

2009

VII/3

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a
psychoterapeutickou medicínu

EDITORIAL: Pomáhají peníze léčit? KAZUISTIKA: V. Chvála: Do roka a do dne. Pacientka s endometriózou. VÝZKUM: V.Břicháček: Psychosomatika a vývojová věda, M.Hůlková: Kvalitativní výzkum. FILOSOFIE: H.Kalábová: Ruka má tělo a řeč celého člověka. GLOSY, POLITIKA, KONCEPCE: Situace psychosomatiky v Německu, POŠTA, DISKUSE: P.Čepický: Komentář k textu Frankeho o psychosomatice v gynekologii, P. Čepický, R.Honzák, V.Chvála: Když se dva gynekologové přou o psychosomatiku. RECENZE, AKCE, AKTUALITY, INZERCE



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 3/2009 dne 31. 8. 2009, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 7. 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 ošetrovatelství 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 ošetrovatelství 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
Mgr. 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 3/2009:

EDITORIAL

- V. Chvála: *Pomáhají peníze léčit?* 145

KAZUISTIKA

- V. Chvála: *Do roka a do dne. Případ léčby pacientky s pelviální a endometriózou.* 147

VÝZKUM

- V. Břicháček: *Psychosomatika a vývojová věda* 168
M. Hůlková: *Kvalitativní výzkum – vhodný nástroj pro výzkum v psychosomatice – zpráva o semináři* 173

GLOSY

- E. Křížová: *Jak překládat termín „medicalization“ do češtiny?* 180
M. Hůlková: *Otevřenost jako rys osobnosti je spojena s vyšší aktivitou serotoninergního systému* 181

FILOSOFIE

- H. Kalábová: *Ruka má tělo a řeč má celého člověka.* 183

POLITIKA, KONCEPCE

- O. Masner: *Souhrn informací o současném stavu základní psychosomatické péče v Německu* 188

POŠTA, DISKUSE

- P. Čepický: *Komentář k textu P. Frankeho: Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemocí a symptomy. Psychosom 7, 2009, s. 10-19. (a diskuse nad vědou jako takovou)* 191
Když se dva gynekologové přou o psychosomatice Diskuse Čepický-Chvála-Honzák 196

AKCE, AKTUALITY

- ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE: TEORIE A PRAXE: 13.celostátní konference psychosomatické medicíny v liberci* 207
Kvalita a vztah v medicíně- konference v Německu 207

RECENZE

- M. Kala, J. M. Veselý: *Třinácté komnaty aneb zázraky a náhody ve zdraví a nemoci.* 209
Slavoj Hontela: *Rehek domácí; úvaha o stavu vědomí a nevědomí* 211
Odpověď na recenzi knihy: Felix Irmiš: Temperament a autonomní nervový systém. Diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie. Galén 2007 213

INZERCE

217

**Psychiatrie
pro praxi**

Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)



EDITORIAL

V. CHVÁLA: POMÁHAJÍ PENÍZE LÉČIT?

I v tomto prázdninovém čísle Psychosomu dominuje diskuse o metodologii výzkumu a oprávněnosti psychosomatické a psychotherapeutické medicíny řadit se mezi vědecké disciplíny. Této diskusi nemůžeme uniknout ani tím, že si budeme myslet svoje s tím, že práce je i tak dost. Pavel Čepický se pustil do kritiky uveřejněné kapitoly z čerstvě přeložené učebnice Základní psychosomatická péče (viz rubriku *Diskuse*). Uvádí náročná kritéria „vědeckosti“ a vypadá to, že jsme převzali z Německa něco, co je sto let za opicemi, přestože německým kolegům, kteří mají oproti nám dvacet let náskok v organizaci psychosomatické péče oproti nám, dobře ke vzdělání slouží. Ono to v tom Německu zase nebude tak růžové, jak se dozvídáme z cenné zprávy Ondřeje Masnera o tom, co vykořespondoval se třemi německými kolegy. Nepřehlédněte to v rubrice *Politika, koncepce*. Posun znalostí je jistě v naší medicíně značný, a tak učebnice rychle stárnou. Přes veškerý neustálý pokrok ve výzkumu nemůžeme ani my, ani naši pacienti čekat, až bude všechno, každý detail naší léčebné praxe prozkoumán věrohodným výzkumem. Potřebují se léčit už teď, stejně jako to potřebovali před padesáti, sto, dvěma sty nebo tisíci lety. Jde tedy takřkajíc o léčbu za pochodu, při které se snažíme využít všeho, o čem víme, že by mohlo pomoci, co se tedy traduje, že pomohlo. Ony se ty naše lidské problémy příliš nemění, podstatné druhy konfliktů jsou nejspíš stále tytéž, dnes jako v době Kristově. Z jeho doby známe zajímavé

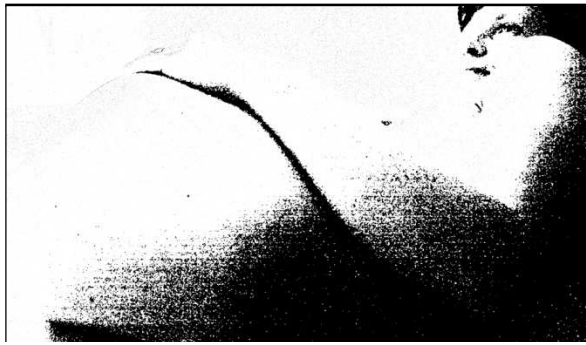
kazuistiky. Zachovaly se dodnes, i když teorie se zůstala jediná- víra tvá tě uzdraví. Všichni vědí, jak byl uzdraven slepý, malomocný, ochrnutý. Dnes nebývá kazuistika ve vědeckých kruzích prý příliš ceněna, co je to jeden pacient, jeden případ! Ale není to tak, jak se dozvíme ze zprávy ze semináře o metodologii kvalitativního výzkumu s americkým lektorem profesorem Volicerem z University of South Florida. Chtěl bych našim kolegům připomenout, že také u nás jsou pracoviště, na kterých se věnují kvalitativnímu výzkumu. Určitě je to směr, který by mohl pro oblast psychosomatické a psychotherapeutické medicíny nabídnout vhodnou výzkumnou technologii. Jen směle do publikování kazuistik, je to také svého druhu kvalitativní výzkum. Jak jinak si vzájemně ukázat, jak pracujeme, s čím se v terapii setkáváme. Máme ambici uveřejnit v každém čísle jednu původní kazuistiku, doufejme, že od různých terapeutů. V té dnešní ukazujeme složitost bio-psycho-sociálního přístupu k nemoci v oblasti malé pánve, chronické ke gynekologické pacientce s pelvialgií a endometriózou. Tu dobře dokresluje diskuse dvou gynekologů doplněná o názor Radkina Honzáka o psychosomatice a vědě. Doufáme, že se k diskutujícím přidají další.

V rubrice Výzkum tentokrát nenaleznete výzkumnou práci, ale úvahu zkušeného výzkumníka docenta V. Břicháčka, kterou napsal pro náš časopis. Nechtěli bychom to s tlakem tímto směrem přehánět, ale přece. Pokud jde o naši pýchu na výsledky nejmodernějších

výzkumů, ony často potvrzují to, co už bylo i bez výzkumu v praxi známo. Má to svoji cenu, jistě, ale neznamená to podle mého, že máme každých pět let vyházet všechno, co bylo dosud napsáno, z knihovny. Když si přečtete třeba Adlerovu útlou knížku Umění rozumět z roku 1928, přeloženou Zbyňkem Vybíralem (Práh, 1993), ve které Adler ukazuje svůj způsob uvažování nad spontánní výpovědí jedné ženy, dozvíte se na str. 60 o tom, co si myslí o významu peněz pro člověka, který trpí nedostatkem kontaktů a nízkým sebevědomím. Jde o čistou spekulaci o tom, co je skryto za touhou po penězích: „Je to zápas o rovnocenné postavení. Tím, že v naší kultuře začaly peníze poměřovat cenu člověka, třebaže ne úplně, má každý člověk sklon vidět v sumě peněz svou cenu... i děti chtějí pocítit, že mají svou cenu.“ Moderním výzkumníkům se tento předpoklad individuální terapie podařilo prokázat rafinovanými pokusy až docela nedávno. To, že zklamání ze ztráty oblíbenosti je prožíváno v oblasti stejných mozkových struktur jako vnímání bolesti, zjistil tým vedený Naomi Eisesnbergerovou už před devíti lety. Teprve letos se podařilo trojici vědců Sin-jüe Čou ze Sun I-sienovy univerzity v Číně, Kathleen D. Vohnsové z Minnesotské univerzity a Royovi F. Baumaisterovi z Floridské státní univerzity podložit solidním výzkumem také další část psycho-

terapeutova předpokladu o vlivu peněz na zdraví člověka. Z jejich zprávy vydané v časopise Psychological Science vyplývá, že uspořádali 6 experimentů, ve kterých se ukázalo, že pro osoby, které dostaly zprávu o své neoblíbenosti, mají peníze větší cenu než pro osoby, které se dověděly, že jsou oblíbeny. Navíc se ukázalo, že lidé s myšlenkami na bolest si cenili peněz více, než lidé bez bolesti. Dokonce se ukázalo, že lidé, kteří v experimentu počítali peníze (což bylo vydáváno za test zručnosti) snesli více bolesti než lidé, kteří počítali jen obyčejné papírky. Výzkumníci usoudili, že peníze pomáhají léčit. Podívejme, jak je ten výzkum užitečný! Věc však nebude, jak už to v životě chodí, tak jednoduchá. Hned se nám množí spousta dalších otázek. Jaký vliv mají peníze na zdraví osob, které je získaly podvodem nebo zločinem? A jak by se to dalo zkoumat? Možná bychom mohli navrhnout takové experimenty, které by ukazovaly, zda jsou nemocnější pracovníci skláren než stejně staří poslanci poslanecké sněmovny. Ale nevím, jestli by to nebylo zkreslováno jinými faktory.

Raději přestaňme filosofovat a podívejme se ještě na otázku, zda má tělo ruku nebo ruka tělo, kterou si klade kolegyně Helena Kalábová v rubrice Filosofie. Kdo hádáte, že je to typická otázka zastánců fenomenologie, máte pravdu.



KAZUISTIKA

DO ROKA A DO DNE. PŘÍPAD LÉČBY PACIENTKY S PELVIALGÍÍ A ENDOMETRIÓZOU.

A Year and a Day: A Case of a Femele Patient's Pelvialgy and Endometriosis Treatment.

Vladislav Chvála

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci

Souhrn:

V.Chvála: Do roka a do dne. Případ léčby pacientky s pelvialgií a endometriózou. PSYCHOSOM, 2009;7(3):147-167

Předkládáme odborné veřejnosti kazuistiku, na které ilustrujeme způsob léčby komplikované pelvialgie s endometriózou, jak je prováděna na našem psychoterapeuticky orientovaném psychosomatickém pracovišti. Z terapeutického zoufalství byla invalidizované pacientce navrhována panhysterectomie. Místo ní podstoupila naši léčbu. Po roce se loučíme s proměněnou pacientkou, která má náhled na svou schopnost somatizovat v oblasti pánve psychické a partnerské problémy a aktivně je řeší. Terapeutická práce ve 12 sezeních rodinné terapie kombinovaná s fyzioterapií a akupunkturou byla tentokrát úspěšná. Chceme ukázat, kolik práce s nejistým výsledkem to představuje, kolik dalších faktorů mimo známé tělesné změny při endometrióze bylo ve hře, a jak náročný je celý proces pro nemocnou a její rodinu. Přesto považujeme takovou léčbu za přiměřenou složitosti případu a nikoli jen za „alternativní“ postup. Kombinaci psychoterapie, rodinné terapie s tělovou terapií považujeme za lege artis postup ve vybraných případech endometriózy a pelvialgie.

Klíčová slova: endometrióza, pelvialgie, dyspareunie, sexuální dysfunkce, somatizace, rodinná terapie

Summary:

V.Chvála: A Year and a Day: A Case of a Female Patient's Pelvic Pain and Endometriosis Treatment. PSYCHOSOM, 2009;7(3):147-167

The professional public is being acquainted with the casuistry, which illustrates the method of treatment of complicated pelvic pain with endometriosis, as it is done in our psychotherapy-oriented psychosomatic clinic. A disabled patient was proposed to be treated through panhysterectomy for therapeutic despair. However, the patient underwent our treatment. After a year we say goodbye to a changed patient who has insight into her ability to somatise her psychological and partnership problems in her pelvic area and she solve them actively. The therapeutic work in 12 family therapy sessions combined with physiotherapy and acupuncture has been successful this time. We would like to show how much work with uncertain results it covers, how many other factors besides the known changes in body while treating endometriosis were in stake, and how demanding the complete process is for the patient and her family. Nevertheless, we find such treatment to be adequate to the case complexity and not just for an „alternative“ method. We consider the combination of psychotherapy, family therapy with body therapy lege artis procedure in selected cases of endometriosis and pelvic pain.

Keywords: endometriosis, pelvic pain, dyspareunia, sexual dysfunction, somatisation, family therapy

ENDOMETRIÓZA A PELVIALGIE

Endometrióza je onemocnění, v němž buňky endometria, které podléhají cyklickým změnám včetně krvácení, jsou uloženy v oblastech mimo děložní dutinu. Informace jsou běžně dostupné ve veřejných zdrojích (např. Wikipedie), proto zde jen stručně (Memarzadeh, Muse, & Fox, 2006). Pestrý obraz onemocnění vychází z prostého faktu, že v místě, odkud nemůže krev přirozeně odcházet (břišní dutina, stěna děložní, vaječník, jizva), se hromadí a vstřebává, což bývá provázeno symptomy, které se často zhoršují spolu s menstruačním cyklem. **Příznaky** jsou závislé na místě implantace. Hlavním, ale ne univerzálním příznakem je pánevní bolest. Může být mírná až těžká, za sponou, na obou stranách pánve, vyzařuje do dolní části zad a rektální

oblasti, nebo do DK. Pozoruhodné je, že míra bolesti nezávisí na stupni nebo na fázi endometriózy. Některé ženy pocítují jen malou nebo žádnou bolest, i když proces postihuje značné plochy. popisují nesnesitelné bolesti, i když mají jen několik malých ložisek endometriózy. Endometriózu může doprovázet (nebo předcházet) dysmenorea, dyspareunie – bolestivý sex, dyschezie – bolestivé pohyby střev, dysurie – bolestivé vyměšování, neplodnost, i když souvislost mezi neplodností a endometriózou zůstává nejasná (Speroff, Glass, & Käset, 1999). Je možné, že endometriotická léze produkuje faktory, které jsou škodlivé pro gamety a embrya, nebo se endometrióza s vyšší pravděpodobností vyvíjí u žen, které nedokážou otěhotnět z jiných důvodů, a

proto je vhodnější mluvit **endometrióze spojené s neplodností** (Buyalos & Agarwal, 2000). U postižených se někdy vyskytují další symptomy, jako je nevolnost, zvracení, omdlévání, závratě nebo průjemy, zvláště během menses, časté krvácení, chronická únava, kolísání nálady, bolesti zad, anemie, inkontinence, urgentní průjemy atd. Pokud praskne endometriotická cysta, lékař mnohdy diagnostikuje náhlou příhodu břišní. Maximum obtíží nemusí provázet jen menses, bolesti mohou nastat jindy během cyklu, v době ovulace, nebo díky srůstům při pohybu stolice a močení, při tělesném pohybu, cvičení, při stání nebo chůzi, a samozřejmě ve spojitosti se stykem.

Výskyt: Endometrióza může postihnout jakoukoli ženu, od premenarche až po postmenopauzu, bez ohledu na rasu, etnický původ nebo na počet dětí. Jde především o onemocnění reprodukčního věku. Odhady o výskytu se liší, ale nejčastěji se uvádí 5–10 %, častější je u žen s neplodností (20–50 %), a hlavně u žen s chronickou pánevní bolestí (asi 80 %). Jako estrogen-dependentní proces může přetrvávat i po menopauze a přetrvává až u 40 % pacientek po hysterektomii (Kapoor & Davila, Endometriosis, 2008). Americká společnost reprodukční medicíny navrhla **klasifikaci** od lehkého I. stupně postižení s povrchními lézemi a několika srůsty až po rozsáhlé postižení s velkými ložisky a srůsty ve stadiu IV. Tato klasifikace vystihuje fyzikální stav choroby, nikoli úroveň bolesti či neplodnost (American, 1997).

Příčiny: Zatímco vysvětlení mechanických důsledků ektopicky uloženého endometria a krvácení je snadné, o příčině samotné ektopie není shody. Existuje řada teorií, které se nemusí vzájemně vylučovat.

Estrogeny: Je zřejmé, že endometrióza je závislá na estrogenech, a proto se projevuje zejména v reprodukčním věku ženy. Léčba je často zaměřena na snížení hladiny estrogenů. Ložiska endometriózy obsahují enzym aromatázu, která je nezbytná pro metabolismus estrogenů, což vysvětluje, proč nemoc může přetrvávat i po menopauze a hysterektomii. Samotná skutečnost závislosti endometria na estrogenech však nevysvětluje, proč se v jednotlivých případech vyskytuje mimo děložní dutinu.

Retrográdní menstruace: Při znalosti anatomie dělohy a fyziologie krvácení se nabízí představa retrográdní menstruace (Sampson, 1927). Pokud totiž dojde k dysbalanci mezi napětím hladké svaloviny děložního hrdla a těla, může se stát, že uvolněná krev s endometriem je místo do pochvy vytlačována cestou vejcovodů do dutiny břišní a zde dojde k implantaci. Imunitní systém někdy není schopen zabránit implantaci a růstu ektopických buněk, např. v dědičných faktorech, vlivu toxinů nebo ve stavu imunitního systému. Nepovažujeme za šťastné kritizovat za každou cenu tuto teorii jen proto, že není schopna vysvětlit všechny případy endometriózy s tím, že mnohé ženy s retrográdní menstruací nemají endometriózu. Jde totiž o jedinou teorii vzniku endometriózy, která může být využita v psychoterapeutické praxi. Psychoterapeuti totiž u takto postižených žen poukazují na nedostatek sebevědomí až odpor k ženské roli, a terapeutický efekt očekávají hlavně od toho, že postižená žena změní vztah k svému ženství (Silverton, 1990). Patří-li pravidelné krvácení z pochvy k nepopiratelným příznakům ženské role, je snadné si představit, jak se vnitřní konflikt promění do dysbalance

myometria v zoufalém a marném pokusu krvácení zastavit.

Jiné teorie hledají zdroj ektopického endometria jinde. Tvrdí, že buňky, které mají potenciál stát se endometriem, jsou určeny během embryonálního vývoje za organogeneze a mají pocházet z tzv. Müllerova vývodu při tvorbě ženských reprodukčních orgánů z doby jeho migrace v 8.–10. týdnu embryonálního života. Primitivní endometriální buňky se mohou pak chovat jako osivo pro různé umístění endometria. Autoři razí proto pro endometriózu pojem **mülleriosis** a opírají se o studium plodů (Signorile, Baldi, Bussani, D'Armiento, Falco, & Baldi, 2009). Může to být dobrý nápad, neumí však předem určit, u které ženy a z jakých důvodů dojde ke vzniku endometriózy a proč to právě její organismus dělá. Zastánci **coelomové metaplazie** jsou na tom s výkladem podobně, poukazují přitom na skutečnost, že jak endometriální tak i peritoneální buňky pocházejí z coelomového epitelu. Vznikají-li metaplazií z jednoho typu buněk, co když podobná metaplazie vyvolaná zánětem vede ke vzniku ektopicky uloženého endometria? Tuto hypotézu podporují laboratorním pozorováním této transformace, ale ani zde není stopy po vysvětlení, jaký smysl má pro organismus vytváření takových ložisek (Matsuura, Ohtake, Katabuchi, & Okamura, 1999).

Konečně je známo, že dcery či sestry pacientek s endometriózou jsou vystaveny vyššímu riziku vzniku endometriózy, což je vodou na mlýn zastánců výkladu o **vlivu dědičnosti**. Uvažují o tom, že například nízké hladiny progesteronu mohou být geneticky dané, což může přispívat k hormonální nerovnováze. Zcela zapomínají na fakt, že takové příbuzné ženy přebírají také výchovný a životní

styl, případně podobné trauma (incest), zauímají podobné postoje k sexualitě a ke svému ženství, aniž to má co společného s geny. Ve studii zveřejněné v časopise *American Journal of Human Genetik* (2005) autoři našli souvislost mezi endometriózou a chromozomem 10q26 (Treloar, Wicks, & Nyholt, 2005). Jedna studie zjistila, že u sester pacientů s endometriózou je relativní riziko vzniku endometriózy 5,7:1 oproti kontrolní populaci (Kashima, Ishimaru, & Okamura, 2004).

Ještě méně snadné je vysvětlit **bolest** doprovázející endometriózu. To proto, že intenzita bolesti nekoreluje s rozsahem postižení. Samotný krevní výron do tkáně může být bolestivý. Krev se hromadí v místě, způsobuje otoky a spouští zánětlivou reakci s aktivací cytokinů, což může způsobit bolest. Bolestmi mohou být provázeny také adheze, srůsty, které omezují pohyblivost vnitřních dutých orgánů.

Léčba: I když neexistuje žádný lék na endometriózu, u mnoha pacientek po menopauze (přírozené nebo chirurgické) se proces spontánně zastaví. U pacientek v reprodukčním věku se léčba soustředí na odstranění bolesti, omezení progresu procesu, řešení sterility. U mladších žen s nenaplněným reprodukčním potenciálem je chirurgická léčba spíše konzervativní, u ostatních hysterektomie nebo odstranění vaječníků mohou být metodou volby, ale ani to není záruka, že se endometrióza nebo příznaky endometriózy nebudou vracet. Další kroky závisí na okolnostech: pacientkám bez neplodnosti jsou doporučovány hormonální léky, které potlačují přirozený cyklus, zatímco neplodnost může být řešena po operaci endometriózy IVF.

Málo se uvádějí **možnosti psychoterapie**, a pokud, tak jen jako

podpůrná léčba. Psychologické aspekty nemoci jsou spíše považovány za následky nemoci. V souboru 63 pacientů se nepodařilo potvrdit vztah mezi intenzitou bolesti a úzkostí a depresí.

NÁŠ PŘÍPAD

Málokdy můžeme předložit k nahlédnutí případ, na kterém lze ilustrovat složitou problematiku pelviálgie (případně s endometriózou nebo bez ní) se svolením pacientky. Jen zřídka je takový případ doporučen k léčbě postupem *lege artis* buď gynekolog, nebo psychiatr. Pacientka si naše pracoviště nejprve vyhledala sama a doporučení si vyžádala na svém psychiatrovi. Ten ve své zprávě popisuje problém pacientky velmi výstižně, stojí za to ho citovat:

Anamnesa: otec matku opustil záhy po porodu pacientky, matka opuštění těžce nesla, od matky pak dcera slyšela, že jí obětovala svůj život... matka se pak stala závislou na pacientce, dcera je její důvěrníci. Před lety otěhotněla s ženatým mužem, matka ji přemluvila k interrupci. Nyní spokojeně vdaná, manžel má pro pacientku pochopení, má desetiletého syna.

Nynější onemocnění: Od dětství si uvědomuje, že není schopna prožít lásku, blízkost. Svět vnímá rozumem. Onemocnění začalo před 2 lety v r. 2005 záněty močového měchýře, antibiotika, pak rozšiřování močové trubice; potíže se horší, zjištěna endometrióza, léčí se

První setkání

Příjem do léčby považujeme za klíčový pro další vývoj celé léčby. V rozhovoru trvajícím asi 60 minut zjišťujeme co nejvíce o tom, jak potíže vypadají, co je

Naopak byla nalezena významná korelace mezi vyrovnaností a úzkostí či depresí (Eriksen, Gunnarsen, Sørensen, Munk, Nielsen, & Knudsen, 2008).

nyní již na klinice. Operována laparoskopicky, nález recidivuje, opět hormony, které nesnáší, proto doporučena hysterektomie. Bolesti se stupňují, gynekolog pacientku uznal práce neschopnou, proto ještě odeslána na psychiatrii. Pacientka léčena různými hormony, ale i antidepresivy, homeopatiky, nic nepomáhá, stav se stále horší, pro bolesti nemůže už ani sedět. Došlo k rozvoji depresivní poruchy, plačtivost, ztráta zájmu, neradostnost, strach z lidí, depresivní myšlení o další budoucnosti, nesoustředí se na běžnou práci. Nechutenství, hubne.

Závěr: Somatoformní porucha s projekcí do urogenitálního systému.

Protože se pacientka vzhledem k nálezu endometriózy ve srůstech za dělohou v Douglasově prostoru a také v rektovaginálním septu měla rozhodnout o termínu hospitalizace na klinice a k rozsáhlé operaci v co nejkratší době, zahájení léčby jsme neodkládali. Následující text je převzatý záznam z chorobopisu, jazykově upravený a doplněný o vysvětlující poznámky psané kurzívou.

ovlivňuje, naopak na co a na koho mají potíže nejvíce vliv, jak je pacient k léčbě motivován a co s problémem dosud dělal. Často používáme tzv. časovou osu

(Chvála, 1995), jindy práci s mapou rodinného systému, jako v tomto případě. Průběh prvního setkání není standardizován, hodně záleží na tom, co produkuje sám pacient. V zápise jsou často přímé citace pacienta. Motivace pacientky je od samého začátku velmi dobrá. Zapsali jsme si:

Příjem pacientky 30. 3. 2007 do léčby pro významnou sexuální dysfunkci páru na základě somatizace v oblasti malé pánve při nálezů endometriózy. Bolesti, kterými trpí od prvních menses (těžká dysmenorea), přecházejí po spuštění krvácení. Je tady sama, partner čeká v autě, přijeli z M. (Vždy si všímáme, kde je partner, a snažíme se ho získat pro spolupráci.) Protože jí našli před časem endometriózu se srůsty za dělohou, zastavili hormonálně menses („udělali mi umělý přechod“), bere nyní Janine, ale po léčbě našli další ložisko v rektovaginální přepážce. Poslední dva roky nemá s partnerem sex. Poslední půlrok je v PN, přišla o práci. Má se rozhodnout, zda si nechá odebrat dělohu i ovaria. Prý by to mohlo pomoci.

Navrhuji, aby přizvala muže, který je v autě. (Už to je první intervence a také první změna proti dosavadním léčebným pokusům.) Moc se jí nechce vyhovět: „Nemůžu před ním všechno říkat, jsem s ním jedenáct let, máme desetiletého syna. Chtěla jsem manžela předělat, on je flegmatický a já vznětlivá, ale teď vidím, že on se nezmění...“ Trvám na společném sezení a tak ho přivede. Manžel je pohledný muž, klidný, stabilní, moc nemluví, opravuje motory na vlastní živnostenský list u kamaráda ve firmě, spíš pololegálně. Situace s ženou mu samozřejmě vadí, chtěl by jí pomoci, proto ji všude možné vozí, a pak sedí v autě a čeká, co jí dají. (Častý znak případů, kde symptomy již nabraly komunikační význam, moderující vztah mezi partnery.

Považujeme v těchto případech za klíčové získat také „čekajícího“ partnera. Případná změna se totiž bude týkat také jeho.)

Pacientka je zatím nedůvěřivá, ale spolupracuje, nechce se jí podstoupit operaci. Žádám ji, aby udělala mapu rodiny.¹ (Gynekologovi by se mohlo zdát, že by se v tomto místě prvního kontaktu více hodilo navrhnout gynekologické vyšetření. Není však vyšetřena již dostatečně? Pokud vidíme, vaginálnímu vyšetřování, sonografii, laparoskopii případně dilatacím uretry se věnovali všichni kolegové, které navštívila. Nevidíme důvod, proč bychom jim neměli důvěřovat a proč zde somatickým vyšetřením znovu soustřeďovat pozornost pacientky na tělesnou součást problému a nejspíš jí také znovu traumatizovat v oblasti, na kterou je zjevně citlivá. Raději rovnou obrácíme pozornost k sociální síti, která může ukázat nejen zdroje napětí, ale také nevyužitý zdroje salutogeneze (Antonovsky, 1987). Podmínkou pro takovýto postup ovšem je, že pacientka je dobře ošetřována u příslušného odborného lékaře, v tomto případě gynekologa, jehož autoritu a spolehlivost podporujeme. Jím navrženou léčbu jen doplňujeme, případně rozšiřujeme o další aspekty, ale nezpochybňujeme.)

