekulární genetiky zůstanou svoboda a odpovědnost jako výlučně lidské vlastnosti, které budou i v budoucnosti úspěšně vzdorovat pokusům o odvysvětlení z pozic přírodních věd. Etici tak mohou zůstat klidní, o práci nepřijdou, a návrh zakladatele sociobiologie Edwarda Wilsona, aby se fakulty humanitních studií staly podkatedrami aplikované biologie,⁵ zůstane zřejmě navždy toliko na papíře.

⁵ „Snad to není příliš přehnané, když řeknu, že sociologie a další sociální disciplíny, stejně jako všechny humanitní vědy, jsou vzdálené odvětví biologie, která čekají, až budou zahrnuty do (neodarwinistické) Moderní Syntézy. Jedním z úkolů sociobiologie tedy bude znovu formulovat základy sociálních věd způsobem, který tyto disciplíny zahrne do Moderní syntézy. Zda mohou být sociální vědy biologizovány tímto způsobem, ukáže budoucnost.“ (10)

LITERATURA

- 1) Bazett, T. J., (2008) *An Introduction to Behavioral Genetics*. Sinauer Associates, Inc. Publishers. Sunderland, Massachusetts. p. 195
- (2) Jonas, H., (2001) *The Phenomenon of life. Toward a Philosophical Biology*. Northwestern University Press, Evanston, IL
- (3) Lewontine, R., (2001) *The Triple Helix*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- (4) Rose, S., (2005) *Lifelines. Life Beyond the Gene*. Vintage, London, p. 277
- (5) Vácha, J., (2008) *Vědy se nebojme, ale nezbožňujme ji*. Perspektivy - Příloha Katolického týdeníku p. 1–2
- (6) Vácha, M., (2009) *Genové terapie. Stvoření člověka k obrazu ... koho vlastně?* Universum, Revue České křesťanské akademie, Nakl. Portál, str. 24–27
- (7) Watson, J. B., *Behaviorism*, W. W. Norton, New York 1925
- (8) Watson, J., *Biology: A necessarily limitless vista*, cit. v Rose, S., *Lifelines. Life Beyond the Gene*, Vintage, London 2005, s. 88
- (9) <http://www.newstatesman.com/200007030045.htm>
- (10) Wilson, E. O., (2000) *Sociobiology: The New synthesis*. Cambridge MA: Harvard University Press

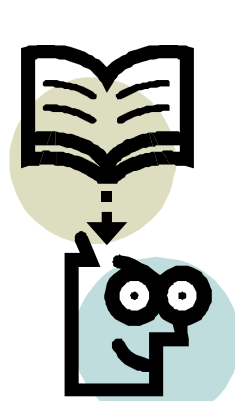
Došlo do redakce: 12. března 2009
Upraveno a doplněno: 7. dubna 2009
Přijato k tisku: 3. května 2009

MGR. MGR. MAREK VÁCHA, PH.D.

*1966 v Brně, katolický kněz



Na Přírodovědecké fakultě MU v Brně vystudoval obor molekulární biologie a genetika, teologii studoval v Olomouci a v Bruselu. V letech 1997 a 2000 se účastnil dvou výprav do Antarktidy. V roce 2002 žil šest měsíců v trapistickém klášteře Sept-Fons ve Francii. Na Biskupském gymnáziu v Brně učí biologii a náboženství. Je přednostou Ústavu etiky na 3. lékařské fakultě Karlovy univerzity. Je administrátorem ve farnosti Lechovice u Znojma. Na Fakultě sociálních studií v Brně vede seminář zaměřený na vztah křesťanství a ekologie. Publikuje v řadě odborných i populárních periodik, zabývá se tématy evoluční biologie a lékařské i environmentální etiky.



Daniela Stackeová

ALEXANDROVA TECHNIKA- MOŽNOSTI JEJÍHO VYUŽITÍ V TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ

*ALEXANDER TECHNIQUE AND POSSIBILITIES OF ITS USE IN PATIENTS
WITH PSYCHOSOMATIC DISEASES*

Katedra fyzioterapie, FTVS UK Praha (vedoucí katedry doc. PhDr. Dagmar Pavlů, CSc.)

ABSTRAKT

D.Stackeová: **Alexandrova technika- možnosti jejího využití v terapii psychosomatických pacientů.** PSYCHOSOM, 2009;7(2):112-118

Alexandrova technika se společně s Feldenkreisovou metodou, bioenergetikou a koncentrativní pohybovou terapií a dalšími řadí do skupiny psychoterapeutických technik pracujících s tělem, tzv. somatopsychoterapie. Článek přináší základní informaci o této metodě, účinné v terapii psychosomatických pacientů.

Klíčová slova: Alexandrova technika, somatopsychoterapie, psychosomatika

ABSTRACT

D.Stackeová: **Alexander Technique and Possibilities of its Use in Patients with Psychosomatic Diseases.** PSYCHOSOM, 2009;7(2):112-118

Alexander technique is together with Feldenkreis method and bioenergetics a typical method of so called „somatopsychotherapy“– psychotherapeutic techniques influencing the body. This article offers basic information about this method that is very effective in psychosomatic patients.

Key words: Alexander Technique, somatopsychotherapy, psychosomatic

ÚVOD

Alexandrova technika (dále AT) se společně s Feldenkreisovou metodou, bioenergetikou a koncentrativní pohybovou terapií a dalšími řadí do skupiny psychoterapeutických technik pracujících s tělem, tzv. somato-psychoterapie. V zahraničí velmi známá a oblíbená, u nás prozatím bohužel ne příliš. Je technikou jak s preventivním, tak s terapeutickým účinkem, vhodnou pro široké spektrum pacientů s minimálními kontraindikacemi. Je typickou technikou uplatňující celostní přístup k jedinci a může být metodou velice efektivní v terapii psychosomatických pacientů.

Tato technika je rovněž přínosem v teorii psychosomatických vztahů v rámci pohybového aparátu, jehož stav (svalové napětí) a kvalita jeho funkce mají úzkou

vazbu na psychiku (Véle, 1997; Stackeová, 2005).

Svalový a respirační systém jsou jedny z těch orgánových systémů, které bezprostředně reagují na emocionální stav, přičemž jejich funkce spolu velmi úzce souvisejí a navzájem se ovlivňují. Míra aktivity posturálního svalového systému vzrůstá při tvorbě pohybového záměru v CNS, kdy se poloha začíná orientovat ve směru zamýšleného pohybu. Některé svaly reagují již při pouhé představě pohybu, což svědčí o velmi těsném vztahu mezi svalovým systémem a psychikou, jehož ovlivnění dává terapeutovi možnost psychiku zprostředkovaně ovlivňovat, jak se s tím setkáváme právě i v Alexandrově technice.

HISTORIE

Práce s tělem jako psychoterapeutická technika se objevuje v historii psychoterapie záhy, avšak ojediněle. Teprve 2. polovina 20. století přináší velký vzrůst zájmu o lidské tělo nejen jako prostředníka komunikace, ale i jako bohatý zdroj prožitků a sebepoznání. K bouřlivému rozvoji těchto technik dochází v 50. a 60. letech minulého století.

AT byla vyvinuta před více než sto lety australským hercem Frederickem Matthiasem Alexandrem (1869–1955), který tak učinil na základě důkladného sebepozorování a řešení vlastního hlasového problému. S vyučováním své

techniky začal v Melbourne, posléze v Sydney. V roce 1904 začal vyučovat techniku v Londýně, v průběhu 1. světové války v Americe. Jeho bratr v započaté práci pokračoval, když se Alexander vrátil v roce 1931 zpět do Velké Británie. V té době byly otevřeny první kurzy pro vzdělávání učitelů AT. V roce 1948 byla v Londýně založena společnost učitelů AT – The Society of Teachers of the Alexander Technique.

AT je v dnešní době rozšířena zejména v USA a v západní Evropě, kde se vyučuje v kursech nebo v individuálních lekcích.

HLAVNÍ KONCEPT AT

Jedná se o formu reedukace navykých motorických stereotypů, které se mohou projevat zdravotními problémy v oblasti tělesné i psychické. Princip techniky je založen na tom, že rozvíjí schopnost uvědomit si vlastní tělo. Klíčovou oblastí, tzv. místem primární kontroly, je nastavení hlavy vůči krku, tedy postavení v hlavových kloubech. Cílem techniky je snaha zbavit člověka nadbytečného napětí v oblasti tělesné i mentální. Nejde o systém specificky uspořádaných cviků aplikovaných na konkrétní problém, ale o soustředění na lepší vlastní „používání“, které by vedlo k zlepšení tělesných pohybů v kontextu běžných denních činností. Technika zasahuje do nejzákladnější úrovně

lidského jednání – do způsobu, jímž člověk myslí, reaguje, udržuje tělo, pohybuje se a vykonává běžné denní činnosti. Jde o výuku jak lépe používat sama sebe, v jejímž průběhu může být vyřešen konkrétní zdravotní problém.

Technika zahrnuje přímé vedení pacienta terapeutem, jehož cílem je dovést pacienta k tomu, aby si uvědomil efektivnější „užívání“ pomocí speciálních verbálních instrukcí a taktilních podnětů. Důležitým aspektem techniky je převzít odpovědnost za sebe sama. Pacienti jsou proto nazýváni žáky a terapeuti učiteli. Toto označení má navodit a posílit aktivní přístup k péči o sebe sama a podpořit aktivní spolupráci.

