

2009

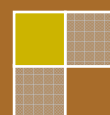
VII/4

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou
a psychoterapeutickou medicínu

EDITORIAL: Chvála: Dvacet let poté- psychosomatika v Čechách GLOSÝ: Honzák: T4: Moje malá připomínka zastáncům eutanazie; Pfizer zval lékaře na golf, zaplatí rekordní pokutu; Gelotofobie- nová choroba? KAZUISTIKA: Honzák: Dissociativní obrna pravé horní končetiny. VÝZKUM: Bušková: Klinická psychologie a výzkum psychosomatiky ve Velké Británii ETIKA: Kuběnová: ošetrovatelství jako povolání. TEORIE: Reiniš: Objective and subjective signs of human consciousness. ÚVAHY, NÁZORY: Čepický: Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví? POŠTA, DISKUSE, AKCE, POLITIKA, KONCEPCE

MK ČR E 18784 ISSN 1214-6102
PSYCHOSOM, ročník VII: 4/2009
1. 12. 2009



PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Aleš Furst: 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

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

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

www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 4/2009 dne 1. 12. 2009, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 10. 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.

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 4/2009:

EDITORIAL.....	226
<i>V. Chvála: Dvacet let poté – psychosomatika v Čechách.....</i>	226
Glosy.....	229
<i>R. Honzák: T4: Moje malá připomínka zastáncům eutanazie.....</i>	229
<i>J. Šimek: RE: T4. Moje malá připomínka zastáncům eutanazie. (Radkin Honzák).....</i>	231
<i>Pfizer zval lékaře na golf, zaplatí rekordní pokutu.....</i>	232
<i>R. Honzák: Gelotofobie – nová choroba?.....</i>	233
KAZUISTIKA.....	237
<i>R. Honzák: Dissociativní obrna pravé horní končetiny.....</i>	237
VÝZKUM.....	246
<i>K. Bušková: Klinická psychologie a výzkum psychosomatiky ve Velké Británii.....</i>	246
ETIKA.....	252
<i>V. Kuběnová: Ošetřovatelství jako povolání.....</i>	252
TEORIE.....	263
<i>S. Reiniš: Objective and subjective signs of human consciousness.....</i>	263
ÚVAHY, NÁZORY.....	269
<i>P. Čepický: Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví.....</i>	269
POLITIKA, KONCEPCE.....	275
<i>Zápis z jednání výboru psychosomatické sekce 2.9.2009.....</i>	275
<i>Zápis z členské schůze Sdružení pro psychosomatiku – 18. 9. 2009,.....</i>	277
POŠTA, DISKUSE.....	279
<i>Sebereflexe psychosomatiky?.....</i>	279
<i>M. Konečný: Diskuse ke kazuistice Do roka a do dne (Psychosom 3/2009).....</i>	283
<i>O. Masner: Ad diskuse II: Čepický – Chvála – Honzák o psychosomatice.....</i>	284
AKCE, AKTUALITY.....	287
<i>13. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ. PLÁNOVANÝ TERMÍN 8.–10.4.2010.....</i>	287
<i>OBRODA LIDSKOSTI V RODINĚ: „Výchova láskou“.....</i>	289
<i>Otevřený seminář pro rodinné terapeuty.....</i>	290
Recenze.....	293
<i>Recenze knihy o moderní psychosomatice.....</i>	293

AKTUÁLNÍ ZPRÁVA:

Vědecká rada NPCVV na svém zasedání 1. 12. 2009 dospěla k rozhodnutí, že práce (publikovaná v našem časopise v tomto roce) V. Chvála: „Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve Středisku komplexní terapie v Liberci“ svým zaměřením, charakterem, způsobem zpracování a přínosem pro obor psychiatrie, odbornou veřejnost a potřeby nemocných nejlépe splňuje zvolená kritéria vyhlášená pro tento rok Národní psychiatrickou cenou profesora Vladimíra Vondráčka „Vztah duševních a tělesných poruch“ v kategorii praktické aplikace. Tato práce je odměněna finanční cenou ve výši 25 000 Kč. Autor si tohoto ocenění váží a tuto finanční částku věnuje na vydávání časopisu PSYCHOSOM.

**Psychiatrie
pro praxi**

Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)



EDITORIAL

DVACET LET POTÉ – PSYCHOSOMATIKA V ČECHÁCH

V. Chvála

Uzávěrka čtvrtého čísla Psychosomu na konci roku 2009 se odehrává v listopadových dnech, kdy se na nás ze všech sdělovacích prostředků valí oslavy dvacátého výročí sametové revoluce. Bez ohledu na to, zda je co slavit, nebo zda byla sametová, či zda vůbec revoluce. Ale to zastavení užitečné je. V přehršli všech těch vzpomínek mě nejvíce zaujaly dvě: na Vltavě 18. listopadu pořad „Už je to tady“, a úvaha Stanislava Komárka „Dvacet let poté – Portmann v Čechách“ v prvním vydání Kulturních novin (www.kulturni-noviny.cz) (Komárek jen v tištěné verzi). Komponovaný pořad na Vltavě byl mimořádně zdařilou mystifikací o fiktivním příjezdu Michaila

Gorbačova do Prahy i s přímým přenosem z jeho tiskovky s prezidentem Václavem Havlem. V ní oba bývalí státníci s plnou vážností informovali novináře o situaci. Gorbačov prohlásil: „*Před dvaceti lety jsme se v Moskvě dohodli se všemi vedoucími představiteli států sovětského bloku, že je třeba ověřit, jakým hodnotám dávají naši občané přednost. Proto jsme se rozhodli k odvážnému experimentu s demokracií. A dnešním dnem tento experiment končí.*“ Dost šokující. Naštěstí Vltavu poslouchá necelé procento posluchačů, takže žádná odezva v ulicích. Kulturní noviny zatím nečte skoro nikdo, a sdělení profesora

Komárka tak zůstává zcela důvěrné. V něm se vyznává ze svého omylu. Když se kdysi v cele socialistického bloku seznámil se samizdatovým překladem Portmannovy knihy *Nové cesty biologie* (Praha, Jůza a Jůzová, 1997), nabyl dojmu, že toto je biologie, která ho zajímá, a ta kvete na Západě za železnou oponou. Toto setkání spolu s přednáškou okouzujícího myslitele Zdeňka Neubauera změnilo jeho životní trajektorii. Netušil, že je to i tam venku fenomén „takřka singulární“. Musel to zjistit až po emigraci a studiu na západních univerzitách. Ani nově založená Katedra filosofie a dějin přírodních věd na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy se nestala centrem, z něhož by se toto tvořivé a nadějně myšlení v biologii šířilo, když ne celosvětově, tedy aspoň celoevropsky. Portmannovský myšlenkový proud, který v době svého vzniku budil značnou pozornost, a představoval řadu let známou a rozšířenou alternativu, byl postupně s napojováním společnosti na informačně-postindustriální západní civilizaci zatlačen do pozice okrajového a historizujícího proudu. Málokdo si uvědomuje, že si z celé té obrovské samoobsluhy jevů vybírá naše věda jen to, co se jí hodí, a ostatní zametá pod koberec. Ten, kdo nejde s hlavními proudy v informačních médiích, „*kdo na tomto rejdnění neparticipuje, vlastně ani není, je mrtev už zaživa*“. Je to horší, než Komárek popisuje: pokud to, co si můžeme uvědomit, a tedy co „svým vědomím vidíme“ – nikoli tedy jen to, co je bezprostředně percipováno našimi smysly, ale čemu rozumíme, tedy umíme rozlišit rozumem – je fatálně závislé na diferenciaci, a tedy rozvoji naší mysli. Kdo nerozvinul svého ducha souznáním s portmannovskými pracemi, s úvahami Zdenka Neubauera, nemůže vidět, co vidí oni. To zní dost elitářsky. Ale nedá se nic dělat, je to tak. Společnost, která

nepěstuje nějaký druh myšlení, zůstává k některým jevům slepá. Myšlenkové proudy, které třeba proto, že nejdou s komerčním duchem doby, zanikají; tím ale společnost jako celek ztrácí schopnost vidět jevy, které ony byly schopny zobrazit. Je to, jako bychom díky mysli měli tisíce očí, které se diferenciací mysli zmnožují, nebo také postupně zanikají. Stačí si vzpomenout, jak fatálně slepá k některým jevům byla totalitní společnost, postavená na jediném správném „vědeckém“ názoru, totiž na nesmyslném „vědeckém“ komunismu. Nevzpomínáte? Já ano. Bolestně. Podobně jako Komárek jsem se setkal s pracemi Gregoryho Batesona, Humberta Maturany, Zdeňka Neubauera, Adolfa Portmanna, Ilyi Prigogina s Isabellou Stengersovou, Ruperta Sheldrakea, Niklase Luhmanna, Fritjofa Capry a dalších. Také jsem s nadšením vítal tohoto nového ducha fyziky i biologie s nadějí, že tam na Západě je věda mnohem dál, než tady v temném koutě světa. Nemohl to být jen sen! Dodnes tady jejich knihy mám, mohu je kdykoli vzít do ruky a číst je. A když jsme po pádu železné opony vyjeli za hranice heidelberská setkání systemicky a systémově orientovaných lidí z nejrůznějších oborů lidské činnosti z celého světa a řadu z těch autorů jsme potkali osobně, dojem o nové vědě se změnil v jistotu. S tou jsme se pustili do budování nového způsobu práce s pacienty v naději, že toto bude hlavní proud nové vědy. Nikoli pohled zaměřený na jednotlivost, na detail, na orgán izolovaný od všeho ostatního, ale rozvíjení schopnosti vnímat celek člověka s jeho sociálním okolím, to byla naše nová naděje. Nic jsem si nedělal ze zuřivého výpadu stárnoucího primáře kdesi daleko na pražské klinice, který prý řval na nebohého Honzu Špice, mého učitele rodinné terapie, poté, co vyšel můj nadšený článek „Systemická

teorie a lékařská praxe“ v Praktickém lékaři. Prý, co jsem si to dovilil napsat! Jestli do té doby živořil psychosomatický diskurs v Čechách, protože se nehodil ideologům totality do krámu, žili jsme v obrovské naději, že teď, po pádu železné opony, se vše změní. Všichni přece musí uvidět! Kolegové ze Západu nás přece podpoří, oni přece vědí! Léta dřiny na úhuru psychosomatiky než jsme pochopili, že tady je nová medicína. Ale ne ta naše, ne ta lákavá, subjektivní a osobitá, vlídná a vstřícná, tvořivá, respektující, dialogická nýbrž komerční, silná až násilná, mocná, paternalistická, dvojitě slepá a objektivistická, bratru za celých 220 miliard ročně. Přibývá mediků, kteří medicínu opouštějí, protože s tím, co pak musí dělat, nesouhlasí. Dvacet let jsme vydrželi pracovat po svém. Během těch let jsme nelenili a vedle mnoha hodin strávených s pacienty jsme „kazili mládež“, udržovali zdroj okrajového myšlenkového proudu živý. Jako naschvál se současně s pádem opony nahrnulo do našich krajů úplně všechno, nejen byznys a demokracie, ale i spousta jiných způsobů myšlení, kterými lze vidět jiné a další jevy. Ten náš systemický a systémový zůstal na okraji, ale stále tady ještě je. Ještě stále skrze

něj lze nahlédnout do složitých sítí lidského života. Umožňuje nebýt slepý, ale sotva jím lze slepé přesvědčit. To lze jedině nadšením a osobní zkušeností, ale k tomu nám starším už ubývá sil. Naštěstí se za těch dvacet let přece jen zvedlo víc zájemců, jsou mladší a snad se nám je podařilo trochu nakazit, než sami složíme ruce v klín. Když však už jsem začal tím dvacetiletým výročím pádu opony, napadá mě, jestli před námi neleží ještě jeden nepříjemný úkol, který by umožnil, abychom se mohli podívat jeden druhému do očí, abychom se mohli přestat stydět, že jsme žili tak, abychom přežili nejen my, ale i myšlenky psychosomatické medicíny. Abychom konečně opustili všechno to, co se nám stalo nebo co jsme si udělali. Něco jako reflexe minulé doby. Anebo si to už naše generace nedovolí a všechny ty křivdy a viny si odnese do hrobu? Ti mladší, kteří se narodili do nové doby, už nebudou vůbec chápat, co to s námi bylo. Budou prostě a jednoduše zdraví, sebevědomí, bez pocitů viny, se samozřejmostí rozvíjet mezi sebou bohatý dialog ve prospěch sebe, svých pacientů a celé medicíny. Kéž by se tak stalo.

V Liberci 2. 12. 2009



GLOSY

T4: MOJE MALÁ PŘIPOMÍNKA ZASTÁNCŮM EUTANAZIE

Radkin Honzák

Sloni mají paměť; po dlouhých letech rozpoznají svého bývalého trýznitele a ochotně ho udupají. Sloni mají duši a vědí, co je to smrt. Svě umírající druhy doprovázejí a pohřbívají a k jejich hrobům se občas rituálně navracejí (<http://news.nationalgeographic.com/news/2006/08/photogalleries/elephants/index.html>,

<http://www.is.wayne.edu/mnissani/elephant/Image201.gif>), nikdy však „z milosrdenství“ umírající neudupají. Mám za to, že „slonovina“ je výš než humanita (viz obrázek slůněte, které malým chobůtkem utěšuje umírajícího člena stáda). **Jsem zásadním odpůrcem eutanazie.** Na námitku

„vždyť koně se také střílejí“ mám jednoduchou až primitivní odpověď: Nikdy jsem neviděl koně, který by si šel koupit brokovnici na to, aby zastřelil druhého koně (<http://www.vesmir.cz/files/file/fid/833/aid/4483>).

Mám dobře cvičenou paměť se schopností reprodukovat, co mi pacienti před pár minutami řekli, ale nemám paměť slona. Na druhé straně dost těžce nesu „ztrátu paměti“, ať už se jedná o zásadní historické události či osobní činy. Zastánci eutanazie rádi zapomínají na její zneužitelnost a chtěl bych proto

uvést to, co se odehrálo (dávno? nedávno?), abych jim to připomenul.

V záplavě výročí nelze přehlédnout (ačkoli jsou mnozí toho důmnění: proč jítřit staré rány? Proč vzpomínat nacistických a komunistických zločinů?) sedmdesáté narozeniny AKTION T4, nazvané podle sídla nacistické zdravotnické organizace v Tiergartenstrasse 4. Zde totiž 1. října 1939 s antedatovaným údajem o 1. září (protože v zabraném Polsku už tyto aktivity probíhaly) podepsal Führer und Reichskanzler Adolf Hitler smrtící verdikt nad téměř 275 000 „méněcennými“ spoluobčany, kteří byli v zájmu čistoty rasy postupně utraceni. A to německými lékaři. Žádnými katy! Lékaři!!! Jedním z nich byl i pan kolega Grawitz – vynálezce plynových komor.

Každý příběh má svůj začátek a rasová hygiena dostala konkrétní obrysy, jakmile se nacisté zmocnili vlády. Již v roce 1933 byl vydán zákon o povinné sterilizaci osob, které by „mohly nést dědičnou zátěž do budoucích pokolení“; z diagnostického hlediska se jednalo o nesourodou směs schizofrenie, epilepsie, Huntingtonovy choroby, ale také „imbecility“ a dalších poruch. Podle poměrně přesných údajů takto přišlo o možnost plodit potomky 360 000 osob.

Krise morálky má jednu významnou charakteristiku: jakmile se jednou dostane do pohybu, má rychlý spád. Záhy bylo možné se souhlasem státních orgánů mordovat děti s vrozenými vadami (Tarpejská skála), posléze se věková hranice zvedla nad 10 let (děti byly vražděny barbituráty ve vysokých dávkách se závěrečnou diagnózou zánětu plic) a program T4 naplnil dávno Hitlerovu touhu (vyjádřenou pregnantně již v Mein Kampf) zabít lidi, jejichž „život byl nedůstojný“, kteří byli nanejvýš schopni přijímat a

nekontrolovaně vyměšovat, navíc v začínající válce zabírali lůžka potřebná pro válečné hrdiny (to bylo také jedno z načasování, protože ani vedení si nebylo jisto, jak obyvatelstvo tento program přijme). Psychotici, homosexuálové, kombinovaně postižení, pacienti s progresivní paralýzou, dementní, mentálně retardovaní, jakož i tělesně postižení invalidé atd. byli programem T4 odsouzeni k likvidaci. O co méně se o tom informovalo, o to intenzivněji celá akce běžela.

Bylo to prosté: Pacienti příslušných zařízení byli převezeni do zařízení jiných, kde byli zabiti. Jejich pozůstalým docházely fingované úmrtní listy (komplikace operace slepého střeva, které bylo vyoperováno před 20 roky atd.) Byla města, kde kremační pece jely tak naostro, že do ulic dopadaly zbytky vlasů obětí. Systém běžel celkem bezchybně více než jeden rok. Lékaři ani sestry většinou neprotestovali. Našlo se jich jen několik. V Kielu profesor Hans Gerhard Creutzfeldt uchránil před touto smrtí většinu svých pacientů, nicméně většina lékařů s touto „eugenickou politikou“ souhlasila.

Jedním z odvážných byl soudce z Brandenburgu nad Havelou Lothar Kreyssig, který napsal oficiální protest ministru spravedlnosti Gürtnerovi, že celý program T4 je nelegální, protože pro jeho provádění nebyl vydán žádný platný zákon. Gürtner odpověděl: „Jestliže nedokážete rozpoznat Vůdcevu vůli jako zdroj zákona, nemůžete zůstat dál soudcem.“ A tak byl vzpurník odvolán.

Ti, kdo zastavili bezbřehé vyvražďování, byli představitelé církví, protestantští i katoličtí – nejznámější je aktivita münsterského biskupa Clemense Augusta Graf von Galen, který ve svém veřejném kázání tyto praktiky odsoudil,

a navíc v posléze rozeslaném Pastýřském listu vyzval věřící k tomu, aby ho následovali. Údajně v říjnu 1941 akce T4 skončila, nicméně některá její „pracoviště“ (např. v Rakousku) fungovala až do roku 1944.

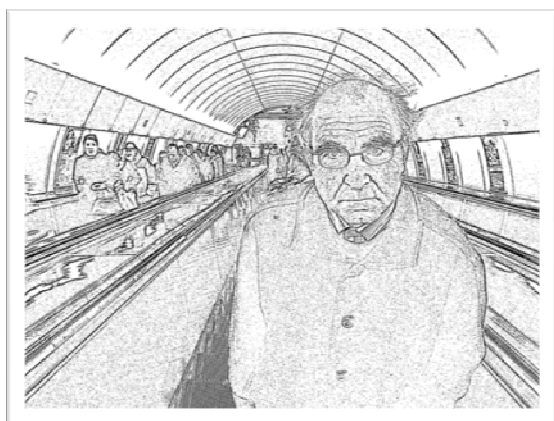
Jakkoli jsou Němci známí svou precizností, nikde jsem nenašel žádný ekonomický rozklad, kolik na tom vydělaly pojišťovny. Za zmínku stojí

nejsilněji působící argument münsterského biskupa „to budou dělat i se zraněnými vojáky z fronty“, po němž se vzbouřila i široká veřejnost. Nevím, jestli byl jezuita, ale účel zde posvětil prostředky.

19. 9. 2009

RE: T4. MOJE MALÁ PŘIPOMÍNKA ZASTÁNCŮM EUTANÁZIE. (RADKIN HONZÁK).