Mapa rodiny: Sama na sebe zapomene (nevybrala za sebe žádný kámen),

¹ Instrukce k tomuto standardnímu diagnosticko-terapeutickému prostředku z nástrojů rodinné terapie je takováto: „Vyberte si z této sady kamenů za každého blízkého člověka, který patří do vašeho světa, jeden kámen a položte ho na tento papír tak, jak je k vám blízko nebo daleko, aby přitom také vzdálenosti mezi nimi vyjadřovaly, jak spolu vzájemně vycházejí. Při výběru osob, které tam patří, se řiďte kritériem: „Co jim se stane, zasáhne i vás.“

začíná od svého syna, kterého dává doprostřed, hned vedle klade velký balvan – manžela, za ním je jeho matka, vedle jeho otec, pacientka ho má moc ráda. Je bezpečný, do rodiny ještě patří křeček, kousek dál pohodí svou matku – a její matku, babičku, obě jsou problém, a kousek dál na druhé straně má vícero kamarádek.

Když ji vyzvu, aby našla také za sebe kámen, najde, ale neví kam se sebou. Položí ho na manželův kámen, ale nedrží tam, musí ho (sebe) stále přidržovat rukou, když pak chci, aby našla kámen ještě za Nemoc, to už vůbec neudrží a spadne. *(Práce s kameny umožňuje nejen rychlý vhled do rodinného systému, navíc poskytuje náhodné interakce při práci, které jsou zdrojem poznámek, metafor, obrazů, které mohou přinášet nečekané vhledy do vztahové sítě a fungují jako drobné intervence. Vztahy v rodině jsou takřikajíc na očích. Také za nemoc v rámci externalizace necháváme vybírat zástupný kámen (White & Epston, 1990). To by byl balvan! Na kom nejvíc leží? Na mámě. Kdo se o koho opírá? „Tak především máma o mě, a já o muže.“ (Poloha kamenů řečené ilustruje, pacientka si to může sama více uvědomit.)* Máma je problém, hrozně pacientku vysiluje. „Nikoho nemá a říká, že je to kvůli mně. Stále mi volá, nemůžu se jí vůbec zbavit.“ Kde je táta? *(Vždy pátráme po všech základních postavách rodinného systému, kam nepochybně vedle matky patří také otec a jejich oba rodiče.)* Táta není, jednak je mrtvý, jednak tam vůbec nebyl. On byl z dětského domova, snad jeho máma měla postupně několik dětí s jinými partnery, sama nemocná, takže děti dávala do dětského domova. Táta byl na vojně na Moravě, tam, odkud je babička, máma matky. Ta byla druhá ze čtyř dětí. Asi ne moc hezké dětství, když hned v osmnácti

sbalila kufry a odcestovala do neznáma za partnerem. Otěhotněla, musel si ji vzít, ale rodiče ji zpátky už nepřijali, ani později, když se s dvaapůlletou dcerou (naší pacientkou) ocitla po rozvodu sama. Táta se prý k mámě choval hnusně, nadával jí, že je „svině tlustá“ po porodu, tahal si domů kamarády atd. Když se rozvedli, postavil dům v jiném městě a vzal si jinou ženu, se kterou snad má ještě dva syny. Ale když bylo pacientce 17 let a zrovna si říkala, že by přeci jen chtěla otce ještě navštívit, zemřel na rakovinu žaludku. Matka pacientky poté, co zůstala sama, se na svou jedinou dceru „zhroutila“ a dodnes vyžaduje, aby dcera byla její „kamarádkou“ a neustále s ní všechno řeší. *(Podle naší zkušenosti je to častý osud nezralých žen, které těžko snášejí předčasné mateřství s mužem, kterého si berou spíš jako řešení své neutěšené situace, než jako partnera. Konflikty a zklamání při nenaplněných očekáváníích jsou pochopitelné.)* Manžel je ze dvou bratrů, vztahy v jeho rodině dnes neupřesňujeme, abychom ho nevydělili.

Somaticky: F (zkratka pro pacientku) je dobře upravená, fialová barva v obličejí, normální váha, ženská postava. Jinak bez nápadností. *(Kompletní tělesné vyšetření u těchto nemocných v prvním kontaktu neprovádíme. Máme zkušenost, že se tím příliš klade – v pacientově vnímání světa – důraz na tělesné „příčiny“ nemoci. Obvykle si podrobně pacienta vyšetříme později při akupunktúře, pokud je indikovanou součástí terapie.)*

Závěr: Porucha separace v rodině bez otce, sexuální dysfunkce s následnou somatizací bolestí v pánvi.

Doporučujeme kombinaci tělové a párové terapie, bude třeba sejít se i s matkou. F to ale zatím nechce.

(Některým námitkám pacienta, pokud můžeme s ohledem na efekt zamýšlené léčby, vyhovíme.) Rehabilitaci dle Mojžíšové + akupunkturu jednou týdně. Rodinnou terapii standardně jednou za 3–4 týdny podle možností.

(Rodinná terapie je v této frekvenci obvyklá. Více se toho odehrává mezi jednotlivými sezeními než při nich. Rehabilitace + akupunktura zajišťují dostatečný kontakt pacientky s

pracovištěm a současně umožňuje snižovat pocity napětí z představy, že terapeut považuje stav za čistě psychogenní. Kromě toho je zcela jisté, že po tak dlouhé době napětí v oblasti pánve jsou svaly v této oblasti nepochybně v napětí, jsou zde kontraktury a ke změně chování přispěje i cvičení, které bude pacientka denně doma provádět. Může tak být také aktivní ve své léčbě.)

Rehabilitace

Během následujících 6 týdnů probíhají setkání jen s fyzioterapeutkou. Začínají diagnostikou, měkkými technikami v oblasti šíje, zadáním cvičení „škola zad“, režimová opatření. Během 6 návštěv se objevují zprávy o migrénách a bolestech v zádech, které se s bolestmi v pánvi střídají. Přidáváme orofaciální stimulaci dle Castilla Morall a cvičení pánevního dna dle Mojžíšové. Při páté

návštěvě se pacientka cítí dobře, bolesti jsou minimální. Poté se ale zase zhoršuje, jakmile se objevil pocit „balvanu“ v podbřišku, psychika jde také dolů. *Kolísání symptomů je prognosticky příznivý faktor, pacientka se učí mít na potíže vliv, i když je to zatím nevyzpytatelné, začíná si spojovat tělesné prožitky s psychickými.*

Akupunktura

Od šesté návštěvy přidáváme k fyzioterapii akupunkturu, vždy hodinové sezení. Jednou týdně aplikujeme obvykle mimořádnou dráhu Žen Mo + body na ušním bolteci dle metodiky akupunktury. *(Výhoda akupunktury u chronických pacientů je zřejmá. Dojde-li na počátku léčby k přechodnému zlepšení v „naději na dobrý výsledek u nového terapeuta“, zpravidla se v další fázi symptomy zhorší, aby tak pacient „otestoval“ vztah*

s lékařem. Symptom může přitom oscilovat do nejrůznějších podob a na většinu z nich poskytuje akupunktura specifickou odpověď. Máme-li k dispozici pouze škálu se stoupající účinností čaje–kapky–tablety–zahraniční tablety–injekce–infuze–operace, jakou disponuje každý běžný lékař, byť je to nepřeborné množství generických látek, pro takového pacienta je to málo a brzy se zdroj jeho důvěry v umění lékaře vyčerpá.)

Rodinná terapie

Podstatnou intervenci v situaci, kdy symptom začal už dávno řídit život

rodiny kolem pacienta, očekáváme od rodinné terapie. Ta začala 11. 5. 2007 (dříve nebyl volný termín).

První sezení RT. Oba partneři (F+M). Pacientka (F) překotně rekapituluje, co všechno od zahájení léčby už dokázala. Začala se zabývat kromě rehabilitace a cvičení také čakrami, zjistila, že „problém souvisí s druhou čakrou“. (*Informace, kterou si sama kdesi opatřila, nemusíme nijak zpochybňovat, zvláště když „pracují“ ve prospěch terapie.*) Ví už, „na co je druhá čakra“. Začala se proto zabývat svým vztahem s matkou. Zatlačila na ni, aby s ní šla k terapeutovi, ale matka odmítla. Prohlásila, že vidí, že „za všechno zase může ona“, a jela si stěžovat své matce na Moravu. Přijela zpátky se vzkazem, aby dcera matku neobtěžovala. Přitom F ví už dobře, a dokonce ve snech se jí to objevuje, že musela být od tří let matce k dispozici, jak ona potřebovala, dělala jí matku, otce, i partnera... V deseti si sama připadala už hrozně unavená životem a dodnes vnímá, jak ji matka vysává. (*Podobný rychlý „náhled“ pacientky nebývá způsoben terapií a také nebývá moc užitečné se k němu hned přidat, ani ho však zcela zpochybňovat. Není na nás, abychom pacientce vysvětlovali, „jak to bylo“. Co taky my můžeme vědět o jejím životě? Spíše se tedy vyptáváme více na matku.*) Matka pracovala celý život jako učitelka MŠ. Její dcera měla dojem, že na ni samotnou už mateřství moc nezbyvalo. Matka totiž obvykle přišla domů s migrénou a svalila se na gauč a dcera musela být zticha. Dozvídáme se také v této souvislosti, že F svým bolestem v pánvi říká „pánevní migréna“, tak jí to připadá výstižnější. V posledním měsíci byla 12 dnů zcela bez obtíží, to ji překvapilo. Měla chuť na sex a ten si taky dopřáli, a pak ještě jednou,

než se zase zhoršila. To zhoršení jí vždycky dostane. Je to zničující.

Vypráví s velkou mírou sebereflexe i o tom, jak pro ni byl mužský živel zcela neznámý, jak se snažila muže vytrstát tím, že s ním nemluvila jako kdysi matka s ní, a on si z toho nic nedělal, takže musela nakonec ustoupit. To ji na muži „šíleně vadilo“. Ale teď chápe, že to byla jeho stabilita a ne nechota. (*Všchno může být také jinak, ale v tomto místě považujeme takový druh „náhledu“ spíše za šťastný a zůstáváme u toho bez zpochybňování.*) F udělala vůbec spoustu objevů a zdá se, že manžel z toho vychází dobře. Také pokus o sex vypadá nadějně. (*Obvykle v této fázi dvojici sex s immisí penisu zakazujeme.*)

Doporučujeme pokračovat v léčbě stejně, včetně antidepressiva, která bere již od psychiatricky (Tritico 75mg 1x1).

Další návštěvy jsou ovlivněny časem dovolených, snažíme se neztratit s pacientkou kontakt, proto pokračuje rehabilitace a akupunktura. Symptomy kolísají ve vlnách, ale bolest se rozhodně neobjevuje tak často. Koncem května pišeme zprávu obvodnímu lékaři. Protože ses blíží konec dávek, bude třeba řešit otázku pracovní neschopnosti. Navrhujeme prodloužení dávek s tím, že se zdá být vývoj nemoci spíše příznivý. To je choulostivé místo tam, kde případný důchod hraje pro pacienta významnou roli jako důkaz jistoty a zabezpečení nebo vlastní ceny (Tress, Základní psychosomatická péče, 2004).

Na druhém sezení RT za měsíc F+M, muž nemluvný, ale přítomný. F zaskočená tím, že zase asi 4 dny je bolest větší, „zase ji to dostává“. Líčí, že měli někde v sobotu jet, těšila se na koupání a k přátelům, ale nečekaně ji zase vzala ta bolest. Ona se tentokrát ale nedala

odradit a jela. V neděli pak jako když utne, bolest byla pryč! Ale od pondělí je bolest zase velká, nemůže pak ani sedět. Je to v pánvi, ukazuje napříč pánví, podle líčení viscerální bolest. Kreslíme parametria a dělohu a ukazujeme anatomii pánve. To souhlasí, ano tudy jdou ty bolesti zepředu dozadu. *(Kolísání bolesti už jsme viděli. Dnes je vidět nový fenomén: Když se bolesti nepodvolila, nenechala se jí vydírat a jela na víkend za přáteli, bolest se ztratila, jako když utne. Velké, byť dílčí vítězství v duchu externalizace (White & Epston, 1990). Bojujeme s bolestí, která omezuje náš život, zahání nás do kouta, do samoty. Stále více nás zajímá, kdy bolest není, než kdy je. Nezpochybňujeme přitom somatický zdroj bolesti, bereme ho vážně a názornou kresbou přispíváme kupřesnění toho, „jak tělo tu bolest dělá“. V pánvi k tomu má spoustu příležitostí. Hledání „ad hoc teorií“ o možnostech vytváření bolesti jsou běžnou součástí terapie. Tady somatický lékař může využívat všech zkušeností z medicíny, jen nesmí uvážnout na jediném „správném“ výkladu a autoritativně na něm trvat. Nejde o disertační obhajobu, ale spíše o hru či hádanky – jak by mohlo tělo vyrobit ten nebo onen symptom.)*

F pláče, neví, co má dělat. Lékařka gynekoložka ji netlačí zatím do operace, fandí zdejší léčbě, ještě i odložila palpační vyšetření pánve, aby zbytečně nerozdráždila bolest – všechny změny dutých orgánů pánve vedou ke zhoršení v době, „kdy je to zakouslé“.

Sama spontánně přejde od tělesných nářků k matce; dokázala si od ní udržet distanc, snad měsíc ji vůbec nekontaktovala a byla docela pořádku. Tvrdí, jak ji matka strašně zatěžuje. Ale před třemi týdny – vlastně to tím skončilo – se matce zablokovala záda a ona zůstala v pracovní neschopnosti. Od

té doby znovu dceru zavaluje svými stížnostmi a nářky. *(Ani nepřítomné členy rodiny nepouštíme ze zřetele. I když může jít samozřejmě také jen o náhodu, spíš si uvědomujeme, jak na změnu chování dcery reaguje matka zhoršením bolestí zad. Je celkem jedno, zda tomu říká „plotýnky“ nebo hexenschuss- „uřknutí čarodějnicí“. Můžeme uvažovat o tom, že napětí se přesunulo na její stranu hřiště a zatímco dcera byla zdravá, matka onemocněla. To je běžný jev, který chápeme jako výsledek „emočního pole v rodinném systému“ (Chvála & Trapková, 2008).*

F to strašně nesnáší, neví, co má dělat, pláče, je plná emocí vůči matce. *(Pláče stejně pro potíže s matkou, jako pro své tělesné potíže. Obojí je stejně bezvýhodné. To by mohl být základ budoucího propojení obou oblastí, tělesné i psycho-sociální, do jednoho celku, který reaguje společně.)* Přijímám její zoufalství a jen opatrně se pokouším k matce najít jiný vztah. Jak to asi vidí matka? Ukazuje se, že F s matkou nikdy nebyla uspokojivě emočně propojená, ale současně ji matka zavalovala svými problémy. F by se ulevilo, kdyby matka nebyla. *(Strašlivý pocit viny za takové „tajné přání“.)* Manžel to ví taky, ale nic v tom udělat nemůže. Matka se mu vyhýbá, volá dceři, jen když si je jistá, že on je v práci. Kdyby na ni manžel zaútočil, matka by zaútočila na dceru. Mají to vyzkoušené. Matka pacientky si prý představuje, že kdyby zhubla, celý její nešťastný život by se změnil. Najednou by bylo všechno jiné. F ví, že je to nesmysl, ale matka od ní požaduje rozpisy jídelníčku, diety a jiné věci, které ona pro matku dělat nechce a nebude. Ale stále to dělá.

Sama má velkou starost, co s důchodem: důchodový lékař nebral naši zprávu v úvahu. Chce vědět, kdy přesně se F

uzdraví, ale ta chápe, že to nelze s jistotou říci, a nevíme to ani my. Zhoršuje se také tím, když vidí, jak se muž dře. Mají hypotéku a stavební spoření a kde co, takže se trápí, že nepracuje a nepomáhá muži s výdělkem. Ten ví, že je to teď „z ruky do huby“, ale vydrží a ženě nic nevyčítá. Ona si to vyčítá sama. Hlavně neví, jak co udělat s důchodem a s prací. Vnáším myšlenku, že nevádí, když bude mít na čas invalidní důchod, když to jinak nejde. Může k tomu občas pracovat, a taky nemusí, až se uzdraví, může se to změnit a příspěvek do domácnosti tak přinese taky. Dále má starosti s léky, zda má brát Tramal a Tritic. Vyjasňujeme to a dále navrhuji, že se nic dramatického nestane, ani kdyby byla nakonec nutná operace. Určitě se neztratí to, co upracuje do té doby sama při své léčbě. Nabízím přidat k tomu, co už dělá, opichy parametríí Procainem. *(Kdysi oblíbená „tělesná“ metoda stojící na neuralterapii. 1% procainem se infiltrují trigger points, v tomto případě v místě parametríí, buď vaginálně, nebo suprapubickou cestou.)*

Nakonec ještě poslední starost: bojí se ztráty kontaktu. Co bude, až tu nebudeme? Uvažujeme nad tím společně a zajišťujeme, že bude mít i o prázdninách možnost léčby zde. *(To je mimořádně důležité, rozkolísání systému vede ke zvýšení nejistoty. Změny jsou zatím křehké. Nemůže nyní*

Krize

Na třetí sezení RT přichází pacientka našťavaná na manžela. Jsou tady oba, ale muž vypadá, jako by se nic nestalo. V neděli se pohádali, F vybuchla, rozbila misku s jídlem a hrníček, až střepy litaly. Teprve na to muž trochu emočně zareagoval. Řekl jí: „Co to děláš, ty

ztratit potřebnou oporu. V této fázi nejistoty někdy postačí po nezbytně nutnou dobu udržovat kontakt třeba i písemný.)

Pokračují sezení akupunktury zesílené o opichy parametríí a reflexní zóny pánve na boltci. Uprostřed července se stav náhle zhoršil, potřebuje se mnou nutně mluvit. Současně přinesla objektivní nález z vyšetření u své gynekoložky. Ta konstatuje, že nález v rektovaginálním septu se nepochybně zmenšil. Pacientka je však vyplašená. Nečekaně se s matkou sblížila *(asi týden po minulém sezení)*, chodí spolu na procházky, zkoušela ji sice znovu přemluvit, aby s ní šla k terapeutovi, ale matka se bojí, trvá na svém neurologovi. F ale ví, že to není to, co by matka potřebovala. Více ji však tíží, že se zhoršila situace mezi ní a manželem, prakticky symetricky s tím, jak se zlepšila komunikace s matkou. Bylo to překvapivě rychlé. Budeme se muset sejít dřív, než jsme plánovali na sezení RT, když pokračují plánovaná sezení fyzioterapie.

(Takové náhlé změny nejsou v rodinné terapii nijak výjimečné. Existuje i dobrá teorie Lynn Hofmannové, proč se takový náhlý přesun konfliktu v rodině děje. Jde o stabilitu či labilitu vztahových trojúhelníků. Hoffmannová ukazuje, že nejde o psychiku účastníků interakce, ale o systémové síly, které v trojúhelníku působí (Hofmann, 1982).

krávo?!“ F byla překvapená, že manžel vůbec něco z emocí dal najevo, a byla ráda. Muž je ale z toho zmatený; vůbec neví, co se po něm chce. F je plná emocí, které se uvolnily a bez ladu a skladu je chrlí na manžela, který je zvyklý všechno vydržet. Tváří se neutrálně, musím

prakticky „reagovat“ za něho a doprovázet ho, jako když se učí dítě mluvit.

Argumentuji za něj, ukazuji F, že si s tím manžel nejspíš neví rady. Dosud ji bral za nemocnou, nemohl kvůli tomu s ní mít sex dva roky, a tak se uskrovnil. Už dříve ho naučili nic nedat na sobě znát, tak to jen zpevnil, zařal zuby a pracoval, aby rodinu uživil. A teď se dozvídá, že to není na nic, že to nestačí! Nejenže manželka chce, aby ji živil, ale ještě chce „být nezávislá“! Žena je v ráži a upřesňuje své požadavky: Chce, aby nemusela doma ona sama všechno rozhodovat, aby na muži byly vidět nějaké prožitky, jedno zda dobré, nebo špatné. Aby byl aktivně s ní, aby podnikali spolu věci, které je oba baví. Ale muž ani netancuje, a ona naopak k smrti ráda! Musí to v sobě všechno dusit! V sexu je to taky tak, ona by se tak ráda milovala (!) a manžel na to není. To je pro manžela, který se dva roky musel ovládat, šok. Musím se ho zastat. Myslel si, že dělá nejlíp, když se drží stranou a ovládá se. Ale F pokračuje v útoku na povahu manžela. Otvírá choulostivé věci, a nejde jí v tom zabránit: „Měla by ráda orální sex, dělá ho ráda jako aktivní felaci, ale ráda by i pasivně přijímala cunilingus od manžela. Manžel se k tomu ale vůbec nemá, ona si pak připadá blbě, že snad je nějaká prašivá, že se jí štítí, nebo co!? Manžel se zamyslí a řekne, že to nemá rád. Nijak ho ani moc nebaví, když mu žena dělá felaci, má raději vaginální sex. Pro F je to bolestivé poznání, ale riskuje to a zkoumá, zda by se to nedalo změnit. Pokouším se zmírnit útočnou atmosféru, aby muž mohl mluvit o tom, co by měl rád, případně co rád nemá. F má dojem, že se před ní muž stále stydí. On neříká nic. Tváří se jako indián. Stydí se? Kde k tomu přišel? Protože on mlčí a zdá se, že je to na něho příliš, vypomáhám si v

obnovení kontaktu „hypotézou“, že kluci jsou sexem až příliš lákáni, a tak to dost dlouho musí v sobě potlačovat, a pak se za to mohou stydět. Také se mohou ženského genitálu bát, láká je, ale současně nahání hrůzu, takže z toho může být jako výsledek ostych, nebo ambivalence.

Zastavuji F, aby už nedestruovala vztah s manželem. Obracím pozornost k systémovým silám v duchu trojúhelníků Lynn Hofmannové. Všechno se doma přece obrátilo v době, kdy se F tak nečekaně sblížila se svou matkou. Ale hned s tím se to převrátilo a napětí je mezi nimi dvěma. Na závěr navrhuji, aby doma vyplnili test vzrušivých podnětů, snad se bude hodit příště.

Takový nečekaný konflikt se může v terapii otevřít, málokdy jsme však viděli konflikt v tak choulostivé věci. U chronických symptomů v páni v praxi velmi často vidíme poruchy sexuality páru, ať už byla dříve bolest nebo sexuální rozlada. U dospělých osob v reprodukčním věku můžeme počítat s tím, že zdrženlivost v sexu nebude pro ně zrovna příjemná a snadná. Obvykle se zdá, že bolest v páni pomáhá řešit partnerský konflikt, jak jsme ukázali už v roce 1984, ale současně tento symptom brání v páru sdílet jakoukoli blízkost, když ta obvykle vede k sexuálnímu chování. Proto je toto „řešení“ problematické a vede k hromadění sexuálního napětí nejen u „ukázněného“ muže, ale také u nemocné ženy. Pokud žena snáší, a dokonce vyžaduje orální sexuální aktivitu, protože imise penisu ji bolí, zavádí nás to více k představě somatické-mechanické příčiny bolesti. Ta je nepochybně ve hře i v tomto případě (srůsty, endometrióza). Nemůžeme se ubránit dojmu, že odpověď manžela, že on orální sex nesnáší a nic mu neříká

ani felace, byla taky jen útokem napadeného a poníženého muže. Tím spíš že v testu SFM a SFŽ oba skórovali dost podobně. Felace u M dosahovala bodu 4 (z pěti možných), stejně jako u jeho ženy. Cunilingus však skutečně skóroval, jako jediná praktika minus 1, což nepochybně svědčí o těžko překonatelném odporu. Přitom jde o vysoce důvěrný druh kontaktu, kterým se v páru sděluje velká intimita, důvěra a čistota. Sdělení, že muž toto nesnáší, muselo být pro pacientku velmi zraňující. Očekávali bychom zhoršení symptomů v pánvi, ale také hrozí ztráta spolupráce se zraněným manželem.

Na čtvrté sezení RT ke konci prázdnin přicházejí oba partneři, F zamračená, stažená, muž překvapivě optimističtější. Opatrně navazují na minulé bouřlivé sezení. Nevím, jak velké škody se ve vztahu staly, ale F mě uklidňuje, že „si to srovnali, že jo?“ obrací se o potvrzení na manžela. Ten přikyvuje. Ale F si už zase neví rady s bolestí v pánvi. Skoro celý měsíc vůbec nepřecházejí, je to nesnesitelné. Zase byla u gynekoložky, znovu uvažuje o operaci, aspoň toho rektovaginálního septa, ale i gynekoložka se diví, že by mohlo tak malé ložisko dělat tak velkou bolest. F ztrácí trpělivost, přitom se „vrátili i k sexu“. Obrací se na partnera o souhlas, že včera, nebo kdy naposledy to bylo, to bylo moc dobré, jenže po tom má F bolesti.

Jak to skutečně se sexem nyní je, se dozvídá později fyzioterapeutka. *(Jako členka týmu je vedena k tomu, aby s pacienty při práci rozmlouvala.)* Pacientka jí sdělila, že tělesně je jí lépe, chodí totiž třikrát týdně do fitness centra, zažívá tam pocit štěstí (!), ale vztah s manželem už vůbec nefunguje, sexu se bojí jako dřív, aby se jí opět nevrátily bolesti. *(Zdá se, že nevytlačení páru se zjevila v plné*

nahotě a F se již vyhýbá sexuální aktivitě. Hledá jiné tělesné aktivity, které ji uspokojují.)