DŮLEŽITÉ POJMY V AT

Sebeužívání

Pojem „sebeužívání“ je ústředním pojmem Alexandrova díla. Jde o způsob, jímž si vedeme v každodenním životě. Celkové „používání“ může být definováno jako kompletní psychofyzický vzor každého jedince charakterizující odpověď na podnět. Člověk má tendenci k neustálému opakování navykých stereotypních reakcí, a proto vše, co děláme, můžeme buď dělat dobře a tím podporovat zdravé fungování organismu v oblasti fyzické i mentální, anebo tak, že dobré fungování poškozujeme. Alexander zjistil, že jeho navyká reakce při recitování byla

stahování hlavy „vzad a dolů,“ jeho záda se zakulacovala a hrudník posouval vpřed. Vzniklé napětí se následně přenášelo do horních i dolních končetin a do celého těla.

Jednou ze základních myšlenek AT je tvrzení, že sebeužívání ovlivňuje funkčnost. „Funkčnost“ zahrnuje člověka jako celek, to znamená způsob, kterým fungujeme jak duševně a emocionálně, tak fyzicky. Alexander tvrdil, že špatnost je navozena tím, co člověk dělá nejdříve uvnitř sebe, a pak při svých činnostech v okolním světě a že začít se opravdově měnit lze pouze tehdy, jestliže tomuto konání zabrání.

Porovnání správného a nesprávného užívání v oblasti tělesné

Správné užívání	Nesprávné užívání
<ul style="list-style-type: none">• dobrá vyváženost hlavy, krku a páteře• udržení vzpřímené postavy a pohybu je dosaženo s minimálním svalovým napětím• svalová činnost je koordinovaná, fungují vztahy mezi jednotlivými svalovými skupinami• dobrá vyváženost, plynulý pohyb, uvolněné klouby• hluboké a bezproblémové dýchání	<ul style="list-style-type: none">• narušení vztahu hlavy, krku a páteře• pro udržení vzpřímené postavy a pohyb je zapotřebí velké svalové napětí• svalové napětí je v těle rozloženo nerovnoměrně, chybí spolupráce mezi svalovými skupinami• značná námaha při vzpřímení, rozsah pohybu je omezený, klouby ztuhlé• nedostatečné dýchání

Primární kontrola

Vědecký základ AT tkví v tom, že iniciátorem pohybů všech obratlů je pohyb hlavy. Alexander popsal během svých pozorování zásadní význam hlavy a krku ve vztahu k ostatním částem těla a k celkovému fungování organismu. Tvrdil, že určitá relace hlavy vůči krku a hlavy a krku vůči ostatním částem těla zpravidla zlepšuje fungování organismu jako celku. Podle jeho principu je nerovnováha v této oblasti tedy ve vztahu hlava – krk primární před chybným vztahem mezi jinými strukturami kdekoli na těle. Tento chybný vztah lze adekvátně upravit jen na základě korekce primárního vztahu hlava – krk. Schopnost uvědomit si a následně schopnost vědomě tento vztah ovládat je tedy nazvána „primární kontrolou“.

Alexandroví studenti se jako první zaměřují na vztah hlava – krk – záda. První věc, kterou se učí, je „nechat krk volný“ tak, aby mohlo následně dojít k vytažení hlavy nahoru a dále k protažení celé páteře. Tento speciální vztah poskytuje primární kontrolu pro znovunavrácení přirozené koordinace přinášející větší ulehčení a ekonomiku

pohybu. Existuje však obecná tendence stahovat hlavu dozadu a dolů a zároveň zvedat ramena, a to nejen v náročnějších situacích, ať už fyzických či psychických, což má za následek „přišněrování“ hlavy k tělu.

Inhibice

Inhibice ve smyslu potlačení navykklé reakce na stimul je dalším základním kamenem AT. Vyjadřuje schopnost „vypnout“ nervový impuls pro sval. Prostor pro inhibici je právě v okamžiku mezi stimulem a ještě nezapočatou reakcí na něj. Inhibicí začíná změna obvyklé reakce na stimul. Opravdová změna nemůže nastat přepsáním starého návyku novým, jakýmsi potlačením, nýbrž inhibicí. Je nutné zastavit svoji navyklou reakci na stimul dříve, než začala. Inhibice je dovednost, která, jak tvrdí Alexander, dává schopnost zabránit našemu nevědomému navyklému nesprávnému užívání.

Zvyk lze definovat jako náš obvyklý způsob provádění veškerých činností. Stává se naší normou. AT navrhuje utlumení automatického zvyku, a poté možnost vědomě si zvolit, jakým způsobem bude činnost provedena.

Direkce – směr – příkaz

Poté, co Alexander zjistil, že existují základní nesprávná užívání těla, která narušují primární kontrolu, vytvořil řadu příkazů, jež působí proti nesprávným užíváním. Jde o příkazy, jejichž cílem je zajistit lepší vztah hlavy, krku a páteře a dobré sebeužívání ve všech našich činnostech. Příkazy fungují na úrovni slov, která symbolizují to, co se děje na svalové úrovni. Cestou myšlenky či představy ovlivňují nejprve naladění subokcipitálních svalů, následně pak svalů v celém těle. Směry jsou, vedle inhibice, dalším předpokladem, jak působit proti špatnému sebeužívání.

První místo zaujímá směr pro krk a hlavu, následují záda, kolena, lokty a oči. Každý příkaz je následkem předchozího, proto je nutné zachovávat jejich pořadí v tomto sledu:

1. Uvolnit krk – uvolnit veškeré zbytečné napětí v krčních a šíjových svalech, ve svalech na přední části krku, hrdla a v oblasti čelisti.
2. Hlava směřuje dopředu a nahoru – zde jde o pozici hlavy ve vztahu ke krku. Pokud je krk uvolněný, hlava není stahována „dozadu a dolů,“ ale směřuje „dopředu a nahoru“. S volným krkem je hlavě umožněno jemně protáhnout krční svaly a hlava získává možnost zahajovat pohyb těla na uvolněném krku.
3. Prodloužit a rozšířit záda – s uvolněním hlavy dopředu a nahoru se mohou uvolnit zádové svaly, sníží se tlak na intervertebrální disky, zmenší se nadměrná zakřivení páteře, která se prodlouží. Trup, hrudní koš a ramena se uvolní a rozšíří.

4. Kolena uvolnit dopředu – uvolnit svaly vnitřní a zadní strany stehen, nasměrovat kolena dopředu, ve vztahu k dolní části páteře, a od sebe. Nastane tak uvolnění svalů v pánevní oblasti, kříže a bederní páteře.
5. Lokty uvolnit dolů po směru gravitace a vzdálit je pryč od ramen.
6. Oči vedou jakýkoli pohyb.

Stejně jako u inhibice navádí učitel svým jemným vyváženým dotykem žáka do příslušných směrů.

Smyslové uvědomění

Vědomí vjemů, které nás informují o držení těla a o pohybu, se nazývá kinestezie. Jde o formu cití, které dodává přesné informace o poloze těla v prostoru, o svalovém napětí, poloze a pohybu jednotlivých segmentů těla. Alexander nazývá tento kinestetický smysl smyslovým uvědoměním nebo také šestým smyslem, který člověka informuje o dějích uvnitř těla pomocí svalových, šlachových a kloubních receptorů. Náš kinestetický smysl postupem času otupuje a stává se nespolehlivým. Člověk totiž není většinou veden k tomu, aby dostatečně vnímal signály z vlastního těla. Například vlivem chronického napětí či blokad je snížen tok aferentní signalizace do CNS, senzorické hodnocení z dané oblasti je značně nepřesné a člověk přestává být schopen vnímat změnu napětí ve svalu či nesprávnou pozici v kloubu a toto začne považovat za normální. AT směřuje k rozvinutí našeho smyslového uvědomění, aby nám poskytovalo plné a odpovídající informace.

Vědomá kontrola – vědomé sebeovládání

Alexandrovo sebezpozorování vyústilo v zásadní zjištění, že návyky sebeužívání byly nevědomé a hluboce zakořeněné. Vzhledem k nespolehlivému sensorickému hodnocení je nemohl změnit jen tím, co cítil, že je správné. Vymyslel proto kontrolu našeho automatického chování přes vědomé vedení. K tomu využíval inhibici, která zabrání nervovému systému v provedení

automatické reakce, a směru, která nahradí návykové užívání jiným programem. Technika rovněž dává přednost zaměřením na způsob a prostředky k dosažení určitého cíle před zaměřením na cíl samotný – jde o to uvědomit si a najít lepší způsob, jímž se k cíli dostaneme, odstranit staré zlovyky a založit nové zlepšené sebeužívání.

ÚČINKY AT A ZPŮSOB JEJÍHO VYUŽITÍ

AT není zaměřena na úpravu konkrétního problému. Není ani chápána jako terapeutický proces v pravém slova smyslu. Jde spíše o to pochopit její myšlenky i principy a ty aplikovat do běžného života – do každodenních činností a reagování na podněty, do pohybového chování.

Po určité době tréninku AT dochází k transformaci vžitých stereotypů a fixaci jiných, „správnějších“ pohybových programů, zlepšuje se smysl kinestezie, koordinace a stabilita, je harmonizován

svalový tonus, zlepši se dechový stereotyp a je podporováno správné držení těla.