Jiří Šimek



S malou připomínkou Radkina Honzáka, jak jinak, naprosto souhlasím, navíc jsou některé jeho argumenty, překvapivě po tolika letech sporů a diskusí, ještě neotřelé. Sloni skutečně nezabíjejí své umírající a koně střílíme my lidé, když jsme předtím zásadně přispěli k jejich zraněním. V zájmu etické objektivitě ale musím upozornit na dvě problematická místa v takové argumentaci.

a) Sloni sice nezabíjejí své umírající, ale na druhé straně nevyvinuli tolik sofistikovaných metod jak prodloužit život až do té míry, že život už téměř není životem. Nemyslím tím jenom přístrojovou techniku, její vypnutí je jiná

kapitola. Obrovských pokroků dosáhla i ošetrovatelská péče, díky které přežívají např. lidé s kvadruplegií, které ještě nedávno bylo téměř nemožné udržet při životě. Moje babička zemřela tak, že jednoho dne sdělila příbuzným, že umírá, a do týdne zemřela. Když přemýšlím o mechanismu její smrti, nejpravděpodobnější je smrt žízní (a hladem). Je dobré, že těmto věcem již rozumíme natolik, že lidé zbytečně takto neumírají (sám jsem pár lidských životů od této smrti uchránil), ale na druhé straně jsme zbavili možnosti takové klidné, přirozené a bezbolestné smrti pacienty v pokročilých stádiích rakoviny.

b) Dominový efekt je oblíbenou metodou kritiky. Má jednu slabinu. Ne vždy se takové hrozby naplní. Nebo ne v té podobě, v jaké je mravokárci použili. Podobné argumenty používají odpůrci potratů. Ne že bych byl zastáncem potratů, ale jejich legalizace nepřinesla mnoho zhoubných důsledků. Dnes můžeme říci, že když dnešní ženy rodí málo dětí a pozdě, když se matky neumějí chovat mateřsky, není to

důsledek potratových zákonů. A se změnou sociálních podmínek dokonce někdy i počty potratů klesají.

Podívejme se nezaujatě na situaci v Holandsku, kde je aktivní euthanasie povolena už patnáct let. Počty lékaři zabíjených lidí nestoupají, jedinou podivnou věcí je, že stále častěji tím „nesnesitelným utrpením“, jehož přítomnost je podmínkou legality provedení euthanasie, je vědomí, že umírám. Holanďtí umírající netrpí nesnesitelnými bolestmi, ale nesnesitelným umíráním. Vlastně ještě jedna podivná věc se objevila. Po zavedení zákona stouply náklady na paliativní péči. Zdá se, že zákon měl jeden neočekávaný účinek. Když

holandský pacient požádá lékaře o ukončení života, lékař mu sice nevyhoví, ale poskytne mu řádnou paliativní péči.

Uzákonění euthanasie by v českých podmínkách přineslo jiné problémy. Jistě by se našli dobrodinci (myslím, že spíše v médiích a v politice než mezi lékaři), kteří by nabízeli pacientům dobrovolnou (dle zákona „vyžádanou“) smrt, aby se ušetřilo. Mnozí pacienti by volili raději smrt než takové umírání, jaké jim nabízí jejich spádové lůžkové zařízení. A tak by nás takový zákon sváděl k tomu, abychom některé problémy neřešili racionálně (to je moc složitě) ale jednoduše, zabíjením lidí.

18.11.2009 Jiří Šimek

PFIZER ZVAL LÉKAŘE NA GOLF, ZAPLATÍ REKORDNÍ POKUTU

(Převzato ze serveru aktuálně.cz)

New York - Největší výrobce léků na světě, společnost Pfizer, přepsal tabulky rekordních pokut pro farmaceutické firmy, musí totiž zaplatit obří sankci ve výši 2,3 miliardy dolarů (41,6 miliardy korun). Jde o pokutu, kterou firma dostala za urovnání sporu souvisejícího s nezákonnou propagací léků. Firma tak zaplatí vůbec nejvyšší částku, kterou kdy některá z farmaceutických firem vynaložila za urovnání obvinění z porušení federálních pravidel pro léky.

NEJVÍC V HISTORII

„Částka podle ministerstva zahrnuje kriminální pokutu 1,2 miliardy dolarů, což je nejvíce v historii Spojených států,“ napsala agentura AP.

Co společnost Pfizer, která má už do roku 1993 pobočku taky v Česku, udělala? Podle americké vlády inzerovala čtyři léky, a to včetně

přípravku proti bolesti Bextra, pro jiné lékařské účely, než schválily americké regulační úřady.

Lék Bextra stáhl Pfizer z trhu v roce 2005 poté, co bylo prokázáno, že lék zvyšuje riziko infarktu a mrtvice. Firma nezákonně podporovala také anti-psychotické léky Geodon, antibiotikum Zyvoxid a lék na epilepsii Lyrica.

Společnost podle úřadů v rámci podpory prodeje svých léků včetně Viagry zvala lékaře na poradenská setkání v letoviscích, kde jim platila náklady a nabízela golf, masáže a jiné aktivity. „Lékaři mohli využívat různé požitky,“ uvedl prokurátor Mike Loucks.

Podle úřadů se počínáním firmy vytvořila situace, kdy mohlo dojít k ohrožení veřejného zdraví.

REÁLNÉ OHROŽENÍ PACIENTŮ

„Jde o reálné ohrožení pacientů, kteří nemají k dispozici přesné a úplné údaje o lécích. Boj s podvody ve zdravotní péči je jednou z hlavních priorit této vlády,“ uvedl podle CNN Thomas Perelli z úřadu prokurátora.

Podle ministerstva spravedlnosti by vyšetřování nebylo možné bez informací od lidí, kteří byli uvnitř firmy. Šest informátorů si tak mezi sebe rozdělí 100 milionů dolarů.

Firma navíc podle dohody musí provádět roční audit, musí vytvořit systém, který umožní nahlásit problematické chování prodejců léků a firma by také měla

vystavovat na svých webových stránkách informace o platbách a darech lékařům.

Firma vydala prohlášení, že svého počínání v minulosti lituje.

Mluvčí Pfizeru Chris Loder potvrdil, že firma zaúčtovala částku 2,3 miliardy dolarů do svých nákladů již v posledním čtvrtletí loňského roku. „V souvislosti s tímto urovnáním nebudou zaznamenány žádné další jednorázové náklady,“ dodal.

Citace www.aktualne.cz

GELOTOFOBIE – NOVÁ CHOROBA?

Radkin Honzák



Ohromný sociální význam humoru a smíchu poznáme nejlépe, když tyto základní komunikační prvky chybějí. Člověk, kterého nedokážeme rozesmát a který nedokáže rozesmát nás, člověk, který s námi nesdílí smích a humor, nám nikdy nemůže být blízký. Dlouho byly tyto vzácné dary považovány za výlučně lidské, ale jak bezpečně prokazují někteří badatelé, smějí se s námi další savci – šimpanzi, psi, krysy (1). Nejvíce když jsou mláďata, ale to už věděl Darwin,

když napsal: „Zvířata, stejně jako člověk, zjevně pociťují radost a bolest, štěstí i úzkost. Nikdo nedokáže tak dávat najevo radost, jako mláďata zvířat, jako štěňata, koťata atd., když spolu vyvádějí jako naše děti... zvířata nejen milují, ale také touží po lásce.“ Pankseppova krysí mláďata vydávají švitořivé zvuky („chirping“) při hrách „na převalovanou“, dospělé krysy sice tuto dětinskou zábavu již neprovozují, ale smějí se, když je jejich majitel lechtá.

Neurologické koreláty smíchu a úsměvu u člověka mají dvě, na sobě nezávislé struktury a cesty. Mimovolní, emočně podmíněný smích vyvolaný veselou nebo komickou situací se odehrává ve strukturách amygdaly, talamických, hypotalamických a subthalamických centrech a v dorzálních a tegmentálních oblastech mozku kmene, zatímco volně vyvolaný smích či úsměv vychází z premotorických frontálních

operkulárních oblastí a je veden přes motorickou kůru pyramidovou drahou do ventrálních částí mozkového kmene (2). Právě smích, nikoli depresi, považuje mnoho etologů za přesný sociální protipól agrese. Obě emoce mají mnohý společný substrát, zejména amygdalu, talamus a hypotalamus. Pokud jde o behaviorální projevy, jsou v obou případech vidět špičáky, v rozsahu jejich expozice je však patrný rozdíl, který signalizuje v jednom případě ohrožení, ve druhém pocit sounáležitosti, jistoty a bezpečí. Řešení otázky: „Útočit... utéct... přiblížit se?“ není vždy jednoznačné a je problémem především pro sociální a emoční inteligenci. Jsou lidé, kteří nedokážou ani svoje pocity, ani emoce druhých dobře rozpoznat. Je možné, že někteří z nich trpí gelotofobií.

Gelotofobie (z řeckého *gelos* = smích) je chorobný strach z posměchu, za který postižení mohou považovat prakticky každý smích. Od loňska tato obtíž aspiruje na povýšení mezi „opravdové“ nemoci, zatím nebyly uvedeny jako finanční zdroje jejího zkoumání farmaceutické firmy, nutno však říci, že pojem *interests* ve všech publikacích uveřejněných na toto téma chybí. V posledních několika letech se touto klinickou jednotkou zabývají jak z klinického, tak z obecnějšího pohledu (jde o poruchu z rodiny fobií, nebo o trvalý osobnostní rys?) především vědci z německy mluvících evropských zemí. Studie reprezentativních vzorků z dospělé populace v Německu, Švýcarsku a Rakousku docházejí k závěrům, že tuto novou chorobu má 5–10 % lidí. Vzhledem k tomu, že Češi byli v psychologické expertize vypracované pro říšského protektora Reinharda Heydricha, označení za „smějící se bestie“, předpokládám, že toto číslo u nás tak vysoké nebude.

Byly už také validizovány diagnostické postupy k stanovení přítomnosti a intenzity gelotofobie (dotazník GELOPH 46) a do mezinárodního multikulturálního projektu byly přizvány výzkumné týmy ze 45 zemí (a mně se stále naléhavěji vnucuje sice neslušná, leč legitimní otázka: kdo tohle všechno platí?). Cílem studie bude zjistit, zdali a v jaké míře se tento fenomén vyskytuje v různých oblastech naší planety a zhodnocení možných příčin fobie z posměchu. Protože humor, vtip a posměch mají velice specifické etnicko-regionální dimenze, lze předpokládat, že výzkum hned tak ukončen nebude.

Dosavadní znalosti jsou shrnuty do několika základních bodů: gelotofobie se často přidružuje k jiným psychickým poruchám, a to nejčastěji k trsu „poruch osobnosti“. *Poznámka pro nezasvěcené: dříve se lidé s tímto problémem diagnostikovali jako psychopati (na počátku minulého století dokonce jako „podivíni, praštění, vrtáci“ – viz Myslivečkovu učebnici psychiatrie), ale protože by to mohlo být pro nositele urážlivé, a do této skupiny patří řada předních politiků, našlo se elegantnější označení.* Postižení si často stěžují, že zažili posměch a ponižování v dětství, řada studií však prokazuje, že šlo o špatnou interpretaci běžné sociální komunikace, že od dětství neumějí rozeznávat mezi sociálně pozitivním a agresivně nastaveným charakterem smíchu a humoru. Ve společensky vstřícně naladěných kontextech vnímají každý smích jako ohrožující, nebezpečný nebo agresivní a také v neutrálních situacích vystupují jako nedůvěřiví pesimisté. Na druhé straně vůbec neumějí odhadnout, jak „humorně“ vystupují oni sami. Své emoce se snaží potlačit a emocím jiných lidí rozumějí velmi špatně.

Psychologické ústavy univerzit v Grazu a v Curychu patří ve výzkumu gelotofobie mezi nejhrořivější a z jejich spolupráce vzešla poslední publikace věnovaná emočním schopnostem gelotofobiček a jejich reakcím na emoční stavy druhých osob (3). Ženy byly vybrány záměrně pro svou obecně lepší schopnost empatie. Výzkumný tým zjišťoval, zda přítomnost gelotofobie je ve vztahu k různým individuálním charakteristikám týkajícím se jak intrapsychických, tak mezilidských procesů a emočních schopností přiměřených k různým emočně náročnějším situacím. Probandkám byl též promítnut film bez konkrétního příběhu, na němž byly zachyceny jen výrazné emoční projevy herečky prezentované jako divačky reagující na děj, jenž pokusné osoby neviděly. Osoby trpící gelotofobií vykázaly v této studii, že mají problémy se zvládnutím vlastních emocí, a že na řadu neutrálních i pozitivních emočních situací reagují negativně. Spolu s tím, mají větší tendenci ztotožnit se s negativními emocemi (úzkostí, agresí, zhnusením) a mají tendenci své skutečné emoce skrývat.

Gelotofobie se tak vplíží mezi nové choroby. Příběh její výroby až nápadně připomíná příběh tvorby „ženské sexuální dysfunkce“ v režii firmy Pfizer, která zjistila, že neprodá zdaleka tolik Viagry, kolik si představovala, a proto se rozhodla vytvořit novou chorobnou jednotku, pro jejíž léčbu bude preparát indikován (4). Bylo v tom angažováno mnoho odborníků, kteří se sešli na prestižních konferencích pořádaných na lukrativních místech a „stvořili“ novou chorobu, léčitelnou pouze... hádejte čím? Bohužel se to profláklo...

Paralelně k uvedeným poznatkům vyvstává další dotaz: Co je nemoc? Je to skutečně výrazně nepříznivě změněný stav člověka, který ho nutí hledat pomoc,

nebo společenský konsenzus? Za mého mládí byla homosexualita trestným činem, za který hrozil až dvouletý trest. Pak se stala chorobou a byla přiřazena mezi psychiatrické diagnózy. Nakonec byla z oblasti regulované medicínou vymetena mezi „variety sexuálního chování“. S tím souhlasím. Opačný názor ale zaujímám ke skutečnosti, že se změnil společenský názor na chování, které já stále označuji za **nezodpovědné**, ne však za projev nemoci. Když za mého dětství někdo prohrál statek v kartách, byl to karbaník a lump! Dnes je to nemocný člověk s diagnózou, právem na lékařskou péči (snad by na to měl dostat i neschopenku a do výbavy omluvu typu: „tak jako tuberkulózní člověk musí kašlat, tak já se svou diagnózou zkrátka musím hrát...“).

Humor, smích a vtip patří neoddiskutovatelně do sociální oblasti, stejně jako řada dalších nik, které si touží přivlastnit medicína. Není třeba si zastírat, že medicína není jen humanistickou službou trpícím, ale také mocnou politickou a mocenskou silou. Medicinalizace sociálních jevů (abych to přehnal: když někdo plive na chodník, tak je to projev nemoci a je to třeba léčit...) přináší zisky všem na poli medicíny, ale především těm, kteří drží v ruce peníze: farmaceutickým firmám a pojišťovnám. Čím víc nemocných, tím víc zisků. Až nám mezi pacienty s infarkty a nádory připlavou zapšklí misantropové a sebeobdivní narcisti, vysype se ze společné kasy další balík peněz na léčení! Nerad bych se mýlil, ale domnívám se, že kýženým lékem bude některé z antidepresiv typu SSRI. Jen si nejsem jist, zda budeme také léčit uražené představitelé fundamentalistických hnutí.

Praha 20. 6. 2009

CITOVANÁ LITERATURA

1. Panksepp J: Beyond a Joke: From Animal Laughter to Human Joy? *Science*, 2005; 308(5718): 62–63. DOI: 10.1126/science.1112066
2. Wild B., Rodden F. A., Grodd W., Ruch W.: Neural correlates of laughter and humour. *Brain*, 2003; 126: 2121–2138. DOI: 10.1093/brain/awg226
3. Papousek I., Ruch W., Freudenthaler H. H., et al.: Gelotophobia, emotion-related skills and responses to the affective states of others. *Personality Individual Differences*, 2009; 47: 58–63. DOI: 10.1016/j.paid.2009.01.047
4. Moynihan R.: The making of disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003; 326: 45–47



KAZUISTIKA

R. HONZÁK: DISSOCIATIVNÍ OBRNA PRAVÉ HORNÍ KONČETINY

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze. Přednosta doc. MUDr. B. Seifert, PhD
Psychiatrická ambulance IKEM. Ředitel doc. MUDr. J. Malý, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 8, ředitel MUDr. M. Holý

SUMMARY

Honzák R: The case of dissociative monoplegia of right upper limb.
Psychosom, 2009;7(4): 229-236

Clinical symptoms of hysteria have dramatically changed during the last four decades, and incidence of typical „great“ hysterical symptoms (seizures, motoric and sensoric palsies) is sporadic nowadays. The author presents the case of dissociative monoplegia of right upper limb in 43years old woman. Correct diagnosis was provided per exclusionem after enormous amount of neurological, immunological, imaging and instrumental

examinations approximately ten month after manifestation of the first symptom. The author submits particular differential diagnostic steps and points to positive symptoms and signs which can lead to earlier accurate diagnosis of dissociative disorder. Treatment is only partially successful.

Key words: Dissociative disorder – diagnosis – differential diagnosis

SOUHRN

Honzák R: Dissociativní obrna pravé horní končetiny – kazuistika. Psychosom, 2009;7(4): 229-236

Během posledních 40 let se podstatně změnily příznaky hysterie; „velké hysterické projevy“, které jsme denně vídali před 40 roky (senzorické či motorické obrny, zejména však velké hysterické záchvaty) se objevují pouze sporadicky. Autor předkládá kazuistiku 43leté pacientky s ztrátou hybnosti pravé horní končetiny, která byla nakonec diagnostikována jako dissociativní porucha. Tato diagnóza byla asi deset měsíců od vzniku prvních příznaků stanovena per exclusionem¹ poté, co bylo provedeno nesmírné množství neurologických, imunologických, zobrazovacích a dalších instrumentálních vyšetření. Autor předkládá algoritmus diferenciálně diagnostických úvah, současně nabízí pozitivní příznaky a projevy, které mohou účinněji odhalit diagnózu dissociativní poruchy. Diagnóza je obtížná a léčba svízelná.

Klíčová slova: hysterie, dissociativní porucha, diferenciální diagnóza

¹ výlukou ostatních možností

ÚVOD

Hysterie procházela dějinami medicíny jako nepřehlédnutelný úkaz po řadu tisíciletí, poprvé byla popsána v staroegyptském papyru Kahun z 19. století před Kristem jako choroba, při níž „žena, ač zdravé údy má, pohnouti jimi nemůže, ač zdravé čivy má, nevidí.“ V dnešním překladu sensorické a motorické obrny. Nicméně vrcholem produkce byl velký hysterický záchvat s epileptiformními paroxysmy (bez pokousání, pomočení či zranění), končící většinou „hysterickým obloukem“ – opistotonem, při němž se pacientka opírala o podložku jen patami a zátylkem a tělo měla vypjaté jako luk.

Za příčinu obtíží byla považována děloha, která se utrhla a putovala po těle, kde způsobovala problémy. Tento koncept převzala také řecká medicína a z názvu dělohy (hysteron) dostala nemoc i své jméno. Galenos upozornil také na hysterii u mužů, její příčinu u nich viděl ve výměšcích pohlavních žláz. Ve středověku se do medicíny vrátili Hippokratem vyhnání démoni a hysterie byla považována za posedlost ďáblem. Osvícenství ji hodnotilo jako poruchu morálky, ale teprve francouzský neurolog Charcot stanovil diferenciální diagnózu mezi hysterií a epilepsií. Jeho žák Sigmund Freud pak zařadil hysterii mezi psychologické poruchy, přičemž sexualita stále hrála hlavní roli, ale její léčba se na rozdíl od vykuřování dělohy, do té doby uplatňovaného, dostala na psychoanalytickou pohovku.