Na páté sezení RT přichází F sama. Manžela nechala v autě, ani jemu se sem moc nechtělo. Jí to tak ale vyhovuje. *(Ani pro zkušeného rodinného terapeuta není snadné rozhodnout, zda nyní naléhat na pokračování společných sezení páru. Pokračovat jen s pacientkou samotnou a udržet si přitom modus rodinné terapie je dost obtížné. Znamená to především i nadále stranit všem. Při poradě týmu jsme navrhli pacientce možnost pokračovat v individuální psychoterapii s ženskou terapeutkou, ale ona toho nechtěla využít.)* Pacientka soudí, že to tady manželovi nebylo posledně milé *(vynechala tedy minulé sezení a zmiňuje sezení předminulé)*. Podotýkám, že to nebylo lehké jistě ani pro ni, když se otevřel ten problém s orálním sexem. Byla to pro ni rána, i když tvrdili, že si to vyříkali. F od té doby vnímá jejich vztah jako sourozenecký. Možná se takovým stal, možná byl, a ona teď prohlédla, nevíme. Každopádně je už tři týdny bez potíží, tedy bez bolesti v pánvi, slabě sice denně krvácí, to si myslí, že to souvisí s braním hormonální antikoncepce, kterou jí dávají na endometriózu. Lékařka jí prý znovu tlačí na kliniku k operaci. To jsem překvapený, posledně jsem měl opačný pocit. F je v tom nejistá, chtěla by změnit gynekologa, ale je stále ještě v pracovní neschopnosti, tak neví. Nečekaně obrací list: Je plná energie, tolik by toho chtěla dělat! Najednou si uvědomuje, jak jí nevyhovuje ta práce v továrně, kde dříve pracovala. Na recepci v hotelu, kde pracovala předtím, se jí to líbilo mnohem více. Byla to pestrá práce mezi lidmi. Stále něco nového. Chtěla by to zase dělat. Ale manžel se bojí změny, jako by se nechtěl hnout z místa, je

konzervativní, stačí mu to, co nyní mají. Občas sice prohodí, že lituje, že si neudělal maturitu, ale nic pro to neudělá, ani ho to nenapadne. Zdá se, že F se už vydala na cestu za obzor z prostoru, který jí neposkytuje dostatek podnětů. Zdá se jí, že jen stagnuje. Nabízím, že nemoc byla výrazem té stagnace. F váhá, rozhodnutí o změně podmiňuje jistotou, „že ji nemoc nezaskočí“. Ale to jí nikdo slíbit nemůže. Nejde víc o strach, že se s manželem v tom novém prostoru jeden druhému ztratí? Nabízím „teorii dvojí brány“ a kreslím.² To jí sedí, takhle nějak to asi bude. Ona musí dál, i když se muži nechce. Uvádí nové podrobnosti o práci manžela. Je zaměstnán tak, že to spíš vypadá jako dětské hraní. Každopádně to u ní nezbuzuje žádný obdiv k manželovi. Zdá se, že se dali dohromady tři kamarádi, opravují nějaké stroje, ale pracují jen, když se jim zachce, pokud jim zbude čas po dobrém jídle a mariáši. F si myslí, že celé to jejich podnikání slouží jen jako ochrana před změnami a pohybem, dalším růstem. Pacientka je schopná si vydělat víc než M, ten přitom v práci tráví spoustu času, ale je to podle F spíš hra než opravdová

² Často používaná metafora v naší párové terapii, kdysi ad hoc vytvořená „teorie“ o postupném zrání člověka v nových a nových prostorech, které když postupně prozkoumá, musí se vydat dál, aby nestagnoval. Musí ale najít bránu ven. A když ji najde a projde, objeví nový obzor, který začne zase „prozkoumávat“ a tím růst. Až do dospívání tak postupně prozkoumá každý určité prostory růstu (viz R. H. Erickson, Osm věků člověka), ale když pak vytvoří s někým dvojici, a přitom rozvoj k vyšší komplexitě pokračuje, dvojice se dostává do potíží při přechodu bránou, protože „brána pro dívku a brána pro kluka se liší, každý musí jít tou svou“. Musí se proto pustit, a každý projít zvlášť a jinudy, s rizikem, že se tam v novém prostoru už nepotkají. I když tato představa vznikla v praxi s manželskými páry, velmi dobře odpovídá Luhmannově teorii sociálních systémů (Luhmann, 2006).

práce. Připomínám, že poslední dva roky živil rodinu hlavně manžel, aspoň to tak říkali, a F má stále ještě PN. Sex nyní vůbec nejde, a nemá na to chuť. Chodí do posilovny a předělává cosi v bytě a tak uvidíme, co bude dál. *(Důležité je uvěřit verzi, kterou nyní o manželovi F vypráví, ale současně nabízet i jiné verze, opatrně i protiargumenty. Může to tak být, ale straníme nutně i jemu.)*

Při rehabilitaci si kolegyně všimá, že zmizely bolesti v pánvi, ale objevily se bolesti za krkem s iradiací do HK. Přičítá to nadměrnému posilování.

Pacientka se jen krátce zastaví u rodinného terapeuta na **šestém sezení RT**. Bolesti v pánvi jako by zárazem přešly, ale asi 14 dnů vnímá děsnou únavu a bolesti hlavy. Ta hlava je taková divná, zaujatá, asi stejně tak strašná, jako dříve byla pánev a podbřišek. Ale je to horší, nemůže totiž vůbec nic dělat. Sama hned přidává pozorování, že se rapidně zhoršil také vztah s manželem. Poté, co se vyjádřil o sexu s ní, si F vůbec neumí představit, že by spolu ještě něco měli. On se sice začal snažit, ale F toho není vůbec schopna. Myslela si, že jí pomůže nová práce, ale vidí, že to jen práce nevyřeší, chtělo by to rozsáhlejší změnu. Přibrzdžuji její snahu všechno náhle řešit, je třeba počkat. Když nevidí řešení, hodlá odjet na chvíli k babičce na Moravu, což podporuji. *(V této fázi terapie v podobných případech vidáme hledání ženství v historii rodu. Nejen nový druh sblížení s matkou a s babičkou, ale někdy i s dalšími ženami v rodu. Zdá se, že se F už umí dobře sama chránit před zneužíváním matkou a současně že si může dovolit se setkávat s dalšími dospělými ženami a vyptávat se na jejich zkušenosti, případně hledat jinou než matčinu verzi příběhu vlastního života.)*

Na konci prázdnin byla ukončena fyzioterapie s tím, že si bude pacientka fyzickou aktivitu a cvičení řídit sama.

Na sedmém sezení RT je F zase sama, zatímco manžel sedí trpělivě v autě. Zkouším ji získat pro společné sezení. Po rozhovoru o sexu se ale „otevřela třináctá komnata“, jak to F nazývá, a ona se vůči manželovi zavřela. Je neoblomná, M zmatený, prohloubila se krize. Ukáže se, že ty tři týdny, co ji bolela hlava a nemohla nic dělat, byl syn někde pryč, snad na táboře, takže manželé museli být spolu sami dva. Muž to řešil tak, že seděl dlouho do noci u počítače a „do uší si nacpal tvrdou muziku“. F si „zacpala hlavu nemocí“ a taky byla mimo. Zázračně se jí od bolestí hlavy ulevilo, když byla se synem na koupališti. Ale už se zase trochu ozýval podbříšek. S obvodním lékařem stále řeší důchod. F chce pracovat, lékař by chtěl mít jistotu, že bude zdravá. Jak se F nyní jeví budoucnost vztahu s manželem? Nedává tomu naději. Libuje si, jak je ráda se synem Davidem, ten jí vždycky pomáhá, ale s mužem být nemůže, nechce mu ale taky ubližovat. *(To je problematické řešení, děti nezřídká bývají v párech s podobným typem konfliktu zatahovány do hry. U syna je to zvlášť riskantní. Mohl by takřikajíc „zvítězit nad tatínkem a získat pro sebe celou pozornost matky. Je to o to riskantnější, že F ani jiný typ rodičovství než zneužívající se svou matkou nezažila.)* Vidí, že to takhle dál nejde, M se o ni málo stará, neužívá ji, vybavuje se jí situace ze tří let, kdy zůstaly s matkou samy, a matka ji pak neustále zatěžovala starostmi o peníze. Nikdy neměly moc, ale matka jí to stále vykládala. Nechce se dostat do podobné situace, ale vidí, že M ji neužívá, znovu tvrdí, že on je naivní „podnikatel“. Na konci prozradí to podstatné, že si přes internet našla kontakt na muže, kterého

už i potkala, bála se mi to říci, co já na to. Já to neodsuzuji, ale také si nemyslím, že by to teď všechno řešilo. Je to podle ní bezpečné. Taky nechce rušit rodinu, jde o jakousi „sousedskou výpomoc“ a jí se líbí, možná se tomu otevře. Líčí také, jak se už více stará sama o sebe, jak se začíná mít ráda atd.

Osmé sezení RT očekáváme s napětím. F je sama, M sedí v autě a F nechce, aby šel dál, ale ani on to neprosazuje. Váháme, zda na tom netrvat. Nakonec necháváme sezení řídit F samu. Je zmatená, s matkou se znovu vztahy zhoršily, matka nastoupila do práce a zase už mluví jen o sobě a svých problémech. F je z toho zklamaná, připomíná stále mladší a ubožejší holčičku. Somatizační vrstva jako by byla stranou a pod ní se objevuje naivní nezralá organizace osobnosti, slabé ego, strach ze změn, závislost. Chtěla by v druhé půlce života žít jinak, nechce už tak, jak to bylo dosud, ale netroufá si. Zjišťuje, jak je závislá na M, jak si nevěří. Začíná se sama pouštět do světa, jezdit vlakem a autobusem. Nastupuje v říjnu znovu do práce, bojí se toho. Vysadila antidepresiva, na podnět lékárnice, která jí řekla, že by jí to mohlo dělat potíže s krví. Pláče a všechno vidí černě. *(Mohli bychom to přičítat vysazení antidepresiv, ale pozor!)* Láká ji nový vztah, ale netroufá si ho uskutečnit bez toho, že by to řekla manželovi. On takové věci odsuzuje, mají známého, který „je paroháčem už roky a všichni o tom vědí, kromě něho, a to by nechtěla udělat svému muži, i když je, jaký je“. Neprožívá s ní, ona má tak ráda Prahu, krmí racky na nábřeží a on se tam nudí! Ona by trávila na Karlově mostě, třeba i půl hodiny, kdežto M se otravuje hned.

F se obává, že ji odsuzujeme, že se takové věci nedělají, doslova: „Měl jste s námi jiné úmysly a já vám to teď kazím“. Proč se toho obává a proč by

měla proboha žít podle něčích „úmyslů“? Nemohla by si už svůj život prosadit proti všem a za každou cenu? Bojí se toho, neví, je nejistá. Ujišťujeme ji, že na terapeuta v tomto ohledu vůbec nemusí brát ohled, a používáme paradox kolem toho, co je statečnější – zda zůstat v neuspokojivém manželství za cenu nemoci, nebo ho opustit a žít dobře a zároveň se zodpovědně starat o společné dítě. *(Je zřejmé, že tady se k terapeutovi vztahuje jako k otci, což není samozřejmě běžnou součástí rodinné terapie. Jde o náhradní přenosový vztah, který se svým otcem nezažila, kontext terapie umožnil, aby k tomu terapeuta využila. Pozoruhodné je, že tento vztah, obvyklý v individuální dynamické terapii nenarušila neutralita terapeuta, čili stranění všem. Nebo že by nebyl tak nestranný?)* Ptáme se na dítě. Jak se synovi daří? Má horečky a F se obává, aby se u něho nerozvinul stav jako na začátku první třídy, kdy si nemocemi zajišťoval syn pozornost a byl hodně doma.

Zdá se mi vhodné nyní nasadit znovu antidepresiva, ale raději Aurorix, který by neměl tolik tlumit sexuální pud, a po poradě s psychiatrem v týmu tak činím. Znovu se také vracíme k sérii fyzioterapie.

Deváté sezení RT je začátkem října. Jako obvykle je F sama a M sedí v autě. F udělala další pokus, byla s novým partnerem v Praze, jen oznámila manželovi, že jede do Prahy a přespí tam. Zjistila, že je fyzicky zcela v pořádku. Sex proběhl bez problémů, krásný, žádná bolest v pánvi. Bolest hlavy začala až doma. Zjistila, že je tělesně v pořádku, začala pochybovat, zda je schopná vydržet celoživotní vztah. „Možná je to na mé straně chyba, jak jsem žila jen s tou matkou,“ uvažuje dále nahlas, „tak jsem se učila volnějším režimu, máma si taky dělala volno, jak se

jí líbilo, neuklízela, když se jí nechtělo. A taky si nikdy už muže nenašla tak, aby s ním musela bydlet.“ F také vyhovuje, že tento nový muž není volný, že je vázán, a tedy nehrozí další domácnost. Jen neví, jak vydržet doma s tou bolestí hlavy. A s manželem a špatným svědomím, dodávám já. *(Vidíme, že na bolest v pánvi ani zdaleka nemají vliv srůsty či endometrióza. Ty se totiž s novým partnerem neztratily. Kdybychom nevěděli nic o změnách ve vztazích, mohli bychom si lámat hlavu s tím, proč se bolest z pánve přesunula do oblasti hlavy.)*

Desáté sezení RT. Začátkem listopadu ji po delší době přivezl manžel, ale sám zůstává zase v autě. F ho tady nechce. Situace se dále vyvíjí. F nastoupila do práce na dvě směny v provozu, kde dříve byla v administrativě. M se doma začal chovat ještě lhostejněji a naprosto přestal pomáhat v domácnosti a cokoli s F řešit. F má dojem, že „teď ukázal svou pravou tvář“. Já to chápu spíše jako projev bezradnosti, do které po zhroucení společného projektu rodinného života upadl. Ostatně i F je z toho špatná, milence, kterého potkala takřkajíc v pravý čas, aby zjistila, že je vlastně tělesně zdravá, nyní už zpochybňuje. A to přesto, že napětí v pánvi poleví ihned, jak vedle něho usedne do auta, a přesto, že celé tři dny, kdy s ním je v Praze, stráví spolu v posteli, je jí už jasné, že to není ten pravý muž na život a nechce se s ním dál scházet. Sex ji těší a taky se jí vrátilo sebevědomí. Bolesti v podbříšku se už neozvaly, ale ona nechce být s mužem jen pro sex. Měl by to být taky společný život. Uvažuje o třech možných „zájemcích“, kteří se nyní o ni ucházejí. Zvažuje jejich priority, ale moc se jí do toho nechce. *Scharcott i Freud prý žertovali o tom, že většinu žen by z jejich „hysterických“ symptomů vyléčil nejlépe*

sex, W. Reich na tom postavil svá celoživotní zkoumání o vztahu sexu a chronické nemoci. (Reich, 1993/1942) Vidíme však, že věc není ani zdaleka tak jednoduchá. Ani masturbace, ani povzbuzování pacientek k vyhledávání dobrých milenců není řešení. Vidíme, že sex není ani zdaleka jen věc erekce a lubrikace. Jde také o vztahovou potenci, to je schopnost vytvářet v páru podnětné a mnohostranně plodné prostředí.

S matkou má zhoršený až neutrální vztah. K synovi se chová podrážděně, i

Rozuzlení?

Na jedenáctou konzultaci přichází sama před Vánoci. Přivezl ji tentokrát „mileneček“, který zůstává v čekárně. Je výborná, zdravá, plná energie. Hodně se toho děje, pustila dlouhodobější projekty k vodě. Žije takříkajíc okamžikem. V práci má novou pozici, připravuje celý projekt a stará se o to, aby všechno klapalo, a to je něco pro ni. Manželovi všechno řekla, nedělalo jí dobře to tajit, on na to reagoval klidně. F si myslí, že by si mohl taky někoho najít. Sama dala najevo vstřícnost dalšímu potenciálnímu partnerovi v práci, ale byla překvapená, jak na to zareagoval první mileneček. Zdá se jí, že mu nejde jen o sex! O bolesti se tady už vůbec nemluví, jako by nebyla. Dnes už ani za krkem, ani v kříži natož na hrázi. F je v tom otevřená, klidná. Rekapitulujeme celou terapii od prvního kontaktu a zoufalství před plánovanou operací, přes změny ve vztazích s matkou a pak s manželem, až po plné zdraví. Ráda by tím taky nějak pomohla ostatním ženám, které podobně strádají, byla by ochotná se přidat k nějaké publikaci, případně na konferenci. Budeme o tom uvažovat. Občasné potíže můžeme případně řešit jehličkami do

když (nebo právě proto?) se přidal na její stranu a „je jí nyní bližším partnerem než manžel“. Sama stoná novým způsobem. Osypala se a začala mít alergické projevy na kůži, ve výstřihu a rukou. Je to prý z výroby, „kde jsou minerální oleje a špína“. (*Že by mohlo jít o nevědomou ochranu před přílišným zájmem ze strany mužů i před vlastní chutí se do toho pustit, ji nenapadá, ale zdá se, že ji to přece jen v „rozletu“ poněkud brzdí.*)

ucha, i dnes na rozloučenou si o ně říká, kontrolu by chtěla na únor, jen aby se neztratila, říká.

Bylo by nejlepší tady s kazuistikou skončit. Ale je jasné, že všechno nepůjde tak jednoduše, jak si to dnes pacientka maluje. Společné dítě bude původní partnery trvale vázat a komplikovat tak jejich možný rozchod. S novým mužem, který je ženatý a má děti, to také nebude tak jednoduché, ale zdá se, že pacientka začala sama aktivně své problémy řešit a nenechává to jen na svém těle, které vytvářelo symptomy jako způsob řešení. To se také ukázalo při následujícím předposledním dvanáctém setkání.

Dvanácté sezení RT se odehraje začátkem února 2008. Pacientka přichází „rozervaná“, neví co dělat. Před Vánoci náhle zase nevěděla, co bude dál. Manžel si našel jinou ženu. Ona sice sama chtěla, aby si někoho našel, představovala si, že on jí to pak také řekne. Ale nakonec si to musela vypátrat sama. Vadí jí, když jeho nový vztah zasahuje do rodinného života (!), jak to nazývá. Když mu třeba „ona volá domů a

manžel musí odbíhat od výchovy“. Žárlivost v tom určitě ale není, ujišťuje. Jak byla napjatá, co bude o Vánocích, (manžel jí ani dárky nekoupil, když nic, tak nic, řekl jí, ať si je koupí sama) začalo ji zase napětí v podbřišku a pak i bolesti, jaké mívala, než se uzdravila. Ale vydržely jen 2-3 dny přes svátky vánoční, a pak to přestalo, když odjela s milencem do Prahy. Milenec sice byl jen pro sex, F ho musela donutit také k jiným aktivitám (kino), ale na procházky a nákupy po Praze musela jít sama, „než se milenec vzbudí a zase na to vlítne“.

V práci se má moc dobře, má tam prima lidi, to je to, co ona potřebuje. Ale je tak soustředěná na výkon, že zapomíná dýchat. Všimla si, že se jí pak ozve podbřišek. Až se lekla. Najednou vidí, jak by bylo zase snadné upadnout do nemoci, bolest by ji zase mohla ovládnout, a „vyřešit to za ni“. Dochází k poznání, že možná vůbec nemůže žít s chlapem, asi by se měla rozvést, nejraději by byla se synem sama, stejně jako máma byla s ní, a žádného chlapa nepotřebovala. F ale také objevuje, že se vlastně „pere s obrazem šťastné rodiny, který si vysnila už jako malé dítě, když viděla, jak máma s tátou spolu nevycházejí. Rozhodla se, že ona to dokáže. A teď se plán hroutí. Dobře se to dá vidět na jejím sexu s milencem: ten je skvělý, strašně moc ji chce, ale jen ten sex, ostatní udělá, jen když si ona o to řekne. Kytku by jí nikdy nedal, zlatý prstýnek ten ano, peněz má dost. Všimla si, že F dosahuje orgasmu jen v poloze nahoře – tedy v dominantní, jak to sama nazývá. Jenže M tuto polohu nesnese, vždy mu ochabne jinak zdatný penis. Milenec má nejraději sex zezadu, v superdominantním postavení – jak to chápe F. Ona ví, že je sama dost aktivní a

potřebuje někoho, s kým si bude povídat a bude s ním rovnocenná, na jeho úrovni ne pod ním, možná ještě spíš nad ním. Možná se ani v mužích nevyzná, říká, pořád čeká, že budou chtít to, co ona. Snad jednou takového potká.

Na poslední, **třinácté sezení** přichází sama na konci března, rok a den od prvního setkání. Vypadá unaveně, ztuhle, kolem pusy výrazná perorální dermatitida, což zhoršuje strnulost výrazu. Rozešla se s milencem, protože měla pocit, že to zajelo do stejných kolejí. Má dojem, že ji matka vybavila špatným programem vztahu k mužům, je na ně náročná a nedůvěřuje jim. Prožívá dysforii z toho, že změna nepřinesla tak mnoho nového, že se to všechno nepředělalo, nemá jak odejít, musí zůstat s dítětem a s mužem, dokonce se ho i zeptala, jak to on dnes vidí, a zkoumala, zda by to neměli spolu ještě zkusit, ale on řekl jasně, že ne, že si to už jednou řekli, a tak konec. Přitom se začal víc starat o dítě, o složenky, o nákupy a takové ty věci, které vždycky ležely jen na ní, takže se změna pomalu také děje spontánně, aniž by ji F nějak vynucovala. Přinesla fotky ilustrující vztah s matkou, ve 3 letech sama s dortem vážná – to se máma s tátou rozvedli. Pak sama se svou krásnou matkou, která ji „vždy nějak málo objímala“. „Matka trvá na tom, že jsem měla krásné dětství, ale já to vidím úplně opačně a nikdo mi to nevymluví.“ V současnosti se s matkou vůbec nechce stýkat. Kdyby terapie pokračovala, snad bychom ji pozvali. Ale k tomu již nedojde.

Za půlroku se sama ozývá, že je pořádku a nic nepotřebuje.

Závěr

Situace, která po novém uspořádání rodinných vztahů vznikla, nebyla samozřejmě snadná. To je ale u dvojic, kterým se partnerství nedaří a zároveň musí dál fungovat jako rodiče společného dítěte, obvyklé. Změnou partnera se sice může významně zlepšit prožívání sexu, a tím ztratí bolest v páni svůj význam, nové starosti ale vytvářejí nová napětí, případně nový typ somatizace u nadaných jedinců. Na rozdíl od stavu před léčbou je ale situace již v pohybu, systém se takříkajíc „rozhybal“, skončila doba stagnace. Pacientka při nových konfliktech ještě reaguje napětím v oblasti podbříšku, což její organismus dobře umí, ale je sama schopná se aktivně nové situaci postavit a nedovolí, aby somatizace „převzala velení“. Po několika dnech se vzpamatuje a to, co jí vadí, aktivně řeší. Více pro ni v terapii nemůžeme udělat. Nemůžeme předělat její tělo, jeho schopnosti somatizovat, ale uvolnili jsme cestu k tomu, aby zvládala své nové a nové situace kreativně a aktivně. Našla sebevědomí. Uvědomuje si svůj hendikep z minulosti, kdy vyrůstala v jednopohlavní rodině, ale nepoddává se mu, uvažuje o něm a nepodléhá představě, že se s tím už nedá nic dělat. Oddělila se od matky a jejího obviňujícího způsobu interpretace minulosti. Domníváme se, že je dospělejší a méně závislá, než byla na začátku léčby.

Rok po ukončení léčby na přímý dotaz pacientka sděluje, že se s manželem definitivně jako partneři rozešli, dítě zůstalo bydlet u otce, vlastní matka pacientku zavrhl. Pacientka žije v jiném městě s novým, o dost starším partnerem, má novou práci a je šťastná. O své nemoci píše doslova: „*Strídavě*

jsem byla kontinuálně udržovaná na různých druzích hormonální antikoncepce. Jenže tělo si dělá, co chce a stejně jsem menstruovala. Zjara jsem začala mít opět bolesti. Takže 1. dubna mi aplikovali injekčně Dipherelin a jsem až do září v umělém přechodu. Bolesti přestaly, nekrvácím, návaly nemám. Jen ze začátku jsem měla depresivní stav, bolesti hlavy, ale to přešlo. Od září se zase vrátím k antikoncepci. Nějak radikálně to zatím nechci řešit. Pane doktore, musím říct, že když jsem k Vám jezdila s bolestmi, už jsem přestávala věřit, že někdy budu mít ještě kvalitní sexuální život. Mám! Žádné bolesti při styku, skvělý sexuální partner, opravdu si to užívám. Hlavně jsem spokojena se svým životem. Zní to možná trochu sobecky, ale já si opravdu tu pomyslnou půlku svého života konečně užívám. Takže s endometriózou se dá žít. Jen si člověk musí udělat jasno ve svém životě.“

Pokud jde o průkaz ložisek endometriózy, sděluje, že nejsou na ultrazvuku nikde patrné, jen gynekoložka tvrdí, že hmatá v rektovaginálním septu resistenci velikosti hrášku. Je zřejmé, že zjara mohly bolesti být především reakcí na velmi těžkou změnu, rozvod, ztrátu veškerých jistot (prodej bytu), ztrátu přízně syna a matky. Každopádně můžeme věřit, že bolesti, které ji ještě nedávno zcela invalidizovaly (nemohla ani sedět, natož mít pohlavní styk), jsou pryč. A byly pryč ještě i před aplikací Dipherelinu.

Nám zbývá jen položit si zneklidňující otázky. Nebylo by pro pacientku lepší ponechat si bolesti a žít dál v neuspokojivém vztahu? Jak to, že

bolesti, které věrohodně vypadaly, jako mechanicky podmíněné, přestaly tak náhle po změně partnera? Souvisí vůbec bolesti s endometriózou, když jejich vzájemná vazba je tak vágní? Není v těchto bolestivých případech klíčem k léčbě endometriózy právě léčba bolesti a hlavně sexuální terapie páru místo mutilujících operací? A pak to hlavní: máme vůbec právo zasahovat do života pacientky a její rodiny?

Terapeut pacientku v jejím hledání jen podporoval a doprovázel v duchu narativní rodinné terapie, jak o tom svědčí záznamy. Téměř nevnesl do jejího příběhu nic nového. Všechno pacientka vyslovila sama už v prvním sezení. Časem si byla pod vlivem terapie v některých aspektech jen jistější a snad i svobodnější, nezávislejší. Určitě by bylo možné jít jinými cestami, pracovat jiným stylem. Je těžké něco z takovýchto případů zobecňovat, nutno však říci, že jsme prakticky neviděli pelviální, která by nebyla provázena těžkou sexuální dysfunkcí, ať už primární nebo sekundární. V praxi je to však jedno, je třeba pracovat s párem tak jako tak. U případů s endometriózou jsme velmi často viděli historii, která by se dala označit jako problematické přijetí ženství. Nemusí jít rovnou o zneužívání nebo násilí, ale i takových případů máme dost. Tato pacientka se narodila nezralé

matce, která sama neměla zřejmě dost podpory od své vlastní matky. Zůstala na výchovu dítěte sama, a nutila dceru, aby jí byla partnerkou. Život v rodině bez otce, a zde dokonce i bez dědy, nevybavil pacientku ani dostatečným sebevědomím, ani schopností s muži vycházet. Vybírá si pak nepříliš dospělého muže, který se neprosazuje, nedává najevo své emoce, ale to, co jí zpočátku vyhovovalo, se stane nakonec překážkou v rozvoji vzájemných interakcí.

Neočekáváme, že by takto měli pracovat s podobnými případy gynekologové, to není ani v ordinaci gynekologa možné. Ale jsme si jisti, že pouhým sledováním ložisek endometriózy, srůstů, které kolem nich vznikají, hormonálních hladin nebo aktivity leukocytů v peritoneální tekutině nelze endometriózu pochopit. Jde o tělesný symptom, který však významně souvisí s psychosexuálním vývojem a stavem ženy, významně ovlivňuje sexuální život, a tedy její partnerství. To všechno se ale nedá zjistit takřikajíc objektivním vyšetřením, jakkoli standardizovaným dotazníkem nebo postupem. Teprve v psychoterapeutickém vztahu, kde je především důvěra, můžeme získat důvěrné informace týkající se dětství, sexuality a partnerských vztahů.

CITOVANÁ LITERATURA

1. American Society (1997). Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and Sterility* 67 (5) , 817–21.
2. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
3. Buyalos, R. P., & Agarwal, S. K. (2000). Endometriosis-associated infertility. doi : 10.1097/00001703-200010000-00006 . PMID 11111879 . <http://meta.wkhealth.com/pt/pt-core/template-journal/lwwgate>. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 12 (5) , 377–381.