AT může být prospěšná pro každého, kdo má zájem se jí věnovat. Uplatní se všude tam, kde se zaměřujeme na práci s tělem. Lze ji využít ve fyzioterapii, psychoterapii, umění i ve sportu. Její principy zabraňují přetěžování a následnému vzniku funkčních poruch. Přínos pro psychosomatické pacienty je nepochybný, metoda může být důležitou součástí jejich komplexní terapie.

DISKUSE

Postavení v hlavových kloubech je ve fyzioterapii a ve zdravotní tělesné výchově věnováno mnoho pozornosti. Ne všechny fyzioterapeutické školy se však shodují v názoru, kde je ono klíčové místo na páteři, od kterého se odvíjí celý postup. Řada z nich považuje za ono místo nikoliv hlavové klouby, ale pánev. Sporným bodem je i ono vědomé ovlivnění postury, které je možné jen do určité míry. Véle (1997) tvrdí, že chceme-li pozměnit charakteristické držení nebo pohybové chování, je nutné pro to vytvořit nové programy, uložit je

do paměti učení a přiřadit jim vysoký stupeň priority. To je těžký úkol, vyžadující dlouhodobou motivovanou aktivaci jedince, který na sobě musí pracovat. Musí se naučit vnímat a používat svoje držení, a teprve potom je schopen vnímat i instrukce ke korekci. Pro vytvoření priority nového programu musí být schopen vyvinout dostatečné úsilí k dosažení priority držení. Z toho plyne pro užití Alexandrovské techniky důležitý závěr, že její užití bez dostatečné motivace pacienta nemá velký smysl. Dá se ovšem předpokládat, že u pacientů

s patologií tělesného sebepojetí (což jsou právě psychosomatictí pacienti), bude použití této metody touto patologií komplikováno, budou potřebovat více terapeutické péče a změn mohou dosahovat pomaleji a s větším úsilím.

Ačkoliv Alexander tento termín přímo nepoužívá, je jeho technika typickou technikou pracující s tzv. tělesným schématem. Pozitivní vliv této techniky na postavení v hlavových kloubech stejně jako na tělesné schéma prokázala ve své diplomové práci Fořtová (2003). Svalové napětí v oblasti krku, šíje a ve žvýkacích svalech je významně ovlivněno psychickým stavem. Předsunuté držení hlavy, které popisoval Alexander, je popisováno v bioenergetice jako jedno z obranných gest. Podobnou reakci můžeme vidět u zvířat v situaci ohrožení. V bioenergetice je spojováno s orální fixací – v okamžiku ohrožení je tělesným korelátem potřeby zakousnout se a sát.

To vše svědčí pro to, že postavení hlavy, resp. postavení v hlavových kloubech, je důležité jak pro posturu a funkci pohybového systému a dýchání, tak pro psychiku, jak si i bez odborné erudice povšiml Alexander a užití jeho metody či jejích prvků může být pro psychosomatickou praxi a pro každého z nás obohacujícím.



LITERATURA

1. ALEXANDER, F. M. The use of the self. London: Victor Gollancz Ltd, 1985. ISBN 0 7284 391 5.
2. BARLOW, W. The Alexander Principle. London: Victor Gollancz Ltd, 1973. ISBN 0 75284 390 7.
3. FORSSTROMOVÁ, B., HAMPSONOVÁ, M. Alexandrova technika v těhotenství a při porodu. Brno: Barrister and Principal, 1996. ISBN 80-85947-11-0
4. FORTOVÁ, S. Využití Alexandrovské techniky v terapii funkčních poruch krční páteře (diplomová práce). Praha, FTVS UK: 2003
5. STACHEOVÁ, D. Psychosomatika ve fyzioterapii. Psych@Som, III. roč., 2005, č. 5, str. 151-158. ISSN 1214-6102.
6. VĚLE, F. Kineziologie pro klinickou praxi. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-256-5.

PhDr. Daniela Stacheová, Ph.D. (1972)

Absolvovala magisterské studium fyzioterapie na FTVS UK v Praze se specializací na somatopsychoterapii. Na téže fakultě ukončila postgraduální studium a složila rigorózní zkoušku. Od 1999 pracuje na Katedře fyzioterapie FTVS UK, kde vyučuje psychologické předměty a psychosomatiku. Věnuje se rovněž problematice fitness a zdravého způsobu života. Ve své vědecké práci se zaměřuje na problematiku psychosomatických vztahů v rámci pohybového aparátu a zdravotními benefity pohybové aktivity. Externě vyučuje

na Fakultě humanitních studií UK v Praze. Od r. 2008 je vedoucí redaktorkou časopisu TVSM vydávaného FTVS UK.

Došlo do redakce: 11. dubna 2009

Upraveno a doplněno: 30. dubna 2009

Přijato k tisku: 3. května 2009



POLITIKA, KONCEPCE

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ PRACOVNÍ SKUPINY PRO ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKOU PÉČI 31. 3. 2009

31. března se sešla pracovní skupina pro Základní psychosomatickou péči k jednání na půdě Psychosomatické kliniky v Praze. Přítomní: MUDr. V. Chvála (sexuologie, psychosomatika, vedoucí týmu), MUDr. Ondřej Masner (praktický lékař), Mgr. Jana Týkalová (FBLR), MUDr. Jan Kredba (FBLR, psychoterapie), Doc. PhDr. Marcela Bendová, PhD. (psychologie, výuka mediků), PhDr. Pavel Roubal (psychologie, psychoterapie), MUDr. Jaromír Kabát (chirurgie, vedoucí týmu psychosomatického pracoviště), PhDr. Stanislava Dudová (psychologie, psychoterapie), PhDr. Karel Koblíček (psychologie, psychoterapie, vedoucí týmu), prim. MUDr. Martin Konečný, psychiatrie, psychoterapie, vedoucí týmu), Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. (psychoterapie, výuka etiky)

1. DISKUSE K VÝSLEDKŮM DOSAVADNÍCH JEDNÁNÍ O PROJEKTU ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE:

Rekapitulace dosavadních jednání o základní psychosomatické péči ukázala, že většina jednajících stran nemá představu, čeho chceme naším projektem dosáhnout. Žádný odpor nelze zatím hodnotit jako kvalifikovaný, jde jen o nedostatek informací. Námitky jsou pochopitelné a je třeba je vysvětlovat. Všechny lze shrnout takto:

- a) Základní psychoterapeutická péče (ZPP) není psychoterapie, ani ji nemůže suplovat.
- b) ZPP není totožná ani s běžným lékařským rozhovorem, který je součástí každého klinického vyšetření, a také nevybavuje somatického lékaře psychiatrickou erudicí.
- c) Záměrem projektu není „vyvedení“ psychoterapeutických technik z oboru psychiatrie nebo klinické psychologie do řad odborných lékařů a praktiků; naopak přivede nepochybně více indikovaných pacientů do péče psychoterapeutů, ať z řad psychologů nebo psychiatrů.
- d) Projekt ZPP míří do oblasti ambulantního segmentu, protože v nemocnicích je péče organizována i hrazena jinak. Proto nijak nebude zasahovat do současné praxe tzv. liaison consultation psychiatrie, pokud je ještě někde péče o psychosomatické případy na nemocničních lůžkách takto organizována.
- e) Cílem ZPP je zvýšit erudici ambulantních lékařů somatických oborů v oblasti psycho-sociálních aspektů stonání jako součásti bio-psycho-sociálního modelu nemoci.
- f) K tomu je nutné zřídít postgraduální vzdělávání na úrovni funkční specializace (podobně jako je nyní funkční specializace z psychoterapie) s vlastní náplní a zkouškou IPVZ.
- g) Aby mohla být tato služba lékaři různých oborů poskytována, je třeba prosadit úhradu za čas, který musí lékaři pacientovi věnovat.
- h) Možnost vykazovat takové kódy bude mít jasně definovaná skupina lékařů s funkční specializací „základní psychosomatická péče“.
- i) Funkční specializaci v ZPP by bylo vhodné vyjednat nejprve s nejpotřebnější skupinou – praktickými lékaři a lékaři pro děti a dorost, u kterých zůstává největší množství komplikovaných chronicky stonajících pacientů, na něž se ZPP zaměřuje. Pro všechny další odbornosti může zůstat systém ZPP otevřený podle toho, jak budou lékaři těchto specializací ochotni se vzdělávání v oblasti ZPP zúčastnit a jak si na vedení svých odborných společností zavedení funkční specializace v ZPP prosadí. Už dnes je vidět aktivitu v oboru FBLR nebo dermatovenerologie. Velmi žádoucí je ovlivnit lékaře v ženském lékařství, neurologii, urologii, kardiologii a v dalších interních disciplínách, především v gastroenterologii a v imunologii.
- j) Současně s prosazováním ZPP v postgraduálním vzdělávání ambulantních lékařů se rozvíjí vzdělávání v lékařské psychologii a psychosomatice na lékařských fakultách. Obě aktivity lze vzájemně koordinovat.

2. DISKUSE K OBSAHU ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE

V pracovní skupině panuje shoda v tom, že náplň funkční specializace je možné vměstnat do výukového programu o 80 hodinách. (Psychiatrům na výboru PS to připadalo málo, dr. Lankové, která má na starost vzdělávání PL v psychiatrické problematice, to připadalo moc.) Vzdělávání obsahuje 3 integrované části v tomto minimálním rozsahu:

- a. teorii psychosomatických onemocnění a somatiformní poruchy (min. 20 hodin),
- b. nácvik dovedností – vedení rozhovoru zaměřeným na psycho-sociální oblast (30 hodin),
- c. reflexe terapeutického vztahu v balintovsky vedených skupinách (30 hodin).