Co si pod pojmem hysterie představovala medicína nedávné minulosti, a co vlastně přežívá v obecném povědomí dodnes? Byla to jednak hysterická povaha (nebo také hysterická psychopatie, dle platné klasifikace v současnosti diagnostikovaná většinou jako emočně nestabilní porucha osobnosti), dále

hysterie jako neuróza (kam dnes spadá především široké spektrum úzkostných poruch a nepřehledný soubor poruch somatizačních) a jednotlivé hysterické příznaky, kterými může přechodně trpět kterýkoliv člověk v náročné situaci (v současnosti většinou diagnostikovaných jako reakce na stres až posttraumatická stresová porucha). Poslední klasifikace MKN-10 z celého bohatého klinického obrazu ponechala „naživu“ vlastně pouze **dissociativní (konverzní) poruchy** s kódem F44, jejichž charakteristikou je „*částečná nebo úplná ztráta integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla..., která má pravděpodobný psychogenní původ..., přičemž pacienti překvapivě popírají problémy nebo těžkosti, které mohou být zřejmé jiným*“.

Za posledních 35 let jsem se s klasickými „velkými“ motorickými či sensorickými příznaky hysterie nesetkal, občas jsem se o jejich sporadickém výskytu doslechl na seminářích s neurology a často jsem si kladl otázku, kam se vlastně poděly všechny ty velkolepé a dramatické manifestace vnitřní tenze. To, že některé z nich nás mohou v klinické praxi překvapit, dokládá následující kazuistika.

KAZUISTIKA

Pacientka, 43letá úřednice, vdaná, matka dvou dospělých dětí, byla odeslána do mé psychiatrické ambulance po půlroční neúspěšné léčbě na neurologii s diagnózou dissociativní monoparéza pravé horní končetiny. Při prvním vyšetření byla dále diagnostikována depresivní porucha střední intenzity.

Rodinná anamnéza je z neuropsychiatrického pohledu negativní. V osobní anamnéze neuvádí žádné závažnější somatické problémy až

do vzniku neurologických obtíží kromě současných gynekologických při počínající menopauze, které jsou však korigovány hormonální terapií. Malý adenom hypofýzy sledovaný na endokrinologickém pracovišti bez známek aktivity, pouze mírný stupeň hemianopsie (výpadku poloviny zorného pole) pravého oka, která byla zjištěna při vyšetření na očním oddělení před šesti roky, kdy prodělala zánět očního nervu. Nekouří, alkohol nepije, drogy nikdy ani nezkoušela, léky žádné nebere, alergie na některá antibiotika, acylpyrin, sumamed.

Psychomotorický vývoj normální, ve dvanácti letech sexuálně zneužita starším spolužákem, tuto skutečnost dlouhodobě vytěsnila a vzpomínka na ni se vynořila s bolestnými emocemi před několika lety v hypnóze a svěřila se s ní až v průběhu hospitalizace v psychiatrické léčebně (skutečný důvod, proč se tehdy nechala hypnotizovat, nezjištěn, nejspíše šlo o hledání zajímavého zážitku). Menses pravidelné, dva porody, dva spontánní potraty, sex ji „nijak nepřitahuje“. Manželství v posledních letech značně disharmonické, konflikty údajně především kvůli manželově alternativní léčbě chronického onemocnění, dokonce dospělá dcera kvůli tomu odešla z domova, od vzniku pacientčinych obtíží se však vztahy výrazně zlepšily, manželé si navzájem pomáhají. Středoškolské vzdělání, pracovala vždy jako úřednice; v posledních dvou letech změnila třikrát zaměstnavatele, na všech pracovištích měla konflikty. Je frekventantkou dálkového studia speciální pedagogiky. Během hospitalizace v psychiatrické léčebně s výborným výsledkem složila poslední dvě zkoušky potřebné k dosažení magisterského titulu, ve studiu dále pokračuje.

Nynější onemocnění začalo jako lehká periferní paréza sedmého hlavového nervu vpravo (n), které si dříve než pacientka všimli spolupracovníci (často popisovaná *la belle indifférence* – lhostejnost k příznaku). Vyšetřena neurologicky se závěrem odeznívající Bellovy obrny. Deset dní poté se objevila slabost v pravé horní končetině, která se vyvinula až do chabé monoparézy. Hospitalizována na předním neurologickém pracovišti, kde provedena všechna potřebná vyšetření (viz dále) a propuštěna po dvou týdnech se závěrem:

Stav po periferní paréze lícního nervu při negativním nálezu v mozkomíšni tekutině. Neúplná (frustrní) monoparéza pravé horní končetiny při nálezu ojedinělého drobného ložiska T vlevo – nejspíše způsobeného zánětem – magnetickou rezonancí. Výpadek zorného pole pravého oka nazálně při známém adenomu hypofýzy.

Po propuštění pacientka dochází na rehabilitaci, pokus o aplikaci Vojtovy metody neúspěšný, protože pacientku rozbolela hlava a odmítla pokračovat. Pět měsíců po začátku obtíží prodělala virózu s horečkami přes 40 °C, při níž se chabá paréza změnila ve spastickou. V této době se začíná rozvíjet depresivní symptomatologie, kterou pacientka ex post líčí jako stav těžké pasivity, kdy jen „seděla a koukala, nezmohla se na nic, myslela na smrt, rozmlouvala s mrtvým tatínkem, vůbec nespala“ a sebevražedné myšlenky zvolna krystalizovaly do plánu zabít se skokem z mostu. V tomto stavu přišla do mé ambulance.

Terapeuticky jsem nasadil sertralin v rychle stoupající dávce (podle tolerance ev. nežádoucích účinků) až na 200 mg denně a vzhledem k dramatické změně neurologického klinického obrazu jsem pacientku poslal na

superkonziliární vyšetření do ambulance emeritního přednosty Neurologické kliniky 1. LF profesora Tichého. Ten indikoval okamžitou rehospitalizaci na neurologii, která byla též okamžitě realizována. Avšak závěry (s výjimkou diagnózy deprese) se ani po řadě dalších pomocných vyšetření nelišily od závěrů hospitalizace předešlé.

Pacientka předána do péče ambulantního neurologa, který po dvou měsících nechal zopakovat CT vyšetření krční páteře, jehož závěr – třímilimetrový výhřez C5/C6 s tlakem na přední stěnu durálního vaku, páteřní kanál zde na podkladě degenerativních a diskogenních změn relativně zúžen na AP rozměr 11 mm – ho vedl k urgentnímu odeslání pacientky na oddělení neurochirurgie Na Homolce, odkud však byla obratem vrácena s verdiktem: „Nevelký nález na CT nemůže být příčinou klinického nálezu na pravé horní končetině, operační řešení není indikováno.“

V dalším průběhu pacientka užívala sertralin 100 mg ráno a trazodone 100 mg večer, deprese zřetelně ustupovala, monoparéza přetrvávala, přičemž končetina ani v náznaku neatrofuje. Vynořil se však sociální problém, a to hrozící ukončení vyplácení dávek v nemoci. Pacientka měla konfliktní situace nejen doma a na pracovištích, ale také ve vztahu ke svému praktickému lékaři, takže bylo nejisté, jak hladce proběhne řízení o přiznání plného invalidního důchodu. V této situaci, a také s úvahou o možnosti většího terapeutického potenciálu jsem nabídl pacientce hospitalizaci na otevřeném oddělení v Psychiatrické léčebně Bohnice, kde na částečný úvazek také pracuji.

Při přijetí z pozitivních symptomů pouze: nálada snižená, ale odklonitelná,

v popředí spíše emoční labilita, stěžuje si na nedostatek vůle, sebevražedné tendence nemá. Na oddělení se rychle adaptovala, po dobu celé hospitalizace (při nezměněné medikaci) bez výraznější psychopatologie, kromě lability nálady, střídaly se stavy euforie s propady, občas projevy interpersonální tenze a plačtivosti při probírání citlivých témat. Byla velmi aktivní v činnostech pracovní terapie a, jak bylo již zmíněno, složila dvě zkoušky v externím studiu. Z psychoterapeutických sezení, jak skupinových, tak individuálních, vyplývá mimo jiné závěr, že onemocnění vlastně přineslo také sekundární zisky (úpravu vztahů v rodině, únik z konfliktních pracovních prostředí do důchodu, který zde byl vyřešen a pacientce přiznán).

Nad standardní program jsem nabídl pacientce tři možnosti: hypnózu, periferní elektrostimulaci pažního pletence při použití přístroje na elektrokonvulzi (tuto metodu jsme úspěšně používali v 60. letech), nebo uvedení do krátkodobého spánku intravenózní aplikací 10 mg diazepam. Hypnózu odmítla okamžitě s odůvodněním, že se bojí toho, co by se ještě mohlo vynořit, když při takovéto zkušenosti před léty vyplavalo trauma z dětství. Stejně negativní stanovisko zaujala k aplikaci elektrostimulace; zažila několik vyšetření, kde elektřina s ní nic neudělala. Takže nakonec souhlasila s třetí variantou. Anesteziolog podal bolus diazepam a při usínání dostávala pacientka posthypnotickou sugesci, že pohyblivost končetiny se po probuzení navrátí. To se skutečně stalo a ještě než pacientka byla plně vzhůru, zasunula postiženou končetinu pod příkrývku. Ničemně po plném probuzení se projevilo zlepšení jen částečně: Oproti úplnému ochrnutí byla schopna mírné abdukce v rameni a částečné flexe v lokti. Objevilo se také senzoričké

uvědomění si končetiny, ne zcela příjemně prožívané, ale pod hranicí bolesti. Krátce po tomto zákroku pacientka požádala o propuštění. Pokračujeme v ambulantní léčbě, pacientka dochází na rehabilitaci a hybnost se velice pomalu v nevelkém rozsahu zlepšuje. Deprese ustoupila úplně, nicméně zajišťující antidepressivní medikace trvá.

VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ

Vyšetření moči, krevního obrazu a celé biochemie vč. mineralogramu byly opakovaně v normě. TK 120/80 – 135/95. Rtg hrudníku normální. EKG normální.

Neurologické vyšetření opakovaně bez topického nálezu s výjimkou intermitentní parézy n. facialis vpravo a plegie pravé horní končetiny.

Vyšetření na počátku onemocnění: mozkomíšní mok normální nález, anti-klíšťová encefalitida imunoglobuliny IgM, IgG negativní, anti-Borrelia Garinii IgM, IgG negativní.

CT mozku statim (nativní a postkontrastní vyšetření na počátku onemocnění): V oblasti zadní jámy lební přiměřený nález, mostomozečkové kouty volné, IV. komora nedilatována, zevní zvukovody nejsou rozšířeny. V oblasti selly sytící se struktura 12 × 8 mm. Komorový systém bez dilatace a deformace. Střední rovina není dislokována. Mozková tkáň bez ložiskových změn s přiměřenými denzitami. subarachnoidální prostory zachovány, nejsou rozšířeny. Známky intrakraniálního krvácení nejsou přítomny.

EEG: lehce abnormní záznam pro intermitentní výskyt pomalých nepravidelných theta vln s tendencí k synchronizaci s bifronto-temporálním maximem na pravidelném pozadí.

EMG: neprokazují lézi n. facialis l. dxt., ani lézi pyramidové dráhy pro pravou horní končetinu.

MRI: ojedinělé drobné ložisko T vlevo nejspíše pozánětlivé (3–4 mm), drobné ložisko v hypofýze nepatrně retrahováno.

Vyšetření při rehospitalizaci:

EMG: neprokazujeme motorické postižení na horní končetině.

Duplexní sonografie mozkových tepen: hemodynamicky významná stenóza na magistralních tepnách mozku nezjištěna.

EEG: plochý beta záznam, varianta normy.

Borrelia Garnii IgM, IgG – negativní.

Psychologické vyšetření: aktuálně kognitivní deficit v oblasti paměti, mírně zpomalené psychomotorické tempo, oslabeny exekutivní funkce. Vzhledem k depresivnímu ladění pacientky nelze určit, zda jde o reverzibilní stav. Doporučuji kontrolní vyšetření po zaléčení deprese.

Psychologické vyšetření při hospitalizaci v psychiatrické léčebně: Akcentovaná, neuroticky strukturovaná osobnost se sklonem k potlačení, afektivní labilita, ambivalentní prožívání. Zjištěné osobnostní charakteristiky připouštějí možnost dissociativní poruchy. Aktuálně již bez známek hlubší deprese.

DIFERENCIÁLNĚ DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA

Základní úvaha při podobném klinickém obrazu směřuje k zjištění poruchy motorické dráhy, tedy nejčastěji k cévní mozkové příhodě, po níž může přetrvávat malé reziduum i po odeznění většiny příznaků, včetně drobných lézí mozkového kmene (1). Pokud je tato bezpečně vyloučena a jako jediný symptom přetrvává monoparéza pravé horní končetiny, je nutné diferenciatně diagnosticky uvažovat o celé řadě dalších možných příčin, počínaje útlakem v průběhu periferní inervace (spondylóza, spinální stenóza, hernie disku, kompresivní léze krční míchy, neuritida n. brachialis, poruchy v oblasti n. suprascapularis), o traumaticko-ortopedické problematice v oblasti ramene a paže, poruše prokrvení v povodí a. brachialis, infekčních příčinách, neoplastickém procesu, autoimunitním onemocnění, ale také o tak málo pravděpodobných jednotkách jakými jsou amyotrofická laterální skleróza, incipientní atypické projevy myasthenia gravis, SLE, symptomy Creutzfeldtovy-Jacobovy choroby (2), či roztroušené sklerózy na počátku onemocnění (to byla velmi důrazná a opakovaná připomínka na přednáškách akademika Hennera: „Vidíte-li typickou hysterickou psychopatii, vyšetřete ji pečlivě neurologicky, protože v řadě případů jde o počínající roztroušenou sklerózu s výkyvy nálad a nevhodným nebrzděným chováním!“), Tak se úvaha o možné dissociální poruše dostává až na zcela poslední místo cestou per exclusionem (3), a to zejména v situaci, kdy podobný klinický obraz není zdaleka tak častý, jak býval před půl stoletím

(tehdy také patřilo BWR² k rutinnímu vyšetření při parézách, protože u mnoha z nich byla příčinou ruptura luetického aneurysmatu). Moje pochyby o organicitě pomohly rozptýlit dvě skutečnosti: končetina ani po 16 měsících nevykazovala žádné známky atrofie, a pak během terapeutického experimentu – bez plné volní kontroly – byla pacientka schopna postiženou končetinou provést plynulý a smysluplný pohyb. Možná mě měla upozornit i *la belle indifférence* při objevu prvních příznaků.

DISKUSE

Na fakultě nás učili, že *hysterie je proteus* a pacienti i pacientky mohou v průběhu vykazovat nejružnější příznaky, což dnes platí o obtížích, které se ocitly ve sběrném koši somatizačních poruch. Jak je však vidět, typických symptomů významně ubylo, přičemž je těžké uvěřit, že ubylo lidí s problémy, které se před půl stoletím prezentovaly tak nepřehlédnutelným způsobem. Jak je možné demonstrovat na předložené kazuistice, některé „jádrové“ obtíže, známé již ve starověkém Egyptě, přetrvávají dodnes. Jenom trvá déle, než jsou vyluštny. K jejich lepší diagnostice by mohlo posloužit širší vidění zdravotního problému.

Je vhodné se zaměřit nejen na negativní nálezy dostupných objektivních vyšetření, ale také na indicie směřující k možnosti funkční poruchy. Jako první bych viděl sexuální zneužití v dětství. Tuto hypotézu vyslovil již Freud (zčásti inspirovaný Janetovou úspěšnou léčbou hysterické obrny mladé ženy, která v hypnóze rozkryla toto trauma, a pak se

² Test na lues

„zázračně“ uzdravila) a její přijetí či zamítání podléhalo módním i ideologickým vlnám. Epidemie „multiple personalities“, která vypukla v USA před 20 roky, vedla k paušálnímu tvrzení, že jde vesměs o fabulace. Naproti tomu seriózní výzkum psychosociálních faktorů u funkčních gastroenterologických poruch shrnutý v Římských kriteriích (4) prokázal přesvědčivě, že více než 30 % pacientek trpících těmito problémy zmíněnou bolestnou zkušeností prošlo. Zajímavé je i subjektivní zpracování problematiky. Kdysi jsem léčil padesátiletou znásilněnou ženu, pro niž větší problém než samotné znásilnění představovala skutečnost, že poprvé v životě tehdy prožila skutečný a závratný orgasmus.

Druhý okruh je reprezentován doslova třaskavými mezilidskými vztahy v rodině i v zaměstnání(ch). Navíc v kritickém období počínajícího klimakteria. Kdysi se používal termín „útek do nemoci“, což však implikovalo určitý úmysl. Nicméně příznak, jako klasický „reaktivní výtvar“, přináší – byť nešťastné – vyřešení problémů. To je pak označováno jako sekundární zisk (za primární zisk označil Freud samotný vznik příznaku, který na sebe koncentruje do té doby neuchopitelnou změť často protichůdných emocí). Jak je uvedeno v kazuistice, pacientčina situace se v mnoha ohledech zlepšila.

Třetí indicií je výsledek psychologického vyšetření ukazující na neurotickou strukturu osobnosti, který byl však bohužel k dispozici až po odeznění depresivní symptomatologie, která při první exploraci tyto drobnější nuance zcela překryla.

Skutečnost, že nebyl nalezen žádný neurologický korelát pacientčina příznaku, neznamena, že její symptomatologie není reálná. Moderní

zobrazovací metody začínají ukazovat i některé neurologické koreláty (5). Přestože některé starší práce se snažily prokázat, že u těchto poruch se po letech vyvine nějaká neurologická porucha (6), pozdější studie tuto skutečnost nepotvrdily (7).

Zatím nepříliš četné a také ne zcela konzistentní studie naznačují, že mozková struktura těchto pacientů se neliší od struktury zdravých osob, ale že je narušeno funkční spojení mezi volními, pohybovými a percepčními centry (8). Autoři zde uvedené studie předpokládají, že primární percepce je neporušená, ale nefunguje senzomotorický plán při narušení funkčního spojení mezi přední cingulární kůrou, orbitofrontální kůrou a limbickými oblastmi mozku. Uvedené skutečnosti se odrážejí i ve změněném krevním průtoku postiženými oblastmi. Výsledky je možné zopakovat i v situaci, kdy v hypnóze je sugerována paralýza jedné končetiny (9). Tyto nálezy ukazují, že v CNS pacientů probíhají senzomotorické děje jinak, než u lidí bez obtíží, že si tedy postižení „nevymýšlejí“, nicméně nepřinášejí dostatečné informace o příčinách a dalších mechanismech.

Data týkající se souběhu nemocí ukazují, že dissociační příznaky se mohou objevovat souběžně s dalšími psychickými poruchami, počínaje depesemí, přes panickou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a další. Pochopitelně se mohou vyskytovat u pacientů s kterýmkoli somatickým onemocněním. Neurologické onemocnění nevyklučuje automaticky přítomnost dissociativní symptomatologie a vice versa.

Léčení je zdlouhavé, často nepříliš úspěšné (parézy mohou trvat roky) a frustrující, což se může negativně odrazit ve vztahu lékaře k pacientům, nárůstu pomocných vyšetření (viz tato kazuistika), tendenci pacienta fragmentarizovat, tedy posílat za nejrůznějšími odborníky a v dobré vůli vést i k polypragmázii. (10). Indikována je psychoterapie, včetně hypnózy, antidepresiva a malé dávky antipsychotik. Anxiolytika se pro možnost návyku a vzniku závislosti nedoporučují.