4. Capellino, S., Montagna, P., Villaggio, B., & etc. (2006). Role of estrogens in inflammatory response: expression of estrogen receptors in peritoneal fluid macrophages from endometriosis. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1069, 263–267.
5. Eriksen, H. F., Gunnarsen, K. F., Sørensen, J. A., Munk, T., Nielsen, T., & Knudsen, U. B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain on four psychological variables. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, Vol. 139, No 1* , 100–105.
6. Hofmann, L. (1982). *Grundlagen der Familientherapie*. Hamburg: ISKO.
7. Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext, XI, č. 2* , s. 26–31.
8. Chvála, V. (1984). Partnerský konflikt jako možný zdroj gynekologických potíží. *Čs. Gynek. 5, 1984*.
9. Chvála, V., & Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
10. Kapoor, D., & Davila, W. (12. 8. 2008). *Endometriosis*. Získáno 10. 8. 2009, z eMedicine: <http://emedicine.medscape.com>
11. Kashima, K., Ishimaru, T., & Okamura, H. (2004). Familial risk among Japanese patients with endometriosis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 84 (1) , 61–4.
12. Luhmann, N. (2006). *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK.
13. Matsuura, K., Ohtake, H., Katabuchi, H., & Okamura, H. (1999). Coelomic metaplasia theory of endometriosis: evidence from in vivo studies and an in vitro experimental model. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 47 Suppl 1, 18–20.
14. Memarzadeh, S., Muse, J. K., & Fox, M. D. (21 . September 2006). „Endometriosis“. *Differential Diagnosis and Treatment of endometriosis*. Získáno 2009. September 13, z Armenian Health Network, Health.am.: <http://www.health.am/gyneco/endometriosis/>. Retrieved on
15. Reich, W. (1993/1942). *Funkce orgazmu*. Praha: Concordia.
16. Sampson, J. A. (1927). Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 14, 422.
17. Signorile, P. G., Baldi, F., Bussani, R., D'Armiento, M., Falco, M., & Baldi, A. (2009). Ectopic endometrium in human foetuses is a common event and sustains the theory of müllerianosis in the pathogenesis of endometriosis, a disease that predisposes to cancer. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 28: 49 , 28-49.
18. Silverton, R. (1990). *Psychosocial Adjustment and Coping Strategies of Women With Endometriosis*. New York, New York University.
19. Speroff, L., Glass, R., & Käset, N. (1999). Sterilitas (6. ed.). V L. Speroff, R. Glass, & N. Käset, *Klinik Endokrinology and Gynecology* (6. ed.) (str. 1057). Lippincott Willimas Wilkins.
20. Treloar, S. A., Wicks, J., & Nyholt, D. R. (2005). Genomewide linkage study in 1,176 affected sister pair families identifies a significant susceptibility locus for endometriosis on chromosome 10q26. *American Journal of Human Genetics* 77 (3), 365–76.
21. Tress, W. K. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha, Portál.
22. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W. W. Norton.

Možný střet zájmů a etických principů: není

Adresa autora: chvala@sktlib.cz

Došlo do redakce: 31. července 2009

Recenze: 15. srpna 2009

Přijato k tisku: 15. srpna 2009



VÝZKUM

V této rubrice chceme uveřejňovat výsledky výzkumných prací z oblasti psychosomatické a psychoterapeutické medicíny. Protože v této oblasti stále ještě není příliš mnoho domácích studií, a navíc se náš časopis ještě nedostal na seznam recenzovaných časopisů v ČR, budeme zde shromažďovat informace o výzkumných projektech, zkušenosti výzkumníků, zprávy z výzkumných pracovišť, pokud se nám podaří aspoň některé mladší kolegy pro věc získat.

PSYCHOSOMATIKA A VÝVOJOVÁ VĚDA

Václav Břicháček, Praha

ÚVOD

V časopise, který si klesí cestu džunglí různých tradic a předsudků, by asi měly převládat články neproblematické a přinášející dobré a jasné odpovědi na dobré a jasné otázky. To se mi nedaří a pokouším se pouze naznačit několik námětů, které mi v poslední době vyplynuly z četby obecných psychologických textů. Informace nemají (snad) ležet ladem, byť i dnes rychle stárnou. K úvaze nadhodím 3 témata:

- *Psychosomatika jako proces* (aneb intra-individuální variabilita).

- *Vícerozměrný přístup k charakteristice osobnosti.*
- *Historický čas jako proměnná ve vývoji osobnosti.*

Psychosomatiku chápu jako jednu z disciplín vývojové vědy, která sleduje záměrně vybrané a v čase proměnlivé procesy.

PSYCHOSOMATIKA JAKO PROCES

Před několika lety publikoval Molenaar (2004) „*Manifest psychologie jako idiografické vědy – návrat osobnosti do vědecké psychologie, tentokrát*

definitivně“. Vyšel sice v málo známém časopise, ale vyvolal živou pozitivní i kritickou debatu. Základní myšlenkou je konstatování, že pro charakteristiku člověka (i jeho vztahů) je příznačná jistá proměnlivost. Ve vědách o člověku se převážně (a tradičně) sledují rozdíly mezi lidmi. Snahou je odvodit ze sledovaného souboru osob závěry platné pro obecnou populaci, případně sledovat rozdíly mezi různými skupinami (osoby s různými poruchami, různě léčené, rozdíly žen a mužů, různě starých osob atd.), analyzovat rozložení individuálních rozdílů v jednotlivých podskupinách či stanovit pozici sledované osoby v daném souboru.

Existuje však i jiný pohled. Proměnlivost jednání jedince v čase, v různých situacích, během životní trajektorie (od kolébky až do paliativního stadia) – čili jde o měření změny. Jde o proces dynamický, který pracuje se závislými (korelovanými) daty. Měření změny je starý problém, který odolává řešení více než 50 let. Při tom běžně uvažujeme o proměnlivých procesech, jako jsou klinické studie, průběh anamnézy, léčení či rehabilitace, změny v mezilidských vztazích aj. Jde při tom převážně o konkrétního jedince. Teprve sekundárně se uvažuje o možném zobecnění nálezů na širší soubor osob. Většina výzkumných strategií však bývá opačná. Známe výsledky skupiny (či na velkém souboru standardizované normy) a k nim přirovnáváme poznatky o jedinci, který do skupiny (snad) patří. Proměnlivost jeho chování i prožívání v čase či v různých situacích zanedbáváme či ji považujeme za jakousi rušivou experimentální či náhodnou chybu.

Jinak řečeno: Jestliže skupina s jistým onemocněním je homogenní (třeba z hlediska struktury osobnosti), pak očekáváme, že i průběh léčení bude u

všech zhruba analogický a dynamické změny budou v čase statisticky invariantní. Tento předpoklad bývá sporný. Rozdíly ve vývoji, v učení, v situačních zážitcích a v řadě dalších proměnných bývají nápadné a individuálně příznačné. Vyplyvá z toho posun k metodologii záměrného a opakovaného sledování jedince. Užívají se rozborů různých forem časových řad při opakovaném šetření, dynamické modely v dyadických i širších mezilidských vztazích, působení životních okolností aj. Kontrolují se změny jednotlivých symptomů během nemoci, průběh a dynamika změn vyvolávaných psychoterapeutickými zásahy i náhodnými vlivy, změny výkonnosti během dne či v delších časových intervalech apod.

Cílem je hledat obecné zákonitosti v chování jedince, ve velikosti změn různých parametrů, v sociálních vztazích, v celkové struktuře osobnosti aj. Hledají se podobní jedinci z hlediska dynamiky změn. Základem šetření však je zaměření na jedince a na jeho životní trajektorii. Teprve sekundárně se nálezy zobecňují, často v podobě hypotéz pro sledování dalších osob. Sledování intra-individuální variance nebývá běžné, byť i se mnohdy zachycují a archivují záznamy terapeutických sezení, dynamiky nálad či jiných vnitřních stavů, data z vývojových testů dětského vývoje a řada dalších informací. Výzkumy opřené o dlouhodobé sledování jedince (či jediné skupiny) se většinou shrnují pod pojem intenzivní výzkumné strategie (někdy též jako $N = 1$).

Proti koncepci „průměrného“ člověka (průměrného schizofrenika, průměrného kardiaka, průměrného terapeuta atd.) se uvažuje v klinické praxi (i v řadě psychologických oborů) v první řadě o sledovaném jedinci a jeho proměnlivosti

v čase, v různých situacích, pod vlivem různých životních okolností, v různých aktuálních okolnostech, při proměnlivé motivaci, s různou anamnestickou zkušeností aj. Vyplývá z toho potřeba postupného opouštění jednorázových šetření a příklon k opakovaným postupům, zaměřeným v první řadě na jedince.

Analogicky se objevuje skepse k tradičnímu a statickému pojetí normálního (Gaussova) rozložení dat a prosazují se úvahy o dynamických modelech skupinových změn. Objevují se však nové a v každodenní praxi obtížné problémy. Příkladem může být opakovatelnost šetření. Mnohé dotazníky, posuzovací škály či zaškrťovací listiny častým opakováním

ztrácejí psychometrickou hodnotu, v čase se mění motivace i postoje sledovaných osob (někdy i experimentátorů). Mnohdy zasáhnou do sledovaného děje vnější neočekávané události, které mění běh života, a jiné rušivé momenty, které si vyžadují obezřetnou interpretaci dat. (blíže viz Roberts, DelVecchio, 2000).

Jinou problematiku tvoří zobecnění nálezů na jiné, většinou budoucí časové úseky či na jiné podmínky i situace a také na širší třídu osob. Řadu námětů pro vhodné postupy lze sledovat v současných učebnicích intenzivní metodologie či kvalitativních výzkumných metod (v češtině např. Břicháček, 1986, Mioviský 2006, Hendl, 1999 aj.).

MULTIDIMENZIONÁLNÍ SLEDOVÁNÍ OSOBNOSTI

V běžné psychodiagnostické praxi se užívají mnohé techniky – více či méně standardní, ale ve většině případů se rutinně pracuje s jedinou metodikou, většinou dotazníkovou. Kombinace metod je sice proklamovaná, ale reálná praxe a časový stres vedou často k aplikaci jedné či dvou technik, často zcela mechanicky, mnohdy s využitím počítačové techniky bez přímého sociálního kontaktu s vyšetřovanou osobou. Existuje řada námětů, jak záměrně kombinovat různé techniky. Podnětný může být alternativní přístup k úvahám o sledování jedince, který navrhli nedávno Mc Adams s Palsovou (2006) ve studii *Nových 5 velkých principů*. Cílem je vytvořit širší pohled na různé rozměry osobnosti a zachytit různé úhly pohledu. Základních 5 kategorií lze vyjádřit následovně:

a) **Informace o vývoji jedince** s využitím

poznatků evoluční psychologie. Současný stav člověka je individuální variací obecného vývojového procesu, kterým prochází lidský rod od doby pleistocénu (Madlafousek, 2005). K tomu přistupuje ještě sledování anamnézy jeho rodu i přímé rodiny (profese, ideály, záměry, styl výchovy, rodinné mýty atd.).

b) **Dispoziční struktura**, která se opírá o metodiky odvozené z různých teorií osobnosti či o specifické životní okolnosti, jež na jedince působily. Vedou se po léta debaty, zda jednání je ovlivněno výrazněji rysy osobnosti či situačními vlivy. Většinou platí, že rozdíly mezi jedinci bývají v čase relativně stálé a ze zjištěných rysů osobnosti lze většinou předvídat budoucí stav, byť i s prodlužujícím se

časovým intervalem bývají korelace relativně nižší (Roberts, DelVecchio, 2000).

c) **Charakteristické**

adaptace, které vyjadřují změny jednání při změně motivačních, sociálně kognitivních či vývojových adaptací člověka. Nejsou propracovány tak podrobně jako dispoziční techniky. Jejich základním znakem je proměnlivost a poměrná závislost na mnoha životních okolnostech. Význam adaptace k různým změnám je pro jednání jedince nesporný, ale mnohdy v diagnostice uniká pozornosti.

d) **Životní příběh**, který jedinec vypráví či jinak zachytí, vnáší do individuálního života smysl, jednotu a celkový význam. Životní osudy jsou odlišné a způsob i forma vyprávění bývají specifické a mohou přinést komplexní informace o subjektivním pohledu jedince na sebe samého. Hovoří se dnes o narativní technice a v literatuře, zaměřené na kvalitativní metodologii, se najdou mnohé náměty na rozbor získaných informací.

e) **Kulturní i historické vlivy**, které jedince obklopují a působí na jeho vývoj i na styl života. Zdánilivě jsou analogické pro velké soubory osob, ale ve

skutečnosti každý jedinec je jinak interpretuje, chápe i prožívá. Při tom se sleduje nejen pasivní přizpůsobení k okolí, ale také aktivní zásahy, kterými se člověk snaží přizpůsobit okolí svým vlastním potřebám

V poslední době se uvažuje o dalších rozměrech osobnosti, jako je vývoj morálního jednání či psychospirituálních postojů. Ani genetické výzkumy ještě zdaleka neřekly poslední slovo a v budoucnosti můžeme očekávat řadu námětů pro psychosomatické myšlení.

Možnost domyslet naznačené náměty jak sledovat různé rozměry osobnosti a mezi sebou je srovnávat zůstává zatím – a pravděpodobně ještě dlouho zůstane – otevřená. V současnosti jde o pochopení, že mnohdy postupujeme při diagnostických úvahách zjednodušeně a že je na místě značná obezřetnost při běžné praxi.

Snad ještě jen poznámka pod čarou – již před více než 75 lety podobně uvažoval u nás J. Stavěl. Proti běžné diagnostické praxi používal kombinované postupy (zájmy, osobnostní dotazníky, výkonové testy, konstituční i neurologické poznatky, rozbor životního běhu i budoucí cíle, ústní exploraci aj.). Jeho náměty se však zcela vytratily pod vlivem požadavků na rychlá a jednoduchá řešení složitých problémů člověka.

HISTORICKÝ ČAS

Jeden z problémů současné psychosomatiky v pojetí bio-psycho-sociálního modelu je následující: Genetické vybavení člověka se vyvíjelo po mnohá staletí v relativně stabilním

světě, který se měnil jen po malých krocích a v dlouhých časových intervalech. Stanovila se vývojová stadia od kolébky přes dospívání až po stáří. Jejich struktura se časem poněkud

měníla. Dnes se snižuje dětská úmrtnost, prodlužuje se lidský věk (společnost šediví), vymizely mnohé epidemie apod. V posledních cca 150 letech se však rychle mění sociální i organizační podmínky života: rostoucí urbanizace, proměnlivost profesí, rychlost technologických procesů ve výrobě i v každodenním životě (kdo věděl před 50 lety o osobních počítačích, před nedávnem o internetu, o globalizaci, nanotechnologiích aj.). K tomu přistupuje postupné rozvolnění rodinných vazeb, rychlé proměny módy, umění i forem vzdělávání a mnoho dalších neočekávaných procesů. Dnešní rodiče (i učitelé) vedou děti v jiných podmínkách, než ve kterých sami žili před 20–30 lety, a připravují je pro budoucí život, jehož obrysy tuší jen nejasně a asi velmi nepřesně.

Stejně nesnadné je odhadovat nároky, které budou kladeny na zítřejší preventivní i léčebnou péči a které by měly odpovídat nárokům stále rychleji se vyvíjející sociální i poznávací dynamice. Konstantou života se stane pravděpodobně proměnlivost nároků a přenos akcelerujících sociálních i kulturních změn do hodnotových i zdravotních vzorců chování v různých civilizačních oblastech (Greenfield, 2009 aj.). Obtížně odhadujeme vývoj budoucích rodin i celoživotní výchovy.

Společnost (ne)vědění se bude měnit (Liessmann, 2009). V životě se objeví nové rizikové momenty, na které bude psychosomatika nucena bezprostředně odpovídat, a její význam poroste.

Dnes vidíme mnohé nefunkční rodiny. Nejvíce jsou tím postiženy děti, ale zákonitě v budoucnosti budou ještě více ohroženi jejich potomci. Jedinec, který nezíská časné zkušenosti ve fungující rodině, jen velmi obtížně dokáže vytvářet pro vlastní potomky hodnotnější vztahy výchovné a zdravotně-preventivní. Krize se přenáší z generace na generaci a postupně se prohlubuje. Bude na místě uvažovat o „zdravotní gramotnosti“ i o „rodičovské gramotnosti“, která předpokládá návrat k obecně etickým hodnotám.

Snad budou vznikat malé spolupracující skupiny, pracující na principu kooperace (Reich, 1995). Zároveň bude nutná spolupráce různých vědních oborů, občanských organizací i velkých civilizačních okruhů. Ve vědě snad nebudou rozhodovat scientologická kritéria či imputované faktory, ale skutečné potřeby měnící se společnosti. Psychosomatika má šanci, že sehraje podnětnou roli, bude-li dobře připravena iradiovat do širších sociálních i kulturních oblastí a bude-li připravena k transdisciplinární spolupráci.

ZÁKLADNÍ LITERATURA:

1. Břicháček, V.: 1985, Sledování změn v činnosti jedince, Bratislava, Psychodiagnostika
2. Greenfield, P. M.: 2009, Linking social change and developmental change, *Developmental Psychology*, 49, 401 – 419
3. Hendl, J., 1999: Úvod do kvalitativního výzkumu, Praha, Karolinum, 2 vyd.
4. Krejčí, J., 1995: Lidský úděl a jeho proměnlivá tvář, Praha, Karolinum,
5. Liessmann, K. P.: 2009, Teorie nevzdělanosti, Praha, Academia
6. Madlafousek, J.: 2005, Četba pro (na)stávající rodiče, in Czemy M. aj.: Manere in montibus, Praha, Universita Karlova, FHS, 135 – 142
7. McAdams, D. P., Pals, J. L.: 2006, A new big five, *American Psychologist*, 61, 204 – 217

8. Miovský, M., 2006: Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu, Praha, Grada
9. Molenaar, P. C. M., 2004, A manifesto on psychology as idiographic science, *Measurement*, 2, 371 – 378
10. Reich, R. R. 1995: Dílo národů, Praha, Prostor
11. Roberts, B. W., DelVecchio W. F.: 2000, The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age, *Psychological Bulletin*, 126, 1, 3 -25

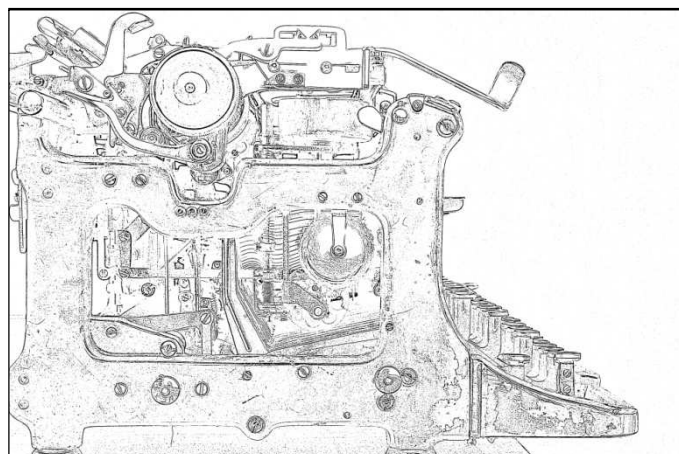
Možný střet zájmů a etických principů: není

Adresa autora: 7666@mail.fhs.cuni.cz

Došlo do redakce: 18. července 2009

Recenze: 30. července 2009

Přijato k tisku: 31. července 2009



KVALITATIVNÍ VÝZKUM – VHODNÝ NÁSTROJ PRO VÝZKUM V PSYCHOSOMATICE – ZPRÁVA O SEMINÁŘI

Michaela Hůlková

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod

Počátkem června se v Hradci Králové konal kurz metodologie výzkumu pořádaný organizací Geriatrické

partnerství. Jeden z pěti dnů byl věnován i v odborných kruzích stále uznávanějšímu kvalitativnímu výzkumu.

Přednášku a následný workshop vedl český rodák profesor Volicer z University of South Florida. Cílem tohoto článku je shrnout a předat hlavní myšlenky výše uvedené přednášky.

Obecná charakteristika kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum je dle profesora Volicera charakterizován tím, že se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlíží a interpretují svět. Studie se uskutečňuje v přirozeném prostředí. Výzkumník si buduje komplexní obraz. Počet účastníků je malý a neužívá se statistických metod, množství získaných informací je však velké. V kvalitativním výzkumu se užívá podrobných popisů situací a prožitků zkoumaných osob. Zkoumající osoba analyzuje slova a obrazy a snaží se je vysvětlit v (sociálním) kontextu. Jazyk výzkumu je neformální a poměrně často se v průběhu výzkumu vytvářejí definice nových pojmů.

Druhy kvalitativního výzkumu

• Kazuistika

Kazuistika je nejznámější formou kvalitativního výzkumu. Zahrnuje podrobný popis zkoumané osoby a charakteristiku jevu, jež popisujeme. Užívá se nejvíce u popisu raritních jevů.

• Biografie

Biografie studuje jeden život člověka pomocí sledování chronologie jednotlivých událostí v životě jedince a příběhů okolo hlavních událostí včetně jejich zasazení do historického kontextu. Užívá archivní materiály.

• Kazuistická série

V kazuistické sérii se shromažďují kazuistiky s určitým společným prvkem.

• Fenomenologická studie

Tato forma výzkumu se zaměřuje na popis zkušenosti zpravidla deseti až patnácti osob. Ve výsledcích se pak hledají opakované odpovědi. Přednášející uváděl, že pomocí tohoto výzkumu je možné částečně popsat i kauzalitu jevů a zkušeností.

• Studie podložené teorie

Cílem této studie je potvrzení teorie. Zahrnuje 20–30 rozhovorů a zpravidla navazuje na výše uvedené typy studií. Teorii pak ověřuje dalšími rozhovory. Postupuje se od získání informací přes hledání vztahu mezi nimi k vytvoření jejich integrativního významu (story) a následně konstrukci teorie.

• Etnografická studie

Do etnografických studií patří popis kulturní nebo sociální skupiny. Cílem pozorování je chování, řeč a vzájemné interakce členů skupiny. Zpravidla se rozhovory provádějí v přirozeném prostředí skupiny.

Jednotlivé studie jsou seřazeny dle toho, kolik je účastníků ve studii (u bibliografie a kazuistiky jeden člověk, u etnografické studie sledovaná skupina) a částečně také dle jejich výpovědní hodnoty. Snadno dohlédneme, že kazuistika může popisovat i náhodný jev. Objevuje-li se však stejný jev (např. určitý názor) často ve větší zkoumané skupině osob, je pravděpodobnější, že jde o obecný jev.

Jeden problém je možno zkoumat různými způsoby. *Je možné kupříkladu napsat kazuistickou sérii pacientů s poruchou separace od primární rodiny, jejich somatické obtíže a úvin těchto obtíží při změně rodinných vztahů v čase. Stejně téma je možné zpracovat fenomenologicky: popsat*

vztah určitých faktorů v rodině a somatických obtíží člena rodiny. Je možné vytvořit teorii o vlivu určitého rodinného prostředí na vznik a udržování somatického onemocnění a hledat potvrzení této teorie. Je také možné etnograficky sledovat morbiditu v populaci osob s určitou rodinnou konstelací.

Metodologie kvalitativního výzkumu

• Formulování důvodu a centrální otázky

Sepsání Formulování důvodu (Purpose statement) předchází vlastní přípravě projektu, jde o krátké formulování problému. *Příklad: Důvod této fenomenologické studie je popis subjektivního vnímání vztahů k rodičům u dospívajících s psychosomatickým onemocněním.*

Centrální otázka vyjadřuje obecně to, co se zkoumá. *Příklad: Jaké rodinné vztahy predisponují ke vzniku psychosomatického onemocnění?*

Následuje formulace problémových otázek (*Jak posoudit, které onemocnění je psychosomatické? Jak posuzovat rodinné vztahy?*) a aktuálních otázek (*Která témata popisují vztahy v rodině?*).

Pomocí hledání odpovědí na tyto otázky se formuluje metodika projektu. *Příklad: Za psychosomatické onemocnění budeme považovat takové onemocnění se somatickými příznaky, u kterého budeme mít alespoň dvě zprávy od dvou různých ošetřujících lékařů nemocného, že příznaky nejsou dobře medicínsky vysvětlitelné.*

• Výběr souboru

Je třeba předem stanovit, jak budou účastníci studie vybíráni, zda se bude jednat např. o náhodné pacienty psychosomatické ambulance, nebo o všechny pacienty, kteří poprvé přijdou na psychosomatickou kliniku. Budou porovnáváni s vyšetřenými zdravými dobrovolníky? A pokud ano, kde budou dobrovolníci nabíráni do studie? Samozřejmostí je podepsání informovaného souhlasu účastníky studie. Znění informovaného souhlasu musí být předem schváleno etickou komisí.

Dle profesora Volicera je dobré předem si stanovit, zda chceme co nejpestřejší vzorek pacientů (maximální variace), nebo naopak že nemocné s extrémními obtížemi (příliš malé, příliš velké, příliš neobvyklé) ze studie vyloučíme (homogenní vzorek). Můžeme se rozhodnout pro vrstvenou strategii a chtít mít v souboru nějak odstupňované pacienty, např. dle míry obtíží. Pak je dobré, pokud jsou zastoupeny všechny skupiny rovnoměrně. Nejčastějším modelem studií obecně je náhodný výběr pacientů založený na určitém kritériu, typicky všichni pacienti s určitou diagnózou v určitém věkovém rozmezí.

U kazuistik si můžeme vybrat buď typický případ, nebo nějak významný případ.

Výzkumník by měl být neutrální a neměl by mít představu, jak výzkum dopadne. V opačném případě hrozí, že dojde ke zkreslení výsledků. Proto předmětem jeho výzkumu nemohou být jeho pacienti či pacienti kolegů, o nichž má výzkumník jistou představu, jak pracují, eventuálně s nimi má nějaký vztah (přátelský či negativní). Tato část je obzvláště předmětem zkoumání recenzentů případného článku o výzkumu. *V našem příkladu by bylo možné, aby se např. odborníci na*

psychosomatiku rozjeli do nějaké krajské nemocnice, kde neznají ani pacienty, ani ošetřující personál. Nebo může některý z psychiatrů či psychologů, kteří se nezajímají o psychosomatiku, přijet do centra shromažďujícího pacienty s psychosomatickými obtížemi a tam udělat rozhovory dle přiložených základních otázek.

• Způsob získávání informací

Výzkumník klade sledovaným osobám otevřené otázky, neboli co nejobecněji formulované neutrální otázky. Např. místo otázky „Zhoršují se tyto problémy, když má přijet na návštěvu tchyně?“ se užívají otázky „Popište mi co nejpodrobněji, jak se cítíte, když má přijet na návštěvu tchyně?“ nebo „Existují nějaké situace, kdy se Vaše obtíže zhoršují?“. Přednášející zdůraznil, že nikdy nelze užívat otázek, na něž se odpovídá ano/ne, a to ani v případě, že jde o neutrální otázky. Rozhovor je možno přerušit, pokud to situace vyžaduje (vznikne emoční napětí apod.).

Hovořící osoba je podporována v hovoru, ovšem nejsou přípustné empatické techniky jako např. nastavené zrcadlo. Nikdy do rozhovoru nevstupujeme s radami, s dalšími otázkami čekáme, až pozorovaná osoba vše dopovídá. Vhodné není ani průběžné shrnování již řečeného, neboť tím sledovanou osobu zčásti uvádíme do naší interpretace jejího světa, a tedy do naší reality. Nedoporučuje se dokonce ani postup, kde bychom nemocnému vyjmenovali mnoho variant pro povzbuzení paměti. Nevýhodou tohoto postupu je ztráta informací ve smyslu autocenzury pacienta a to, že si na některé věci spontánně nevzpomene, my přitom máme velmi omezené možnosti se doptávat. Na druhou stranu jde o postup, který se poměrně dobře

vypořádává se subjektivním zkreslením pozorovatele.

Před vlastním provedením výzkumu si musíme určit, jak budeme získávat a uchovávat informace. V praxi se využívají tyto možnosti:

1. Pozorování a poznámky pozorovatele

Poznámky mohou být buď popisné (popis situace) nebo reflexivní (poznámky o procesu a závěry).

2. Deníky a dopisy či e-maily účastníků studie

3. Rozhovory s pacienty

Používá se zhruba pět otázek, účastník studie by měl být informován, že je důležité, aby odpovědi byly co možná nejobsažnější.

Existují tyto typy rozhovorů:

- Nestrukturovaný (volný rozhovor s průběžnou tvorbou otevřených otázek)
- Částečně strukturovaný (má kostru otázek připravenou a shodnou pro všechny pacienty)
- Osobní
- Telefonický
- Zapsaný
- Uchovaný audio- nebo videonahrávkou
- Prováděný jednou osobou
- Prováděný více výzkumníky najednou či střídajícími se výzkumníky

Limitace kvalitativního výzkumu tkví v tom, že je ovlivněn přenosem a protipřenosem, místem rozhovoru, charakterem poznámek atp. Někdy již samotné sdělení cíle výzkumu může ovlivnit následné výpovědi účastníků.