Je žádoucí, aby se na obsahu vzdělávání podíleli odborníci těch oborů, které by byly ochotny integrovat základní psychosomatickou péči (třeba za SVL ČLS JEP MUDr. Lanková), ale kurz by neměl ztratit nic podstatného ze zamýšleného projektu ZPP. Pod určitou hranici jít nelze. Kurz bude probíhat už od podzimu 2009 pod katedrou psychiatrie IPVZ jako tříletý pokračující (doc. MUDr. Jiří Beran).

3. KONSTRUKCE VÝKONŮ ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE

Pracovní skupina se shodla na potřebě 3 kódů pro základní psychosomatickou péči:

- a) indikační rozhovor ZPP: 20 minut, max. 2x za rok na 1 r. č..
- b) edukační rozhovor ZPP: 15 minut, max. 6x za rok na 1 r. č.,
- c) mezioborový seminář v ZPP: 30 minut, max. 2x za rok na 1 r. č., kóduje každý zúčastněný odborník, lékař, klinický psycholog nebo odborník v rehabilitaci.

Konstrukce kódu a hodnota výkonu bude provedena podle metodiky MZd. a Ministerstva financí, a bude konzultována s p. Pokorným a dr. Frnkou, případně dr. Kaplanem na MZd.

PŘEDPOKLÁDANÉ VYVOLANÉ OBJEMY ÚHRAD ZA NOVÉ KÓDY:

Vycházíme-li ze skutečnosti, že o psychosomatickou problematiku se dlouhodobě zajímá kolem 300 osob ze zdravotnictví a asi polovina z nich jsou lékaři různých oborů včetně praktických lékařů, že v současnosti existuje u nás na 30 držitelů certifikátu o vzdělávání v psychosomatice IPVZ (tj. dosavadní forma vzdělávání přesahující náplň ZPP), můžeme dovodit, že si o funkční specializaci v ZPP požádá cca 100–150 lékařů. Toto číslo může časem pomalu narůstat podle zájmu lékařů i veřejnosti. Existuje-li v ordinacích praktických lékařů kolem 20–25 % pacientů, kteří potřebují lege artis ošetřování s ohledem na bio-psycho-sociální model nemoci, tedy nikoli pouze somatické vyšetření, ale také rozhovor k získání psycho-sociálních informací, na které se vzdělávání v ZPP soustředí, můžeme odhadnout, o kolik se zvýší úhrada v ordinacích lékařů s funkční specializací ZPP. Podle naší zkušenosti je jen asi třetina až polovina těchto pacientů přístupná rozhovoru o širších souvislostech své nemoci. Můžeme tedy vycházet z odhadu, že asi jen u 10 % pacientů těchto ordinací dojde přechodně k nárůstu platby, a to maximálně o cenu 3 hodin a 10 minut práce lékaře na jednoho z nich za rok. Cílem však není zvýšení plateb a limitů pro ordinace těchto lékařů; v konečném důsledku dojde k snížení plateb, protože tito pacienti díky novému typu ošetřování mají nižší počet návštěv u lékaře. (Praktičtí lékaři, kteří již byli vyškoleni v tomto způsobu práce, hlásí, že mají jen 75 % nákladů proti nákladům na ordinace ostatních kolegů. (MUDr. Marie Průchová, MUDr. Pavel Pohořský)

4. DISKUSE O DALŠÍCH KROCÍCH VE VĚCI ZPP

Pracovní skupina navrhuje pokračovat v prosazování Základní psychosomatické péče jako funkční specializace z pozice psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Navrhnout projekt a Společnosti všeobecného lékařství (doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.) a Společnosti praktických dětských lékařů (MUDr. Hana Cabrnová) a

České pediatrické společnosti (prof. MUDr. Jan Janda, CSc.) a České společnosti dorostového lékařství (Doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc.). K tomu je třeba těchto kroků:

1. Kontaktovat výbory navrhovaných odborných společností a požádat je o spolupráci.
2. Informovat výbor Psychiatrické společnosti.
3. Připravit program kurzu Základní psychosomatické péče IPVZ ve spolupráci s doc. Beranem a doc. Krejčířovou.
4. Navrhnout tři kódy výkonů podle metodiky MZd. a konzultovat je s výborem Psychiatrické společnosti, dr. Koblicem, p. Pokorným a dr. Frnkou, případně dr. Kaplanem.
5. Podat navržené kódy na MZd.
6. Kampaň mezi lékaři, kteří již tuto činnost vykonávají.
7. Jednat s pojišťovnami o uznání funkční specializace.

Zápis po připomínkách. V Liberci MUDr. Vladislav Chvála

SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O.S.

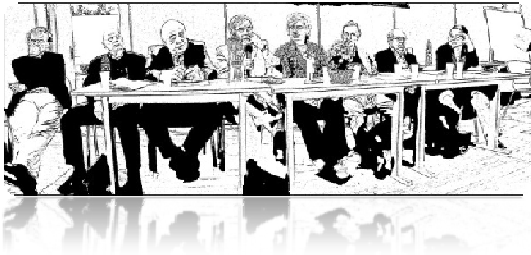
Zápis ze setkání výboru Sdružení pro psychosomatiku, 4. 3. 2009

Přítomni: Mgr. Jandourková, MUDr. Masner, MUDr. Rys, MUDr. Hánová, PhDr. Roubal, Mgr. Kravarová, Kravar junior

- probrána možnost, jak řešit příspěvky na tento rok, dojednat ještě s MUDr. Štěpánovou, která se stará o finance sdružení. Současným členům přidělit číslo jako identifikační údaj platby – 3místné. Ostatním napsat, že pokud se chtějí stát členy, ať odpovědí (postup jako výše). MUDr. Rys rozdělí mailový adresář na členy a nečleny, aby se daly zprávy rozeslat hromadně.
- Potřeba rozšířit členy o studenty medicíny, případně přírodovědy, ale také o další kolegy lékaře, psychology a terapeuty. Připravit krátký leták, který by se mohl rozesílat: stručná informace o sdružení, pozvánka na nejbližší setkání sdružení a odkaz na webové stránky (sepíše Mgr. Jandourková). Mgr. Kravarová sestaví adresář kontaktů, kam letáky odesílat k vyvěšení. Zajistí 1. lékařskou fakultu (PhDr. Roubal – kontakt).
- O web by se mohla starat Mgr. Kravarová, pokud se tak dohodne se správcem Františkem Hánou. MUDr. Rys se dál bude starat o mail sdružení – odpovídání. Možnost změnit mail na doménu sdružení @sp-ps.eu.
- MUDr. Masner napíše podporu projektu základní psychosomatické péče. K návrhům ZPP se budeme jako sdružení konkrétně průběžně vyjadřovat. Do budoucna na jedno setkání sdružení pozvat odborníka z Německa, který by měl zkušenost se ZPP.
- Mgr. Jandourková se bude informovat o možnostech grantu na zajištění stáže do Německa (vidět ZPP v praxi).
- MUDr. Hánová nebude na příštím setkání sdružení (15. 5. od 15h), proto organizačně zajistí MUDr. Masner, notebook přinese Mgr. Jandourková.

- Program setkání: může zajistit Mgr. Kačenová téma traumaterapie? Doplnění přednášky dalším přednášejícím, např. z oboru na tělo zaměřené terapie, jako je Pessoa-Boyden, Mgr. Jandourková osloví Petru Vrtbovskou, dále možno oslovit MUDr. Danielovou – péče lékaře o posttraumatické stavy (poúrazové). Mgr. Jandourková má ještě další kontakt na odborníka z rehabilitace.
- Další schůze výboru 22. 4. v 17h, kde by se dala přednost kasuistice a diskusi. Jde o návrh termínu, ať se ostatní vyjádří.

Zapsal PhDr. Pavel Roubal



POŠTA, DISKUSE

DISKUSE NA TÉMA PSYCHOSOM A SEZNAM RECENZOVANÝCH ČASOPISŮ V ČR

V posledních dnech probíhala čilá diskuse o našem časopise. Celé to spustila zpráva o tom, že časopis Psychosom nebyl přijat do seznamu recenzovaných časopisů Radou pro vědu a výzkum. Uvádíme stručný výtah z dopisů diskutujících.

M.Miovský: Moc mě to mrzí a tuším, že to je asi dost zklamání. Vnitřně jsem ale pobouřen, neboť si myslím, že jste proto udělali hodně a časopis není nyní něco, za co by se měl někdo stydět. Trochu divoké je to však celé nikoli proto, že se občas něco z těch požadavků opravdu uplatní, ale že se naplňuje moje podezření, že se uplatňuje selektivně tehdy, když se to někomu hodí do krámu.

D. Skorunka: ... Zdá se, že asi pojem psychosomatiky a možná i některá jména stále oficiální místa dráždí, jinak si nedovedu vysvětlit na zařazení pokud, jak jsem to pochopil, Psychologie Dnes v tom seznamu je. Přimlouvám se tedy, abychom se nedali a nenechali zahnat do kouta a pokusit se o to po čase znovu... Na vysvětlení pro ty, kteří nepracují na akademické půdě: Hlavní aktivitou, která se po nás požaduje, je publikování v časopisech ze seznamu Rady, nebo v zahraničních časopisech s impakt faktorem. Podle toho jsou pak pracoviště hodnocená a podle toho dostávají peníze. Jiné, byť bohužel a smysluplné vzdělávací či publikační aktivity, NIC neznamenají.