Chtěl jsem svým příspěvkem upozornit na skutečnost, že navzdory tomu, že „velká hysterie“ se rozpustila v nepřehledném množství funkčních a somatizačních poruch (MUS = Medically Unexplained Symptoms), může se i dnes objevit její archaický a zapomínaný obraz, a je tedy třeba při diferenciální diagnóze pomyslet i na možnost klasické hysterické symptomatologie popsané již v papýru Kahun.

LITERATURA

Song I. U., Kim J. S., Kim Y. I., Lee K. S.: [Brachial monoparesis as an isolated manifestation of a paramedian pontine ischemic lesion](#). Clin. Neurol. Neurosurg. 2007 May;109(4): 376–378

Raz E., Stirpe P., Semproni C. P., et al: [An unusual cause of paraparesis and depression](#). J. Clin. Neurosci. 2009 Oct;16(10): 1329, 1387

<http://en.diagnosispro.com/differential-diagnosis-for/arm-shoulder-weakness-symptom/25007-154.html>.

Drossman D. A. (sen editor): The functional gastrointestinal disorders – Rome 2. Allen Press Inc. Lawrence. KS, 2000

Krem M. M.: Motor conversion disorders reviewed from a neuro-psychiatric perspective. [J. Clin. Psychiatry](#). 2004 Jun; 65(6): 783–790

Slater E. Diagnosis of hysteria. British Medical Journal. 1965;(5447),1:1395–1399

Crimlisk H. L., Kailash B., Cope H. et al. Slater revisited:6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. British Medical Journal. 1998; 316 (7131): 582–586

Black D. N., Seritan A. L., Taber K. H., et al.: Conversion hysteria: lessons from functional imagining. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci, 2004;16: 245–251

Halligan P. W., Athwal B. S., Oakley D. A., et al.: Imagining hypnotic paralysis: implication for conversion hysteria. Lancet, 2000; 355: 986–987

Stonnington C. M., Barry J. J., Fisher R. S.: Conversion disorder. Am. J. Psychiatry, 2006;163(9): 1510–1517

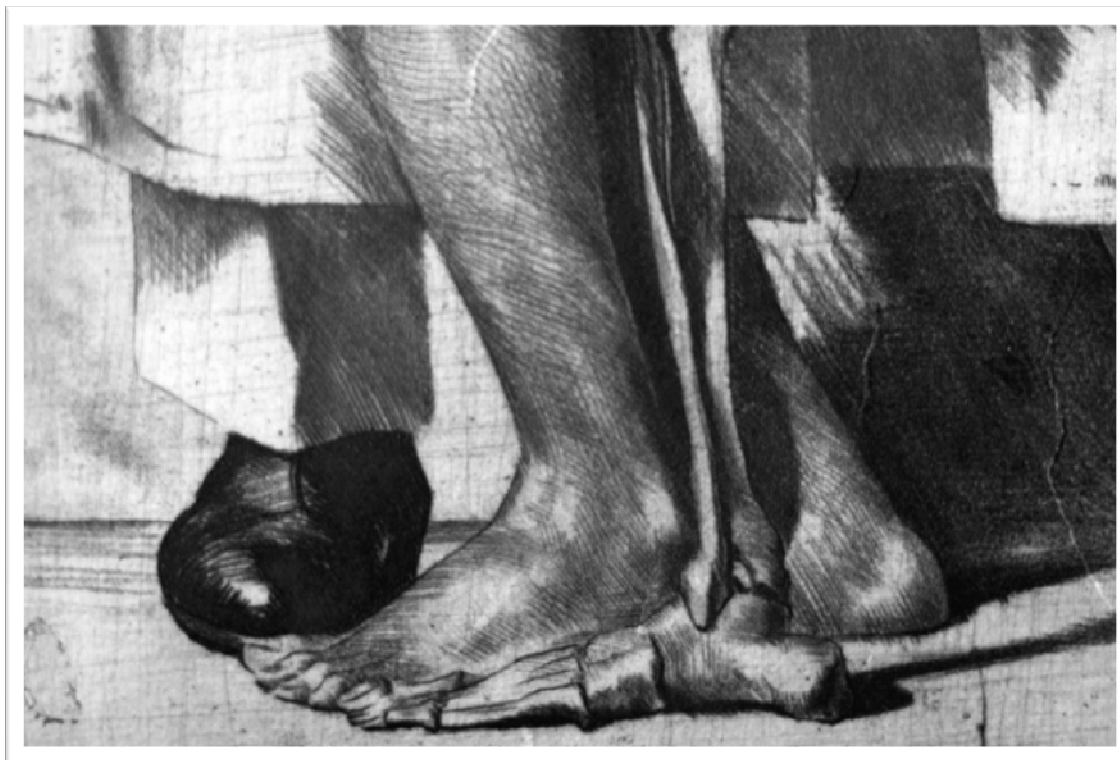
Praha 18. 10. 2009
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
radkinh@seznam.cz

Do redakce přišlo 20.10.

Recenze: 11.11.2009

Přijato k tisku 17.11.2009

Střet zájmů není.



VÝZKUM

KLINICKÁ PSYCHOLOGIE A VÝZKUM PSYCHOSOMATIKY VE VELKÉ BRITÁNII

M.Phil. Kristýna Bušková

Tento článek představuje snahu naznačit alespoň obrysy způsobů vzdělávání klinických psychologů a léčení psychosomatických poruch v rámci rodinné terapie ve Velké Británii.

Zatímco v Čechách se absolventi jednooborové psychologie, kteří se chtějí stát klinickými psychology, se nemusí zabývat výzkumem, v Británii se dnes budoucí klinický psycholog výzkumné práci nevyhne. Jeho přijetí do programu už většinou předchází roční praxe asistenta psychologie, při které se podílí na aplikovaném výzkumu. Jelikož těchto míst však ubývá, zájemci o atestace volí i jiné cesty. Snaží se zapojit do výzkumu na univerzitách jako výzkumní asistenti,

uchylují se k psychoterapeutickým tréninkům a pracují dobrovolně pro různé neziskové organizace a charity působící v oblasti sociální a psychologické pomoci. Ze zoufalství se někdy uchylují k práci pomocných sester na psychiatrii.

Ti, kterým se nakonec podaří dostat do tříletého programu zakončeného atestacemi a disertací, dostanou trénink založený převážně na kognitivně

behaviorální a rodinné terapii, prohloubení znalostí teoretické psychologie a neurologie. Důraz je také kladen na obecné aplikování psychologické teorie u pacientů, na které žádný druh terapie nefunguje, a na přístupy podložené vědeckými poznatky. Právě v tom je viděn největší přínos klinického psychologa. Zatímco vykonávání psychoterapie jako takové je předáno vyškoleným zdravotním sestram, hlavní role klinického psychologa je při assessmentu a u 40 procent těch pacientů, na které psychoterapie nefunguje. Proto se považuje za důležité, aby psycholog byl schopen aplikovat teorii v praxi. Menší důraz je kladen na sebezkušenost.

Britská psychologická asociace (BPS) je dnes hlavním iniciátorem sjednocování tréninků v klinické psychologii v rámci EU. Od roku 2007 udělují absolventům klinické či jiného oboru aplikované psychologie (např. zdravotní psychologie) titul evropský psycholog. Tento titul by měl představovat určitý jasně definovaný standard kvalifikace a usnadnit tak mobilitu psychologů v rámci EU, přestože klinická psychologie nadále zůstává povoláním regulovaným státem.

V rámci BPS existují i výzkumné sekce. K dobře zavedené kvantitativní sekci přibyla v 90. letech sekce pro kvalitativní výzkum. Dnes patří k jedné z největších sekcí v rámci této asociace. Její ustanovení výrazně napomohlo ke standardizaci metodologie kvalitativního výzkumu v psychologii. Standardizace přinesla jasná pravidla. Ta přispěla k definitivnímu překlenutí dlouhého období, kdy se kvalitativní metody v psychologii snažily etablovat a byly používány spíše jako doplněk ke kvantitativnímu výzkumu. Jejich aplikace bývala často nedostatečná. Při nahlédnutí do článků publikovaných

v odborných recenzovaných časopisech staršího data je na první pohled patrné, že největší chyby, kterých se výzkumníci dopouštěli, byly: i) poskytnutí nedostatečného odůvodnění pro zvolení právě kvalitativní metody, ii) neúplná analýza dat a interpretace, ze které se nedalo jasně dedukovat, jak na ní autor přišel. Také jsme se mohli setkat s nedostatečnými informacemi o participantech a relevantními informacemi o autorovi tehdy, kdy hrozí, že výzkumník může být příliš subjektivní (např. v případech, kdy má podobnou zkušenost jako jeho participanti). Kvalitativním metodám se podařilo v Británii etablovat hlavně díky iniciativám a výzkumům menších, avšak kvalitních univerzit. Do těch nejstarších a nejprestižnějších institucí se tyto metody dostávají teprve teď. I tam si již vydobily své místo. Převažuje však stále snaha, aby konečný výzkum byl kombinací kvalitativního a kvantitativního přístupu. Tentokrát s tou kvalitativní částí už však není zacházeno jako s pouhým přívažkem. Většinou se svými obecnějšími výzkumnými otázkami předchází kvantitativnímu výzkumu, který už si stanovuje jasné hypotézy.

Kromě tradiční kazuistiky v klinické psychologii se kvalitativní metody ujaly hlavně ve zdravotní psychologii a odsud se teprve postupně přelévají do klinické psychologie. Jednou z prvních metod byla tzv. *grounded theory*, která se používala hlavně ve výzkumu v ošetrovatelství a také v sociologii. Tato metoda je však dnes v psychologii už na ústupu, neboť se hodí více na zkoumání systémů než na zkoumání jednotlivce. Nejvíce v kurzu jsou následující idiografické metody: fenomenologická analýza, interpretativní fenomenologická analýza, diskurzivní analýza a narativní analýza (některé z těchto metod jsou

podrobněji popsány v minulém čísle Psychosomu). Tyto analýzy využívají tematického přístupu k vlastnímu zpracování dat. Ten se stal díky dostupnosti speciálních softwarů na kvalitativní analýzu mnohem uchopitelnějším. (Těmi nejznámějšími jsou Nvivo8 a ATLAS. Z mé vlastní zkušenosti a zkušenosti mých kolegů považuji Nvivo za daleko propracovanější a uchopitelnější než ATLAS.)

Co se týká rodinné terapie a léčení psychosomatických poruch, Británie se potýkala s nedostatky modelu „psychosomatické rodiny“ tak, jak ho navrhli Minuchin, Baker, Roman, Liebman, Milman a Todd (1975). Jde o model kombinující schémata, podle kterých rodina funguje, s projevy somatických nemocí u dětí. Byť je tento model téměř intuitivní a získal si velkou klinickou oblibu, jeho validita byla vážně zpochybněna (Coyne 1989).

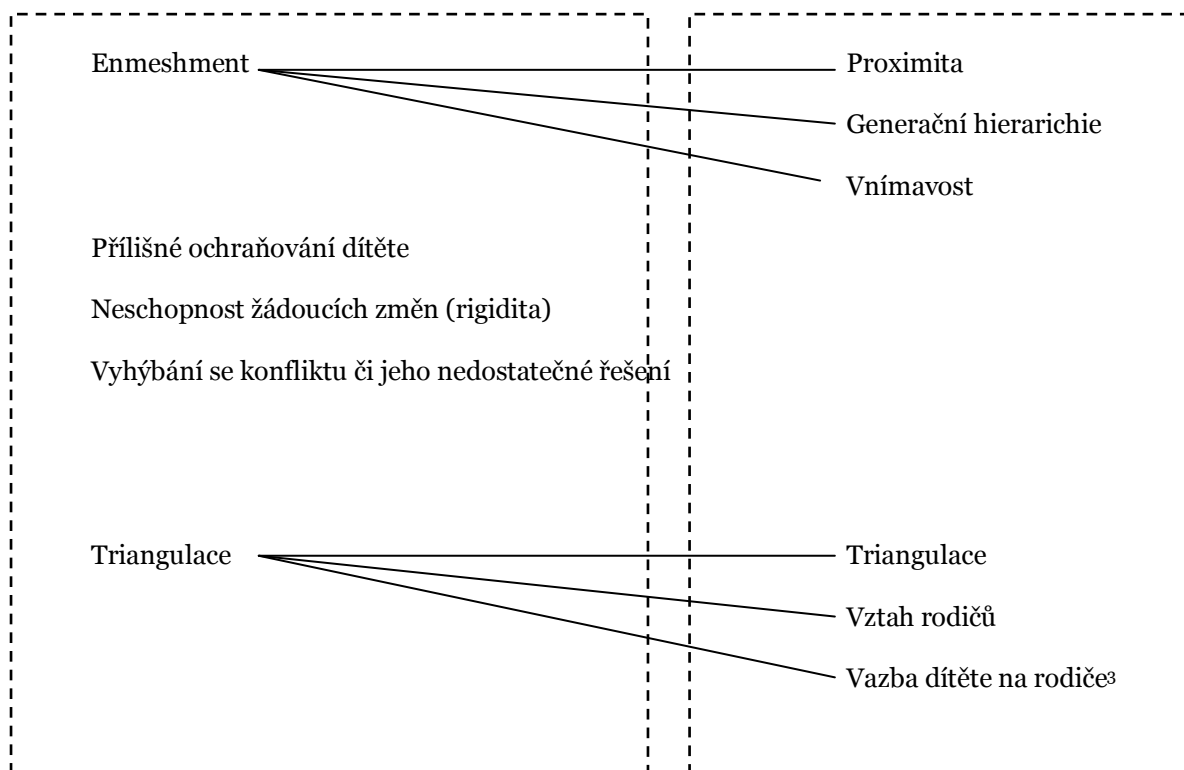
Minuchin et. al. přišli s pěti způsoby interakce v rodině u dětí vykazujících chronickou nemoc: i) zapletení dítěte do rodinného sporu (enmeshment), ii)

přílišné ochraňování dítěte, iii) vyhýbání se konfliktu či nedostačující řešení konfliktů, iv) neschopnost žádoucích změn a v) triangulace. Největší problém s tímto modelem byla snaha prokázat kauzalitu, přičemž výzkum jasně ukazoval pouze korelaci (Wood 1993). Dále chyběly adekvátní kontrolní skupiny, rozdělení dětí podle typu a závažnosti choroby a mapování změn během samotného testování. To, že terminologie zvolená Minuchinem et. al. konotovala patologii a tak napomáhala obviňování rodin, se také nesetkalo s velkým ohlasem, stejně jako opomenutí možného přínosu těchto stylů interakce za určitých podmínek.

Woodová (1993; 1994) tento model přepracovala a podložila ho empirickým výzkumem využívající „cross-sectional design“. Díky dobré validitě tohoto modelu je dnes hojně využíván v aplikované psychologii (klinické psychologii i praxi rodinné terapie). Následující tabulka porovnává model Woodové s předešlým modelem podle Minuchina.

Minuchinův model

model Woodové



Obr. 1: Porovnání psychosomatického rodinného modelu s biobehaviorálním rodinným modelem (přejato z Wood 1993).

³ Roli vazby dítěte na rodiče v rámci systému rodiny byla později prokázána empiricky a obohatila tak tento model (viz Wood, Klebba a Miller 2000).

Z porovnání těchto dvou modelů je vidět odklon od výrazů konotujících patologií k neutrálnější terminologii nenaznačující kauzalitu. Dále došlo k vynechání tří rodinných procesů, pro které model Woodové nevygeneroval dostatečnou empirickou evidenci. Byly však přidány procesy týkající se samotného dítěte, jako je jeho reaktivita. Má se za to, že reaktivnější děti vykazují intenzivnější somatické symptomy. O jaký somatický symptom se jedná, závisí na tom, k čemu je dítě fyziologicky náchylné (Carr 2006). Tím tedy došlo k rozšíření modelu o aspekty týkající se jednotlivce a nejen systému rodiny.

Zajímavostí tohoto modelu také je, že byl rozšířen o širší sociální kontext přesahující rodinu. Jeho principy jsou při léčbě dětí s psychosomatickými chorobami uplatňovány při interakci dítěte se školou a spolužáky a se zdravotnictvím (Wood 1994). Například rozpaky spolužáků nad chronickou nemocí dítěte mohou způsobit přílišné odcizení (nedostatek proximitiy), zatímco přílišné zaujetí spolužáků nemocí dítěte může způsobit přílišnou proximitu. Oba tyto extrémy tak znamenají nerovnováhu systémů, která se vždy považuje za rizikovou.

Tento multi-systemický přístup se zajisté moc neliší od praxe systemické rodinné terapie v Čechách. Spíše nám nastiňuje nejnovější vývoj v této oblasti a může nám být inspirací ke zdokonalování našich výzkumných metod tak, abychom dokázali obstát před kritikou, kterých je ve vědě poprávu vždy hodně.

Na závěr tedy nezbyvá než shrnout, že Velká Británie, jakožto kolébka empirického výzkumu, se snaží v psychologické praxi propojovat výzkum s praxí a na svých pacientech uplatňuje hlavně věci vědecky dobře podložené. To s sebou přináší i odklon

např. od psychodynamického přístupu, který si nezískal dostatečnou empirickou validitu. O to více se věnují bio-psycho-sociálnímu modelu pomoci a dále ho rozvíjejí.

Autorka:

Kristýna Bušková je absolventkou magisterského studia sociálních studií na Cambridge univerzitě, kde obhájila práci na téma: Understanding the experiences of the daughters of expolitical prisoners in Stalinist Czechoslovakia in the 1950s using Interpretative phenomenological analysis (Porozumění zkušenostem dcer politických vězňů z 50. let ve stalinistickém Československu pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy). Magisterské studium (M.Phil) v sociální a vývojové psychologii na téže univerzitě absolvovala díky stipendiu poskytnutém organizací Cambridge European Trust uzavřela prací na téma: Chinese medicine practitioners' perception of depression. (Pohled na deprese z hlediska čínských terapeutů). Je absolventkou bakalářského studia v oboru International and European Economics Studies na UNIVERSITY OF NEWYORK IN PRAGUE (UNYP). Dva semestry na Brémské univerzitě působila jako výzkumný asistent pro Dr. Heika Pleines v Institutu východoevropských studií. Podílí se na celé řadě výzkumných prací jak u nás, tak v Londýně, Cambridge a Brémách.