Co se týče množství informací a množství účastníků ve studii, patří většina studií kvalitativního výzkumu mezi tzv. „open-ended study“, což v praxi znamená, že se přidávají další vyšetření jedinci tak dlouho, než se jakékoliv získané informace začnou opakovat a je možno data analyzovat.

• **Ověření informací**

U kvantitativního výzkumu se posuzuje validita, reliabilita a objektivita. Obdobně u kvalitativního výzkumu je možné posuzovat důvěryhodnost způsobu získávání informací a jejich interpretace (Credibility), možnost přenosu tvrzení na další skupinu osob či obecnou populaci (Transferability), spolehlivost (Dependability) a možnost ověření informací v dalším výzkumu (Confirmability). K tomu, aby výzkum prokázal, že splňuje tyto podmínky, by měl prokázat, že pozorování trvalo dostatečně dlouho, že bylo použito několik různých zdrojů informací, metod, výzkumníků a teorií pro podložení zjištění. Je třeba dokázat, že byly zahrnuty do studie i ty případy, které odporovaly původnímu předpokladu. Zpráva o studii musí vysvětlit, proč není výzkumník zaujatý. Informace od účastníků by se měly ověřovat (*např. pokud pacient uvádí, že jeho poměrně mladý otec nebyl často doma, protože jezdil na dlouhé pracovní cesty, bylo by z metodologického hlediska vhodné zavolat k otci do práce a tuto informaci si ověřit*) a následná zpráva o studii by měla vysvětlit, jakým způsobem a jak často byly informace o nemocných ověřovány. Při tvorbě závěrů je velmi vhodné uvést, jaké jiné závěry by mohly ze studie plynout a proč se výzkumník rozhodl preferovat právě tyto. Věrohodnost také zvyšuje, pokud metodu a získané informace posoudí ještě další kolega, který neprováděl daný výzkum.

• **Analýza informací**

Analýza informací se liší dle zvoleného druhu výzkumu:

Kazuistika se zaměřuje na podrobný popis případu s vysvětlením problému a pokusem o generalizaci informace.

U **biografie** se popisuje chronologie zkušeností člověka, jednotlivé faktory, které ovlivnily jeho život a následuje analytická abstrakce jako popis obecných a jedinečných jevů u daného jedince. Může se vyvinout i teorie ohledně života daného individua založená na zkoumaných faktech.

Fenomenologie sděluje dle pana profesora zkušenosti výzkumníka, analyzuje charakter odpovědí a popisuje podstatu zkušenosti.

Studie podložené teorie používá k analýze tak zvané kategorie informací, tedy jednotlivé charakteristiky nebo ukazatele. *V našem případě by jednotlivými kategoriemi byly mimo jiné vztah k otci, vztah k matce, rodinná historie apod.* Jedna z kategorií musí být centrální jev, *v tomto případě by centrálním jevem byl výskyt psychosomatického onemocnění.* Analýza se zaměřuje na to, jak jsou jednotlivé kategorie syceny (*jak to vypadá u většiny pacientů se vztahem k otci, k matce atp.*), nebo na to, jak spolu jednotlivé kategorie souvisejí (*je patologické rodinné prostředí přítomno u týchž osob, jež mají psychosomatické onemocnění?*), či se snaží vytvořit diagram vztahů jednotlivých kategorií.

Etnografie popisuje, analyzuje a poskytuje výklad některých jevů v určité kulturní skupině.

Při interpretaci výsledků kvalitativního výzkumu je třeba brát kriticky v úvahu možnosti oklamání výzkumníka během

rozhovoru (vymyšlené či zkreslené výpovědi způsobené např. snahou studované osoby zalíbit se, upoutat pozornost apod.).

• Výpravná zpráva

Článek o proběhlém kvalitativním výzkumu se nazývá Výpravná zpráva. Od klasické publikace o kvantitativním výzkumu se liší v několika aspektech. Místo „Methods“ (metody) se používá výraz „Procedure“ (postup), část v kvantitativním výzkumu pojmenovaná „Results“ (výsledky) se nadepisuje „Findings“ (zjištění). Ve zjištěních jsou hojně užívány citace účastníků studie k dokreslení jejich reality. Je přípustný osobnější styl autora, užívá se „ich formy“ sdělení.

Struktura výpravné zprávy závisí na druhu provedeného šetření:

Kazuistika začíná identifikací problému a přehledem literatury související s příkladem, vysvětluje, proč je třeba se daným případem zabývat. Následuje podrobný popis případu a jeho spojitostí (léčby, dalšího vývoje). Následuje závěr, co daný problém demonstrován na kazuistice ukazuje pro praxi a pro další výzkum, a také upozornění, že jde o jeden případ, a tedy nelze z něj vyvozovat obecné závěry.

Fenomenologie začíná přehledem literatury, z něhož vyplývá potřeba této studie, dále přidává definici problému, metodologii a postupy šetření. Informace sděluje s příklady, citacemi, získané informace analyzuje, syntetizuje, přináší nová témata pro další výzkum. Uvádí limitace studie, jež vyplývají z užití metodiky, eventuálně z problémů při realizaci studie. Závěr je pouze inspirační, může vést ke vzniku teorie, kterou je možné ověřit buď kvantitativně, nebo studií podložené teorie.

U **studie podložené teorie** musí být přehled literatury velmi komplexní a dobře vysvětlit vznik teorie. Autor přednášky velmi doporučoval přidat do úvodu definice nových termínů, neboť jde většinou o nové téma výzkumu, proto logicky mohou termíny pro některé věci chybět (např. „*mateřský princip v rodině*“, „*otcovský princip v rodině*“). Tak jako u fenomenologické studie se podrobně popíše místo a účastníci studie a způsob sbírání dat (viz výše). Popíše se saturace jednotlivých kategorií a vztahy mezi nimi, výsledky se podepřou údaji z literatury a příklady s citacemi konkrétních sledovaných osob. V diskusi se vracíme k přínosu pro další výzkum a limitacím plynoucím z kvalitativního způsobu výzkumu se zdůvodněním, jak se s nimi výzkumníci vyrovnali.

Úvod **etnografických studií** bývá obsáhlejší a uvádí čtenáře do širšího kontextu studovaných problémů ve skupině. Po metodické části, která podrobně popisuje zvláště místo výzkumu, neboť výzkum se provádí v terénu, a také popisuje možnosti výhod člověka ze skupiny, s nímž byl výzkum dojednán jako prvním, se získané informace kriticky zhodnotí, v závěru se dochází k obecnému tvrzení a jeho rozboru.

• Využití kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum je vhodný zejména pro výzkum málo vědecky probádaných témat. Určitě se hodí pro výzkum oblastí, kde neexistuje škála nebo dotazník ke kvantitativnímu měření problému. Na základě tohoto výzkumu mohou vzniknout nové teorie či hypotézy, nebo se mohou ty stávající upřesnit, mohou se také rozšířit vědomosti o problematice. Nežádka předchází kvalitativní výzkum vývoji nové škály. Následně je možné vyvinout

efektivnější strategii řešení problému. Platí, že kvalitativní výzkum se nesnaží vytlačit kvantitativní výzkum, ale může ho vhodně doplnit nebo mu předcházet. Obecně se dá říci, že přibývá časopisů ochotných publikovat kvalitativní výzkum.

Závěr

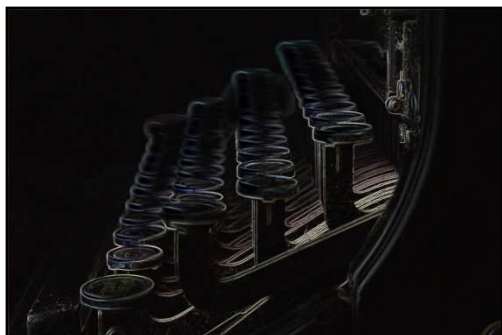
Přednáška přinesla velmi zajímavé a pro všechny účastníky kurzu zcela nové informace o možnostech výzkumu. Sdělení profesora Volicera bylo předneseno velmi poutavě a při

workshopové části měli zájemci možnost si vytvořit krok po kroku projekt kvalitativního výzkumu na libovolné téma a využít možnost konzultace se zkušeným odborníkem. Agentura Geriatrické partnerství ji pořádá každým rokem a je možné se na tuto akci na jejich stránkách vždy na jaře zaregistrovat za symbolický účastnický poplatek. Domnívám se, že pokud chceme v Čechách prezentovat psychosomatiku jako seriózní rovnocenný obor, bylo by vhodné, aby se zvyšoval počet lidí, kteří budou schopni v tomto oboru provádět výzkum.

Doporučená literatura:

1. Piechniczek-Buczek, J. et al.: [Family member perception of quality of their visits with relatives with dementia: a pilot study](#). J. Med. Dir. Assoc. 2007; 8: 166-172
2. Volicer, L. et al.: [Development of a scale to measure quality of visits with relatives with dementia](#). J. Am. Med. Dir. Assoc. 2008; 9: 327-331.
3. Volicer, L., Hurley, A. C., Blasi, Z. V.: [Scales for evaluation of End-of-Life Care in Dementia](#). Alzheimer Disease and Associated Disorders, Vol. 15, No. 4, 2001.

MUDr. Michaela Hůlková
Psychiatrická klinika LF a FN Hradec Králové
Sokolská 581, Hradec Králové 500 05
tel. 495 832 222
hulkova@fnhk.cz



GLOSÝ

JAK PŘEKLÁDAT TERMÍN „MEDICALIZATION“ DO ČEŠTINY?

Eva Křížová

V poslední době rychle přibývá mladých sociologů, kteří se začínají věnovat oblasti medicíny a zdravotnictví. Není to jistě žádné překvapení a tyto oblasti si sociologickou reflexi více než zaslouhují. I když jsou u nás sociologové, kteří se medicíně a zdravotnictví věnují dlouhodobě a systematicky (Bártlová, Křížová, Janečková, Hnilicová, Ivanovová, Jaroš a další), nemá tato aplikovaná specializace oporu v systému vzdělávání, a proto dochází k tomu, že přenos informací na další generace je omezený. Sociologie medicíny a zdravotnictví se spíše pěstuje na lékařských či zdravotně-sociálních fakultách, kde ale často slouží potřebám zdravotníků a není rozvíjena jako sociologická disciplína. Narážíme tedy na to, že začínající sociologové medicíny a zdravotnictví se znovu potýkají s tím, co bylo již kuloárově „vyřešeno“ počátkem 90. let, kdy se sociologie medicíny a zdravotnictví začala u nás svobodně rozvíjet. Je to především otázka terminologie, neboť nikdo ze sociologů medicíny nemůže opominout anglosaskou, hlavně severoamerickou produkci. Jedním z klíčových pojmů sociologie medicíny a zdravotnictví je termín, který v anglickém originálu zní

medicalization. Je jím rozuměna expanze moderní medicíny do širokých oblastí společnosti při řešení problémů, které nejsou nemocí v pravém slova smyslu, ale jsou jako nemoc nahlíženy a řešeny. Je to v prvé řadě kulturní či civilizační proces, který je na jedné straně iniciován obrovskými úspěchy medicíny při zvládnání infekčních chorob, na druhé straně podporován důvěrou společnosti a kreditem medicíny, ale který ze všeho nejvíce reprezentuje modernistický postoj zvládnání přírody prostředky vědy a techniky. V poslední době do popředí nápadně vystupují komerční a podnikatelské souvislosti. Předmětem tohoto krátkého příspěvku není ale vysvětlovat obsah pojmu, nýbrž pouze přispět k jeho správnému užívání v češtině.

Dle vyjádření odborníků na jazyk český se nedá doporučit, abychom do češtiny termín překládali slovem *medikalizace*, neboť zatímco v angličtině slovní základ *medical* něco znamená (adjektivum lékařský, medicínský), v češtině nikoliv. Doslova ve svém odborném posudku ze dne 14. 5. 2009 píše, že slovní základ *medik-*, který slouží jako základ pro tvoření celého výrazu *medikalizace*,

významově neodpovídá tomu, co by měl výsledný výraz vyjádřit: Jde totiž o rozšiřování *medicíny*. Rozhodně bychom proto dali přednost výrazu tvořenému od základu *medic-*.

V takovém případě přicházejí v úvahu dvě podoby překladu, a sice *medicinalizace* a *medicinizace*. Obě jsou z jazykového hlediska přijatelné a *medicinizace* je dokonce podle jazykových odborníků „slovotorně náležitější“. Ale stejně ospravedlněna je i varianta *medicinalizace*, neboť přípona *-izace* (*medicinizace*) důsledně vystupuje jen tam, kde od základového jména nelze vytvořit přídavné jméno na *-ální*. To ovšem v případě *medicíny* možné je a existence přídavného jména *medicinální* (i přes to, že má jiný význam) zřetelně

PhDr. Eva Křížová, PhD
3. LF UK, Ústav ošetrovatelství
Eva.Krizova@lf3.cuni.cz



OTEVŘENOST JAKO RYS OSOBNOSTI JE SPOJENA S VYŠŠÍ AKTIVITOU SEROTONINERGNÍHO SYSTÉMU

Michaela Hůlková

Studie zveřejněná v tomto roce prokázala na zdravých dobrovolnících, že otevřenost k novým zkušenostem je spojena s vyšší aktivitou serotoninergního systému (zkoumáno prostřednictvím zobrazení hustoty 5-HTT v mozku pomocí PET, Kalbitzer a kol., 2009).

Nedostatek serotoninu patří mezi hlavní příčiny deprese. Tuto skutečnost podporuje zejména dobrý účinek selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Lze se

existenci tvaru *medicinalizace* umožňuje a legitimizuje. Dokonce je podle odborníků z jazykové poradny považována za komunikačně výhodnější v tom, že „z ní daleko lépe bude zřetelný význam, který má vyjádřit, než by tomu bylo z podoby *medicinizace*“.

Na závěr nelze než konstatovat, že medikalizace nemá v odborných textech místo, zatímco obě další varianty – *medicinizace* i *medicinalizace* – jsou považovány za stejně vhodné. Poděkování patří panu Martinovi Benešovi a jeho kolegům z Ústavu pro jazyk český AV ČR, v. v. i., oddělení jazykové kultury – jazykové poradny.

domnívat, že otevřenost k novým zkušenostem je spojena s přenosem serotoninu i u depresivních osob. Pokud tomu tak skutečně je, co to pro nás znamená?

Má smysl orientovat psychoterapii a edukaci depresivních pacientů tak, aby byli více otevřeni novým věcem? Přinesla by taková péče benefit osobám ve vysokém riziku vzniku deprese?

Abychom na tyto otázky mohli odpovědět, potřebovali bychom nejprve

rozumět kauzalitě: Mají osoby s naučenými rigidními postoji v běžném životě vyšší riziko vzniku deprese? Nebo se u lidí s genetickými predispozicemi objevují zároveň rigidní postoje jako součást jejich charakteru a zároveň jsou tito lidé náchylnější ke vzniku depresí?

Murphy a kol. v roce 2002 prokázali, že snížený příjem tryptofanu, z něhož se serotonin syntetizuje, vede k rigidnějšímu chování a k snížené toleranci vůči zátěži (Murphy a kol., 2002). Tento výzkum podporuje tvrzení o působení serotoninu na rigidní postoje a deprese.

Jiné výsledky přináší letos publikovaný výzkum sledující interakci mezi polymorfismem serotoninového 5-HT transportéru (5-HTTLPR), nepříznivými životními událostmi a depresí u mladých dospělých. Kohortová studie sledovala prospektivně 309 osob od narození do věku 19 let. Výskyt deprese a úzkosti u mladších dospělých byl výrazně spojen s výskytem nepříznivých událostí v primární rodině a stresem v běžném

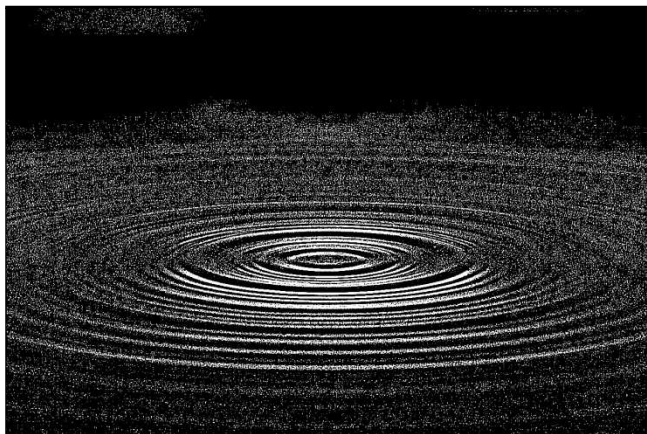
životě. Naopak souvislost mezi samotným genetickým polymorfismem serotoninového transportéru a depresí se neprokázala. Nejsilnějším prediktorem těžké deprese byla kombinace výskytu nepříznivých událostí v rodině a nálezů homozygotních alel dlouhé varianty promotorové oblasti genu serotoninového transportéru (Laucht, 2009).

Víme, že pouhé genetické predispozice neznamenají verdikt nemoci. Přepis genetické informace na bílkoviny představuje proměnlivý systém, neustále reagující na prostředí okolo nás. Je tedy možné, že se výchovou ovlivněné rigidní postoje odrážejí na molekulárně-biologické úrovni odchylkou v serotoninergní transmisi, a ta pak vede k rozvoji depresivní symptomatiky. V tomto směru je ale ještě třeba dalších kvalitních výzkumů. Zejména chybí v této oblasti studie sledující změny v receptorových systémech po psychoterapii s ohledem na klinické zlepšení pacienta.

ZDROJE:

1. Kalbitzer, J. et al: The personality trait openness is related to cerebral 5-HTT levels. *Neuroimage* 45, 2009, 280–285.
2. Murphy et al.: The effects of tryptophan depletion on cognitive and affective processing in healthy volunteers. *Psychopharmacology* 163, 2002, 42–53.
3. Laucht, M., et al.: Interaction between the 5-HTTLPR serotonin transporter polymorphism and environmental adversity for mood and anxiety psychopathology: evidence from a high-risk community sample of young adults. [Psychopharmacology](#) 2009, 20, 1–11.

MUDr. Michaela Hůlková
Psychiatrická klinika LF a FN Hradec Králové
Sokolská 581, Hradec Králové 500 05
tel. 495 832 222
hulkova@fnhk.cz



FILOSOFIE

**RUKA MÁ TĚLO A ŘEČ MÁ CELÉHO ČLOVĚKA.
A Hand Has a Body and Speech Has the Entire Man.**

(Heidegger, M.: Parmenides, 1984)

Helena Kalábová

Souhrn:

H.Kalábová: Ruka má tělo a řeč má celého člověka. PSYCHOSOM, 2009;7(3): 184- 187

Hlavním úkolem je poukázat na fenomenologický kontext nemoci. Cílem léčby je obnovit harmonii těla a mysli, odstranit bolest a navrátit energii k životnímu pohybu. Hermeneuticky zaměřená metoda je založena na celostním pojetí léčení, základem je obnovení Areté.

Klíčová slova: fenomenologicky zaměřená filosofie Husserla, Heideggera, Patočky s aplikací do psychosomatické medicíny, porucha hybnosti horní končetiny, životní pohyb v nemoci, imaginace celku v terapii.

Summary:

H.Kalábová: A Hand Has a Body and Speech Has the Entire Man. PSYCHOSOM, 2009;7(3): 184- 187

The main to important to show phenomenologically context illness. The aim is to restore the harmony of body and mind, remove the pain and return the energy for living motion. The hermeneutic metod is based on integral treatment conception, the basis is

restoring Arete. Arete is not only a quality of a human being. It is important for it allows fenomenalization of all things,relations,meanings, of seance.

Key words: fenomenological philosophy of Husserl,Heidegger,Patočka with the application in the area of psychosomatic medicine,disorder mobile upper arm, living motion and illness,whole imaginations in therapy system.

Areté není jen kvalita lidského života, význam je pro umožnění fenomenalizace všech věcí, vztahů, významů a smyslu člověka.

ÚVOD:

Ve své ordinaci pozoruji nárůst pacientů, kteří přicházejí pro déletrvající bolest horní končetiny /syndrom rameno-loket-ruka/, klasický způsob léčby orientovaný na místo bolesti již proběhl, bolesti však přetrvávají a objektivní nálezy neozřejmují subjektivní potíže.

Opakované konzervativní léčení bolesti nevyřešilo, někteří pacienti jsou po operačním zákroku, obtíže mění charakter, leč neustupují...

Na lidské tělo nelze pohlížet pouze jako na předmět, který je rozebírán na jednotlivé části, a pak jsou popisovány funkce a spojení mezi nimi. Člověk je jedinečnou existencí v místě a čase, nemůže být pouze předmětem sofistického působení lékaře, i když velice erudovaného a vybaveného teoreticky, prakticky i technicky k výkonu své profese.

Karteziánské myšlení vedlo k reifikaci – zvěčnění člověka a jeho zabsolutizování ve výlučné objektivní platnosti vedlo k zapomnění, že tento „objekt“ také cítí, je veden motivacemi psycho-sociálně-spirituálního charakteru a jeho cítění, myšlení a chtění má intencionální strukturu.

Člověk je vždy jednotou, bytostně tendující k vlastnímu Telos – vnějšímu účelu, k horizontu. Tělo není věc, má vlastní způsob rozumění a vnímání, a je-

li nemocné, nelze k němu přistupovat jako k nefungujícímu stroji s cílem opravit ho, aby mohl fungovat jako dříve.

Při sebepřesnějším vyšetření somatických struktur zjistíme „jen“, jaký je rozdíl mezi počtem převážné části lidí a vyšetřovaným nemocným člověkem. Jde o kvantitativní výsledek, který je důkazem mezi mnohým a jediným. Kvantitativním zachycením zjistíme náš vztah k danému, je to cesta přesné metodologické vědeckosti.

Problém u nemocného a počátek potíží nezjistíme žádným poměřováním, je to relativní poměr k věci, nutné je orientovat se v příběhu nemocného (hermeneutické rozkrývání nemoci), každý konkrétní čin nese v sobě stopy po směřování z akce i z habituality. Potencionální zaměřenost lidské individuality má habituální a aktovou stránku. K té habituální se nelze dostat přes součty jednotlivých vyšetření a pozorování.

CO JE TŘEBA?

Uchopit životní pohyb nemocného jako celek, a to lze jen intencionálně. Dle Husserla - intencionální celkové zkoumání procházející skrz život jednotlivé egoity, jenž v sobě nese

univerzální styl světa v transcendentální genezi, jenž proniká vším.¹

U nemocných s bolestí horní končetiny je problematika daleko širší, než jak je vnímáno orgánově orientovanými terapeutickými postupy, léčba cílená na místo bolesti účinná být nemůže.

Myšlenka, že ruka má tělo (ne tedy, že tělo má ruku) je jeden z velice důležitých momentů Heideggerovy filosofie. Jde o projev původní usebranosti člověka se světem, tj. o logos. Pro filosofii těla a pohybu to znamená, že člověk je člověkem až tam, kam dosáhne jeho ruka, kam dosáhnou významy jeho slov.² Člověk tedy nekončí tam, kde končí kůže na povrchu těla, končí tam, kam až dosahuje jeho tělesnost. Tělesníme pomocí rukou a pomocí řeči. Ruka centruje intenci směrem do světa nejvíce. Je to právě ruka, která zakládá lidský čin. Ruka má velikou hodnotu, je to ona, která zachovává člověka, a je to i symbol moci.

Tělesnění je zvláštním pohybem vpřed, je vedeno rukou směrem k věcem kolem nás (v horizontalitě) a řečí, která nás táhne do vertikality.

Tělesnost není hmota, je to rozvíjení viditelná do vidoucího těla, hmatatelného do dotýkajícího /3/. Vyhmatávání podob je hledáním cesty životního pohybu, o němž nejlépe mluví Jan Patočka. A právě toto vyhmatávání cesty je tělesněním, je vedeno rukou a řečí, a je vždy určeno protencionalitou a výzvou bytí samotného.

Problematika ne-moci spočívá v „tělesnění ve své takovosti a samosti“. Heideggerovsky pojato – je to nemožnost životního pohybu ve smyslu fysis, ve smyslu překonávání překážek, které se přirozeně na životní cestě každého člověka nacházejí směrem k cíli z daného počátku – Arché.

V životě člověk vyvstává do pohybových figur, čemuž se říká ex-sistence. Toto vycházení těla do nejrůznějších pohybových figur je řízeno jedinou intencí, která míří z těla do světa. Celý lidský život je pohybem, směřujícím ven, po oblouku, kterému můžeme říkat oblouk životního pohybu. Myslet oblouk lidského životního pohybu znamená myslet celek mezi tělem a řečí, protože řeč je prodloužením ruky.

Ruka, která má tělo, směřuje ke jsoucnu v prostoru a čase. Prodloužená ruka je slovo, které směřuje tam, kde nelze již nic ohmatat a uchopit, směřuje k nekonečnu.

Řeč jako prodloužená ruka posouvá člověka k bytí samotnému, tam ta první postrádá svoji moc. Myšlení – prodloužená ruka není v prostoru, kde ruka pracuje.

Práce – výkony však podávají svědectví o tom, že člověk „je“, že existuje, ozřejmuje se ve skutcích, ergonech. Pokud člověk ztrácí možnost výkonu, má pocit, že není, že neexistuje. Ztráta výkonnosti činí člověka více úzkostným, ztrácí „legitimitu“, zužuje se mu otevřenost světa. Ruka i slovo jsou významem otevřenosti, aristotelovsky řečené Dynamis (výběr možností) je odvislé od něčeho v člověku. Dasein je řídicím momentem lidského pohybu na cestě životem, otevřenost je pak nabídkou možností.

V terapii má místo bolesti důležitou roli, ale ne takovou, jaká je vnímána v léčení formou iatreusis. Cílem terapie vedené cestou hygiensis je navrácení možnosti volby, překonávání překážek, ozřejmování se v ergonech – činech, vycházejících z Arché, a následné znovuobjevení smyslu života. /4/

Kontext obtíže je v rovině bio-psycho-sociálně-spirituální, a to zcela



neoddělitelně. V léčbě je nutné se dotknout základních fenomenů lidskosti – Arché, Dynamis, Energeia, Telos.

Žít znamená vycházet ze sebe ven do figur, které jsou pohybovými figurami. Prostřednictvím nich se vyladujeme na svět v pohybu – Dasein, ale i na Celek. Toto vyhmatavání podob je skryto v intenci.

Ruka a prodloužená ruka – slovo zapadá do neubauerovského výkladu podoby a tvaru, řeč a podoba ruky je výsledkem vzházení a vyhmatavání světa. Řeč je světem samým a je i klíčem k pochopení.

ZÁVĚR:

Zajímavé je poslouchat pacienta, sledovat jeho pohyby těla a obě ruce. Nejen ta s bolestí má výpovědní diagnostickou hodnotu. A také je velice důležitá v léčení pacientovy bolesti terapeutova ruka.

Špičkové přístroje fyziatrické léčby, ozařování, farmakologie a jiné

Adresa: helena.kalabova@seznam.cz

Přijato: 1. dubna 2009

Upraveno po recenzi: 20. dubna 2009

Přijato k tisku: 31. července 2009

PhDr. Helena Kalábová, fyzioterapeutka a psychoterapeutka (dokončuje dasainsanalytický výcvik), propojuje ve své ordinaci v Liberci práci s tělem s verbálními technikami u psychosomatických pacientů. Má kurz práce s tělem podle Schmidta (Siegrid Klotzbach) vedle svého fyzioterapeutického vzdělání. Zabývá se studiem fenomenologie a dokončuje doktorská studia.

intervenční prostředky indikované u těchto pacientů jsou jednou, ne však jedinou možností. Ruka terapeuta a prodloužená ruka terapeuta – slovo – je zapomínaná, leč velice důležitá část léčby.

Pro terapeuta je to možnost pacienta sokratovsky „rodit“ do větší svobody, vyvádět ho z nevědomosti ke světlu a ozřejmení, a tím mu pomoci se zbavovat strachů, úzkostí a bolestí.