Ondra Masner: Díky za informaci. Pro mě je opravdu velmi užitečná, protože tuhle tvoji zkušenost z akademické půdy nemám. Ale přesně mi to zapadá do mých zkušeností z jiných oblastí života a vůbec mě to nepřekvapuje. Nevím, je-li to je nový druh totality, ale asi tam je mnoho společného. Případá mi, že se všechno už jen podřizuje a obětuje podivnému božstvu, které se jmenuje ÚSPĚCH... A asi to není náhoda, vidím v tom určitou zákonitost: kdo chce dnes dělat věci podle svého svědomí a kdo se nechce přestat

ptát po tom, jak by to správně mělo být, jak by se to dalo dělat co nejlépe, ten to musí dělat prostě po vlastní ose, na vlastní účet.

Ingrid Strobachová píše: Nedá mi to a vnesu malinkato přijatelnější notu: Minulý týden jsem měla osobní rozhovor s děkanem naší fakulty (2. LF UK, Motol). Chtěla jsem v obranné pozici vysvětlit možnosti publikování humanitních oborů obecně a nesmyslnost celého systému, ale po několika větech se náš - jak nyní vidím ještě významněji - osvícený pan děkan ujal tohoto slova: "Vím o situaci v humanitních oborech. Já s tím nemám problém. Fakulta je celek a některé ústavy budou více publikovat a jiné více učit. Váš ústav (=Lékařská etika a humanitní základy medicíny) počítám k těm druhým a budu se snažit, aby na tom příliš neprodělal, i když některá kritéria jsou pro celou universitu závazná."(Tím nechci říci, že dostaneme kdovíjaký balík peněz, ale i tak to беру jako velmi solidní osobní přístup.)

J.Beran: Pro psychosomatické myšlení v medicíně by bylo prospěšné publikovat v různých stávajících recenzovaných časopisech jednotlivých oborů, které sice nemají požadovaný IF, ale uveřejněný článek se dostane ke značnému okruhu čtenářů a psychosomatická problematika bude (pomalu sice) získávat své místo v různých oborech napříč medicínou. Příkladem je z mého oboru Česká a slovenská psychiatrie. Z interdisciplinárních periodik je celkem ceněný Časopis lékařů českých, kde by mohl být zájem o původní práce, z jejichž publikace by měli profit i akademičtí pracovníci. Na vysokých školách je publikační aktivita velmi sledována, autor z toho sice nemá podle mých zkušeností přímý finanční benefit, takže tato motivace v tom roli nehraje. Nicméně "žebříčky" to ovlivňuje významně a tak představitelé fakult na této publikační aktivitě v podstatě trvají. Psychosom by mohl zůstat pro úzký okruh příznivců bez podstatných změn.

Čepický do diskuse vstupuje: Nechtěl jsem do diskuse zasahovat, ale nakonec mi to nedá. Přijdu s velmi kacířským postojem. Sám vydávám Moderní gynekologii a porodnictví od roku 1991, dnes je to nejčtenější a nejrespektovanější gynekologický časopis. Začínal jsem doslova na koleně a grafickou úpravu jsem dělal sám v T602. Dnes jsme na tom lépe. Až do nedávna jsem ani netušil, že existuje nějaký seznam "recenzovaných časopisů" a nikdy mě to nezajímalo. Není totiž podstatný problém, zda tam uveden jsem nebo nejsem. O článek, který by mi někdo poslal, protože jsem recenzovaný časopis a nějaký lepší recenzovaný časopis by mu ho nevzal, nestojím ani já.

Stavíme (mohu-li použít první osobu) dům od střechy. Nejdřív musí být jasné, co bude náplň časopisu, komu je určen, z toho pak vyplývá náklad a pak taky jak se bude financovat. Když bude jasné, co bude náplň, tak bude jasné, zda je nutné nebo zbytečné být v jakémsi seznamu. Umím si představit řadu variant pojetí psychosomatického časopisu. Třeba to může být plátek pro diskusi pro psychosomatické bratrstvo. Pak předpokládám korespondenci bratrstva a vyměňování názorů na psychosomatické problémy. Jakýsi zájmový bulletin. Nebo to může být informační časopis o novinkách a dění v odborných společnostech českých i zahraničních, věnující se spíš "politickému pozadí" než vědě. To je jakýsi informační bulletin. Může to být časopis, který bude pouze přetiskovat práce už uveřejněné a roztroušené v různých jiných časopisech, které nikdo nemá čas sledovat a tak si to ani nemůže přečíst. Jakýsi referátový sborník. Může to být vyhraněně doškolovací časopis zaměřený na vyžádané souborné referáty (tak funguje Moderní gynekologie a porodnictví, uveřejňujeme jenom vyžádané souborné články - tam

pak je recenze nesmysl). Když autoři, které chceš a které oslovíš, budou mít pocit, že to má smysl a něco to může ovlivnit, tak ti to napíší rádi i do nerecenzovaného časopisu. Když ten pocit mít nebudou, tak tě pošlou do háje i s časopisem recenzovaným, leda bys je uplatil vysokým honorářem. Jistě je řada různých možností. Myslím však, že nejméně šťastný je časopis pro původní práce. Dobrá původní práce patří do impaktovaného zahraničního časopisu, začátečníci a výzkumné etudy mají dost prostoru v stávajícím spektru časopisů - nový takový časopis pokládám za zbytečný. Kromě toho původní práce z drtivé většiny nikdo nečte a nikomu nic nepřinesou.

V. Chvála: Rád bych s Tebou souhlasil skoro ve všem, s jedinou, trochu ufnukanou poznámkou: je rozdíl mezi časopisem pro gynekologii, obor, který je zavedený a nikdo ho nezpochybňuje, (tam bych volil zcela jistě Tvůj způsob při zavádění Moderní gynekologie) a psychosomatikou v ČR na začátku 21.století. Kolegové z kateder humanitních oborů na LF ukazují, že jsou tlačeni k publikování v tzv. recenzovaných časopisech, jinak z toho nemají potřebné body pro hodnocení školy následně pro odměny. To ale je jen další způsob, jak tlačit biomedicínské obory do popředí a jak je podporovat. Jasně, že můžeme zůstat (a bylo by to nejjednodušší) u přátelského bulletinu, psát si o tom, jaké máme zkušenosti, podporovat se, ale institucionalizování psychosomatiky to moc nepřinese.

Čepický odpovídá: Ale ta poznámka je skutečně trochu ufnukaná. Kolegové ze somatických oborů jsou tlačeni k publikacím nejméně tak, jako kolegové z oborů humanitních, a to ne k publikacím v recenzovaných časopisech, ale k publikacím v zahraničních impaktovaných časopisech. To je v pořádku. Tvůj časopis nikdy nebude konkurovat Psychosomatic Medicine, ba nebude konkurovat ani Československé psychiatrii (nebo jak se teď jmenuje). To je taky v pořádku. Jeho smysl a cíl je jiný. Moderní gynekologie a porodnictví taky nekonkuruje České gynekologii vydávané ČLS (a naopak se jí necítí nijak ohrožena, jde o časopisy různého smyslu, různého zaměření, různého významu). Lidi, kteří v Tvém časopisu budou publikovat, musí publikovat z jiných důvodů než je čárka za recenzovanou publikaci.

Bohumila Baštecká píše: Připojuji se k Pavlovi, že jde spíš o to, o co jde (= struktury časem vyměknou), tedy – slovy Pavlovými – jaký má časopis smysl (pokud bio-psycho-sociální, prosím, rutinně už zařazujte bio-psycho-sociálně-spirituální, neb otázka smyslu patří přesně tam). Já se v akademickém světě od října teprve rozkoukávám, ač předtím jsem byla deset let na katedře psychologie. Takže poprvé slyším mluvit dotčeně o člancích a rozdílu mezi humanitními a přírodovědnými obory. Jenže se mnou je ještě ta potíž, že si skutečně myslím, že naše obory valnou úroveň nemají, a těm přírodovědným fandím více. (U nás se na poradě mluvilo o tom, kolik dostane kolektiv vědců bodů za uveřejnění pohybu sasanky v Nature, kdežto autorský kritický rozbor kdečeho s kdečím v časopise tom a tom jen tolik a tolik bodů – samozřejmě, že jsem byla na straně Nature.

Skorunkovi to nedá: Popravdě řečeno, jsem z té diskuse spíš rozmrzelý místo, abych měl pocit nějaké katarze. Za prvé mi přijde, že se vytratila ta otázka, k jaké podobě časopisu směřovat. I ten můj argument, že prostě lidé působící v akademické půdě budou vzhledem k situaci preferovat publikování jinde než v Psychosomu, pokud se ho nepodaří dostat na ten seznam. Jde v prvé řadě o čas, ne každý je schopen a ochoten po nocích psát články do různých periodik, jeden do toho "uznávaného", druhý do toho myšlenkově a

lidsky spřízněného. Takže já bych byl pro to zkusit to znovu a nenechávat to být, jak doporučuje doc. Beran.