Použitá literatura

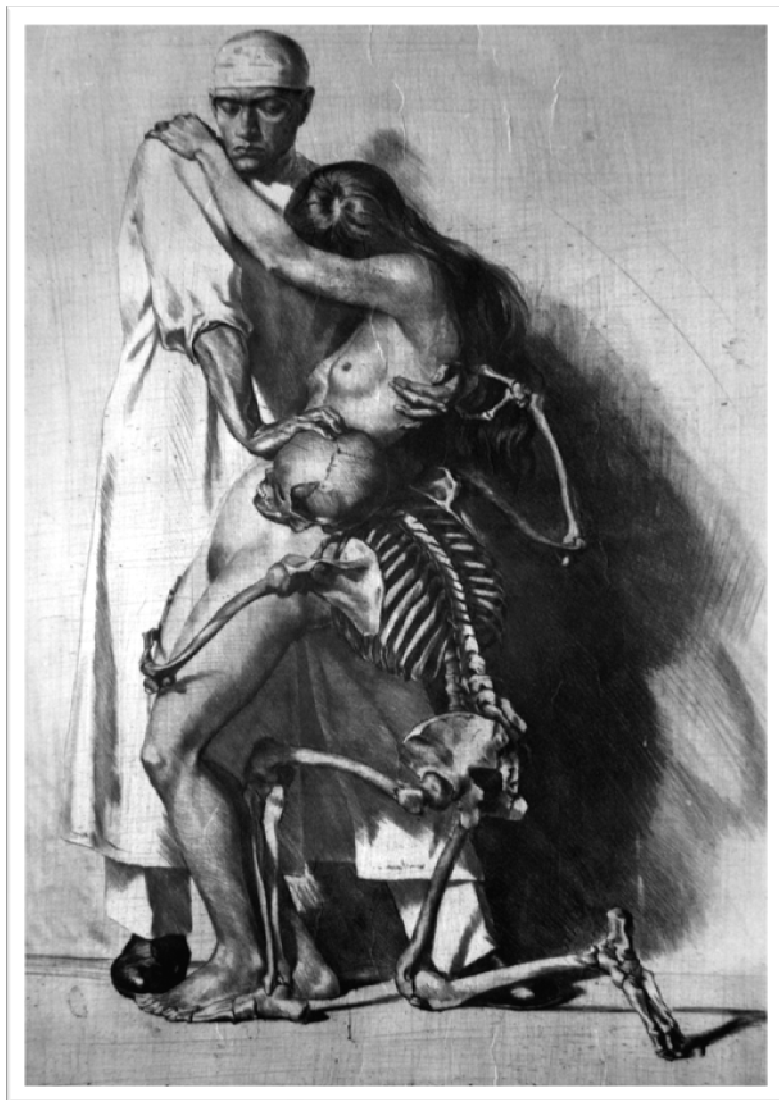
1. Carr, A. (2006) The Handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach. London, New York: Routledge.
2. Coyne, J. C., & Anderson, B. J. (1989). The „psychosomatic family“ reconsidered:

- Diabetes in context. *Journal of marital and family therapy*, 15, 139–148.
3. Munichin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organisation and family therapy. *Archives of general psychiatry*, 32, 1031–1038.
 4. Wood, B. L. (1994). One articulation of the structural family therapy model: a biobehavioral family model of chronic illness in children. *Journal of Family Therapy*, 16, 53–72.
 5. Wood, B. L. (1993). Beyond the „psychosomatic family“: A biobehavioural family model of pediatric illness. *Family processes*, 32, 261–278.
 6. Wood, B. L., Klebba, K. B., & Miller (2000). Evolving the biobehavioural family model: The fit for attachment. *Family Processes*, 39, 319–244.

Přijato: 15. 11. 09

Zařazeno bez recenzního řízení jako zpráva





ETIKA

OŠETŘOVATELSTVÍ JAKO POVOLÁNÍ

Vanda Kuběnová

Univerzita Karlova v Praze, Ústav pro humanitní studia v lékařství, Centrum pro bioetiku, Praha, ČR

Souhrn

Ošetrovatelství patří k povoláním bezprostředně zaměřeným na člověka, jimž nejde pouze o nějaké jeho partikulární zájmy, ale přímo o jeho dobro. Jako takové proto vyžaduje nejen profesní zdatnost a dodržování běžných morálních pravidel, ale také vysokou úroveň morální citlivosti a přítomnost laskavého zájmu o pacienta. Ty se sice nemohou stát požadavky, jež by po ošetrovatelích mohly být jednoduše vyžadovány nějakými zákony nebo pravidly, přesto však k étosu ošetrovatelství patří. Právě to (spolu)vytváří zvláštní důstojnost a náročnost profese ošetrovatelství.

Klíčová slova: ošetrovatelství, etika, povolání

Summary:

Kuběnová V: Nursing as a profession, Psychosom, 2009;7(4): 252-261

Nursing is a profession immediately aimed at people who do not just concern their sectional interests, but directly due to their good. As such, therefore it requires not only professional abilities and the observance of common moral rules, but also the high level of moral sensitivity and the presence of kind interest in the patient. Although these cannot become requirements that could easily be required by some laws or rules, however they belong to the ethos of nursing. That's what (co-) create a special dignity and demandingness of the profession of nursing.

ÚVOD

U některých profesí máme za to, že k jejich vykonávání není třeba jen specializovaných znalostí a dovedností, ale také určité hluboké oddanosti věci, mravní bezúhonnosti a osobnostní zralosti. Jsou to především tzv. vztahová povolání, bezprostředně zaměřená na člověka - lékařství, ošetrovatelství, učitelství, politika či právo⁴. Mezi nimi přísluší zvláštní místo tzv. pomáhajícím profesím⁵, jež se zaměřují na člověka v nějaké nouzi, na člověka trpícího. Právě o těchto pomáhajících zaměstnáních se někdy říká: "To není zaměstnání, ale povolání". Slovo povolání, dříve používané v ryze náboženském kontextu

pro povolání k duchovnímu (kněžskému nebo řeholnímu) stavu, ještě obsahuje stopu onoho imperativního pozvání na cestu, které znamená požadavek hluboké oddanosti, ztotožnění se smyslem dané činnosti a připravenost přinášet oběti. Stále častěji se dnes ozývají hlasy, jež požadují, aby výjimečnost těchto „povolání“ byla „zrušena“ a abychom k těm, kdo je vykonávají, přistupovali stejně, jako k zaměstnancům v jakýchkoli jiných zaměstnáních.

V myšlence, že k pomáhajícím profesím je třeba určitého „povolání“, zaznívá intuice, že některé profese vyžadují rozvinutí specifických charakterových ctností, na rozdíl od (pouhých) zaměstnání, která žádné zvláštní požadavky na charakter svých vykonavatelů nemají. Pokusím se ukázat,

⁴ Viz Dorotíková, 2003

⁵ Definice pomáhajících profesí viz např. na <http://www.rvp.cz/sekce/808>, 5. 5. 2009

že tato intuice je ospravedlněna zásadní odlišností morálních nároků pomáhajících vztahových profesí. Nejprve prozkoumáme rozdíly mezi vztahy pomáhajících profesionálů k trpícím (pacientům) a vztahy ke „klientům“ v jiných zaměstnáních. Zamysleme se nad tím, co ve vztazích pomáhajících profesionálů k jejich pacientům vzdoruje zachycení do

systemu pravidel morálního jednání a přesto zůstává důležitou součástí profesionální péče o trpící. Poté se pokusíme promyslet zvláštnost setkání s trpícím člověkem a specifické nároky, které na pomáhající profesionály klade. Takto vyzbrojeni se obrátíme k otázce, čím jsou vůči ošetřovatelům povinni jejich zaměstnavatelé a nakonec i celá společnost.

PACIENT NEBO KLIENT?

Motivy volání po další „sekularizaci“ pomáhajících profesí bývají dvojího druhu. Jednak zde má svůj vliv pocit využívání a zneuznání těch, kdo jsou v těchto povoláních zaměstnaní. Poukazování na charakter „povolání“ pomáhajících profesí se někdy skutečně může stát prostředkem jakéhosi morálního vydírání – ten, kdo protestuje proti mizerným pracovním podmínkám, platu a nedostatku uznání za svou práci, je odbyt jako někdo, kdo „nemá povolání“ a nárokům své profese prostě nedostačuje. Přitom zároveň může být svým okolím vnímán jako neschopný, protože se drží práce, ve které si „nevzdělá“, která je tudíž jen pro ty, co si „netroufnou na víc“ atd... Může mít pocit, že je po něm požadováno určité sebeobětování, jež je vnímáno jako jeho morální povinnost, za které ale není příliš oceněn. Hodnota obětavosti nepatří k těm společensky nejatraktivnějším a ti, kdo ji žijí, vyvolávají často spíše podezření. Úctu k povoláním vyžadujícím vysokou míru nezištnosti, obětavosti a nasazení pro druhé ale nelze zachránit tím, že se je pokusíme popsat způsobem, který tyto hodnoty „vypouští“. Cestou k docenění těchto profesí je naopak právě reflexe toho, že k jejich kvalitnímu vykonávání nutně patří také specifické ctnosti,

jejichž rozvoj vyžaduje důstojné pracovní prostředí.

Jiným důvodem obecného požadavku „odkouzlení“ pomáhajících povolání, bývá ohled na autonomii těch, s nimiž je pracováno. Jako model pro vztahy ve vztahových povoláních pak bývají nabízeny vztahy obchodní, mezi zaměstnanci a „klienty“ se uzavírají „kontrakty“, klade se důraz na oboustrannou výhodnost a prospěšnost. Postavení klienta, zdá se, je rovnoprávnější a aktivnější než „pasivní“ role pacienta. Klient si sám vybírá služby, o něž má zájem, a není-li s jejich naplněním spokojen, odchází a obrací se ke konkurenci. Konkurenční prostředí mezi „poskytovateli služeb“ vede k tomu, že se profesionálové snaží co nejlépe naplnit potřeby klienta, aby si jej udrželi. Takový „tržní model“ vztahových povolání, mohou argumentovat jeho zastánci, také lépe umožňuje naplňovat princip respektu k autonomii, jenž byl jako etický princip zdravotnické etiky rozpoznán teprve ve 20. století⁶ a jemuž proto nemusejí dostatečně odpovídat starší pojetí vztahu pomáhajícího profesionála a nemocného.

⁶ Srov. Beauchamp, Childress, 2001

Princip respektu k autonomii pacienta je skutečně významným objevem moderní zdravotnické etiky. Je třeba si však být vědom toho, co tento princip nepopisuje. Princip respektu k autonomii pacienta je negativním vymezením. Jako takový ukazuje, co profesionál *nesmí* – nesmí (kromě výjimečných ospravedlněných případů) činit s pacientem a na pacientovi nic proti jeho vůli a bez jeho souhlasu. Autonomie pacienta je hodnotou, která je nejdůležitějším zdrojem jeho ochrany v institucionálním systému, v němž se zdravotnická péče odehrává. Pro pozitivní popis vztahu profesionála k trpícímu však tento princip sám o sobě nestačí.

„Služby“, které „poskytovatelé“ poskytují svým „klientům“ v rámci pomáhajících povolání ve větší nebo menší míře zahrnují vzájemný mezilidský vztah. To, oč jim v takovém vztahu jde, je však sám „klient“ a jeho dobro, nejen nějaké jeho partikulární zájmy. Soustředí-li se obchodník, ke kterému jsem přišla koupit nějaký přístroj, na poctivé a ne přímo nezdořilé vyřízení mé pohledávky, ale jinak je k mému dobru zcela lhostejný, nebudu nejspíš nic namítat. Nicméně už v případě, kdy bude obchodovat se službami, které se více dotýkají mé osoby, např. jako realitní makléř nebo architekt, mi nějaký pozitivní zájem o mě bude scházet. Bude-li ke mně zcela lhostejný lékař, za nímž přijdu s nemocným žlučníkem, je velmi pravděpodobné, že se – třeba jako ten pověstný „žlučník na čtyřce“ - budu jeho lhostejností cítit zraněna.

Obrátit se na odborníky povolání ke vztahovým pomáhajícím profesím znamená vydat do jejich rukou nejen nějaký svůj partikulární zájem, ale přímo sebe sama. Etické nároky takových vztahů jsou proto jiného charakteru než nároky vztahů obchodních. Ke všem zaměstnáním patří určitý požadavek

poctivosti, ale po svém učiteli, lékaři, psychologovi nebo ošetřovateli navíc chci, aby ve mně viděl svého bližního, aby mu šlo o mne a o mé dobro, a považují to za součást jeho profese. I po automechanikovi jistě mohu chtít, aby mu šlo o mé dobro, ale pak tento požadavek nesouvisí s jeho zaměstnáním, tj. chci to po něm jako po člověku, ne jako po automechanikovi. Jeho úkolem coby automechanika je výhradně péče o dobro mého vozu (s ohledem na to, že je to můj vůz).

Etické nároky vztahu profesionála k trpícímu v rámci jeho profese se tedy od jiných pracovních vztahů, např. obchodních, liší zejména požadavkem určité angažovanosti a nelhostejnosti. Liší se však také od přirozených vztahů jako je láska nebo přátelství – a to požadavkem přijetí jednostranné odpovědnosti za tento vztah a partnera v něm, a také požadavkem určité podoby nestrannosti, dané zejména nemožností volby, s kým profesionál vstoupí do vztahu.

Nároky nezaujatosti se u různých pomáhajících profesí mohou poněkud lišit. Pro některé profese je typické, že přítomnost osobního zájmu a existence silné přirozené vazby může negativně ovlivnit úspěšnost profesionálního výkonu. Příkladem je lékařství – schopnost přesně posoudit situaci a učinit rychle závažné rozhodnutí může být významně oslabena, je-li pacientem např. vlastní dítě nebo životní partner. Patří ke specifickým ošetřovatelství, že pozitivní osobní vztahy schopnost péče obvykle ovlivňují spíše kladně (ač u specifických odborných úkonů může platit totéž jako pro lékařství a vždy také záleží na povaze zúčastněných). Požadavek nestrannosti zde bude znamenat spíše nutnost zvládnout vztahy negativní, nesympatní, osobní aversi nebo názorovou rozdílnost.

PRAVIDLA A CITLIVOST K DRUHÉMU

Profesní etika je zásadní a integrální součástí vztahových povolání. Důvěra, se kterou se vydávám, jejich konkrétním vykonavatelům se opírá o důvěru v profesi jako takovou, v to, že v ní jde v první řadě o dobro pacientů.⁷

K úkolům odborných institucí patří také promýšlení etických zásad dané profese, stanovení jejich aplikací v konkrétních podmínkách a dohled nad jejich dodržováním. Patří-li etika v daných povoláních k profesní výbavě pracovníků, vyvstává problém, jak profesní etické chování vyžadovat, kontrolovat a jak to, co je vyžadováno, formulovat tak, aby formulace mohly sloužit jako vodítko pro chování a hodnocení. Rozsah etiky v pomáhajících profesích však nevyčerpává jednání, jež je možné vyžadovat zákonem a pravidly.

Odborná péče se odehrává ve vztahu konkrétních lidských bytostí, a je od něj neoddělitelná. Profesionál se nevztahuje primárně k nějakému problému svého „klienta“, ale k němu samotnému, jde mu o člověka, který trpí nějakým problémem, ne o problém, se kterým přichází nějaký člověk. Do takto vymezeného vztahu vstupují konkrétní lidé, pacienti a profesionálové, se svými povahami, charaktery a zkušenostmi. Každá jednotlivá situace, ve které se pečující s pacientem ocitne, se odehrává ve složitém a proměnlivém kontextu. Jeho významnou složkou je to, jak danou situaci vnímá pacient, čeho se bojí, co očekává atd. Dostát morálním nárokům, které péče o pacienty na profesionály

klade, předpokládá určitou míru citlivosti k těmto kontextům⁸.

Míra citlivosti patří k výbavě, se kterou profesionál do jednotlivých situací péče už vstupuje. Souvisí s tím, jaký je, s jeho charakterem. Jak říká Aristoteles, duševní dispozice vznikají podobně jako zdatnost v nějakém zápase - neustálým vykonáváním jednotlivých činností.⁹ To, jací v důsledku našich opakovaných činů jsme, ovšem ovlivňuje také naše porozumění tomu, co vůbec máme činit. Změnit svůj charakter je proto mnohem obtížnější než změnit jednání, k jeho změně nestačí jen „napření vůle“ jako k vykonání nějakého skutku. Citlivost k pacientům nelze proto jednoduše nařídit nějakým souborem pravidel. Naopak, právě ona sama už je do značné míry předpokladem schopnosti obecná pravidla správně aplikovat.

Důležitost citlivosti k potřebám druhého vyvstává zřetelně v nárocích přirozených vztahů, jaké máme s přáteli, známými, příbuznými a partnery. Ač i tady samozřejmě platí základní pravidla jako mantinely vymezující možné chování (jež jsou obvykle zakotveny v právním systému země), být dobrou matkou, sestrou nebo přítelkyní po mě vyžaduje ještě něco navíc. Osobní vztahy bývají obvykle chápány jako ležící mimo sféru morálky, pro nás jsou však dobrým příkladem, protože jsou prostředím, v nichž se odehrává podobný typ péče

⁸ Z tohoto úhlu pohledu provádějí kritiku „principialistické“ etiky teorie tzv. etiky péče, stručně viz např. Beauchamp, Childress, 2001 (kapitola 8 – Morální teorie)

⁷ Srov. Beauchamp, Childress, 2001

⁹ Srov. Aristoteles, 1996

jako (profesionální) péče o trpící. V osobních vztazích jde také přímo o druhého a jeho dobro a také vyžadují citlivost k jeho potřebám.

Vztahy rodičů k nezletilým dětem mají z přirozených vztahů nejsilnější složku jasně definovaných povinností, na jejichž vykonávání dohlíží stát. Za svou „rodičovskou povinnost“ však obvykle považujeme mnohem víc než jen dostání povinností, jež nám ukládají zákony. K požadavkům osobních vztahů patří schopnost láskyplného zájmu a citlivosti k druhým, jejich potřebám i strachům, radostem a strastem.

Láskyplný zájem se nedá přikázat, ale jeho nepřítomnost v některých případech vede k tomu, že člověka, jenž jej postrádá a tento nedostatek vůbec nevidí jako problém, budeme soudit jako morálně nedostatečného. Například takového rodiče, který by pečoval o své dítě bez lásky, ačkoli by vzorně plnil své

zákonné povinnosti k dítěti. K tomu být dobrou matkou, sestrou nebo přítelkyní ale na druhou stranu nestačí ani bezmezná láska, pokud není provázená citlivou pozorností k druhému. Matku drtící své děti láskou slepou k jejich potřebám a přáním snad ani není třeba uvádět jako příklad.

V situacích, kde se spolu lidé setkávají v blízkých, osobních vztazích, běžná morální pravidla nebo principy jako spolehlivý návod k dobrému jednání nestačí. Tyto vztahy totiž nad dodržování základních pravidel respektu k právům ostatních osob vyžadují láskyplný zájem a citlivost k potřebám a přáním druhého. Důležitou roli zde sehrává charakter jednotlivých účastníků tím, že ovlivňuje jejich schopnost orientace ve složitém předivě kontextů různých situací a vztahů, který nelze dostatečně efektivně zachytit systémem pravidel. Podíváme se, jak je tomu ve vztazích profesionálů k trpícím.

ÚLEVA A ÚTĚCHA. PROFESIONÁLNÍ PÉČE O TRPÍCÍ

K étosu¹⁰ pomáhajících profesí citlivé chování k trpícím bezpochyby patří. Je však vhodné tuto citlivost srovnávat s citlivostí, kterou potřebujeme a obdivujeme v přirozených vztazích? Nevyžaduje profesionalita v pomáhajících profesích spíše citlivost ve smyslu dodržování určitých pravidel, jak s pacientem jednat? Nestačí pro orientaci na obecnější rovině identifikovat některé morální principy, z nichž jsou tato pravidla odvozena a není proto zbytečné či dokonce zavádějící hovořit o charakteru, byť můžeme připustit, že lidem s pevným

charakterem, oplývajícím některými ctnostmi, se budou daná pravidla snadněji dodržovat?

Je pravda, že právě soubor pravidel pro různé situace částečně napomáhá zmírnit důsledky toho, že některý pracovník dostatečně citlivý není. Je-li situace, ve které má profesionál tak a tak jednat, jasně popsána, nedodržení pravidla prozrazuje buď zlý úmysl nebo nedbalost (ať už zaviněnou vlastním přičiněním nebo zcela neúmyslným selháním typu přehlédnutí, přepsání apod..). Pečlivost a dobrá vůle patří k tomu, co od svých zaměstnanců požaduje každý zaměstnavatel.