Léčba v rovině techné však zdraví ve smyslu hygiensis navrátit nemůže. Na karteziánských pozicích usiluje o původní stav fungování, zdraví ve smyslu fyzis však nedodá.

Být „in situ“ znamená být vždy v určité otevřenosti a zároveň nezajištěnosti. Je nutné vědět, že každá situace v životě člověka je neuzavřená, člověk se neustále učí žít v nejistotě, „vyhmatavá“ volby a možnosti, které nejvíce odpovídají přirozenosti jeho Arché a Telos, a pokud to takto není, je porušena spojnice mezi herakleitovským lukem a cílem střelby.

/5/

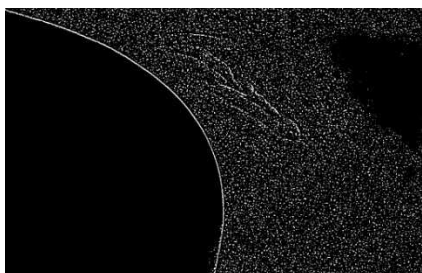
Lidský život pojatý jako neustálé originální rození se do nových situací je životem autentickým, a to proto, že je vždy absolutním celkem, podmíněným absolutní jedinečností jeho prožívání.

V Liberci, duben 2009

PhDr. Helena Kalábová

LITERATURA:

1. Husserl, E.: Karteziánské meditace, Svoboda, Praha 1993
2. Úvod do fenomenologické filosofie, Academia, Praha 1996
3. Hogenová, A.: K fenoménu pohybu a myšlení, Eurolex Bohemia, Praha 2006
4. K problematice těla, PedF UK, Praha 2005
5. Merlau-Ponty: Viditelné a neviditelné, Oikúmené, Praha 1998
6. Heidegger, M.: Heraklit, Praha 1979
7. Parmenides, Oikúmené, Praha 1984
8. Básnický bydlí člověk, Oikúmené, Praha 1993
9. Hérakleitos z Efesu: Řeč o povaze bytí, Praha, 1993



POLITIKA, KONCEPCE

SOUHRN INFORMACÍ O SOUČASNÉM STAVU ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE V NĚMECKU

(bez nároku na úplnost)

V době, kdy se rozhodujeme o zavedení základní psychosomatické péče do běžné medicínské péče, nebo o jiné formě plné legalizace psychosomaticky orientované lékařské praxe, je důležité si pozorně prohlédnout, jak je to zorganizováno v zemích, kde nebyla psychosomatická medicína tak zdevastovaná, jako u nás. Tří německých kolegů se vyptal na jejich zkušenosti s německým způsobem zavedení psychosomaticky do praxe MUDr. Ondřej Masner. Bez nároku na úplnost a se souhlasem dotázaných uveřejňujeme zde jejich odpovědi.

**DOC. DR. MED. KERSTIN WEIDNER, ZÁSTUPKYNĚ ŠÉFA
PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY V DRÁŽĎANECH, SASKO**

- Pro ambulantní psychosomatickou péči platí v současné době (v Německu) dva kódy: 35100 (dříve 850) rovná se diferenciatně diagnostická úvaha psychosomatického onemocnění, min. 15 minut délka, hodnota 15.05 eura. A kód 35110 (dříve 851) rovná se verbální intervence u psychosomatických nemocí, minimálně 15 minut, hodnota 15.05 eura. Tyto dva body může lékař, který absolvoval Curriculum „psychosomatische Grundversorgung“ (tedy naše základní psychosomatická péče), pojišťovně vyúčtovat. Jiné kódy se nedají vyúčtovat. (např. v učebnici Tress/Kruse/Ott jsou uváděny ještě různé další intervence jako AT apod.)
- Ovšem je v tom háček: Ambulantní lékaři podléhají takzvané „Deckelung“, v překladu „pokličkování“, což znamená, že každý lékař má svůj individuální limit, kolik si může vydělat (myslím, že za kvartál), a jakmile limitu dosáhne, už si za tyto dva kódy nic nepřivydělá. Proto, dle dr. Weidner, se pro většinu ambulantních lékařů finančně nevyplatí mít v péči složité psychosomatické pacienty

- (kteří pak asi jsou předáni do péče psychosomatické kliniky?).
- Oba kódy 35100 a 35110 se nemohou vykázat na téhož pacienta ve stejný den. Od roku 2009 je pozitivní změna v tom, že je možné je vykázat 3× za stejný den, a tím vyúčtovat i delší intervenci, tedy 45 min., pokud ale není vyčerpán limit budgetu.
 - Praktici a gynekologové musí absolvovat „ Psychosomatische Grundversorgung“ (psm GV), která obsahuje celkem 80 hodin (20 hod. teorie, 30 hod. nácvik verbálních intervencí a 30 hod. balintovských skupin (zde tedy beze změny k předloze Tress/Kruse/Ott).
 - Praktici s psm GV nemohou provádět žádnou psychoterapii. Jde „pouze“ o vedení psychosomatických pacientů, časné rozpoznání psychosociálních vlivů, zamezení iatrogenního poškozování pacienta a případné předání pacienta do psychoterapie. Ale realita prý bohužel nevypadá takto růžově (jak tedy vypadá?).
 - Pozvala nás na návštěvu v Drážďanech, třeba někdy při příležitosti jejich kurzů, pravděpodobně by se i účastnil prof. Joraschky, šéf kliniky, který mi kontakt na dr. Weidnerovou zprostředkoval.

***DR.MED. WOLFGANG STUNDER, PRAKTICKÝ LÉKAŘ A PSYCHOTERAPEUT,
ZELL AM HARMERSBACH, BADEN-WUERTENBERSKO:***

- Lékař s psm GV může vyúčtovat už pouze kód 35110, ale nepřinese to žádný zisk, protože je již obsažen v kódu 03111, jestliže je vyčerpán limit. Kód 03111 je kód za první kontakt s pacientem, který vynese 35 eur za kvartál, i kdyby pacient přišel třeba 20×. Tato negativní změna platí od 1. ledna 2009 a přinesla nám redukcí příjmů o 30 procent! Před 1. 1. 2009 jsme dostávali ještě 15 eur za 35110.
- Tyto restrikce platí pro všechny staré spolkové země, peníze tečou toho času na východ republiky.
- Protože jsem zároveň psychoterapeut s absolvovaným výcvikem, mám k tomu ještě možnost provádět autogenní trénink a progresivní relaxaci. Ale i tyto kódy jsou obsaženy v 03111 a nemůžu si za to účtovat nic nad můj limit, který je dán limitem („zadeklováním“).
- Jako psychoterapeut můžu provádět psychoterapii pouze po vyplnění žádosti, kterou musí schválit revizní lékař. Pak můžu PT vyúčtovat za 60 eur za hodinu.
- Souhrnně se dá konstatovat, že praktici provádějí základní psychosomatickou péči prakticky zadarmo, nemá žádný pozitivní vliv na jejich finanční situaci.

Prof. Schueffel pořádá pro Hesensko Curriculum k získání osvědčení té ZPP a založil v roce 1992 takzvané „Wartburské rozhovory“ (Wartburggespraeche), což jsou roční psychosomatické setkání v Bad Nauheimu.

- Psychosomatické Curriculum obsahuje nadále 80 hodin, my nabízíme celkem 6 bloků á 20 hodin, z kterých si účastníci pak vyberou 4, jak se jim to hodí. Výhodou také je, že se tímto skupiny promíchají novými a starými účastníky.
- Tady v Hesensku jsou naše Curricula směřována na pacientův příznak, a tak se v porovnání s jinými zeměmi vyznačují tím, že pravidelně pracujeme s fyzicky přítomným pacientem před posluchači.
- Odpor proti psychosomatice je samozřejmě značný také v Německu, stejně jako u vás v Čechách a jinde ve světě. Nedostatek času a potíže s účtováním považují za vyhýbavé manévry. Je jasné, že důsledná psychosomatická práce je efektivnější a konečně časově úspornější. Chápu, že hledáte racionální důvody jako podporu pro psychosomatiku. Moje zkušenost je taková, že se potýkáme v této souvislosti stále s iracionálním uvažováním. Byl jsem v prosazování psychosomatiky úspěšný pouze tehdy, když se mi povedlo přesvědčit vlivné lidi poukazem na „lidskost

v medicíně“ a „smysl v medicíně“.

- V Hesensku se o rozvoj psychosomatické medicíny snažíme dlouhodobě. V roce 1992 jsme založili takzvané „Wartburggespraeche“, které se od té doby konají jednou ročně v Bad Nauheimu. Snažíme se tím podpořit psychosomaticko-salutogenetický proud medicíny nejprve regionálně a až v druhém kroku nadregionálně.
- Psychosomatika se z mého pohledu nachází v zásadním dilematu, které nikdy nebude možno rozřešit: Nahlížíme na psychosomatický přístup jako na integrální součást zdravotnické péče. V případě, že je opravdu integrovaná, nevyžaduje takováto péče žádné zvláštní ohodnocení. Zároveň ale vidíme, že provádění psychosomatiky je spojeno s nadstandardním úsilím, které je třeba ohodnotit a zaplatit. Jakmile bude zaplacená, už nemůže být integrální součástí medicíny. S tímto dilematem se musíme naučit žít.
- Rád bych vás pozval na příští setkání **Wartburských rozhovorů v Bad Nauheimu, které se konají 31. 1. – 2. 2. 2010, Lékařská prevence a epikríza – vcítit se do nevyřčeného.** Prakticky jde o praktické nacvičování psychosomatické základní



péče a o další rozvoj jejího konceptu.

Korespondoval a přeložil MUDr. O. Masner, 30. 6. 2009



POŠTA, DISKUSE

KOMENTÁŘ K TEXTU P. FRANKEHO: GYNEKOLOGICKÉ A PORODNICKÉ KLINICKÉ OBRAZY NEMOCÍ A SYMPTOMY. PSYCHOSOM 7, 2009, S. 10-19. (A DISKUSE NAD VĚDOU JAKO TAKOVOU)

Pavel Čepický

LEVRET s. r. o., Praha

Už první odstavec obsahuje velmi kontroverzní informaci: „(...) na základě podrážděného a proto chybně řízeného vegetativního systému (může) vést také ke gynekologickým symptomům a poruchám v těhotenství“. To zní jako návrat k nervismu Nikolajeva a Garmaševy z počátku 50. let (pro mladší generaci: učení vycházející z defor-

mované pavlovské fyziologie a popírající endokrinní účast na periferní regulaci).

Přehled gynekologických nemocí „uspořádaných tak, že podíl psychické etiogenese příslušné poruchy je směrem shora dolů stále větší“ pak jako gynekolog nemohu označit jinak než

jako zcela zmatený. To není dobrý úvod, který by vzbudil důvěru k další četbě.

Kapitoly 1 a 2, Poruchy menstruačního krvácení a cyklu a Sekundární amenorea, bohužel dojem spíše ještě zhoršují. O fyziologii menstruačního cyklu autor zjevně netuší nic víc kromě znalosti z učebnice pro střední zdravotnické školy, že existuje osa mozková kůra – hypotalamus – hypofýza – vaječníky – endometrium. Netuší, že různé „poruchy menstruačního krvácení“, pokud nejsou způsobeny primární poruchou endometria, ovarií, hypofýzy, případně hypotalamu (např. Kallmanův syndrom, histiocytosis X, traumatické přetění stopky hypofýzy) mají stejné příčiny a pouze „hloubkou“ těchto příčin se mění periferní obraz, zhruba na linii: luteální insuficience, anovulační víceméně pravidelné cykly (případně s polymenoreou), oligomenorea, normoestrinní amenorea, hypoestrinní amenorea. „Z boku“ do toho zasahuje thyreoidea a nadledviny. Příčiny amenorey a jiných poruch menstruačního krvácení jsou záležitostí kvantitativní, nikoli kvalitativní, snad až na nepatrné výjimky. Kde vzal autor informaci, že právě u „36 % hormonálních příčin krvácení je nutné (...) zohledňovat vlivy psychiky“, je mi naprostou záhadou.

Aniž by zde bylo možno zabíhat do podrobností, alespoň shrnu, že „suprahypotalamické“ (lépe než psychogenní, mnohé jsou zcela nepsychogenní nebo nejvýše velmi nepřímo) poruchy menstruačního cyklu lze zhruba rozdělit do čtyř skupin:

1. Primární alterace neurotransmiterů (na prvním místě dopamin a beta-endorfin, ale i kortikoliberin, serotonin a patrně řada dalších, o těchto etážích regulace tvorby hypotalamického

gonadoliberinu máme znalosti velmi neúplné). Tak pozorujeme poruchy cyklu u neléčené schizofrenie nebo manio-depresivity, ale i při léčbě psychofarmaky, u narkomanek (především pochopitelně morfinistek), ale i u tak somatických onemocnění ovlivňujících aktivitu neurotransmiterů, jako je hypothyreóza, Cushingova nemoc nebo nemoci epifýzy.

2. Stres, který zřejmě působí jednak cestou zvýšené produkce proopiomelanokortinu a následně peptidů od něj odvozených, dále cestou dopaminergního systému (což se pak periferně projeví hyperprolaktinemií), rovněž „periferně“ oklikou přes zvýšenou produkci supragenálních androgenů (které se pak v periferních tkáních, např. v tuku, aromatizují na estrogény), konečně snad i paraendokrinně, což je ovšem kuriózní záležitost známá z kazuistik. Stres může být jakýkoli, i čistě fyzický (poruchy cyklu při závažných somatických onemocněních) nebo i čistě psychický, nebo jistě kombinace obojího.

3. Poruchy hmotnosti a příjmu a výdeje energie. Poměrně nehomogenní skupina, kam patří poruchy cyklu při ztrátě hmotnosti (nemusí jít nutně o mentální anorexii, stačí „prostá ztráta hmotnosti“ z jakékoli příčiny, případně i zcela somatické), ale i při kolísání hmotnosti (např. při bulimii), dietě (např. u vegetariánek jsou poruchy cyklu častější). Blízké jsou poruchy cyklu sportovkyň, kde se patrně kombinuje ztráta tukové tkáně (nejde o hmotnost jako celek, jde o poměr tuku a netukové tkáně, kulturistka nemenstruuje ani při hmotnosti 70 kg) a stresu – v každém případě se mohou objevit i při normálních hmotnostních poměrech (např. u plavkyň). Opakem jsou poruchy cyklu při obezitě, jednak při prosté obezitě, kde snad hraje roli (vedle

zvýšené periferní konverze androgenů v estrogeny) i porucha suprahypotalamické regulace, jednak hyperandrogenní syndrom (syndrom polycystických ovarii), kde někteří též spekulují se spoluúčastí suprahypotalamických faktorů.

4. „Psychodynamické“ poruchy cyklu, které jsou z psychosomatického hlediska nejzajímavější a některé jsou dobře definovány. Sem patří psychogenní hyperprolaktinémie (v české literatuře též Nunesův syndrom), pro psychosomatiku fascinující záležitost, s jasně definovaným klinickým somatickým obrazem, s jasně definovaným hormonálním obrazem, s jasně definovaným spouštěcím psychogenním faktorem a s jasně definovanou psychosociální poruchou v dětství. Dál sem patří separační poruchy cyklu při odloučení od rodiny, kde opět máme jasně definované psychosociální faktory a jsou známky, že by i endokrinní obraz mohl být charakterický (vzestup FSH, pokles LH). Konečně pak pseudocyesis (nepravé těhotenství), v evropských poměrech kuriózní, nicméně i zde je typický hormonální obraz. Zbytek jsou „směsné diagnózy“ (např. válečná amenorea) nebo nepotvrzené spekulace (syndrom Atalanté, popírání ženské role).

Do absurdity se autor dostává ve „vzorovém případě 1“. Byly-li hodnoty „hormonů“ (jakých?) kromě snížené hladiny LH v normálu, pak v žádném případě nemohlo jít o „klimakterium praecox“, protože zde je vysoká hladina FSH a LH – bez výjimky, takto je „klimakterium praecox“ (správně: předčasné selhání ovarii) definováno. Z popisu bych nejspíš usuzoval prostě na amenoreu při ztrátě hmotnosti, která je psychogenní nejvýše velmi zprostředkovaně (ztráta hmotnosti jistě může být psychogenní a zde snad i byla, ale

regulační ose ovarii je jedno, co je příčinou ztráty hmotnosti, jde mu o ztrátu hmotnosti jako takovou).

Kapitola 3. Dysmenorea a premenstruační syndrom směšuje dvě zcela odlišné jednotky. Dysmenorea (míněna je tzv. primární dysmenorea, tj. bolesti při menstruaci bez zjevné somatické příčiny) je zcela nepychogenní záležitost, její příčinou je zvýšená tvorba prostaglandinů sekrečním endometriem a je suverénně léčitelná buď kombinovanou hormonální antikoncepcí, nebo inhibitory produkce prostaglandinů (zatímco snahy o psychoterapii byly neúspěšné). Něco jiného by bylo „vnímání menstruace jako nemoci“, což snad existuje, ale rozhodně to není dysmenorea.

Premenstruační syndrom je záhadná záležitost (popsaná až ve 30. letech minulého století!) nejasné etiologie – teorií o jejím vzniku je tolik, že jen jejich seznam je skoro stránka tisku. Psychosociální faktory asi nějakou roli hrají – jakou, těžko říci. Pro psychiatry přidám otázku, zda premenstruační dysforická porucha je jen varianta premenstruačního syndromu, nebo samostatná diagnostická jednotka. Je-li to samostatná jednotka, tak se nám premenstruační syndrom rozpadne do řady dalších jednotek (např. retence tekutin atd.) a z vlastního premenstruačního syndromu nezbude nic. (Autor udává, že v literatuře se vyskytuje 30 symptomů premenstruačního syndromu, není tomu tak, těch symptomů je cca 200.) Zvídavým přidám jinou otázku: Proč je v ČR premenstruačního syndromu tak málo?

Kapitola 4. Klimakterický syndrom. Z různých důvodů jsem se musel psychologií klimakterického syndromu dosti rozsáhle zabývat, takže si mohu dovolit napsat, že autor buď neví, co

sousloví klimakterický (přesněji: vegetativní) syndrom znamená, nebo prostě plká. Klimakterický vegetativní syndrom je jednoduše způsoben poklesem hladiny estrogenů, a tím zpětnovazebně způsobenou „rozladou“ hypotalamických neurotransmiterů. Není-li pokles estrogenů, není ani klimakterický syndrom, třeba až do 100 let, pokud by se estrogenu podávaly tak dlouho. Odstraníme-li ženě ovaria, promptně nastoupí příznaky vegetativního syndromu, podáme-li jí estrogenu, promptně ustanou. Ostatně podáváme-li např. muži estrogenu a s léčbou skončíme, objeví se totéž. Ovšem, člověk na každý podnět, tedy jistě i na pokles estrogenů, reaguje biopsychosociálně. Stejně jako kontakt s chřipkovým virem u někoho nezpůsobí nic, u někoho lehkou respirační infekci, u někoho virovou pneumonii, tak i reakce na pokles estrogenů je různá a je ovlivněna kdečím, včetně faktorů psychosociálních. Ale to neznamená, že příčinou chřipky je psychický stres a nikoli virus chřipky, to neznamená, že příčinou klimakterického syndromu je fixace na krásu a mládí (abych uvedl jiný psychosociální faktor než autor) a nikoli pokles hladiny estrogenů. Pokusy o psychoterapii klimakterického syndromu selhaly – jako ostatně pokusy o jakoukoli neestrogenní somatickou léčbu. V této souvislosti jsem už po několikáté fascinován přesnými čísly autora: šestina žen má klimakterické potíže, které vyžadují léčbu, 67 % má „neuroticky relevantní testovací výsledky“. A v této souvislosti ještě jednou, jak je autor fascinován nervismem: „Klesající hladina estrogenu vytváří somatickou připravenost pro snadno drážditelný vegetativní systém.“ To je pavlovská terminologie sovětské kortikoviscerální medicíny 50. let v té nejz vulgarizovanější podobě, dnes je snad medicína doopravdy jinde.

Kapitola 5. Chronicky recidivující bolesti v podbřišku. Autor opisuje od Moniky Stauberové, což by mělo zaručit kvalitní text (avšak, jak vidět, nezaručuje). Tvrdit, že „pravá adnexitida“ (správně současnou terminologií: pánevní zánětlivá nemoc) může být spouštěna psychosociálními vlivy?! Probůh, pravá adnexitida je spouštěna bakteriemi *Neisseria gonorrhoeae* a *Chlamydia trachomatis*. Když už chce na toto pole autor zacházet, tak by si měl spíš položit opačnou otázku, totiž proč ne všechny pacientky s kapavkou dostanou adnexitidu.

Nemíním polemizovat s psychosomatickým či psychodynamickým popisem pelipatie. Je jedním z mnoha možných, sám to vidím trochu jinak. Psychogenní pelipatie (snad lépe než psychosomatická, žádná somatická složka tu není zjistitelná) může mít různé příčiny (roli jistě hraje úzkost, podmiňování, např. tzv. psychosomatická rezidua po gynekologickém zánětu, nevědomé konflikty, obvykle ve vztahu k matce – viz třeba nápadný výskyt tzv. „leer“ šoku v Rorschachově testu u těchto žen – nebo sexu) a je třeba ji odlišit od „psychosomatické“ kongestivní pelipatie, která může být způsobena širokým spektrem faktorů od čistě psychologických (např. nevědomé sexuální vzrušení nebo stres) až po čistě biologické (např. ovariální varikokéla, tzv. okultní prolaps dělohy nebo prostě velká myomatóza).

A poznámka na závěr: Bude-li lékař při suspekci na adnexitidu váhat s antibiotiky, tak mnohým svým pacientkám způsobí neplodnost, a to zcela a čistě somatickou (pozánětlivá neprůchodnost vejcovodů).

Kapitola 6-7 Pruritus vulvy v pohlavní zralosti a Fluor. To sem prostě nepatří, leda snad jako poznámka. Pruritus vulvy

je jen zcela výjimečně způsoben psychosomatickými problémy (na rozdíl od pánevních bolestí). Že se pacientky s pruritem vulvy liší v celé řadě psychologických proměnných od žen bez pruritu vulvy je, domnívám se, zcela srozumitelné (a koneckonců to platí, a výrazněji, pro ženy s herpes genitalis a v menší míře i pro ženy se špičatými kondylomaty). Totéž platí pro výtok. Autor ukazuje, že o výtoku neví nic – jinak by nemohl napsat, že se léčby „často“ musí zúčastnit partner (zavzetí partnera je nutné jen u trichomoniázy, což je pohlavně přenášená nemoc par excellence, jinak ji získat nelze, všechno ostatní jsou dysmikrobie, kde je léčba partnera zcela zbytečná).

Je podivuhodné, že autor opomíjí tzv. psychosomatickou vulvovaginitis, dobře definovanou, ovšem velmi vzácnou, viděl jsem ji jedinkrát. Zmínit by mohl i tzv. dysestetickou vulvodynii, rovněž dobře definované onemocnění s negativním somatickým nálezem, navíc reagující na léčbu antidepressiv, nebo vestibulitidu, což je zcela záhadná nemoc, při níž má psychoterapie pozitivní efekt.

8. Urogynekologické poruchy. Bohužel, není tomu tak. PhDr. Fukalová v Ostravě před časem věnovala mnoho let svého života snahám o psychoterapii inkontinence, aby nakonec musela uznat, že je to kničemu. Ovšemže pacientky trpící inkontinencí jsou psychicky alterované, ani se jim nedivím. Pochopitelně jsou depresivní, agresivní – a taky paranoidní, což autor opomněl. To je ovšem důsledek, nikoli příčina neudržení moče.

Autor končí, chce se mi říci zaplatpánbůh.

A já si kladu otázku: Quo vadis, psychosomatiko?

Jsi součástí vědecké medicíny? Pokud ano, tak se musíš držet kritérií vědecké medicíny (či, jak zní populární současný termín, medicíny založené na důkazech). Musíš se umazat od pracné a nevděčné vědecké práce, musíš vytvářet hypotézy a stavět projekty, které je vyvracejí (což je v této oblasti bohužel mnohem častější, než že se je podaří prokázat). Musíš prokázat účinnost psychoterapie v alespoň jednoduše slepém experimentu a musíš prokázat, že tato terapie má lepší výsledky než terapie somatická (konečně – když se mohou somatické nemoci léčit psychoterapií, proč by se psychogenní nemoci nemohly léčit somatickou terapií – sám jsem kdysi po psycho-terapeutickém selhání vyléčil psycho-genní „menorhagii“ hysterektomií, s velkým úspěchem; obvyklejší případ: psychogenní anovulační sterilitu vyléčím snáze, rychleji a spolehlivěji anti-estrogeny než psychoterapií, která zde není než ztrátou času). Nemůžeš si plést příčinu a důsledek, nemůžeš zaměňovat souslednost a příčinnost. Nemůžeš vědecké poznání nahrazovat natur-filosofickými spekulacemi.

Nebo jsi sektou, která se rigidně drží svých více než 50 let starých spekulací, jež opisuje z knížky do knížky a které se jí nikdy nepodařilo prokázat (ostatně se o to většinou ani příliš nesnaží), kterou zajímá pouze ta první část slova psychosomatika, zatímco ta druhá je eklhaft? Pak nepatříš do vědecké medicíny, ale do medicíny alternativní, stejně jako třeba tradiční čínská medicína. Proč ne, ale pak si nestěžuj, že s tebou vědecká medicína nechce mít nic společného.

Sám jsem stoupencem onoho pojetí – na rozdíl od Paula Frankeho, který názorně předvedl publikaci hlásící se k pojetí tomuto.



KDYŽ SE DVA GYNEKOLOGOVÉ PŘOU O PSYCHOSOMATICE. DISKUSE ČEPICKÝ-CHVÁLA-HONZÁK

*Tato diskuse začala tím, že jsme publikovali kapitolu z knihy *Základní psychosomatická péče o psychosomatické v gynekologii* (P. Franke: *Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemocí a symptomy*. *Psychosom* 7(1), 2009, s. 10–19) a Čepický ji strhal. Naštěstí nešlo o text nikoho z diskutujících, a tak se nad tématem mohla rozvinout diskuse na téma vědeckosti psychosomatiky a metodologie výzkumu. Oba diskutující jsou gynekologové a porodníci, dávní přátelé, kteří se před 20 lety každý orientovali jiným směrem. Pavel Čepický, dříve vedoucí psychosomatické ambulance v UPMD v Praze, pokračoval vedle gynekologické praxe ve výzkumu psychosomatiky ve svém oboru, Chvála přes psychosomatickou ambulanci na ženském oddělení Nemocnice Liberec, a přes kabinet akupunktury se pustil do psychosomatické a psychoterapeutické medicíny v nejširším možném zdravotnickém kontextu v rámci Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch, zde již jako sexuolog a rodinný terapeut. Diskuse, místy velmi vyhrocená, se týká podstatných témat psychosomatiky, a proto jsme se rozhodli ji mírně upravenou publikovat, a nabídnout diskusi také dalším kolegům. Teprve během diskuse jsme se rozhodli současně publikovat také gynekologickou kasuistiku (viz výše),*

Na konci kritiky uvedené kapitoly Čepický zvolá: „Autor končí, chce se mi říci zaplatřpánbůh.“ A pokračuje kladením podstatných otázek: „Quo vadis, psychosomatiko? Text poslal k uveřejnění s tím, že pokud se to hodí, nebo nezdá být příliš odmítavé a destruktivní, abychom to uveřejnili.“

ODPOVĚĎ CHVÁLY:

No, je to trochu prudké, ale jistě ne špatné. Proč bychom neměli my psychosomatici čelit takovým emočním reakcím? Uveřejníme to, ale rád bych doplnil Frankeho kapitolu kasuistikou z naší praxe, protože většinu toho, co píše, odpovídá naší zkušenosti. Na ničem

jiném než na kasuistikách se podle mého soudu nedá ta komplikovaná (více cirkulárně než lineárně kauzální) realita nemocných v jejich vztazích ukázat. Myslím na pacientku s bolestmi v podbřišku s těžkou dyspareunií a prokázanou endometriózou, která měla

být řešena operativně a hormonálně, ale nebyla. Pacientka naopak podnikla rodinnou terapii, což z hlediska Tvého pojetí medicíny je nejspíš naprosto špatně. Byla překvapená, když zhruba po půl roce práce se vztahy a s tělem byla bez bolestí a schopna dospělého a velmi uspokojivého sexu, ovšem s jiným partnerem než se svým mužem, ačkoli na endometrióze se patrně nic moc nezměnilo, i když, kdo ví? Na případu jsem chtěl ukázat ještě jinou rovinu celé věci, než jsou hormony, mediátory atd. Totiž náročnost takového procesu nejen pro ni, ale i pro její rodinu. Proto jsem si vyžádal její souhlas s uveřejněním. Kdyby ji tehdy operovali, mohla si zůstat ve svém zcela debaklovém, patrně nedospělém manželském vztahu dodnes, trvale možná somatizující, až do doby,

ODPOVĚĎ ČEPICKÉHO:

Možná tě překvapí, že to podle mne není špatně. Ony potíže při endometrióze, to je dost záhadná věc. Dneska endometriózu nikdo neléčí, pokud pacientka nemá potíže – protože to stejně nejde, žádná léčba endometriózu nezlikviduje.