AKCE, AKTUALITY

PROGRAM ODBORNÉ SCHŮZE PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE:

2. ZÁŘÍ

Sál Psychiatrické kliniky, 15:00-17:00

Téma: Dvacet let Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci

Program:

1. V. Chvála: Dvacetiletá zkušenost s psychosomatickými pacienty v Liberci
2. A. Fürst: PBSP v léčbě pacientů s psychosomatickými symptomy
3. J. Friedrichová: Tři obrazy jako příklad
4. L. Trapková, V. Chvála, J. Knop, A. Fürst: Komplexní vzdělávací program v rodinné terapii psychosomatických poruch akreditovaný pro zdravotnictví

Diskuse po každém referátu. Všechny zájemce o psychosomatickou problematiku zveme! Přijďte nás podpořit!

TRAUMATERAPIE Z BERLÍNA DO PRAHY

(Zpráva ze Sdružení pro psychosomatiku o.s.)

Dne 15. 5. 2009 proběhlo v nemocniční kapli Kliniky dětí a dorostu FN Královské Vinohrady 9. setkání členů a příznivců Sdružení pro psychosomatiku, o. s. Součástí setkání kromě organizační části – informace o programu a cílech sdružení pro nové zájemce o členství, webové stránky, projekt Základní psychosomatická péče, atd. – byla i velmi podnětná a zajímavá přednáška prof. Dr. Wilhelma Steinmüllera z Berlína na téma traumaterapie spojená s praktickými ukázkami některých jednotlivých metod.

Co je traumaterapie? Jde o nově se formující „meziobor“, na pomezí psychologie, psychiatrie, psychoterapie, fyzioterapie. Velmi zjednodušeně pracuje nejenom s rozumovou a emoční částí mozku, ale „hovoří“ s hlubšími částmi, s instinktivním mozkem – reptilian brain – mozkovým kmenem. Trauma je uloženo právě v těchto strukturách.

Trauma je rozdílně definováno, stručně jde o velmi zatěžující zkušenost porušující duševní rovnováhu a vedoucí k desintegraci psychických procesů, k rozvoji duševních poruch, somatických onemocnění, různých typů závislostí, k poruchám v sociálních vztazích atd.

Dostává se do popředí odborníků od osmdesátých let 20. století nejdříve v USA. Zde bylo vyvinuto několik druhů traumaterapie, které se koncem devadesátých let objevují také v Evropě a nyní i v České republice. První výcvik s mezinárodní certifikací metody EMDR bude v létě 2009 ukončovat 20 českých terapeutů. Traumaterapie jsou velmi efektivní, krátkodobé terapie, některé z nich vycházejí z alternativních konceptů.

Metody užívané v traumaterapii :

- Somatické prožívání – Somatic Experiencing (SE). Zakladatel a tvůrce metody Petr Levine.
- Sensomotorická posloupnost – Sensomotor Sequencing (SS). Zakladatel metody Pat Ogden.
- Desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování – Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Zakladatelka metody Francine Shapiro.
- Integrace pomocí očních pohybů (EMI). Zakladatelka Danie Beaulieu.
- Alternativní metody (např. EFT – Techniky emoční svobody Gary Craiga.)

Uvedené metody mají různé teoretické základy a východiska, vycházejí z rozdílných vědeckých tradic, používají jiné pojmy a definice traumatu, praktický postup a průběh terapie se liší.

Podobnost je v tom, že pracují s tělem, určitým způsobem se někdy blíží psychoterapiím zaměřeným na tělo (bodyterapii), jsou orientované ne na minulost, ale na zdroje, pozitiva a úspěch, využívají změněných stavů vědomí, „moudrosti“ těla, dotykové terapie. Metody EMI, EMDR i EFT využívají bilaterální stimulační, nejvíce pomocí očních pohybů.

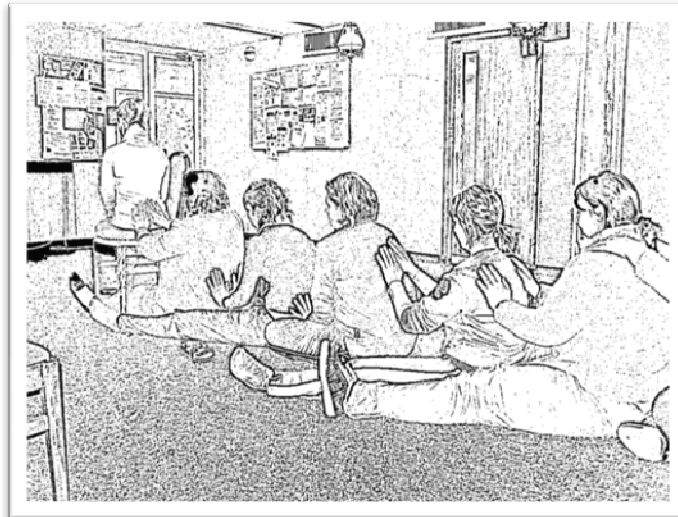


OBRÁZEK 1

Prof. Steinmüller (obr.1) je psychoterapeut s evropskou certifikací, a s certifikací pro metody SE, SS, EMI, má

MEZINÁRODNÍ KURZ O KOMPLEMENTÁRNÍ PÉČI PRO STUDENTY ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

V lednu 2009 se v Praze konal 1. běh



mezinárodního kurzu celoživotního vzdělávání, podpořeného Evropskou unií, s názvem INCCAR – Integrating Complementary Care within a Responsive Health Care System. Tento Hlavními cíli jak předchozího kurzu COHCA, tak našeho kurzu INCCAR, je poskytnout studentům zdravotnických oborů základní představu o problematice komplementární péče a alternativní medicíny v kombinaci teoretických poznatků a praktických nácviků vybraných postupů a ukázat diverzitu

svoji vlastní praxi v Berlíně a nyní i v Praze.

Bližší info na www.psychothera.de

V zimních měsících plánuje komplexní výcvik v metodách traumaterapie v České republice.

Další setkání sdružení proběhne 18.9.2009, více na www.sp-ps.eu info@sp-ps.eu

Ing. Mgr. Sevila Kačenová, Členka výboru Sdružení pro psychosomatiku

kurz, organizovaný Ústavem ošetřovatelství 3. LF UK, myšlenkově navazoval na předchozí intenzivní program,

koordinovaný pod názvem COHCA (Complementary Health Care Practice) v letech 2005–2008 naší partnerskou školou Arteveldehogeschool v Gentu.

v oblasti zdravotní péče. V úvodu jsou studentům vysvětleny definice pojmů, jako je komplementární péče a alternativní medicína v návaznosti na vědeckou medicínu a péči. Samotná existence těchto typů péče a jejich využívání ve vyspělém západním světě dostatečně svědčí o tom, že

pravděpodobně odpovídají na některé z lidských potřeb a že mají své filosofické, psychologické i sociální pozadí. V úvodních přednáškách je rovněž vždy prostor vymezen pro to, aby byli studenti seznámeni s problematikou vědeckého důkazu a s pojmy medicína i ošetřovatelství založenými na důkazu (evidence-based medicine a evidence-based nursing). Je samozřejmé, že veškerá péče musí být poskytována jako péče bezpečná, ale konstruování vědeckého důkazu podle pravidel pozitivistické gnoseologie je často v rozporu s možnostmi a podmínkami odlišných směrů, založených na jiném pojetí reality, zdraví i nemoci. Zajímavý výsledek bylo možné sledovat po ukončení rozsáhlé studie GERAC (GERman ACupuncture), která měla poskytnout důkazy o účinnosti akupunktury pro to, aby se rozhodlo o její úhradě z veřejného zdravotního pojištění. Ačkoliv statistické výsledky účinnosti nebyly zcela přesvědčivé ve prospěch akupunktury (mnozí pacienti cítili úlevu i po „falešné akupunktuře“, kdy byly vědomě napichovány nesprávné body), akupunkturní léčba bolesti zad a kolene se přece jen dostala do katalogu německých veřejných zdravotních pojišťoven, neboť se ustoupilo tlaku veřejnosti, která tuto službu žádá. (Haake, 2007)

Základní terminologii a širšímu kontextu alternativní medicíny a komplementární péče s vazbou na získávání vědecky

podložených důkazů o bezpečnosti metod se věnovaly Lily de Vlieger z Gentu a Eva Křížová z 3. LF UK. V letošním roce v úvodním bloku přednášek rovněž přednesla prof. RNDr. Anna Strunecká, DrSc., svůj příspěvek na téma spiritualita a zdraví, neboť holistický přístup ke zdraví, léčbě a péči duchovní rozměr vždy zahrnuje. Dalším specifickým kurzu INCCAR oproti předchozím je důraz kladený na organizaci zdravotní péče a na integraci komplementární péče do zdravotnického systému, nazývaného vstřícným, tj. takovým, který bere ohled na to, jak péči vnímají, potřebují a chtějí její uživatelé. Prof. Hein van der Hulst z partnerské Univerzity v Nijmegeně se věnoval tématu vstřícnosti (responsiveness) a přístupu orientovanému na klienta ve vztahu k alternativní medicíně a komplementární péči. V Holandsku po poslední reformě zdravotnictví, k níž došlo v roce 2006, se komplementární péče a alternativní medicína stávají běžnou součástí volitelných plánů zdravotního pojištění. Pokud se ukáže, že tyto formy péče jsou nejen uživatelsky atraktivní, ale i ekonomické, systém je nepochybně začne více podporovat.