¹⁰ Vymezení “étosu” viz např. v Dorotíková, 2003

Přestoupení jasně formulovaných pravidel může snadno identifikovat jak okolí, tak sám jednatel, proto jsou pravidla výhodná např. tam, kde se mají stát „oporou interních disciplinárních opatření“¹¹. Nikdy sice nelze popsat všechny situace, protože každé pravidlo už je určitou generalizací, ale je možné zaměřit se na situace a problémy, jež pokládáme za nejdůležitější či nejčastější. Argumentaci vycházející z promyšlení principů můžeme doplnit také přehledem precedentních sporů a „svědectví“, jež budou „navádět“ ke komplexnímu posuzování jednotlivých rozdílných situací. Avšak i v situacích, pro něž jasně formulovaná pravidla nalezneme, stále zůstává něco, co lze systémem pravidel těžko zachytit a ještě obtížněji na jejich základě vyžadovat. Je to ona špetka lidskosti, jež je výrazem zájmu o druhého, láskyplné pozornosti, soucitu a nelhostejnosti. To je útěcha, po níž člověk v nemoci a existenciální nouzi tak prahne.

V pomáhajících profesích se profesionálové setkávají s lidmi v nouzi. Ve zdravotnictví se starají o ty, kteří trpí především tělesně, mívají velké bolesti a na své nemoci mnohdy umírají. Tato skutečnost je zcela zásadní pro všechny úvahy o morálních nárocích zdravotnických profesí. Je pravda, že ne vždy se zdravotník a pacient setkávají v situaci takto dramatické - lékařům a ošetřovatelům se svěřujeme také s menšími bolístkami a problémy. Čím dramatičtější okolnosti však nastávají, tím výrazněji se ony specifické nároky budou hlásit ke slovu a tím více bude platit to, o čem se zde pokouším mluvit.

Nemoc a utrpení zbavují člověka síly a moci sám jednat ve světě, takže se stává závislým na pomoci druhých, vydaným jejich milosrdenství. Ne-mocný, na kterého doléhá všechna tíha lidského osudu, tělesnosti a smrtelnosti, hledá nejen úlevu, ale také útěchu. Milosrdná pomoc a soucitný čin přinášejí obojí. Ulevují a utěšují nelhostejností, zájmem, který ujišťuje nemocného, že není opuštěn, odvržen a bez užitku.

Představují dokonce ještě hlubší útěchu, protože jsou ztělesněním hodnot, které dávají lidskému osudu jeho krásu a vznešenost a tak se mohou stát „světlem“ v čase temnoty a beznaděje.¹² Nejen trpícímu, ale i všem „přihlížejícím“, a dokonce i samotnému pomáhajícímu. Setkání s utrpením a bolestí, vlastním i cizím, může člověka zlomit, také ale má moc přivádět k tomu, co je skutečně důležité, k hodnotám, které dávají životu důstojnost a smysl. Setkáním s trpícími „se člověk důkladně naučí, co je nejvyšší“¹³, setkání s člověkem, který důstojně snáší své utrpení, může pohnout k velkorysejšímu pohledu na život, k nahlédnutí malichernosti běžných trablů.

V moderní době se pomoc trpícím masivně profesionalizovala. To umožnilo obrovský nárůst toho, s čím lze pomoci, i toho, komu lze pomoci. Určitá úroveň profesionální zdravotní péče patří k základním lidským právům, a tak i k právům občanů zemí, jež se je zavázaly respektovat. Tato skutečnost je výrazem přihlášení se lidského společenství k hodnotám solidarity a soucitu. Jazyk práv, kterým je vyjádřena, je velice „praktický“ v politické oblasti, poněkud ale zastírá onu „existenciální“ dimenzi

¹¹ Dle Campbellové je „opora interních disciplinárních opatření“ jedním z důvodů pro vytvoření profesního etického kodexu. (Campbell, 2000).

¹² Weil, 1962

¹³ Kierkegaard, 1989, s. 139

pomoci trpícím, ve které nejde o „právo“, ale o dobro.¹⁴

Hodnoty jako je soucit s druhým člověkem a láska k bližnímu zůstávají v pozadí profesionalizované péče o trpící i motivací mnohých zdravotníků. Do hry však vstupují také instituce a vztahy mezi profesionály a těmito institucemi, jež jsou zakotveny v zákonech a mají podobu smluv o vykonané práci a odměně za ni. Profesionální zdravotní péče je právem občana a povinností státu „výměnou“ za jiné povinnosti občana vůči státu (např. placení zdravotního pojištění). Zdravotník je zaměstnancem jisté instituce a pacient zase do jisté míry klientem, který si platí péči, na niž má „právo“. To však nijak neumenšuje existenciální nouzi a potřeby trpícího.

Zkušenost utrpení často, a zejména tváří v tvář smrti, probouzí takovou touhu po útěse, kterou mohou utišit pouze nejvyšší hodnoty.¹⁵ Laskavá, nezištná, soucitná, trpělivá a pokorná blízkost druhého člověka má tím, že tyto hodnoty zpřítomňuje, moc takovou útěchu poskytnout. Aby tyto hodnoty byly vidět v situaci, kdy pomáhající člověk je za svou pomoc placen a trpícímu je tato pomoc garantovaná státem jako jeho právo a poskytována přinejmenším částečně za jeho peníze, jsou nároky na charakter pomáhajícího ještě naléhavější, než kdyby tuto pomoc vykonával zdarma a zcela spontánně, z lásky či přátelství či dokonce jako pouhý kolemjdoucí milosrdný Samaritán¹⁶.

Právě sestry a ošetřovatelé jsou v nemocnicích a ústavech - zejména při dlouhodobých pobytech - těmi, kdo

s nemocnými a trpícími lidmi tráví nejvíce času v „každodenním provozu“. Ač i do jejich práce patří zvládnutí specifických odborných procedur, ještě více než lékaři pečují také o to, aby se pacienti v daném prostředí cítili dobře nebo co nejlépe. Jsou prvními, kterým si pacient může postěžovat nebo vyjádřit nějakou prosbu či přání, jsou prvními „na ráně“, když se pacient zlobí, když je mu smutno, když je zoufalý. Ze zdravotnického personálu se obvykle právě ošetřovatelé nejdůvěrněji seznámí s povahovými zvláštnostmi jednotlivých pacientů, příjemnými i obtížnými. V jejich práci se tak ostře střetávají „dva světy“ - svět výkonu, kariéry a zaměstnání v nějaké instituci a svět trpícího člověka, toužícího po lidské spoluúčasti a zájmu a zároveň odhaleného v celé své zranitelnosti a nedokonalosti.

Tváří v tvář utrpení není nikdo jen profesionálem a odborníkem, ale vždy také člověkem, „bližním“. Pomáhající profese, pro něž je pomoc trpícímu závazkem profesním, však v sobě tento požadavek po postoji „bližního“ obsahují implicitně jakožto zároveň úkol pracovní. Není „tvrdou“ pracovní povinností, kterou lze nařídit a na základě smlouvy vyžadovat, přesto však patří k étosu povolání pečujících o nemocné. Zdravotníků se dovolává ne jako zaměstnanců, občanů, „osob“ vázaných právy a povinnostmi, ale - každého jednotlivě - jako lidských bytostí.¹⁷

Vztahy pomáhajících profesionálů k trpícím, o něž se v rámci své práce starají, vyžadují skloubení obou těchto rovin - roviny vztahu mezi „poskytovatelem“ a „uživitelem“ péče a

¹⁴ Weil, 1962

¹⁵ tamtéž

¹⁶ Lk, 10, 25-37

¹⁷ Viz Weil, 1962

roviny vztahu mezi lidmi jako „bližními“. K oběma těmto rovinám se vztahují jiné typy hodnot. Zatímco na první rovině jde o korektní dodržování morálních pravidel a závazků ke všem stranám zúčastněným v procesu péče, na druhé rovině jde o schopnost zájmu o pacienta a citlivost k tomu, co potřebuje, po čem touží a co ho trápí. Zatímco na první rovině jde o důstojnost pacienta plynoucí z jeho autonomie a vyžadující její respektování, na rovině druhé jde o zvláštní důstojnost těch, kdo trpí. Zvládnutí „druhé roviny“ vztahu předpokládá určitý charakter a rozvoj

některých ctností, v tom se nároky profesionálních vztahů pomáhajících blíží nárokům vztahů přirozených. Od těch se však liší specifickými omezeními ze strany oné „první roviny“ a požadavkem umět obě „roviny“ skloubit.

Schopnost laskavého zájmu o pacienta jako o bližního a rozvoj citlivosti k němu a jeho potřebám považuji za hlavní úkoly na „druhé rovině“. Na rozdíl od úkolů „první roviny“ nejsou sice „tvrdou“ povinností sestry či ošetřovatele, nejsou ale ani něčím, co by zaměstnavatel vůbec nemohl ovlivnit. A to je téma závěrečné části této úvahy.

IV. PÉČE O CHARAKTER A PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Zájem a citlivá pozornost k pacientům a jejich potřebám spolu se schopností udržet si takové postoje v dlouhodobě psychicky i fyzicky náročném pracovním prostředí patří k naší představě o dobrém profesionálovi, jehož profesí je pomáhat trpícím. Zároveň však tyto požadavky každou formulovatelnou představu o profesionalitě překračují. Stačí si vzpomenout na výrazy jako „profesionální úsměv“, které zachycují zkušenost a obavu z inflace projevů zájmu o druhého, které se ukázaly být nespontánními, vycházejícími z nějakého skrytého záměru nebo rutiny.

Péče o trpící vyžaduje určitou úroveň citlivosti k pacientům a jejich potřebám a přáním. Řekli jsme, že rozvoj takové citlivosti nelze nařídit jako pracovní povinnost. V některých podmínkách je však snazší, v jiných obtížnější nebo téměř nemožná. Trvalé přetěžování zaměstnanců, špatné pracovní podmínky, nedocení atd. rozvíjení citlivosti jednoznačně narušují. Syndrom vyhoření postihující právě lidi

„zapálené“ a nadšené, kteří vnímají svou práci jako „povolání“, má své kořeny nejen v osobnostních rysech, ale také ve faktorech organizačních¹⁸. Když sestra nemá čas ani s pacientem prohodit pár slov, stěží může rozvíjet pozornost k jeho potřebám. V pracovním prostředí plném neustálých konfliktů, znevažování a nedocení¹⁹ se nároky na charakter člověka, který by na takovém místě dokázal zůstat laskavý, trpělivý a citlivý, zvyšují až na hranici nemožnosti. I když tedy nemůžeme pacientům institucionálně garantovat, že je budou ošetřovat lidé, kteří se o ně budou zajímat a budou k nim laskaví, soucitní a trpěliví nad rámec běžné zdvořilosti, můžeme zajistit, aby pracovní podmínky těch, kdo je ošetřují, takové postoje a vztahy umožňovaly a podporovaly. Proto je zcela zásadní, abychom se pokoušeli hledat způsoby, jak o přítomnosti oné

¹⁸ viz např. Křivohlavý, 1998

¹⁹ Křivohlavý, 1998

„posvátné“ dimenze v ošetrovatelství

mluvit.

ZÁVĚR

Zatímco k tomu být dobrým obchodníkem, automechanikem nebo inženýrem není třeba žádné zvláštní úrovně citlivosti a zájmu o druhé, u vztahových a zejména pomáhajících profesí jako je lékařství nebo ošetrovatelství je tomu jinak. Profesionálové v pomáhajících profesích se setkávají s lidmi v nouzi, nemocnými, trpícími, umírajícími. Zkušenost utrpení často otevírá touhu po lidské blízkosti a pochopení, kdy pacient u zdravotníka nehledá jen úlevu od nemoci, ale obrací se k němu také jako ke svému bližnímu, u nějž hledá útěchu tváří v tvář bolesti a smrti. Dostát nárokům takové situace vyžaduje rozvinutou schopnost citlivé pozornosti k pacientům a jejich potřebám.

Etika těchto povolání proto o mnoho přesahuje etiku „pocitivého dodržování kontraktů“ v jiných zaměstnáních, která je nicméně v oblasti profesionalizované péče o trpící také přítomná. Ošetrovatel je jak zaměstnancem určité instituce s přesně definovanými právy a povinnostmi vůči zaměstnavateli, kolegům i „klientům“, za jejichž plnění nese odpovědnost, tak člověkem, který se ve své práci setkává (někdy každodenně) se svými trpícími bližními. Obě tyto roviny vztahu k pacientovi patří k jeho profesi.

Nemůžeme po sestřích a ošetrovatelích vyžadovat, aby mezi své pracovní závazky přijali „povinnost laskavého zájmu o každého pacienta“ stejně, jako přijali např. povinnost „chránit informace o osobních poměrech pacienta“ nebo povinnost „poskytovat

zdravotní péči bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení“²⁰. V tom mají kritici konceptu ošetrovatelství jako „povolání“ pravdu. Přesto však jsou tyto nároky v ošetrovatelství přítomné, zejména všude tam, kde ošetrovatelé stojí tváří v tvář dlouhodobě trpícím a bezmocným.

Podobně nemůžeme po zaměstnavatelích sester a ošetrovatelů chtít, aby garantovali jejich pozornost k pacientům tak, jako garantují jejich vzdělání, dodržování zákonů a běžných morálních pravidel. Můžeme a musíme po nich ale chtít, aby jim zajistili takové pracovní podmínky, které péči o rozvoj láskyplné, citlivé pozornosti a souvisejících morálních ctností umožňují a podporují.

Přetrvávající vědomí, že některá zaměstnání jsou něčím víc než jen zaměstnáním, a že k jejich dobrému, pocitivému vykonávání je třeba určitého „povolání“, obsahuje hlubokou intuici. Ošetrovatelství k takovým povoláním patří a jako takové je prodchnuto zvláštní důstojností. Byla by škoda toto povědomí ztratit.

²⁰ Etický kodex pro zdravotní sestry in http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html, 3. 5. 2009

Literatura:

1. ARISTOTELES. Etika Nikomachova. Praha: Petr Rezek, 1996
2. BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, 2001
3. BIBLE. Ekumenický překlad. Česká biblická společnost, 1995
4. CAMPBELL, E. Professional ethics in Teaching: towards the development of a code of practice in Cambridge Journal of Education, 2000, vol. 30, n. 2, ISSN (electronic) 1469-3577
5. DOROTÍKOVÁ, S. Teorie a praxe etiky. In. Profesní etika učitelství. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003
6. KIERKEGAARD, S. Čistota srdce, Praha: Kalich, 1989
7. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998
- WEIL, S. Human Personality in Selected essays 1934-1943,

London: Oxford, University Press, 1962

a. Internet:

8. http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.htm, 3. 5. 2009
9. <http://www.rvp.cz/sekce/808>, 5.5. 2009

Kontakt:

Vanda Kuběnová
Ústav pro humanitní studia v lékařství
Centrum pro bioetiku
Karlovo náměstí 40
Praha 2, 120 00
Email: vadna@centrum.cz

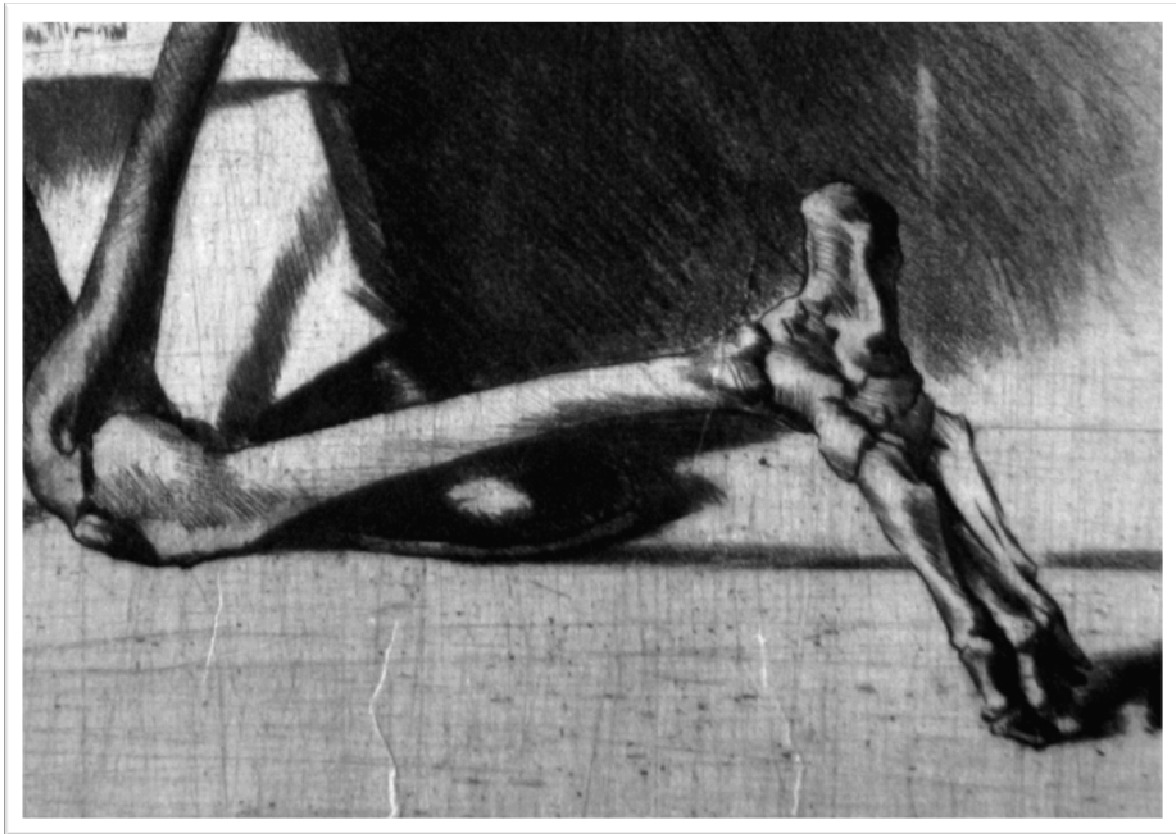
Možný střet zájmů a etických principů:
není

Došlo do redakce: 1. dubna 2009

Upraveno a doplněno: 20. června 2009

Přijato k tisku: 31. srpna 2009





TEORIE

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE SIGNS OF HUMAN CONSCIOUSNESS.

Stanislav Reiniš,

Department of Psychology,
University of Waterloo,
Waterloo, ON, Canada

ABSTRACT

Human mind and consciousness are a function of the whole brain as a whole, although some brain areas may play a more important role than the others. The existing quantum theories are unable to explain all the aspects of the mind and consciousness. Our theory is based on free electrons released during the electrophysiological changes such as postsynaptic potentials, depolarization and hyperpolarization of the neuronal membrane and action potentials moving along the axons. The quantum systems form a quantum

electron field in which the electrons are able to communicate one with another by means of the Pauli force. This communication force may be a carrier of the subjective consciousness which integrates and unifies functions of various parts of the brain. The input producing the content of consciousness comes from the neuronal activity in various parts of the cerebral cortex and other brain areas.

SOUHRN

Lidská mysl a lidské vědomí jsou jedna funkce mozku jako celku, ačkoli některé oblasti mozku mohou hrát důležitější roli než jiné. Existující kvantové teorie nejsou schopné vysvětlit všechny aspekty lidské mysli a vědomí. Naše teorie je založena na volných elektronech, které se uvolňují během elektrofyziologických změn, jako jsou např. postsynaptické potenciály, depolarizace a hyperpolarizace neuronové membrány a akčních potenciálů pohybujících se podél axonů. Kvantové systémy formují kvantové elektronové pole, ve kterém jsou elektrony schopny spolu komunikovat prostřednictvím Pauliho síly. Tento způsob spojení může být nosičem subjektivního vědomí, které integruje a unifikuje funkce různých částí mozku. Daná vstupní veličina produkující obsah vědomí pochází z aktivity neuronů v různých částech mozkové kůry a dalších oblastech mozku.