No – když už v tom bříše jsi, a jinak se endometrióza prokázat nedá, tak asi není chyba, že odstraníš, co jde. S tím by snad souhlasil i ortodoxní psychologicky zaměřený psychosomatik. A pak je postup jenom symptomatický.

Když chce otěhotnět, tak IVF (in vitro fertilizace), a po porodu obvykle potíže zmizí, když má bolesti, tak analgetika a kombinovaná hormonální antikoncepce, případně kontinuálně, aby nemenstruovala. Že vztah mezi bolestmi při endometrióze a rozsahem endometriózy je minimální až žádný, to se ví všeobecně. Že ty bolesti dobře reagují na antidepresiva, to už se ví míň, ale taky je to pravda. Že mezi bolestmi

kdy by nějak spontánně napětí kolem vyžadovaného sexu pominulo. Ve hře samozřejmě nebyl jen manžel, ale i její vztahy s matkou a otcem, které nebyly z našeho hlediska příliš podporující ani blízké a separace proběhla v rozděleném rodičovství jen částečně, a neumím si představit hormonální nebo psychofarmakologickou léčbu, která by tuto část její reality dokázala zlepšit. Ale tahle část reality, ta „nad tělesnými sekrety“, je přece také součástí našich pacientů, pro které se tak dožaduješ „skutečné vědy“. Existuje totiž zanedbávaná část vědy, která se do odborných textů nedostane. Moc dobře ji popsal Uexküll v posledním vydání Psychosomatische Medizin, když aplikoval systemickou teorii na imunitní systém.

při endometrióze a „čistou“ pelipatii není ostrý přechod, to si myslím já. Že se na to dá jít z druhé strany (bolesti při endometrióze zasahují do vztahů, a pak se to vzájemně všelijak fixuje), to mě nepřekvapuje.

Ostatně sám znám dosti drastickou kazuistiku, která se sice netýká endometriózy, ale je to totéž v bleděmodrém. Žabka, která kdysi přišla na jednu kliniku, že nemůže otěhotnět. První, co udělali, byla laparoskopie a resekce ovarií. Po tom měla peritonitidu, na kterou málem umřela, byla ještě opakovaně operována, měla nejen bolesti, ale byla opakovaně hospitalizována pro subileózní stavy, byla v invalidním důchodu a nejenže nemohla souložit, ale nebyla schopna normálního života. Tehdy přišlo IVF, tak jsem jí domluvil IVF. Povedlo se, že otěhotněla v prvním cyklu – a rázem byla bez potíží.

Náhle, a úplně – ty masivní adheze v břiše jistě nezmizely, rozhodně ne hned na začátku těhotenství. O invalidní důchod přišla, ale ani nevypadala, že by jí to vadilo. Jakási „somatická psychoterapie“ vyvoláním těhotenství.

Já vidím rozdíl mezi vědeckou a jinou (alternativní) medicínou asi jinak než jiní. Vědecká medicína vychází z vědeckého poznání. To má svá pravidla a podmínky. Jiné medicíny (alternativní) vycházejí z jiných způsobů poznání.

Jsem dalek toho, abych apriorně odmítal jiné způsoby poznání (třeba zkušenost, víru, tradici, intuici, instinkt a co já vím), ale vědecká medicína to není. Vůbec to nesouvisí s metodou léčby. Když někomu kamarádka doporučí na bolavá záda Brufen se zdůvodněním „mně to taky pomohlo“, tak je to alternativní medicína (vycházející ze zkušenosti). Na druhé straně nic nebrání (leđa peníze) tomu, aby třeba vkládání rukou bylo zkoumáno vědeckými metodami. Jenomže jakmile se prokáže, že vkládání rukou má efekt přesahující efekt placebo, tak se to stane součástí vědecké medicíny. Není žádná věda, která se „nedostane do vědeckých textů“ – prostě proto, že vědecké poznání vychází z opakovaného experimentu v kontrolovaných podmínkách. Není-li to ve vědeckých textech, nelze to ani zopakovat. Je to alternativní poznání na základě dojmu, analogie, tradice, zkušenosti. Ale to je něco jiného.

(Zkušenost nás každodenně přesvědčuje, že Slunce obíhá kolem Země.)

ODPOVĚĎ CHVÁLY:

Jistě, tedy nemusíme dělat vědeckou psychosomatiku. Spoléhám se na to, že organizmus to všechno, co nám předvádí

Chceš-li dělat vědeckou psychosomatiku, tak ji nemůžeš postavit na kazuistikách. Prostě proto, že v kazuistice nemůžeš kontrolovat intervenující proměnné. Kazuistika může být podnětná, inspirující, poučná, zajímavá a co já vím co. Může něco „ukázat“, ale nemůže nic „prokázat“. Na vědeckou medicínu ale musíš mít pacientek víc, musíš je nějak srovnat, musíš mít nějakou kontrolní skupinu (co já vím, třeba u signifikantního množství žen s endometriózou potíže prostě časem zmizí samy – nejspíš jo, neznám žádnou čtyřicítku, která by měla potíže způsobené endometriózou). Je to nezáživná a obtížná práce, kterou málokdo ocení. Jenomže teprve až ji uděláš, tak můžeš říci, ano, takto lze tyto ženy zbavit potíží. Ano, tyto mechanismy jsou v pozadí. A když chceš říci „kdo ví, třeba se zlepšila i ta endometrióza“, tak musíš udělat laparoskopii – pak to vědět budeš.

Já vůbec nepopírám, že v tvé kazuistice jsou vztahy k rodičům, k sexu, k partnerovi, její celý psychický vývoj atd. důležité nebo třeba i rozhodující. Ale chceš-li, aby to bylo součástí vědecké medicíny, tak je musíš zkoumat stejně vědecky (jen s jinou metodikou), jako se zkoumají ty mediátory.

No a nakonec – že říkám po 20 letech pořád totéž. Když já už to 20 let nedělám, tak ani nemám možnost se někam posunout. Kdybys mě do toho nezatáhl, tak bych držel hubu. Ale autor té knížky o psychosomatice říká totéž už 60 let, to já jsem na tom přece jen líp.

a co jsme za svou praxi viděli, udělat prostě **umí**. Nemám vůbec potřebu se starat o to, jak to udělat, starám se o

kontext, který když se promění, organizmus začne dělat něco jiného (a zase se nemusím starat o to, jak to udělá). Není-li to v paradigmatu současné naší vědy přijatelné, nedá se nic dělat, musíme se pohybovat v paradigmatu systemické teorie a počkat, až si to ta dvě paradigmata mezi sebou vyřeší. Od kohosi, snad od Kuhna, víme, že nejspíš zastánci staršího paradigmatu

A ČEPICKÝ NA TO:

Mně osobně je to dost jedno, mé zájmy a starosti jsou už jinde. Ale „nemusíme-li dělat vědeckou psychosomatiku“, tak nepatříme do vědecké medicíny. A tedy se do ní nemůžeme ani cpát, tedy nám ani nikdo nebude naslouchat. Budeme stejná sekta, nad kterou se ostatní ušklíbují, jako je třeba léčení pitím vlastní moče. Nebo třeba tradiční čínská medicína, abych nebyl tak pejorativní. Psychosomatika je odmítána mj. proto, že se tváří, že „medicína založená na důkazech“ je pro ni příliš primitivní a přízemní. Je málo pravděpodobné, že by zastánci medicíny založené na důkazech vymřeli – na to má tento přístup příliš mnoho úspěchů. Nemáš-li potřebu se starat o to, jak to organizmus udělá, tak jsi pouhý praktik. Snad geniální a klinicky úspěšný praktik, ale to nic nemění na tom, že s Tvým odchodem odejde i Tvá praxe a Tvůj přístup. Pro

CHVÁLA NA TO:

Tak se tak nerozčiluj. Případá mi ta diskuse důležitá, je o podstatě metodiky, když to nebudeme diskutovat, zůstanou ty věci zavřené... Navrhuji zapojit do téhle diskuse další lidi, třeba Standu Komárka, Jirku Šimka, Radkina Honzáka. My dva jsme na opačných pólech, Komárek je teoretik vědy, Šimek lékař, analyticky orientovaný

vymřou a pak docela přirozeně „zvíťzí“ paradigma nové.

Tak dobře, myslím, že můžeme na téma metodiky a paradigmatu klidně na stránkách časopisu diskutovat, můžeme to pomoci hledat. A kazuistikami ilustrovat, hypotézy vyslovovat a nabízet je ke zkoumání, jak jinak by se mohlo něco pohnout?

psychosomatiku zůstanou Tvé myšlenky a Tvé úspěchy jenom kuriózní epizodou, možná legendární, možná vysmívanou, nejspíš zapomenutou. Ale přijetí psychosomatiky a zavzetí psychosomatického přístupu do „normální“ medicíny to nepomůže.

Musíš se rozhodnout, jsi-li geniální praktik – a vykašlat se na to ostatní (je to jenom ztráta času) a já Ti rád budu posílat pacientky. Nebo chceš-li něco udělat pro psychosomatiku. Když řekneš, že ne, budu Tě velmi chápat, ale pak je i škoda, abys na to ostatní plýtvál silami a energií. Když řekneš, že ano, tak Tě prostě musí zajímat mechanismy, průkaz účinku terapie atd. atp. Říká-li psychosomatika „nás to nezajímá“ – tak jiné zase nezajímá psychosomatika, a já se jim nedivím. Popravdě řečeno taková psychosomatika nikdy nezajímala ani mne.

psychoterapeut, Honzák vynikající praktik a velmi sečtělý psychiatr. Kdybys souhlasil, poslal bych jim naši diskusi tak, jak jsme si ji vyměnili (a vyhrotili), a nechal bych je do toho vstupovat. Odhadl bych, že pravda bude někde na půl, ale nevylučuji, že je na Tvé straně. Já taky nemám nic proti výzkumu, ale měl by stát na praxi, a vracet se do

praxe. Medicína, tak jak říkáš, že je úspěšná díky výzkumu, škodí víc, než si možná připouštíš. Čím je suverénnější,

ČEPICKÝ:

Ale já se nenaštávám. Uvažujeme dost podobně. Ty píšeš, že je diskuse důležitá, já s tím, řekl bych, více než souhlasím. Je nejenom důležitá, je nutná (tedy ne pro mne nebo pro Tebe, ale je nutná pro psychosomatiku, ta si musí vyjasnit, co vlastně je a kam patří). Uvažoval jsem dokonce, že bychom tuhle naši diskusi uveřejnili v Psychosomu. A dělal jsem si naději, že se do toho pak zapojí další. I po Tvé reakci bych navrhl, abychom to uveřejnili tak, jak to je (snad po nějakých formálních korekturách) a současně bys vyzval další k diskusi (třeba by se zapojili i nevyzvaní) – to by se pak uveřejnilo dál. Myslím, že by to bylo ku prospěchu věci, i když to zabírá místo (no – šlo by to uveřejňovat *petitem*). Proti Stanislavu Komárkovi nic nemám, proti Jiřímu Šimkovi taky ne. Navrhl bych ještě Karla Balcara, psychologa a metodologa a velmi chytrého pána, ale nevím ani, jestli vůbec je naživu, a jestli je, tak jestli v tom něco dělá (mohla by to vědět Mařenka Pečená).

Nemyslím, že jsme na opačných pólech, v tom základním se nejspíš shodujeme.

Že zdůrazňuji scientistický přístup, souvisí taky s tím, že psychosomatika je často (nejen odbornou, ale i laickou) veřejností řazena k alternativní medicíně. Já myslím, že tam nepatří – ale protože je z toho podezírána (a dlužno říci, že si za to často může sama), musí být tím obezřetnější a tím vědecktější, aby se mohla zařadit tam, kam patří (a kam se tlačí třeba psychiatrie, což se mi vůbec nelíbí). Jde to, jako příklad uvedu sebe: v minulosti jsem dostal Pawlíkovu cenu za nejlepší práci v oboru gynekologie a porodnictví i

tím víc válcuje konkrétního člověka. Ale je to věc do diskuse.

Hanzlíčkovu cenu za nejlepší práci v oboru psychiatria – obě za publikace s výsostně psychosomatickou tematikou a obě od biologicky laděných komisí.

Píšeš, že (vědecká) medicína škodí víc, než si možná připouštím. Ale já si to připouštím, a jsem přesvědčen, že si to připouští mnoho somatických doktorů. Ale já, na rozdíl do Tebe, kladu otázky: Kterým pacientům škodí?

Jsou definováni svými faktory somatickými (u některých nemocí škodí, u jiných ne?), nebo psychickými (některým osobnostem škodí, jiným ne?)? V čem jim škodí (Zhoršením somatického stavu? Zhoršením psychického stavu, které je závažnější než zlepšení somatického stavu?)? Jakým mechanismem jim škodí? Je to škoda reverzibilní, nebo ireverzibilní? Jaká jsou proti tomu možná opatření? A od psychosomatiky na to chci odpověď – nejspíš ji nemá, a nemá ji proto, že kašle na vědecké ověření svých předpokladů, hypotéz, modelů a spekulací. To všechno se dá vyzkoumat, potvrdit, nebo třeba vyvrátit – možná bychom se dočkali překvapení (jako já, když jsem zjistil, že těžký akutní psychický stres v těhotenství neudělá s těhotenstvím ale vůbec nic). Je to pracné, je to nevděčné, ale je to jediná cesta, má-li se psychosomatika někam pohnout a zaujmout to místo, které by zaujímat měla.

Výzkum nemůže stát jenom na praxi. Jistě, klinický výzkum nestojí na ničem jiném a bez něj se nikam nedostaneme. Ale i ten musí být podpořen základním výzkumem, který nemá zdánlivě žádný

bezprostřední dopad – jako je to všude jinde. A ostatně je to zajímavé a dá se to udělat metodologicky čistě. Ani bys nevěřil, jak mě potěšilo, když jsem prokázal, že na vzestup prolaktinu není třeba kojení, stačí hypnotická sugesce kojení. To je přece nádhera. (Ale s LH to neudělá nic, což mě zklamalo.) Nebo třeba práce (není moje), která prokazuje, že prolaktin stoupne při návštěvě gynekologické ambulance...

V základním psychosomatickém výzkumu jsou fascinující problémy, které si zaslouží seriózní přístup. Vezmi si třeba tu psychogenní hyperprolaktinonii.

Jasně definovaná somatická nemoc, dokonce laboratorně definovaná, a spouští ji životní událost ve smyslu ztráty, ovšem u žen, kde v dětství chyběl v rodině otec – nebo nechyběl, ale nefungoval. Nebo synchronizace menstruačního cyklu u žen, které žijí spolu. Já si myslel, že to jsou feromony, tak jsem to zkoumal u idiotek a imbecilek (ty nepoužívají žádné deodoranty a voňavky a i ta hygiena bude asi horší) – nic, ani ťuk. Ale když si

CHVÁLA:

Jo, takhle s Tebou souhlasím. Tohle všechno mě taky zajímá, ne že ne. Jsem si vědom toho, že jsem příliš chaotický, než bych dokázal dělat výzkum, jaký máš na mysli, ale zas ne tak, abych nemohl k nějakému napomoci. Ale jsem v tom nevzdělaný, příliš dlouho jsem na tuhle stránku naší práce kašlal, jinak bych měl dnes materiál k výzkumu velké množství. Jenže – dal jsem přednost kontaktu s pacientem a všechno, co se nám stavělo do cesty, jsem odstraňoval, i kdyby to byl jen výzkumný dotazník, sběr dat, administrativa, neschopenky, posudky, hodnocení, vlastně i komplikovaná diagnostika... To nebylo tak docela nesmyslné – nedávno u nás

ty práce, které synchronizaci cyklu prokazují nebo neprokazují, dáš pod sebe, tak ji prokazují ty, kde je psychická blízkost, i když na sebe patlají kosmetiku – a neprokazují ji ty, kde je jenom feromonální blízkost.

A teď mi vysvětli, alespoň hypoteticky, kudy to psychicko-somatické přepojení jde...

Ale nechci odbíhat od praxe. Tak třeba: Je u psychogenní pelipatie větší úspěšnost s hypnoterapií, nebo s relaxačními technikami, nebo s kognitivně racionální terapií? Nebo je to u různých pacientek různé? A je-li, jak je rozeznat? A má se kongestivní pelipatie léčit stejnou psychoterapeutickou technikou jako čistě psychogenní pelipatie, nebo je to něco jiného a vyžaduje to jiný přístup? Nebo je to jedno, na technice psychoterapie nezáleží, vlastně nezáleží na psychoterapii, ale na „lidském kontaktu“ jaksi an sich?

To už jsme u každodenní psychosomatické praxe. Já nevím – a tady dokonce vím, že nikdo neví.

dělal kolega kvalitativní výzkum rodinné terapie, měli jsme zadat několik jednoduchých dotazníků při každé návštěvě, natočit každé sezení. I to mělo samozřejmě vliv na kontext léčby, ale naštěstí ne takový, aby ji to znemožnilo. Výzkum je nezbytný, to jsem si jistý. A vymezení psychosomatiky proti nesmyslnému blábolení šarlatánů budiž důležitý bod našeho programu. Ale hranice scientického výzkumu bych prosil poněkud rozšířit, určitě více, než by odpovídalo představám spolku skeptiků. Vzpomněl jsem si na stať Lee Smolina „Vizionáři a dělníci vědy“, která vyšla ve Vesmíru 87, 783, 2008/11. Byla o matematicích, o době, kdy mezi nimi

žili neoblíbení vizionáři, kteří s lehkostí vymýšleli teorie, které pak ti nebozí dělníci v potu tváře a nevděčně, jak píšeš, propočítávali. Autor litoval, že již není vizionářů, věda je již jen dřina bez vizí, bez fantazie. Doufám, že bychom mohli tvořit z praxe vize, které by pak

bylo možno proměňovat do témat a výzkumných projektů. Proč by ty stovky studentů měly dělat práce na obehnaných tématech stále dokola? Nemuseli bychom se bát být vizionáři s úctou k dělníkům vědy. Já tu úctu mám, ale chybí mi s nimi kontakt.

ČEPICKÝ ODPOVÍDÁ:

Vidíš, že se až tolik nelišíme. Z toho Tvého textu bych vytrhl: Vizionáře věda potřebuje, ale potřebuje i ty ubohé dělníky. Na jednoho vizionáře potřebuje spoustu ubohých dělníků. Kromě toho, kde vzít vizionáře, těch je nedostatek (a v psychosomatice, jsou-li vůbec jací – snad Ty – nejsou v postavení, kdy by mohli zaměstnávat dělníky). Ale na druhé straně – psychosomatika je odjakživa taková oblast vizionářů. Je poněkud převizionářovaná, řekl bych. Za těch 60 let se těch vizí nahromadilo ažaž – máme slušné portfolio vizí, teď potřebujeme ty dělníky, aby je propočítali.

Sisyfos je rigidní – jsem (zcela formálním) členem, ale jako formálnímu členovi mi chodí zpravodaj. Nevím, čteš-li ho, je to roztomilé. Zaplať bůh za Sisyfos, někdo to tahle rigidně hlídat musí. Když Sisyfos něco napadne a mně se to nezdá, tak alespoň musím hledat argumenty proti a zamyslet se nad tím. A nevezmu nesamozřejmé jako samozřejmé a nekloužu dál. Pro mne je požadavek jednoznačný: Experiment v kontrolovaných podmínkách. Může to být přírodní experiment, ale pořád tam musí být ty kontrolované podmínky, a musí tam být srovnání. Pouhý popis vlastně není věda, je to jen předpoklad k vědě. Fakt je, že v psychosomatice nám chybějí i ty popisy. Kolik znáš skutečně psycho-somatických diagnóz? Já pár, a to jsem jich ještě část z toho vytvořil

sám. Z té spousty zvláštních případů, které máš, přece musí být možno vygenerovat něco obecného. Ta variabilita není nekonečná a musí tam být nějaké společné základy. Třeba u pelipatií, tedy čistě psychogenních pelipatií, se říká (resp. já říkám, vygeneroval jsem to z literatury), že roli hraje úzkost (snižuje práh bolesti), podmiňování (psychosomatická rezidua po zánětu, jak to nazvala naše kamarádka Marcela Ždímalová-Bendová) a nevědomý konflikt, většinou ve vztahu k matce nebo k sexu. Dělal jsem s nimi kdysi Rorschacha – asi u poloviny je nápadný leer šok. (Honza Ženatý mi nevěřil, tvrdil, že leer šok vůbec neexistuje. Probírali jsme to protokol po protokolu, odpověď po odpovědi, nakonec uznal, že mám pravdu.) Dobře, tak to můžeme pracovníčně označit jako nevědomý konfliktní vztah s matkou. A co ta druhá polovina? Vlastně máme psychosomatickou diagnózu – pánevní bolest bez organického nálezu v kauzálním vztahu s nevědomým konfliktem s matkou. Ale co ještě k tomu, přece zdaleka ne každá žena, která má konfliktní vztah s matkou, onemocní pelipatií. Dál: Literatura tvrdí (resp. tenkrát tvrdila), že u desítek procent těchto žen je sexuální zneužívání v dětství. Mařenka Pečená to nenašla u žádné. Je to její chyba? Nebo je to chyba těch ostatních (bylo tenkrát v módě na sexuální zneužívání házet všechno)? A

souvisí to s nevědomými konflikty s matkou, nebo ne? To když rozklíčuji, tak tomu jednak budu rozumět, jednak to bude mít dopady na terapii – vůbec, myslím (obecně, nevím, jak to děláš ty), že v psychosomatice chybí psychodiagnostika (a ostatně často i řádná somatická diagnostika). Ona, mám pocit, chybí i v klinické psychologii. Je atraktivnější povídat si s klientem než se snažit diagnostikovat, co mu vůbec je, psychologové moc rádi psychodiagnostiku nedělají. (Neomezují psychodiagnostiku na MMPI a N5,

dokonce myslím, že nestandardizované metody, jako je diagnostický rozhovor, projektivní techniky apod., mají význam větší. Stáňa Dudová dělala kdysi po sekcích a spontánních porodech kresbu začarované rodiny. Nebylo to nikdy publikováno a vlastně ani řádně zpracováno, ale bylo to ohromující.) Já už to nevyřeším, a ty nejspíš taky ne. Máš taky jiné starosti a taky jsi už star, jako já. Ale třeba je nějaká nastupující generace (?), třeba se dá alespoň ovlivnit.

CHVÁLA:

No vidíš, v tomhle se zase lišíme. Stejně jako Ty si kladeš otázku, kolik znáš skutečně psycho-somatických diagnóz, já zcela naopak si kladu otázku, kolik vlastně je klinických diagnóz, které bych nepovažoval za psychosomatické, tedy přesněji za bio-psycho-sociálně podmíněné. I ta pitomá kapavka, kterou tak jasně hodnotíš jako způsobenou diplokokem kapavky, musí mít v těle podmínky, aby si to rozdala. A jsem přesvědčený, že ani papillomavirus nepracuje jen tak zbůhdarma, prostě k tomu musí dostat od organismu zelenou. Ale je pravda, že se už dvacet let zabývám jen chronickými a těžko ovlivnitelnými chorobami, takže mám

jistě zkreslený pohled. Pokud jde o diagnostiku, to je dost potíž. Určitě je třeba mít na to čuch, tedy zkušenost s nemocným tělem, a proto by neměl psychosomatiku dělat nikdo, kdo není doktor, a to doktor dost zkušený. Ale jinak mám bohužel zkušenost, že se sama diagnostika jako proces do terapie (u chronicky nemocného) plete. Odděluje od sebe lékaře a pacienta, což jistě v principu není špatně, ale když chceš, aby začal být pacient sám aktivní, aby si změnu vzal za svou, když chceš, aby se stalo něco nového v dlouhé historii jeho léčby, buduju primárně vztah, diagnostika je sekundární. To říkám jako praktik, ne jako výzkumník.

RADKIN HONZÁK SE PŘIDÁVÁ:

Myslím, že by bylo dobré definovat si pojmy, o nichž se diskuse vede. **Psychosomatický přístup** si představuju v Engelově a Lipowského pojetí, tedy jako kritické a rovnocenné zvažování nejen biologických, ale i psychologických a sociálních faktorů ve zdraví a nemoci; není to tedy o žádné psychogenezi či eliminaci biologické

medicíny (EBM), ani alternativě k ní. Není to ale ani kombinace současných psychiatrických znalostí a dovedností s postupy daného oboru, jak se mnoho našich kolegů domnívá („prošli kurzem psychiatrie a žádné psychosomatické vzdělávání tedy už nepotřebují...“ – to jsem si nevymyslel, to je oficiální stanovisko představitelky jedné lékařské

společnosti, s níž jsme chtěli spolupracovat).

Za závažný nedostatek EBM považuji skutečnost, že na **emoce**, které jsou evidentně biologické děje (reflektované ve vědomí jako **pocity**), se stále dívá jako na cosi efemérního v rámci dualistického modelu a vylučuje tak z okruhu svého zájmu významnou část relevantní biologické reality. Zůstává zaklesnutá v modelu „rozumného stroje“, přičemž nemoc je poruchou jeho provozu. Abych zůstal u tohoto příměru: na kvalitě benzínu a na schopnostech řidiče jí nezáleží. Za aroganci EBM pak považuji skutečnost, že když nenašla pro měření emocí adekvátní vercajk, nálepkuje každého, kdo se o to pokouší, jako alternativce. Pokud jde o sociální faktory, je to ještě zoufalejší.

Doufám, že není zjednodušením, když připustíme, že všechny ty transmittery a poslové a R-faktory nesou **informaci**, a to dost přesnou a specifickou, která vede ke změnám v cílovém subsystému. Nicméně podněty z psychologického a sociálního pole jsou také důležitými informacemi pro systém a jejich význam by neměl být odsunut na druhou kolej jen proto, že jsme se jim dosud dost nevěnovali. Pokud emoce vyvolané setkáním s přítelem z mládí vedou k rozvoji katecholaminové kardiomyopatie s poklesem ejekční frakce na 30 % normy, pochopitelně stav nebudu léčit zaříkáváním. Ale je povinností hledat souvislosti. Mám za to, že by bylo chybou opustit tento směr s výmluvou, že je to *terra incognita*, nebo že jde „jen o kazuistiku“. Přesná observace nemůže být nikdy nahrazena statistikou, jsou to **jiné** přístupy. Než nedávno vstoupily na scénu zrcadlové buňky, byla pozorování skutečnosti, že hladí-li si zdravá osoba svou zdravou ruku, ustupují u postižených nepříjemné příznaky v amputačním pahýlu,

odkazována do říše bájí. Psychosomatický přístup je právě metodou hledání těchto souvislostí. My totiž nebereme tělu jeho práva.