Program kurzu je vždy sestaven podle potenciálu jednotlivých vyučujících naší školy a partnerských pracovišť a je pouze doplňován o externí lektory, kteří přednášejí důležité téma, jež není možné pokrýt vlastními silami. V tomto roce našimi dalšími hosty a

lektory přednášek byli MUDr. Martina Zisková, jež okouzila posluchače svým příspěvkem na téma „Základy ayurvédské medicíny“, MUDr. David Skorunka, Ph.D., z královéhradecké lékařské fakulty, který intelektuálně zaměstnal studenty složitou problematikou vztahu těla a mysli a psychosomatických souvislostí nemocí, a již výše zmíněná prof. Strunecká (téma spiritualita a zdraví). Teoretické přednášky jsou zhruba ve stejné proporcii doplňovány praktickými cvičeními a workshopy. Zahraniční učitelé poskytli studentům workshop k technice „léčebný dotek“ (therapeutic touch, Amy van Duijnhoven), indická masáž hlavy (Sirikka Eramaa),

integrativní masáž a aromaterapie (Regine van den Vogaerde), reflexologie nohy (Chantal Delava), drama (Marc Velghe) a ortomolekulární medicína a

Další součástí kurzu jsou exkurze. Letos jsme zavítali do ayurvédského centra Ayuma na Praze 1 a do spirituální galerie PhDr. ak. mal. Zdeňka Hajného „Cesty ke světlu“ na Praze 4, Chodově. Studenti měli rovněž možnost zúčastnit se jedné ukázkové

Bachova terapie (Lily de Vlieger). Protože turecká pedagožka, jež měla přednášet na téma „mediteránská strava a její zdravotně pozitivní efekty“, onemocněla, zvolili jsme místo přednášky praktickou ochutnávku řeckých, tureckých, ale i finských, holandských, belgických a českých zdravých produktů. Bohužel to bylo asi jediné setkání studentů se zdravou výživou, protože společné stravování v duchu české kuchyně hodnotili velmi kriticky. Našimi českými lektory pro praktické seznámení s některými technikami



komplementární péče byli Darja Havelková a David Penc (shiatsu), Ludmila Špičková (bazální terapie) a Petr Veleta (taneční terapie). Veškerá výuka probíhá v anglickém jazyce.

hodiny bikram yogy, která se cvičí v podmínkách vysoké teploty prostoru. Zorganizovali jsme rovněž celodenní výlet do Lázní Bělohrad, kde si studenti mohli prohlédnout celý areál s nabídkou balneologických procedur a relaxovat v lázeňském bazénu pro ně

rezervovaném. V průběhu kurzu je kladen rovněž důraz na to, aby si studenti mohli prodiskutovat své nové poznatky a dovednosti. Proto byla určena pravidelná skupinová sezení pod vedením tutora z řad pedagogů. Na závěr studenti vypracovávají ve skupinách vlastní reflexe problematiky a prezentují je celému posluchačstvu.

Kurzu se letos zúčastnilo 29 studentů z Holandska, Belgie, Litvy, Turecka, Finska a České republiky. Kurz je určen pro studenty všech



zdravotnických oborů naší fakulty a za 4 roky běhu COHCA a INCCAR se tam již vystřídalo 17 našich studentů medicíny, fyzioterapie a ošetrovatelství. Největší účast mají ale tradičně obory ošetrovatelství a fyzioterapie, méně zastoupeny jsou porodní asistentky a ergoterapeuti. Studenti byli v naprosté míře s kurzem spokojeni, vyjádřili mnoho pozitivních ohlasů a díky a zcela jistě dostali mnoho podnětů k dalšímu uvažování nad tím, co je zdraví, co je nemoc a jak se nemoc zvládá. Na rozdíl od našich studentek denního studia

ošetrovatelství jsou mnozí zahraniční studenti starší, tudíž osobnostně i sociálně zkušenější. Je vidět, že se pro zdravotnické obory rozhodli později, patrně s jasnou a uváženou motivací. Svou roli jistě hraje i dominance sektoru služeb v současných západních ekonomikách. Tomu odpovídalo i jejich soustředěné zaujetí v průběhu kurzu a jejich schopnost aktivně kooperovat na praktických cvičeních, skupinových diskusích i prezentacích. I když na kurzy

COHCA i INCCAR obvykle přijíždějí studenti, projevující zájem o problematiku alternativní medicíny a komplementární péče (mnozí

mají vlastní zkušenost s využitím některého ze směrů), neznamená to, že bezvýhradně přijímají vše. Naopak, přistupují k prezentovaným tématům kriticky, přemýšlejí o tom, jak jim mohou porozumět na základě svého dosavadního odborného vzdělání, a hlavně jaký přínos mohou mít pro jejich budoucí praxi. V závěrečné panelové diskusi, věnované otázce implementace poznatků v současné praxi, mají možnost své nápady, i pochyby vyjádřit. Po návratu z kurzu studenti vypracovávají závěrečnou reflexi, a

teprve na jejím základě dostávají osvědčení o absolvování kurzu, který je dotován 3 evropskými kredity.

Na kurzu INCCAR se kromě koordinátorky PhDr. Evy Křížové, PhD., podílely další pracovnice Ústavu ošetřovatelství 3. LF, přednostka Mgr. Hana Svobodová, PhDr. Marie Zvoníčková a Mgr. Renata Vytejková. Během kurzu byly pořízeny i některé videozáznamy vybraných workshopů a následně připraveno výukové CD, které dokumentuje všechny přednášky, abstrakta k workshopům, studentské závěrečné prezentace a obsahuje „čítanku dalších textů“, velké množství fotografií a videozáznamů. Toto CD je k dispozici v knihovně 3. LF UK, případně se mohou zájemci přímo obrátit na PhDr. Evu Křížovou, PhD. (eva.krizova@lf3.cuni.cz).

Co říci na závěr? Komplementární péči a alternativní medicíně je v západní Evropě věnována daleko větší pozornost než u nás, i když je nutné připomenout dlouhodobé snahy některých jejích českých reprezentantů o oficiální uznání alespoň vybraných postupů (např. akupunktury). Jako téma není ale u nás vnímána coby problém a vypadá to, jako by s ní bylo vše vyřešeno. Na lékařských fakultách západní Evropy naproti tomu přibývají povinné i volitelné kurzy k dané problematice pro lékaře i sestry. I naše univerzita dostala

nabídku od National Yang-Ming University na Tchaj-wanu, aby se studenti zúčastnili 6týdenního kurzu tradiční čínské medicíny. Bohužel diskuse u nás i po téměř 20 letech otevřené společnosti stále vypadá tak, jak si nedávno posteskl doktorand sociologie, který ve své práci o medicinalizaci učinil zmínku také o alternativní medicíně. Okamžitě mu hodnotitelé položili zvědavý dotaz, jaké důvody ho vedou k tomu, aby tyto směry podporoval. Je nejvyšší čas srovnat krok s ostatní Evropou, jejíž jsme součástí.

PhDr. Eva Křížová, PhD.
3. LF UK, Ústav ošetřovatelství
Ruská 87, 100 00 Praha 10
Kurz INCCAR byl podpořen v rámci Programu celoživotního vzdělávání Evropské unie (ERA-IP-2008-08).

Citace:

1. Haake, M. et. al.: German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain. Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups. Arch Intern Med. 2007; 167(17): 1892–1898. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/167/17/1892>.

ZLEPŠETE SVÉ SCHOPNOSTI PŘI PRÁCI S CHRONICKÝMI PACIENTY! KURZ: ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE

Navrhli jsme IPVZ kurz Základní psychosomatická péče v uzavřeném cyklu dvouletém. Je velmi pravděpodobné, že **poběží od října tohoto roku**. Záleží nyní spíše na počtu zájemců. Hlaste se, prosím, standardním způsobem na adrese IPVZ (<http://www.ipvz.cz>), kde by se měl v případě schválení co nejdříve objevit. Je to nejlepší způsob, jak můžete podpořit naše úsilí o zavedení základní psychosomatické péče také u nás v České republice. Kurz naleznete pod katedrou psychiatrie. Kurz je určen pro praktické lékaře a specialisty všech oborů, kteří se setkávají ve své praxi s obtížně

řešitelnými chronickými pacienty. Ke své biologické a klinické erudici přidají erudici psycho-sociální. Budou tak moci lépe porozumět těmto svým pacientům, některé z nich lépe motivovat pro rozšířené vnímání jejich nemoci o psycho-sociální aspekty a také je lépe a včas indikovat k odborné psychoterapii. **Jednáme také o možnosti účasti studentů vyšších ročníků lékařských fakult a klinické psychologie za zvýhodněných (zlevněných) podmínek!** Protože to je nezvyklé, potřebovali bychom vědět, kolik studentů by o to mělo zájem. Pište na adresu chvala@sktlib.cz

OBSAH VÝUKOVÉHO CYKLU:

- Celkem 72 hodin, 6 kurzů po 12 hodinách, čtvrtek+ pátek, 2–3× ročně (2–3 roky)
- Vedoucí kurzu: doc. J. Beran, MUDr. V. Chvála

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 1: ÚVOD DO PROBLEMATIKY

- Termín: podzim 2009 (návrh: 15.–16. 10. 2009)