INTRODUCTION

In recent years, I published a series of papers describing various aspects of human consciousness (Reinis 1996, 2002, 2005, 2007, 2008). When working on them, I gradually developed a theory of human mind and consciousness based on quantum relations in the brain. In short, it seems acceptable that any neuronal membrane activities, pre- and postsynaptic

potentials, nerve impulses and their propagation along the nerve fibers are accompanied by a generation of quantum particles, mainly electrons, that are translocated throughout the brain and elsewhere and are responsible for mutual binding of the parts of the brain into a unified functional system (binding problem), for the creation of human mind and consciousness (mind/brain problem) and for the creation of EEG. A question that I did not touch in detail in the past is the subjectivity of consciousness.

STATEMENT OF THE PROBLEM

The hard problem of consciousness refers to the fact that the function of the brain considered to be a great information processor may eventually be explored and analyzed to the slightest detail, but we are still unable to explain

even the most basic subjective sensations, such as those called qualia, feeling of colors, sounds and shapes.

Subjective consciousness itself is sometimes characterized as our most

elementary internal experience. Everything in the universe was considered to be made up of atoms, molecules, photons, fields etc., but it seemed that the components of the mind and consciousness do not belong into any of these categories. It is believed that the consciousness is real, but utterly unexplainable in any terms familiar to science. Thus, consciousness stands as an extra fact that demands a special explanation.

To approach this problem means first to find and explore the simplest

BRAIN QUANTUM FIELDS

The human mind and consciousness has to be considered, under normal circumstances, as a unified phenomenon involving probably the whole brain or at least a major part of it. For this reason, we have to draw on a general knowledge on quantum fields, if and how they function in the brain. As stated by Stapp (2004, p. 250), the problem of consciousness cannot be solved without considering quantum mechanics. The question is how to use it and what kind of dynamics is suitable for this task.

There are at least three advantages to this quantum approach: First, the temporary connection of various systems might be sufficiently fast; second, connections may be quickly initiated and terminated; and third, quantum interactions may also help to explain subjective consciousness.

From the very beginning of quantum physics, the quantum field theory has been considered a connection of quantum mechanics and special relativity (Dirac, 1925). For us, the

phenomena which may be involved and assembled into a fully developed human mind and consciousness. Perhaps, we might find, in these simple phenomena, the clue for the assembly of the more complex events.

Therefore, we searched for events taking place at the most basic biological and physical level, common both to the brain and to the entire universe. Such events must stand as a fundamental building block of the universe, and at the same time they must be able to aggregate into full-blown human consciousness.

problem is that quantum systems are incomprehensible from the viewpoint of our everyday perception and we actually do not know how they look like (Auyang, 1995).

In our previous papers, we listed several electrical phenomena in the brain which generate free electrons. This is a basis of our idea that the quantum field of the brain is formed by the electrons and quantum electron particles. They are generated continuously by all functioning neurons. The brain function is therefore represented by a state of the system of electrons. The electron system field has, of course, its own Hilbert state.

A field is a continuous system of interactions. This field has an infinite degrees of freedom, and also the physical effects which may be continuous. A field system is a continuous whole that can be characterized by several field variables and their interactions. It is a continuous but not amorphous entity (Auyang, 1995).

PAULI EXCLUSION PRINCIPLE

Another component of the quantum mechanics, the Pauli Exclusion Principle, has to be considered as well. Each electron has four quantum numbers which characterize it sufficiently. When two of the electrons differ in one number, e.g. in spin, they communicate this fact one to another and they may exist as closest neighbours. If they have the same spin number, they repulse each other. This is the Pauli principle and depends on Pauli force, a rather weak force of communication between the particles. This repulsive force is more than just an electrostatic repulsion between the electrons. It has a quantum mechanical character rooted in the Pauli exclusion principle, and is often called the "exclusion principle repulsion".

Although this rule is primarily valid in the atoms, it is no doubt that this is a general rule controlling the free electrons as well. This Pauli exclusive force is not very strong. It influences only electrons close to each other. This limitation might be important.

Pauli observed that relativistic quantum field theory requires that particles with half-integer spin ($s=1/2, 3/2, \dots$) must have antisymmetric wave functions and

articles with integer spin ($s=0, 1, \dots$) must have symmetric wave functions. Such observation is usually introduced as an additional postulate of quantum mechanics: The wave function of a system of electrons must be antisymmetric with respect to interchange of any two electrons. As a consequence of such principle is that two electrons with the same spin can not have the same coordinates.

The free electrons in the brain therefore communicate one with another its quantum state by means of "Pauli force", which is always repulsive and becomes very important at small distances, but is negligible at large distances. This Pauli force is quantum mechanical in origin, and keeps the charges from collapsing into a point (i.e., it keeps a negative particle and a positive particle from sitting exactly on top of one another). Some authors () believe that the Pauli force has a statistical character.

PLAYGROUND FOR MIND AND CONSCIOUSNESS

In the brain, the particles form, all of them together, an enormously complex system of interactions which is one of the unifying principles of the brain, the human "mind". This communication is the basic fact of the Pauli principle. The electrons "feel" the presence of other electrons at a distance and respond to it.

This basic function of electrons is therefore closest to the feeling of "consciousness". We propose that this communication ability is also the most basic unit of consciousness, a basic "protoconsciousness". Intuitively, we might believe that the "spin-up" and "spin-down" units may form some kind

of binary code, but probably it is not so because the neighboring units cannot have the same spin.

To describe completely the quantum mechanical behavior of electrons in solids or semisolids, it is strictly necessary to calculate the many-electron wavefunction for the system. In principle this may be obtained from the time-independent Schrodinger equation, but in practice the potential experienced by each electron is dictated by the behavior of all the other electrons in the solid. The motion of any one electron is strongly coupled to the motion of the other electrons in the system. To solve the Schrödinger equation directly for all these electrons would thus require us to solve a system of around at least 10^{23} simultaneous differential equations.

BOUNDARY BETWEEN PHYSICAL AND PSYCHICAL

We propose that the transition between physical and psychical lies just here, in the Pauli force interacting between electrons. Pauli force of one electron transmits a very simple information only, but a mass of electrons may store a massive amount of information sufficient to construct images contained in a human mind. The real model of such system cannot be constructed at the moment because it contains a neuronal complex and quantum complex as well, dipoles and others.

Although we must admit that the concept such as the one offered here is purely hypothetical and may be completely wrong, it is the only one that may describe sufficiently the subjectivity of human consciousness. It was

Such a calculation is beyond the capabilities of present-day computers, and is likely to remain so for the foreseeable future.

We have to stress that this model of mind and consciousness is composed of two components. One is the mass activity of neurons, responsible for the informational content of the brain activity, and the second is the massive action of electron field. The neurons send electrons in the quantum state all over the brain. The neurons and electrons make together the highest controlling system in the brain, the human mind, associated also with the consciousness.

necessary to find a system where individual particles interact on a simple level. The information transferred must be simple in order to form more complex images. Therefore, the concepts such as attraction vs. repulsion, spin up and down and others have to be introduced into the model. The actual modeling of functions will be possible in the future, hopefully. At present, the described hypothesis is very close to the truth, closer than the other hypotheses.

When one gets to this point of reasoning, all problems of previous philosophies disappear. There is no more division into spirit and body, all the body processes move on this side of the world. There is no more idealism and its mirror image, materialism.

REFERENCES

Auyang, SY: How is quantum field theory possible? Oxford University Press, 1995.

Reiniš, S.: Fyziologie vědomí. Čs. fyziol., 45, 1996, s. 53 - 58

Reiniš, S.: Fyziologie vědomí II. Čs. Fyziol. 51, 2002, No.4, s. 181-187

Reiniš, S.: Fyziologie vědomí III.

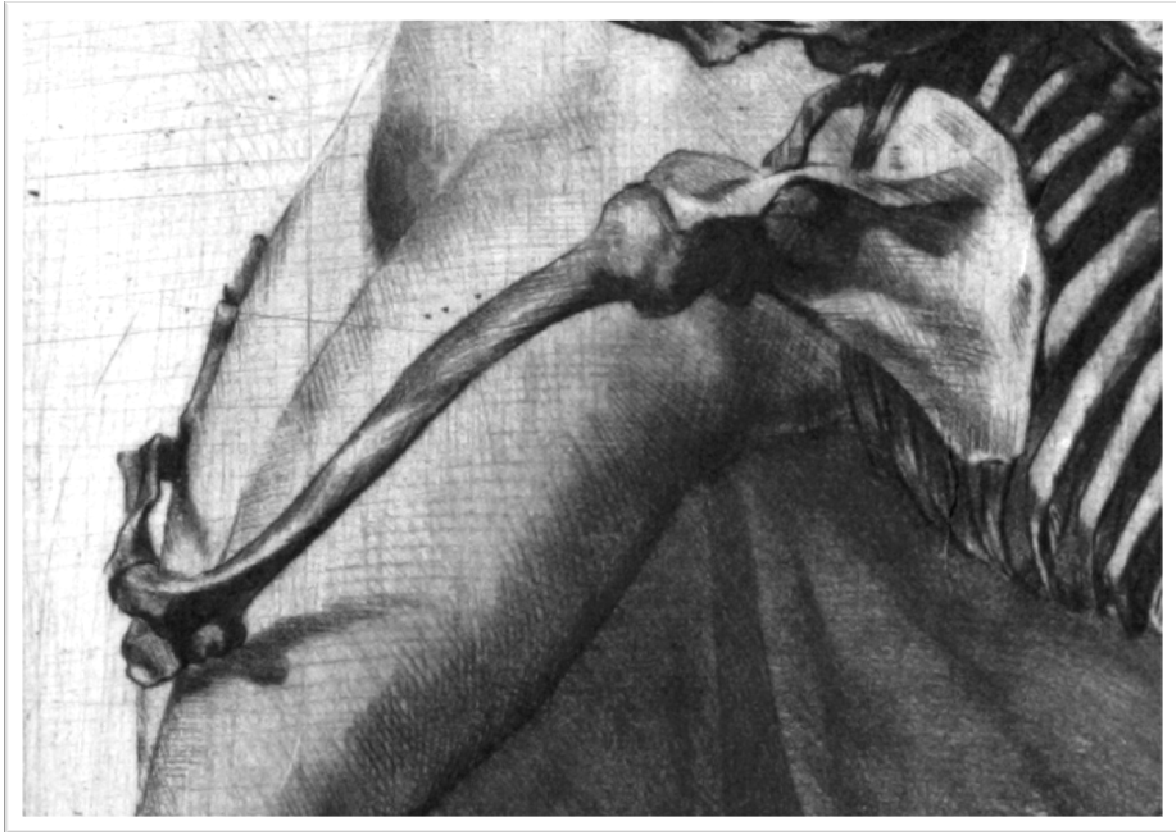
Reiniš, S.: Současný stav kvantové teorie vědomí. Čs. Fyziol. 56/4: 134 – 137 (2007)

O AUTORŮVI:



Stanislav Reiniš (* 1931 v Nitře) je český exilový spisovatel a profesor medicíny. Působil na universitě ve Waterloo, Ontario. Od 90. let přednáší fyziologii na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, kde byl také čestným členem Vědecké rady. Proslavil se zejména pracemi v oboru neuropsychologie a zkoumáním souvislostí mezi vědomím a kvantovou mechanikou.

Text přišel do redakce začátkem roku 2009, koloval po internetu. Podařilo se nám navázat s autorem kontakt a získat autorův souhlas k publikaci v původním znění.



ÚVAHY, NÁZORY

KAM NÁS DOVEDLA AUTONOMIE ŽENY V PORODNICTVÍ

Pavel Čepický

LEVRET, s. r. o., Praha

Porodník – jako každý lékař – býval v bývalém paternalistickém zdravotnictví něco mezi bohem a expertem. Žena mu věřila a důvěřovala, jeho názory, pokyny a příkazy respektovala a akceptovala, většinou bez řečí. Ano, vztah odpovídající vztahu rodiče a dítěte v socialistickém zdravotnictví časem zdegeneroval a žena se nezřídká stávala mladším dítětem, než bylo nutné. Ač i tehdy měla být informována o smyslu toho či onoho vyšetření, o smyslu takového nebo jiného postupu, často byla postavena před hotovou věc. Ba i její dotazy byly odmítány a pociťovány jako zbytečné obtěžování. V medicíně se tajily diagnózy

z obav, že by pacientovo duševní zdraví utrpělo. Byly ženy bez dělohy, které nevěděly, proč jim byla děloha odstraněna. Tady ovšem nemluvíme o porodnictví, v porodnictví nakonec vždy pravda vyplyne na povrch a nelze celé těhotenství tvrdit, že vše je v pořádku, když víme, že není.

Přišla nová doba a s ní formalizace práv pacientů (a rodiček, právní věda, ostatně stejně jako veřejnost, chápe každého, kdo vyhledá zařízení léčebně-preventivní péče, jako pacienta, i když správně bychom zde měli mluvit o klientech). Pacient má být úplně informován, a pak se má, na základě této informace,

rozhodnout, zda postup navržený lékařem akceptuje čili nic. Tento princip je dospělý, vznešený a na první pohled nenapadnutelný. Dovedl nás však do slepé uličky, a dovedl nás do ní na prvním místě právě v porodnictví, snad proto, že zde jsou ženy skutečně spíše klientkami než pacientkami.

Čím je tento princip uplatňován důsledněji, tím víc ve svých důsledcích poškozují těhotnou ženu, rodičku, plod. A nemusíme se omezovat na fetomaternální jednotku, poškozují i ostatní v jejím psychosociálním poli.

Ukažme několik problémů a ukažme několik důsledků, ke kterým jsme se dopracovali.

Pacient (potažmo těhotná, rodička) má právo na úplné informace. V dávné minulosti svému lékaři pacientka věřila. Řekl-li: „Máte myom, je vhodné dělohu odstranit,“ tedy si nechala dělohu odstranit. Řekl-li, je nutný císařský řez, tedy byl. Řekl-li, že nutný není, tedy nebyl. Dnes je stále více takových, které vyslovené doporučení a priori zpochybní. Chtějí si ho ověřit z jiných zdrojů.

Mají trojí možnost:

Předně se obrátí na laické informace, ať v hromadných sdělovacích prostředcích, ať v populární literatuře, pokud existuje, ať v internetových diskusních fórech. Nejčastěji bohužel na diskusní fóra. Dlužno říci, že neexistuje druhý informační zdroj, kde by byla tak vysoká koncentrace naprostých nesmyslů a absurdit. Inu, zde nezbývá než říci, že každý je svého štěstí strůjcem, nechat si podepsat revers a doporučit pacientce, aby si vyhledala jiného lékaře. I své duševní zdraví musíme chránit.

Za druhé se obrátí na odborné informace určené lékařům. Dnes to není problém,

na internetu je jich plno. Je zcela srozumitelné, že se v tom ztratí. Nedokáže odlišit, co je dobře míněná odborná provokace a co je všeobecně přijatý doporučený postup. Nedokáže odlišit čas, nechápe, že vývoj lékařské vědy je rychlý, leckdy překotný. Co platilo před pěti roky, nemusí platit dnes. Nedokáže dokonce odlišit, co je skutečně odborný text a co je pseudoodborný (fakticky léčitelství) článek, nad kterým se odborník zasměje (nebo zapláče, podle stupně svého vyhoření). A – především – neumí to, co si přečetla, zařadit do souvislostí. Nemůže to umět. Přesto je mnoho žen přesvědčeno, že když si našlo pět, deset či dvacet článků na internetu, problému rozumí nejméně tak dobře, jako jejich lékař. Kdyby to tak bylo, byla by medicína snadné a příjemné povolání. Šest let studia, několik let specializační přípravy, specializační zkoušky, další praxe, to vše by se fakticky stalo zbytečným. Stačilo by podívat se na internet.

V porodnictví to máme modifikováno a zostřeno. Máme zde extremistické směry, u nás reprezentované především některými porodními asistentkami, ale v zahraničí se najdou i takoví lékaři. Všichni dokážou napsat článek, který skutečně vypadá vědecky a uvádí argumenty, které by se zdály nezpochybnitelnými, kdyby člověk neznal jejich pozadí, motivaci a kdyby nevěděl, jak vyselektovaná data jsou zde uváděna, zatímco o jiných datech se mlčí; konečně kdyby nevěděl, co píše články jiné. Neustále opakované tvrzení, že v Holandsku není u porodů v domácnosti vyšší perinatální úmrtnost než u porodů v ústavech, je snad správné (i když publikovaná data nejsou z celého Holandska, ale pouze z okolí Amsterdamu). Čtenář ovšem musí vědět, že Holandsko je v celém

vyvinutém světě jedinou výjimkou. Zde mají porodny v domácnosti velkou tradici, stojí za nimi silné oborové organizace porodních asistentek, vedení porodu v domácnosti odpovídá vzdělání porodních asistentek a organizace akutního transportu do nemocnice – a v zdaleka neposlední řadě právě Holandsko se nemá čím chlubit ani ve výsledcích perinatální úmrtnosti v ústavech, která je ve srovnání s ČR dvojnásobná (takže zde spíš platí, že v nemocnicích jsou výsledky špatné, než že při porodech doma jsou výsledky dobré). To, co snad platí pro Holandsko, neplatí už pro Německo, jako to ostatně neplatí nikde jinde. Nikde jinde a už vůbec ne v Česku, kde si v ucpaných pražských ulicích lze transport akutní porodnické komplikace stěžii představit i při velmi rozbujelé fantazii.

Konečně třetí zdroj informací je „druhý názor“ (míněno názor dalšího lékaře). Diskutuje se, zda pacient má právo na to, aby druhý názor hradila zdravotní pojišťovna. Pro mne za mne. Nerozumím ovšem, co pacientka chce druhým názorem získat. Buď je stejný jako ten první, pak byl zbytečný. Nebo je jiný. A je-li jiný – co s tím? Když pak vyslechnu tyto ženy, tak je mi srozumitelné, jak uvažoval tento kolega a jak uvažoval kolega onen. Ve většině případů bych koneckonců obě možnosti uznal jako postup lege artis. Ale co si s tím má proboha počít nešťastná pacientka, pochopitelně zúzkostněná a znejistěná rozporem, někdy dokonce jen zdánlivým? A co s tím má počít její lékař, když za ním přijde, že kolega má názor jiný a pro ni správnější. Nu, lékař ji může (a měl by) odeslat k onomu jinému lékaři, aby léčbu vedl sám a sám za ni i nesl plnou odpovědnost (je podstatně snazší plkat, jak by to šlo udělat jinak a že ta operace vlastně nutná není, když by se to pečlivě sledovalo, než ji neudělat a

za to pečlivé sledování převzít osobní odpovědnost).