V diskusi zazněl názor, že účinná léčba má být prokazatelně (na statistické úrovni) účinnější než placebo. A co je placebo? Nic? To rozhodně ne. Placebo-efekt je objektivizovatelný na biologickém substrátu zobrazovacími metodami a dalšími vymoženostmi, v mozku začnou běhat poslové, transmittery a další trpajzlíci a biologickými prostředky náhle nesou tu pro EBM nedefinovatelnou informaci z psychosociálního pole k cílovým subsystémům, které na to nějakým způsobem reagují. Totéž platí o nocebu, jen jeho každodenní působení v životě jedince, který se díky tomu stane „pacientem“, EBM nezohledňuje a toho, kdo by to chtěl dělat, či na to jen pomyslet, ostrakizuje. V teoretické rovině svítá na lepší časy, jak dosvědčuje nárůst publikovaných prací na téma placebo, v praxi to však patří do třinácté komnaty.

Neměl jsem příležitost setkávat se s gynekologickými pacientkami a nejsem tedy kompetentní posoudit příklady uvedené v diskusi, zato jsem viděl mnoho lidí s gastroenterologickými problémy a jsem jeden z mála, kdo poctivě přelouskal „Římská kritéria“ věnovaná funkčním obtížím v GIT a hledáním jejich somatického substrátu. Badatelé nenašli nic a spekulace o možných minipidi-patologických příčinách si v ničem nezadají s psychoanalytickými teoriemi; Mařatkova klasifikace je přehlednější a bližší každodenní praxi. Nicméně byli tak poctiví, že psychotraumatizaci, zejména v dětství, považují za významný etiopatogenetický moment.

Za chybu „vizionářů a dělníků EBM“ považují, že se neptají po tom, kudy si organismus pomáhá sám, že se nevěnují procesům salutogeneze, jež mohou být daleko mazanější a chytřejší, než současně dominující vymítání ďáblů; to může mít, navzdory efektivitě, také své stinné stránky. Eric Berne možný rozdíl popisuje následovně: když přijde pacient s bolestí hlavy k „jednozávitovému“ doktorovi, dostane analgetika, po nichž ho časem může bolet žaludek a ledviny, zatímco pozorný doktor si všimne nefyziologického držení páteře, pak i kulhání, a nakonec vytáhne třísku z palce, čímž problém vyřeší. A to proto, že se věnuje trpícímu člověku, nikoli typickému případu. Kdo může říci, že většině jeho pacientů do kritérií MKN-10 něco nechybí nebo něco nepřebývá, ať se ozve. Zatímco psychosomatickému přístupu je vlastní diskurs, v němž je nemocnému přiznána expertní role na vlastní život, pro EBM je typické, že se věnuje daleko víc medicínskému konstruktu nemoci než pacientovi. Cui bono? Na mou duši, v tomto nejsem Čech a rozhodně nezávidím farmaceutickému průmyslu jeho zisky.

Posledním (nikoli definitivně, ale pro dnešek ano) sporným bodem je otázka, co je to nemoc a kterým nemocem se má psychosomatika věnovat. Pochopitelně v bio-psycho-sociálně-spirituálním rámci všem! Ale kterým cíleně. O problematice „funkčních poruch a somatizací“ se vedou již dva roky bouřlivé, a zatím nikterak plodné diskuse v USA v souvislosti s připravovanou pátou revizí DSM. Tam je ale problém v něčem jiném: příznivci odnětí celé této problematiky psycholidem argumentují tím, že ponechání diagnostických kategorií v DSM-V. implikuje „psychogenezi“ (pod čímž si prostý lid často představuje „schválnost“), a tím pacienti

psychiatricky značkuje a poškozují. Kdo jiný by se měl věnovat těmto pacientům, když ne člověk, který dokáže překlenout stávající dualistické vidění?

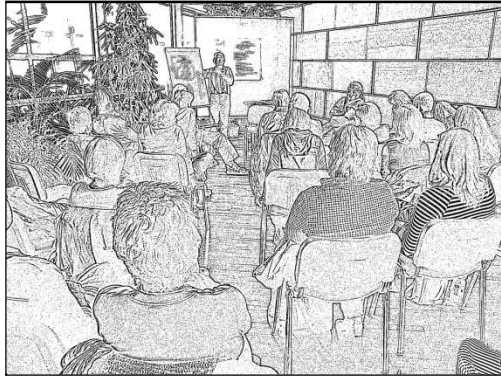
My starší to pamatujeme ne jako exotiku, ale jako denní chleba: hysterie. Motorické i senzorické obrny a koruna hysterické produkce – velký záchvat končící v opistotonu. Diferenciální diagnóza mezi touto poruchou a epilepsií patřila k základním požadavkům u zkoušek v pregraduálním studiu, zakladatel české neurologie akademik Henner doporučoval (marně) také diagnózu „hysteroepilepsie“ a jeho žák Pepa Faber (rovněž marně) prohlašoval, že „každý, i ten nejzdravější mozek lze naprogramovat tak, aby vyprodukoval epi-paroxysmus“. V psychiatrické léčbě byla vždy nějaká pacientka s těmito obtížemi, a pokud náhodou nebyla, tak když přišly žákyně zdravotní školy na exkurzi, uměla jedna vrchní sestra velmi dobře tyto příznaky imitovat (cyničtí kolegové říkali, že nejde o imitaci, ale o její spontánní projev). Kam zmizela hysterie? Tamtéž, co pestré příznaky popisované sběrateli kuriozit – amok, koro, windigo, spells, hexe, negi-negi, dhat, pibloco atd. – v transkulturální medicíně. Rozpustily se v množině neúplně vyjádřených depresí a somatizačních obtíží. Kdo je má řešit? Odpověď nabízí současný papež transkulturální psychiatrie Lurence Kirmayer: *Contrary to the claim that non-Westerners are prone to somatize their distress, recent research confirms that somatization is ubiquitous. Somatic symptoms serve as cultural idioms of distress in many ethnocultural groups and, if misinterpreted by the clinician, may lead to unnecessary diagnostic procedures or inappropriate treatment. Clinicians must learn to decode the meaning of somatic and dissociative symptoms, which are not simply indices*

*of disease or disorder but part of a language of distress with interpersonal and wider social meanings. A to je podle mne práce pro lidi myslící psychosomaticky. Sir Peter Medawar (ano, **ten Medawar**, imunolog, který otevřel cestu k transplantacím, nebývá řazen mezi alternativce). Dovolte mi tedy citovat jeho výrok, který považuji za výrok moudrého lékaře: „*Medicina je stále čímsi mezi vědou a uměním. Existuje tu však velké zmatení. Věda je to, co většina považuje za umění: hovořit s pacientem a fyzikálně ho**

vyšetřit a získat tak 90 % potřebných informací. Umění je ten zbytek takzvané objektivních nálezů.“

Jak jsem již uvedl, gynekologii neumím, ale poněkud mě zarazil jeden bludoborec, který aby dokázal nesmyslnost duchařin, poskytl trochu zlomyslně skupinu zdravých žen bez patologického nálezu alternativním diagnostikům. Ti tam našli asi ve třetině případů stav po hysterektomii. Ale tomu já zdraví neříkám.

Praha – 23. června 2009



AKCE, AKTUALITY



ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE: TEORIE A PRAXE: 13. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI

Třináctá celostátní konference psychosomatické medicíny s mezinárodní účastí se blíží. Poznamenejte si do svých kalendářů, prosím, tento termín: 18-20. března 2010. Více informací na www.lirtaps.cz.

KVALITA A VZTAH V MEDICÍNĚ- KONFERENCE V NĚMECKU

NA VZTAHU ZALOŽENÁ MEDICÍNA: JÁDRO TÉMATU KVALITY OŠETŘOVÁNÍ V DOBĚ MEDICÍNY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH

Středeoevropské setkání balintovců v r. 2010, včetně setkání delegátů IBF a 4. zhořelecké psychosomatické sympozium klinik psychosomatické medicíny a psychoterapie

26.- 30. května 2010 Görlitz- Zhořelec- Zgorzelec

Program:

26. 10. 2010 středa

- 19:00 registrace a přivítání
- 27. 5. 2010 čtvrtek
- 9:00 zahájení

- 9:30 Úvodní přednáška: PD Dr. Bergmann, Göttingen: Vztah lékař a pacient-rušivý nebo příznivý faktor (The Doctor and Patient- Relationship: Disturb- or Success Factor?)
- 10:15 PD Dr. Eberlein-Gonska, Dresden: Na kvalitě založený vztah lékař-pacient: Jak zvládat dovednosti a implicitní faktory? (The quality-based Doctor-Patient-Relationship: How to manage the soft skills and implicate factors?)
- 11:30- 18:00 Balintovské skupiny
- 18:00 Plenární zasedání

28. 5. 2010 pátek

- 9:00 Úvodní přednáška: Prof. Dr. Deter (vyzván): Vliv vztahové medicíny na spotřebu léků. (The influence of relationship focussed Medicine on the consumption of Medicaments)
- 10:00- 18:00 Balintovské skupiny
- 20:00 Přednáška: Dr.O.Bahrs, Göttingen: Lékař jako partner pacienta- Biografie a lékařská praxe. (The Physician as partner of the patient- Biography and medical practice)

29. 5. 2010 sobota 4. psychosomatické sympozium: Poruchy ve vztahu lékař-pacient jako zdroje

- 9:00 zahájení
- 9:30 Přednáška: Dr.Volkart, Zurich (vyzván): Mezi opakováním nutkání a novým začátkem: Teorie mistrovského ovládní. (Between Repetition-compulsion and new Beginning: Control mastery theory)
- 10:15 PD.Dr.Grosse-Holforth, Bern (vyzván): Test vztahu na začátku terapie (Test of the relationship at the beginning of therapy)
- 11:00 přestávka
- 11:30 Dr.W.Kämmerer: Dotyk, Touch, vzpomínání, porozumění tělovému symptomu a scénické porozumění. (Touch, remember, understanding bodily symptom and the scenic understanding)
- 12:30 oběd
- 14:30 dílny:
 - Praktické pokračování teorie mistrovského ovládní (dr.Volkart)
 - Neverbální komunikace v medicíně (dr.Hampel)
 - Přerušování špatných zpráv v medicíně- komunikační trénink s klinickými příklady
 - Vztah lékař- pacient v onkologii a paliativní medicíně (ve spolupráci s Centrem pro onkologii v nemocnici Görlitz)
 - Balintovská skupina a pro střední zdravotnický personál (Fyzioterapeuti, sestry, ergoterapeuti)
- 18:00 Plenární zasedání: Prof.Dr.Wasilewski: Globalizace a postmoderna jako kontext vztahu lékař-pacient (Globalisation and Postmoderne as Context of the Doctor-Patient-Relationship)
- 19:00 slavnostní večer

30. 5. 2010 neděle

- 9:00 balintovské skupiny
- 10:30 přestávka
- 11:00 plenární jednání, velká skupina
- 12:00 Závěrečná diskuse. Schválení Görlické deklarace ke vztahu lékař-pacient 2010

Více informací: www.relationship-based-medicine.de

Dr.H.M.Rothe
Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH
Girbigsdorfer Street 1-3
02828 Görlitz
e-mail: rothe.h-m@klinikum-goerlitz.de



RECENZE

M. KALA, J. M. VESELÝ: TŘINÁCTÉ KOMNATY ANEB ZÁZRAKY A NÁHODY VE ZDRAVÍ A NEMOCI.

Praha, Makropulos, 2000, 125 s., cena neuvedena

Všichni známe z vlastní praxe příběhy, které se vymykají ze statistického rámce vědecké medicíny a nad kterými jsme zůstali stát v úžasu. Medicína se však zajímá spíše o to, jak nemoci potírat, než

o to, kudy a jak probíhají samoúdržavné pochody. Zatímco psychogenně podmíněná zhoršení zdravotního stavu a úmrtí se právem dostala do oblasti zájmu vědecké medicíny (stresové

koncepce, smrt woodoo), netěší se zázračná uzdravení ani další „anekdotické příběhy“ neprávem zdaleka takové pozornosti, jakou zasluhují, a jsou často odkazovány do oblasti metafyziky.

Recenzovaná knížka přináší takovýchto příběhů osm. První z nich je společným dílem obou autorů a zaznamenává zázračné uzdravení Otce J. M. Veselého z fatálně probíhající těžké otravy krve s abscesy na mnoha místech a sekundárním nefrotickým syndromem s otoky při špatném výživovém stavu (1955) v žilivském internačním středisku pro kněze. Kapitola podrobně popisuje nejen vývoj chorobného a uzdravného procesu, ale i následná zkoumání vatikánské Kongregace pro svatořečení, která svými závěry přispěla k blahořečení dominikánského kněze Hyacinta Maria Cormiera.

Další příběhy pocházejí již z pera docenta Kaly a jsou proto situovány vesměs do jeho profesionální oblasti. Případ 73letého muže, který po opakovaném masivním subdurálním krvácení prožil několik měsíců v bezvědomí, byl ošetřujícím personálem již „odepisován“ a po roce se objevil v autorově ambulanci jako dobře oblečený a kultivovaně vystupující starší muž. Etická rozvaha o nákladech versus efektivnosti intenzivní péče v takovýchto případech rezonuje rovněž s každodenní zkušeností každého lékaře. Z autorova textu cituji: „Politikové prý vědí, že peněz ve zdravotnictví je dost a lékařů snad až příliš. Chybí mi jejich jistota. Snad by si troufli i na selekci léčitelných a neléčitelných pacientů. Tuto funkci bych jim však určitě nesvěřil... O postavení zdravotníků v našem státě se raději nebudu zmiňovat vůbec.“

Také další popisované případy jako by byly ilustrací známého provolání: Člověk vydrží víc než zvíře, jen mu dát příležitost! Kuriózní nález kostěného výrůstku na jednom z krčních obratlů, který téměř uzavíral páteřní kanál, a který změnil během let v postižené oblasti tvar míchy do podoby úzkého pásku, atypický průběh míšňáka, jejímž důsledkem byla opožděná přechodná obrna obou dolních končetin, heroické řešení edému mozku, spontánně vymizelé mozkové nádory a neuvěřitelný příběh ženy střelené z revolveru „přímo mezi oči“, již zachránila život anomálně silná lebka, takže střela změnila směr a vydala se cestou mezi lebečními kostmi a kůží hlavy.

Závěrečná kapitola je poeticky zpracovaným textem o láskyplné službě pacientce s poliomyelitidou, o křesťanském chápání oběti jako činu, který nepřináší ztrátu, ale pocit radosti. Nejde přitom o idealizující slzotvorný sladák, kritické připomínky týkající se prostředí vytvářeného naší společností „vozičkářům“ jsou pregnantní: Zdravý člověk, svobodný v pohybu a jiných projevech své vůle, často nese známky podvýživy smyslů a ducha... Bezbariérový dům v ulici a městě plném bariér je bidýlko pro kanára ve velkém zámeckém pokoji s tím, že bidýlko obklopuje velká drátěná klec. Klec je bezbariérová. Kanár v ní má naprostou volnost pohybu. Majitel kanára splnil svou povinnost. Kanár je v bezpečí a má se „dobře“.

Chirurgové většinou nepíší rádi, a to ani překladové zprávy. Pokud však v této činnosti najdou zálibu, jsou jejich výsledky stejně zdařilé jako jejich operace. Domnívám se, že je to dáno jejich schopností vnímat ostře detail, a

přítom neztratit souvislost se stavbou a činností celku. Recenzovaná knížka zaslouží zájem jak odborné, tak široké čtenářské obce.

R. Honzák, 2000

Přijato 25. 6. 2009

SLAVOJ HONTELA: REHEK DOMÁCÍ; ÚVAHA O STAVU VĚDOMÍ A NEVĚDOMÍ

Olomouc, UP Olomouc, 2009, 248 s.

„Potomci opic! Bože můj, doufejme, že to není pravda! Jestli ale je, modleme se za to, aby to nevešlo ve všeobecnou známost.“

(Manželka biskupa z Worcesteru,
Poté, co se dověděla o Původu druhů)

Mám pocit, že věda se usilovně snaží, seč jen může, splnit přání paní biskupové. V platónském paradigmatu, jež požehnal barokní humanista Descartes, nejprve upřela zvířatům „duchovní princip“ („Nevěř tomu, že pes trpí, protože vyje, když ho biješ holí. Pes nemaje duchovního principu nemůže trpět a jen vydává zvuky. Je to totéž, jako bys mlátil holí do píána...“), když se k veslu dostali behavioristé, stalo se největší herezí uvažovat o emocích u zvířat, a nakonec lidé označující sami sebe za „neodarwinisty“ prohlašují, že „memy“ jsou to, co jednoznačně odlišuje člověka od jeho živočišných příbuzných. Poté, co Damasio, Panskepp, Masson a další prokázali, že emoce jsou biologické procesy a teprve jejich odraz se projevuje ve vědomí, se dostala na přetřes otázka **vědomí**.

Co to je vědomí? Jak složitá musí být informační a exekutivní síť jedince, aby ji bylo možné označit tímto termínem? Dnes ráno jsem se probudil, aniž mě postihl osud Řehoře Samsy, vím, že jsem to já, „on the wrong side of seventy“ aniž mě cokoli bolí, že jsem 2000 km od

domova na dovolené, odkud se budu za pár dnů vracet domů, kde mě čeká... Jsem allopsychicky i autopsychicky plně orientovaný, vědom si souvislostí, a navíc to mohu, na rozdíl od svých nepochybně již lidských předků, např. *Homo erectus*, hodit na papír (ale to ani moji živočišní příbuzní neumějí).

Co je ve vědomí rehea domácího, když se nalézá 2000 km od svého letního tišnovského bydliště, kam se záhy vydá, najde tentýž dvorek, aby tam zase – tentokrát trochu jinak než loni – vyvedl tam mladé, kteří zakrátko odletí na jih. Co „ví“ rehek domácí o svých plánech. Co víme my o tom, co on ví? Co víme o tom, co vědí zvířata? Nic! Tak je prostě v právnickém žargonu označíme za „věc“.

MUDr. Slavoj Hontela byl vychován a praktikoval v době, kdy medicína zdaleka neměla k dispozici tolik technických zázraků, jako má dnes, a její adepti i protagonisté byli odkázáni především na přesné pozorování a z něj vycházející přesné úvahy. Věk Sherlocka

Holmese, který neměl k dispozici fMRI, DNA, vyšetření clearance bilirubinu v slzách, BFLMPSVZ..., ale jen vlastní hlavu. A tu autor používá dokonalým způsobem. Pozorování ptáčků, s nimiž sdílí tutéž niku, je nádherné čtení počínaje úpravou pozorovatelných a konče aktivitami interferujícími s jejich každodenním životem (asi bude drobatko obsedant), ale to je jen špička ledovce ve srovnání s jeho přátelstvím (?) s mravkolem a s pavouky, které trochu jako Purkyně provokuje k aktivitám.

Co je na té knížce nejlepší? Autor netvrdí, on se jen ptá. A ptá se zatraceně tvrdě. Výsledek vynívá v duchu novely *The fifth son*, kterou napsal Ellia Wiesel, v níž se potomek obětí holocaustu ptá rabína na příčiny těchto zrůdností. Jejich dialog stojí za přepsání verbatim:

Rabín: To je vynikající otázka.

Tázající se: No, a kde je na ni odpověď?

Rabín: To nevím, ale otázka je to vynikající.

Protože nejsem expert přes mikrobiologii, netroufám si hodnotit jeho úvahu o komunikaci bakterií, ale zásadní osa knížky je vedena po antientropické linii právě komunikace a

její kvality – o tom je vědomí. Kde je začátek altruismu? U jihoamerických mravenců, kteří pomáhají tepelně izolovat na noc mraveniště zvenčí a pak zůstanou venku a zmrznou? Otázek jsou stovky. V závěru knihy je také lakonická (ale i velice ošklivá) nabídka, jak z toho utéct. Můžeme to svést na **puď**. Pak ale vyvstane otázka: co je to puď?

K poslednímu substantivu z titulu: autor je svým přesvědčením dle mé klasifikace „umírněný jungián“ propojující nevědomí s němými úseky DNA, což zase není tak úplně šílený nápad. Navíc přináší řadu důkazů o tom, že by to tak mohlo být (úlek reha z hada, který navíc hadem nebyl).

Ta knížka stojí za čtení všem, kteří se zajímají o to, čemu já dodnes v nedokonalém překladu anglického MIND říkám DUŠE. Je potřeba si na ni udělat čas, protože k mnoha věcem se budete vracet. Já jsem si ji vzal na dovolenou, s ní souběžně kompletní vydání *The origin of species*, takže snad na poslední chvíli zjistím, kdo je vrah ve vynikající detektivce Broaker od Minette Walters.

10. 6. 2009

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

ODPOVĚĎ NA RECENZI KNIHY: FELIX IRMIŠ: TEMPERAMENT A
AUTONOMNÍ NERVOVÝ SYSTÉM. DIAGNOSTIKA,
PSYCHOSOMATIKA, KONSTITUCE, PSYCHOFYZIOLOGIE. GALÉN
2007

Uveřejňujeme odpověď autora na recenzi uveřejněnou v České a Slovenské Psychiatrii, kde tato odpověď nebyla přijata k tisku.

Se zájmem jsem si přečetl recenzi MUDr. Evy Kitzlerové, PhD (Česká a Slovenská Psychiatrie 103, č. 8, 2007, 447–448), která seznamuje čtenáře s jednotlivými částmi mé monografie a hodnotí příznivě celkový význam uvedené problematiky. Týká se různých metod hodnocení autonomního nervového systému (ANS), regulačních nefarmakologických metod, vztahu ANS k několika psychickým poruchám a dále hlavního zaměření monografie, a to psychofyziologie temperamentu zejména z hlediska ANS. Některé připomínky, za které děkuji, mohu doplnit až v reedici. Moje odpověď však v České a Slovenské psychiatrii nebyla přijata (není prý zvykem na recenze odpovídat, není místo aj.).

Recenzentka v závěru píše, že kritickou připomínkou by mohlo být opomenutí soudobého klasifikačního systému duševních chorob v použité terminologii, kterou však ani náznakem neuvádí. Jde o určité nepochopení zaměření monografie. V práci uvádím desítky různých psychofyziologických, elektrofyziologických aj. termínů. Psychofyziologické pojmy např. rychlost habituace (odeznívání reakce při opakování podnětu), aktivační hladina (úroveň bdělosti), „response specificity“ (individuální reakce na stres v různém subsystému ANS), EEG, EP (evokovaný potenciál) aj., nemají pochopitelně přímý vztah ke klasifikaci duševních poruch. Stejně tak, jak je v knize

několikrát uvedeno, ani různé psychofyziologické koncepte temperamentu ve vztahu k ANS (dimenze extroverze, neuroticizmu, impulzivity, anxiозity, „slabý“ a „silný“ typ, vyhledávání novosti, citlivost na trest, odměnu, typ chování A), i když již určují určitou dispozici (viz dále).

Zaměření na individuální psychofyziologické rozdíly temperamentu (diferenciální psychofyziologie) je interdisciplinární obor a netýká jen psychiatrie, i když je jí blízké. Není pro klinické lékaře známé, a mohou se proto vyskytovat některé otázky přínosu tohoto studia pro diagnostické klasifikace. Temperament (ze 60 % vrozený) a individuální, konstituční, psychosomatická reaktivita ANS hraje roli v dispozicích k neurotickým úzkostným poruchám, k poruchám osobnosti (např. impulzivité), v psychoterapeutickém přístupu, v komunikaci a rodině. Podrobněji to rozebírám v práci Felix Irmiš: Role temperamentu v psychoterapii, rodině a komunikaci [Psych@som](#) 3/2008 (internetový časopis). Vztah temperamentu k poruchám osobnosti v psychiatrii rozebírá u nás podrobně Praško a kol. (Portál 2003). Psychofyziologie temperamentu hraje dále roli v odlišných reakcích a rychlosti adaptace na stres, balneofyziatrii, v různé reakci na léky a dávkování. U zdravých ovlivňuje převažující nespécifickou motivaci (např.

vyhledávání rizika, odměny aj.), naznačuje optimální podmínky pro rychlost učení a výkon (individualizaci pedagogického procesu, sport aj.). Podle biosociálních teorií temperamentu se hledají prediktory např. pro určité antidepresivum, pro průběh alkoholizmu, pro poruchy příjmu potravy. Psychofyziologie temperamentu jedním z mostů pro porozumění složitých individuálních bio-psycho-sociálních vztahů. A to v normalitě, až po některé, neurotické, psychosomatické a zmiňované osobnostní poruchy.

Bez souvislostí je nesrozumitelná a nejasná věta recenzentky, „že možná až příliš podrobná experimentální část (recenzentkou nekonkretizovaná) by mohla být na úkor vysoce důležitých recentních výstupů z biologických studií (rovněž neuvedených) s konkrétními dopady na zdraví našich nemocných“. Pripomínka jde spíše na úkor možnosti konkrétního hodnocení a diskuse. V experimentální části popisují rozdíly v indikátorech ANS a EEG u kontrol a úzkostně depresivní poruchy, dále interkorelace indikátorů, jejich stabilitu a trsovou analýzu, vztah k extraverci, metody měření „tonu“ a reaktivity a ANS (jde též o základní výzkum). Monografie

není o vlivu farmak na určitý indikátor ANS (kromě metod vyšetřování) a diagnózu.

Studium psychofyziologie temperamentu může doplňovat některé diagnostické klasifikace, které nejsou z tohoto hlediska (stejně jako z hledisek jiných) vždy homogenní. Nejen v psychiatrii, a ale i v jiných oborech (např. v interně), nacházíme u jedinců o stejné diagnóze osoby o různém temperamentu, reaktivitě a konstituci. Tento přístup, který často mizí v průměrných normách a dvojitých slepých studiích, může pomáhat vysvětlovat některé nejednotné experimentální výsledky a postupně upřesňovat některé biologické a psychosociální studie.

MUDr. Felix Irmiš, CSc
Psychiatrie a Psychosomatika
Ostrovského 253/3, 150 00 Praha 5
e-mail: irmis.felix@cbox.cz

přijato: 27. května 2009
zařazeno k tisku: 31. 8. 2009



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 nedodržení pokynů pro autory, případně text vrátit autorovi k doplnění.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě nejlépe ve formátu WORD, 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.

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci přijme klinického psychologa- psychoterapeuta, kterého zajímá práce s psychosomatickým pacientem a jeho rodinou. Atestace, výcvik jsou vítány, případné zařazení do atestační přípravy zařídíme. Nabídky posílejte paní Menclové menclova@sktlib.cz

INZERCE:

Společnost pro integraci v psychoterapii

a

Katedra psychologie FSS Masarykovy univerzity v Brně

pořádají

KOMPLEXNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÝ VÝCVIK:

integrace v psychoterapii

výcvik je zaměřen na:

- **společné faktory** účinné v psychoterapii obecně
- **praktické dovednosti** psychoterapeuta vedoucí k posílení společných faktorů
 - schopnost terapeuta **vědomě integrovat** poznatky z různých směrů
 - spolupráci s teoretickým a výzkumným zázemím **univerzity**
 - kontakt s celosvětovým **integrativním trendem** v psychoterapii

další informace: www.psych.fss.muni.cz/integrace

e-mail: integrace@fss.muni.cz

tým lektorů:

JUDr., PhDr. Stanislava Dudová

MUDr. David Holub

Mgr. Radim Karpíšek

PhDr. Markéta Rokytová

MUDr. Jan Roubal

MUDr. Markéta Skálová

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

Mgr. Milan Stiburek

vedoucí výcviku:

MUDr. Jan Roubal

garant studia psychoterapie na FSS MU v Brně:

doc.PhDr.Zbyněk Vybíral, Ph.D.

Výcvik je připravován ve spolupráci s
European Association for Integrative Psychotherapy

a

European Institute for Psychotherapeutic Studies

Plánovaný začátek výcviku v roce **2010**



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

TOTO MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ
NA FARMACEUTICKÝCH
FIRMÁCH