Číslo kurzu (prosím přidělit po schválení)

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Úvod do psychosomatické medicíny, přehled | 2 h. doc. J. Šimek |
| 2. Interpersonální medicína | 4 h. MUDr. V. Chvála |
| a. Patogeneze | |
| b. Salutogeneze | |
| c. Základní koncepty komunikace- cyklický maladaptivní vztahový kruh | |
| d. Symptom jako výraz interpersonálních procesů | |
| e. Manifestace psychogenních onemocnění v tělesných, duševních a sociálně – komunikačních interpersonálních symptomech | |
| f. Základní nosologické jednotky psychosomatické medicíny | |
| 3. Rozhovor lékaře a pacienta | |
| a. Podmínky a teorie lékařského rozhovoru | 1 hod. V. Chvála |
| b. Práce s časovou osou, praktické ukázky, rozbor | 3 hod. V. Chvála |
| 4. Balintovská skupina | 2 hod. L. Trapková |

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 2: ONEMOCNĚNÍ S PRIMÁRNĚ TĚLESNOU SYMPTOMATIČOU ČÁST 1

Termín: jaro 2010

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Psychosomatické aspekty klinických obrazů nemoci | 1 hod. R. Honzák |
| 2. Somatoformní poruchy | 1 hod. R. Honzák |
| 3. Oběhový systém | 1 hod. R. Honzák |
| a. Koronární srdeční onemocnění | |
| b. Srdeční neuróza | |
| c. Esenciální hypertenze | |
| 4. Dýchací orgány | 1 hod. R. Honzák |
| a. Hyperventilační syndrom, panická ataka | |
| b. Astma bronchiale | |
| 5. Trávicí trakt | 2 hod. R. Honzák |
| a. Funkční abdominální potíže | |
| b. Žaludeční a duodenální vřed | |
| c. Colitis ulceróza | |
| d. Morbus Crohn | |
| 6. Funkční sexuální poruchy, vedení rozhovoru o sexu | 2 hod. V. Chvála |
| 7. Poruchy příjmu potravy | 2 h. Chvála + Trapková |
| 8. Balintovská skupina | 2 hod. L. Trapková |

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 3: ONEMOCNĚNÍ S PRIMÁRNĚ-TĚLESNOU SYMPTOMATIČOU ČÁST 2

Termín: léto 2010

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Pohybový aparát, časté ortopedické a revmatologické n. | 3 hod. J. Hnízdil |
| a. Bolesti zad | |
| b. Primární chronická artritida | |
| c. Generalizovaná tendomyopatie | |
| d. Morbus Sudeck, algodystrofie | |
| e. Distorze krční páteře | |
| 2. Pokožka jako hraniční orgán a vztahové pole | 3 hod. R. Pánková |
| a. Neurodermatitida | |
| b. Urtikaria | |
| c. Psoriáza | |
| d. Akné | |
| e. Artificiální dermatózy | |
| 3. Onemocnění v oblasti ušní, nosní, krční | 2 hod. Zina Hánová |
| a. Funkční ztráta sluchu a tinitus | |
| b. Psychogenní porucha sluchu | |
| c. Funkční dysfonie | |
| d. Psychogenní afonie | |
| e. Globussyndrom | |
| f. Angína, onemocnění mandlí u dětí a rodina | |
| 4. Časté neurologické klinické obrazy nemoci | 2 hod. E. Rys |
| 5. Balintovská skupina | 2 hod. L. Trapková |

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 4: ONEMOCNĚNÍ S PRIMÁRNĚ-TĚLESNOU SYMPTOMATIKOU ČÁST 3

Termín: podzim 2010

1. gynekologické a porodnické obrazy nemoci a symptomy 4 hod. V. Chvála
 - a. poruchy krvácení a cyklu, dysmenorhea
 - b. klimakterický syndrom
 - c. chronické recidivující bolesti v podbřišku
 - d. pruritus vulvae a fluor
 - e. urogynekologické poruchy
 - f. sterilita
 - g. psychosomatika poruch těhotenství a porodu
2. Zneužívání, jeho rozpoznání, následky a léčba 2 hod. V. Chvála
3. Trauma, akutní a chronický posttraumat. syndrom 2 hod. R. Honzák
4. chronicky nemocný pacient s malignitou a ledvin. insuf. 2 hod. R. Honzák
 - a. Zpracovávání a vypořádávání se s onkol. onemocněním
 - b. Zpracování a vypořádávání se s chron. termin. ledvin. insuficiencí
5. Balintovská skupina 2 hod. L. Trapková

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 5: ONEMOCNĚNÍ S PRIMÁRNĚ VNITŘNÍ DUŠEVNÍ SYMPTOMATIKOU

Termín: jaro 2011

Číslo kurzu: prosím přidělit po schválení

1. Úzkostné a nutkavé poruchy 2 hod. R. Honzák
 - a. Úzkostná onemocnění
 - b. Nutkavé poruchy
2. Deprese a sebevražednost 2 hod. R. Honzák
 - a. Symptomatika
 - b. Etiologie a systematika depresivních poruch
 - c. Těžká deprese
 - d. Kombinace farmakoterapie a psychoterapie
 - e. Sebevražednost, protisuicid. kontrakt
3. Závislostní onemocnění 2 hod. M. Miovský
 - a. Symptomatika (alkohol, sedativa, hypnotika, drogy)
 - b. Etiologie a psychodynamika
 - c. Práce se závislými osobami, systém péče
4. Ob tížný pacient – problémy ve vztahu lékař- pacient. 2 hod. J. Šimek
 - a. Vyžadující a závislý pacient
 - b. Problémy ve vztahu s pseudozávislými pacienty
 - c. Problémy ve vztahu s pasivně agresivními pacienty
5. Systemická rodinná terapie 2 hod. D. Skorunka
6. Balintovská skupina 2 hod. L. Trapková

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 6: ŽIVOTNÍ CYKLUS, LÉČBA

Termín: léto 2011

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Rodina jako sociální děloha | 2 hod. Chvála+Trapková |
| a. Dětství, dospívání a rodina | |
| b. Krize v rodině jako příležitost | |
| 2. Starší pacient | 2 hod. Z. Kalvach |
| 3. Umírající pacient a smrt | 2 hod. Z. Kalvach |
| a. Rozhovor s umírajícím | |
| b. Poslední úkoly a práce ke smrti | |
| c. Péče o umírající v praktické rodinné péči | |
| d. Kontakt s umírajícími | |
| 4. Všeobecná psychoterapie v rámci ZPP | 2 hod. V. Chvála |
| a. Indikace a prognóza | |
| b. Psychoterapeutický rozhovor | |
| c. Kombinace somatických a psychoterapeutických metod | |
| 5. Přehled odborných psychoterap. metod, indikace | 2 hod. V. Chvála |
| 6. Balintovská skupina | 2 hod. L. Trapková |

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE 7: PSYCHOSOMATIKA LÉKAŘE, ALTERNATIVNÍ POSTUPY A INDIKACE

Termín: podzim 2011

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Psychosomatika lékaře a burning-out syndrom | 2 hod. R. Honzák |
| a. Role lékaře a konflikty rolí | |
| b. Pracovní zatížení lékaře a zdraví lékaře | |
| c. Vypořádávání se se zatížením v lékařské profesi | |
| 2. Alternativní postupy vhodné pro ZPP | 4 hod. V. Chvála, E. Křížová |
| a. Akupunktura z pohledu rodinné terapie | |
| b. Tělová terapie, hypnoterapie | |
| 3. Etika a terapie | 2 hod. J. Šimek |
| 4. Psychoanalýza a její postavení dnes | 2 hod. J. Šimek |
| 5. Balintovská skupina | 2 hod. L. Trapková |

Tento návrh je rámcový a dále k němu diskutujeme. Je však třeba začít a Ti, kdo kurz začnou, měli by vědět, jak bude pokračovat, čeho se mohou v kurzu dočkat. Když se přihlásíte, pomůžete kurz a tím i projekt Základní psychosomatické péče realizovat.

**INTERDISCIPLINÁRNÍ KONFERENCE STUDIA VYŠŠÍCH
NERVOVÝCH FUNKCÍ S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ- PRVNÍ
INFORMACE**

POŘÁDÁ: SPOLEČNOST PRO PSYCHOSOMATICKÉ INTEGRACE ČLS JEP

PRAHA, 19.-20.října 2009

Místo konání: Lékařský dům, Sokolská 31

120 26, Praha 2

Organizační výbor konference:

- Anna Yamamotová, doc., RNDr.,CSc.
- Marie Pometlová, MUDr.,CSc.
- Miloslav Kukleta, prof.,MUDr. CSc.
- Petr Bob, RMDr.,Phd.

Sekretariát konference:

Univerzita Karlova v Praze
3.LF, Ústav normální, patologické a klinické fyziologie
Ke Karovu 4
120 00 Praha 2
Tel. 224 902 717, 224 902 725
e-mail: yamamoto@lf3.cuni.cz



POKYNY PRO AUTORY ČASOPISU

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

Délka příspěvků:

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

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

Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7 500 znaků).

Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě nejlépe ve formátu WORD, případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost

písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

PSYCHOSOM VYDÁVÁ
INSTITUT RODINNÉ TERAPIE
A PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY V LIBERCI, O.P.S.
(LIRTAPS)

TOTO MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ
NA FARMACEUTICKÝCH
FIRMÁCH