Ať už to dopadne jakkoli, ať už žena přijme názor svého původního lékaře nebo si vymůže postup jiný, vždy to vede k zvýšení její úzkosti, k vzestupu jejího psychosociálního dyskomfortu a – chceme-li – k vzestupu rizika psychosomatických komplikací. To jsou rizika na straně ženy. Rizika na straně lékaře nejsou menší, naopak. Přijme-li nakonec žena jeho názor, a nastane-li komplikace či dokonce neúspěch, je, alespoň v porodnictví, pravidlem žaloba buď trestní, nebo o náhradu škody, popř. obojí, v níž je onen „druhý názor“ použit jako důkaz. Protože výsledky těchto soudních sporů jsou v ČR nepředvídatelné, protože se soudy vlečou obvykle mnoho let, protože i vyhraný soud stojí spoustu nervů a peněz, rozumný lékař svůj názor a své doporučení neprosazuje vůbec; je lepší a je bezpečnější, když si pacientka zvolí lékaře s názorem jiným. Má to i logiku, je-li ten jiný lékař v dané oblasti větším expertem než já. Ale zhusta není, nezřídka dokonce vím, že jeho názor lékařské věda už opustila, že je to prostě jinak, dokonce vím, že akceptace onoho druhého názoru je pro ni větší riziko, že ve svých důsledcích ji to poškozuje. Prostě, že v této dvojici jsem expertem já. Ale i tak je lépe, když se jí ujme ten druhý. Tedy pro mne lépe, až tak daleko jsme se dostali.

Stranou jsem nechal, že opustí lékaře a obrátí se na léčitele, v porodnictví případně na soukromou porodní asistentku. To jsou smutné případy, které se bohužel vyskytují, nezřídka s tragickými konci.

Řada situací je v medicíně skutečně nerozhodná. Přínos a riziko jednoho a druhého postupu je vyváženo – nebo není v odborné veřejnosti vyjasněno,

který postup je obecně „lepší“. Nebo, což je zajímavější situace, jeden z možných postupů se dá, z důvodů víceméně mimomedicínských, při vzniku komplikací obhájit snáze než druhý. Nebo, což je varianta téhož: při jednom z možných postupů jsou komplikace závažnější, ale vzácnější, při druhém méně závažné, ale častější.

Tak je všeobecně („současným dostupným názorem lékařské vědy“, viz par. 11, zák. č. 20/1966 Sb., v platném znění) přijato, že prodělaný nekomplikovaný císařský řez není sám o sobě ničím, co by zdůvodňovalo ukončení dalšího těhotenství rovněž císařským řezem. Je rovněž jasné, že porod, jakýkoli porod, jakkoli vedený porod, prostě porod an sice po prodělaném císařském řezu nese vyšší riziko než porod ženy, která předtím rodila spontánně. To se týká i porodu vedeného spontánně, i porodu vedeného primárním císařským řezem. Ovšem v praxi, vede-li se porod spontánně a nastane-li komplikace, musí lékař velmi obtížně zdůvodňovat, proč císařský řez neudělal. Provede-li císařský řez a nastane-li komplikace, zdůvodní důvod k operaci mnohem snáze a kromě toho disponuje pozitivním reversem, souhlasem pacientky s operací. Lépe tedy operovat (a tím dál zvýšit riziko v případném dalším těhotenství) než neoperovat.

Při porodu koncem pánevním – předpoklad, že jsou splněny podmínky k tomu, aby porod byl veden spontánně, je zde samozřejmý – může dojít k akutním komplikacím v závěru porodu, které není snadné zvládnout, které fakticky lze zvládnout pouze při jisté dávce štěstí a které mohou vést k poškození nebo smrti plodu. Je to vzácné, stát se to může. Lékař pak velmi obtížně zdůvodňuje, proč neprovedl císařský řez. Při císařském řezu je ovšem

vyšší riziko závažných komplikací a smrti rodičky. Je to ještě vzácnější, jistě rovněž ještě závažnější. Paradoxně i zde se mu snáze zdůvodňuje, proč císařský řez provedl a že komplikace byla neodvratná. V nejhorším se odpovědnost rozprostře mezi více lékaři (jeden indikoval, druhý operoval, roli hraje anesteziolog atd.) a i zde je k dispozici pozitivní revers.

Porodník se tak ve své praxi zhusta ocitá v situaci známé z pohádek: „Půjdeš-li vlevo, zemřeš, půjdeš-li vpravo, nezemřeš, ale také nebudeš živ.“

Řešení je nabíledni a mnozí už na něj přišli. Žena prostě dostane reversy dva. První, že souhlasí se spontánním porodem, končí, po výčtu všech možných komplikací, tím, že může zemřít plod. Druhý, že souhlasí s císařským řezem, končí, po výčtu všech možných komplikací, tím, že může zemřít ona. „Jeden nám podepište a vraťte.“ Je snad jasné, že zvážit poměr konkrétních rizik a přínosů toho či onoho postupu u této konkrétní těhotné je schopen lépe posoudit porodník než sebeinformovanější laik, zde navíc pochopitelně absolutně emočně zaujatý. Stejně tak nabíledni je, že tento postup poskytuje lékaři nejvyšší možnou právní ochranu, byť ani zde zdaleka ne absolutní. Důsledná autonomie ženy ji fakticky poškozují, somaticky i psychicky.

Dnes se situace dostává do absurdit. Zcela vážně se diskutuje otázka, zda pacient má právo i na to, aby byl seznámen s možnými postupy non lege artis, kde „současný dostupný názor lékařské vědy“ jednoznačně říká, že riziko je nepřiměřené přínosu. A zda má právo na to, aby se pro takový postup rozhodl. Už několik let se táhne soud v případě, kde lékař nezmínil těhotné ženě možnost amniocentézy (odběru plodové

vody), kterou lze prokázat postižení plodu Downovým syndromem, protože serologické testy, které se všem těhotným provádějí, ukázaly tak nízké riziko, že lékařská věda pokládá amniocentézu za neodůvodněnou (vzhledem k riziku potratu), fakticky non lege artis. V tomto případě ovšem i při nízkém riziku plod Downovu nemoc měl. Zařízení je žalováno a právní zástupce žalující strany, jeden z nejznámějších českých zdravotnických právníků, je přesvědčen, že nakonec těch cca 10 milionů vyhraje, protože žena nebyla informována „úplně“.

Je jasné, že vzniklá situace ženám nepomáhá, fakticky jim škodí. Je rovněž jasné, k jak hlubokému narušení vztahu mezi pacientkou (klientkou) a lékařem dochází. Pacientka není partnerka, je to potenciální žalující strana – a tak se k ní je nutno chovat. Jakýkoli ústupek od zcela formálního jednání, jakýkoli pokus o žert, je provázen rizikem, že se tento žert ocitne v soudním protokolu. (Rodička, která dvakrát spontánně porodila, nyní při třetím porodu nebyl žádný důvod, proč by opět nemohla родit spontánně, se – údajně – zeptala, proč se neprovede císařský řez. Lékařka – údajně – odpověděla, „přece byste nechtěla mít v plavkách jizvu na bříše“. Porod ovšem skončil nepředvídatelnou a vzácnou komplikací, závažnou dystokií ramének, a plod zemřel. Výrok lékařky je součástí žaloby. Příště si nejspíš dá velký pozor, aby v komunikaci nepřekročila zcela formální rámeček.)

Specifickou porodnickou problematikou jsou náhlé příhody porodnické. Obvykle tedy akutní hypoxie plodu. Po 10 minutách přerušení průtoku krve pupečnickem klesá pH plodu pod 7,0 a plod je bezprostředně ohrožen. Při akutní hypoxii je nutno plod vybavit do 20 minut od vzniku indikace. Neporodník si stěžuje představit, co to

znamená. Musí se stanovit diagnóza, svolat personál, stanovit indikace, žena oholit, zacévkovat, převézt na operační sál, uvést do narkózy, provést první fáze operace. To se stane ve službě, dnes personálně většinou zajištěné „na doraz“. Zde vůbec není čas na nějakou informaci pacientce (a ostatně ani není „volný člověk“, který by ji mohl poskytnout). Protože to být musí, tak se jí, zatímco je stěhována z jednoho lůžka na vozík, z vozíku na jiné lůžko, zatímco je holena a je jí zaváděna cévka, zatímco z jedné strany se jí ptá anesteziolog, kdy naposledy jedla a personál na sebe pokřikuje příkazy typu: „Jak to, že ještě nekape ten Gynipral“, zatímco se toto všechno děje, někdo jí strčí několik lejster a řekne: „Tady podepište, že s císařským řezem souhlasíte.“ U císařského řezu to většinou na štěstí podepíše.

Komplikovanější je to u porodnických kleští. Tady už vůbec není čas na diskuse a v emoční tenzi je i porodník, před kterým stojí úkol zhostit se nejednoduché operace, kterou už nedělal, ani nepamatuje (v ČR končí kleštěmi asi 1 % porodů – průměrná frekvence klešťové operace na jednoho porodníka je hluboko pod jednou za rok). Ženy se navíc kleští bojí (ne zcela oprávněně, kleště nejsou, alespoň ne v rukou kvalifikovaného porodníka, nástroj nebezpečný pro plod, nebezpečné je, když se s nimi váhá). Lépe nic neříkat a činit. Ovšem zde do toho může vstoupit manžel, přítomný u porodu. Jsou zaznamenány případy, kdy manžel provedení kleští aktivně bránil, s následnými tragickými následky pro plod (a následnou žalobou na porodníka, to už je běžné).

Právníci vymysleli, že v akutních situacích je možné se informovanému souhlasu vyhnout a opřít se o princip jednání v krajní nouzi. Škoda, která

hrozí (smrt plodu) jistě převyšuje škodu, která nastala (žena nebyla informována). Ovšem, jak se k tomuto výkladu postaví soud (zatím takový neproběhl), toť předvídatelné není.

Začali jsme požadavky na plnou informovanost našich pacientek a klientek, tedy tak i skončíme. Je to upraveno právními normami, tedy plně informujeme. JUDr. Motejl se na jedné konferenci pozastavil nad tím, že před jakousi banální operací dostal několikastránkový revers, který nedokázal ani dočíst. Ovšem, pane doktore, ten revers taky neslouží tomu, abyste byl informován, ten slouží výhradně k naplnění právního požadavku „úplné informace“, a především k právní ochraně lékaře, který vás bude operovat. Když takové reversy nebyly, cítil lékař povinnost pacienta skutečně informovat a mluvit s ním. Dnes mu dá několikastránkový text – a víc raději nemluví, je to bezpečnější. K závěrečné větě reversu „rozuměla jsem a měla jsem možnost položit doplňující otázky“ to dočte málokdo. A z těch si málokdo troufne, zahlcen polosrozumitelnými informacemi a nekonečným výčtem možných komplikací, na něco zeptat. Není to ostatně důležité – důležité je, aby to podepsal.

Tak to shrnu:

Dostali jsme se do situace, kdy jsme konfrontováni s nezřídka militantně vyjadřovanými požadavky klientek a pacientek, vycházejícími ze zkreslených a často nesprávně pochopených informací.

Dostali jsme se do situace, kdy „informování pacientek“ nemá za cíl informovat, ale v první řadě chránit nás samé.

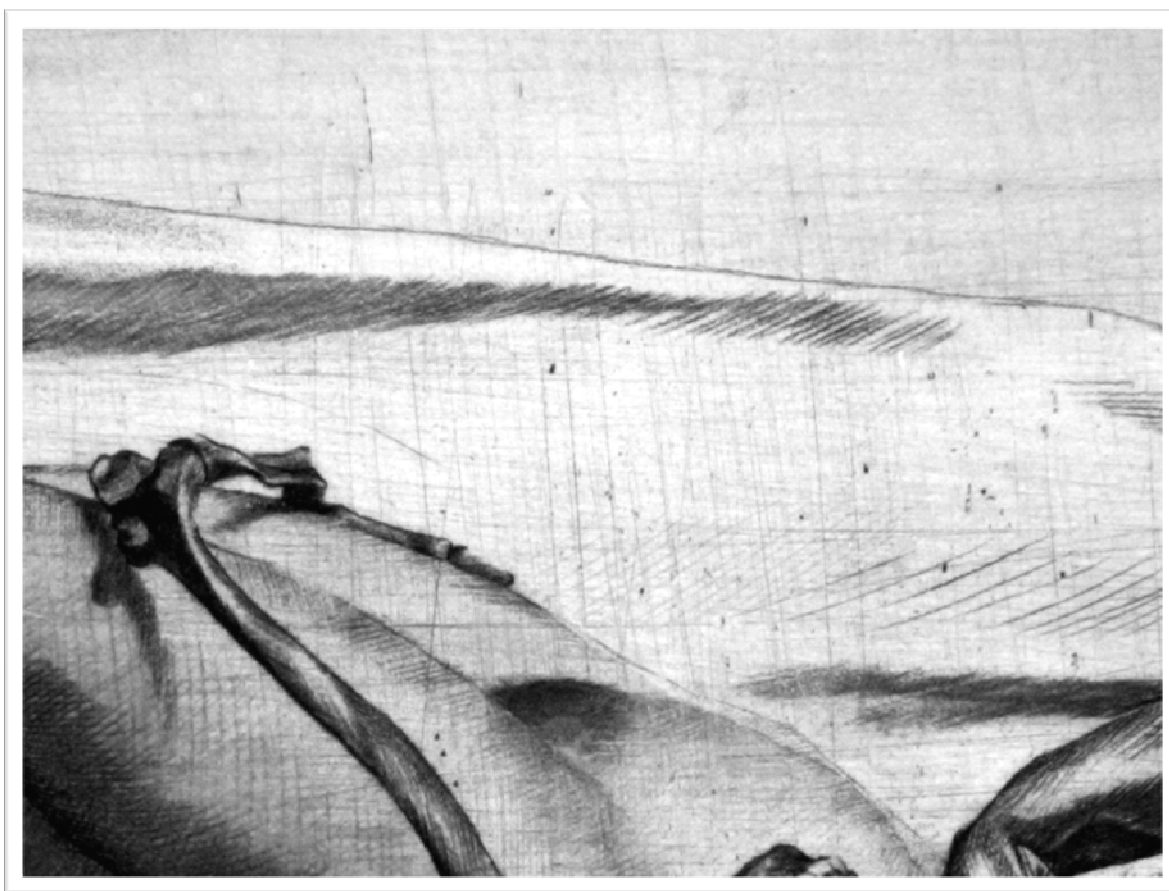
Dostali jsme se do situace, kdy jsme konfrontováni, často ve velmi emočně vypjatých a odborně obtížných situacích a v krajní časové tísní, s agresí nejen rodiček samých, ale i jejich partnerů, což ne vždy zůstává na osobní úrovni (stalo se, že otec přivolal mobilem policii přímo na porodní sál).

Dostali jsme se do situace, kdy rozhodnutí, která bychom měli provést my, přenášíme na pacientky, protože jen tak jsme alespoň nějak, jakkoli nedokonale, chránění při soudních sporech.

Dostali jsme se až tam, že naše těhotné klientky a pacientky nevnímáme jako partnery, s nimiž sdílíme shodný cíl, totiž porod zakončený zdravým dítětem a zdravou matkou, ale jako potenciální protivníky v soudní síni. Nepřemýšlíme o tom, co je v dané situaci nejlepší postup, ale při kterém postupu je pro nás nejnižší riziko právního postihu.

To vše má zjevné dopady somatické (např. nárůst počtu císařských řezů) i psychologické (např. vzestup úzkosti). Pro těhotné ženy, i pro nás samé.

Tak, sem jsme se dostali. Nelíbí se mi to – a vím, že s tím nemohu nic dělat. Bude ještě hůř. Přinejmenším v porodnictví určitě.



POLITIKA, KONCEPCE

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE 2.9.2009

Přítomní: Chvála, Konečný, Pánková, Šimek, omluven Poněšický

Program:

1. Vyhlášení ceny MUDr. Poněšického, kterou vyhlásil na 12. celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci 24-26. dubna 2008 u příležitosti svého životního jubilea. Cena za rozvoj psychosomatiky, dotovaná dr.Poněšickým částkou 1000 Euro, má být udělena ve spolupráci s výborem psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti JEP každý druhý rok u příležitosti konání psychosomatických konferencí. Do dnešního dne se sešly dva návrhy, z nichž výbor ve spolupráci s dr.Poněšickým rozhodl udělit cenu Sdružení pro psychosomatiku o.s. Cena bude předána osobně na 13. celostátní konferenci

2. 13. celostátní konference psychosomatické medicíny s mezinárodní účastí v Liberci uspořádáme ve dnech 8.-10.4.2010. Tématem konference bude Základní psychosomatická péče. Vyzvat přednášející k vyjasňování toho, co by měl somatický lékař přidat ke své praxi, aby jeho práci bylo možno označit za základní psychosomatickou péči, a co by dělat neměl, aby nesuploval práci psychoterapeutů. Zorganizovat v rámci konference diskusi na téma vzdělávání v základní psychosomatické péči. Pozvat německé kolegy, kteří mají s touto problematikou delší zkušenosti. Věnovat se práci týmů, zaměřených na psychosomatickou praxi a mezioborové spolupráci. Otevřít prostor pro příspěvky reflektující situaci naší společnosti a medicíny, politiky a zdraví rodiny a jednotlivce.
3. Vzdělávání: rozbíhá se kurz Základní psychosomatická péče, v kurzu psychiatrické katedry IPVZ je nyní 30 lékařů a psychologů. Program pokračujícího kurzu má na starost dr.Chvála.
4. Projekt 2010 o zavedení segmentu základní psychosomatické péče byl v tomto roce diskutován, představen na psychiatrické konferenci, seznámen s ním byl výbor PS, diskutovala o něm pracovní skupina. Žádný průlom na tomto poli neproběhl, jde spíše o vytváření podmínek, vzdělávání a propagaci této myšlenky tak, aby v případě, že se objeví vhodné podmínky pro jeho prosazení, byl připraven.
5. Časopis Psychosom: připraveno je č. 4/2009, spolupráce s Psychiatrií pro praxi (SOLEN). Časopis splňuje kritéria pro recenzované časopisy, znovu požádáme o zařazení do seznamu recenzovaných časopisů v ČR.
6. Různé: diskutujeme možnost svolat tým lektorů kurzu základní psychosomatické péče k diskusi a jednání o obsahu a metodice výuky. V konečné podobě nejspíš proběhne diskuse až na konferenci nebo na půdě Sdružení pro psychosomatiku.
7. Další setkání 2.12.2009

Zapsal Chvála 30.11.2009

Zápis z výboru Sdružení pro psychosomatiku, o. s.,

7. 10. 09

účast: MUDr. Masner, MUDr. Rys, PhDr. Vondřichová, Mgr. Kačenová, MUDr. Štěpánová, Mgr. Kravarová, PhDr. Roubal

Logo – mají na starosti PhDr. Z. Vondřichová a Mgr. S. Kačenová. Výběrové řízení na logo pokračuje, za zasláné návrhy děkujeme. Kolegyně osloví grafičky, maximálně na tvorbu loga 2500,- Kč (po schválení členskou schůzí). Návrh musí mít náležitý elektronický formát. O podmínkách a průběhu výběrového řízení budou kolegyně informovat členy sdružení.

Volba předsedy: jeden kandidát: MUDr. E. Rys, zvolen jednomyslně. Představa dalších setkání: setkání všední den po-čt, členská schůze pá, diskuse – víc se lidi poznají, vytvoří se jádro, čtenější setkání, v jeden termín výbor a setkání.

Pokladník: zvolena Mgr. Eva Kravarová.

Další termíny setkání sdružení: 22. 1. 2009 (pá, členská schůze) od 15 h místo konání opět kaple ve vinohradské nemocnici (MUDr. Hánová zjistí?) Další setkání v jiné všední dny, PhDr. Roubal zjistí, jestli možno na psychosomatické klinice.

17. 2. v 18:00 / st /

19. 4. v 18:00 / po /

10. 6. v 18:00 / čt /

21. 9. v 18:00 / út /

11. 11. v 18:00 / čt /

A. Spolupráce s psychosomatickou sekcí PS ČLS ve věci **Psychosomatické konferenci (8.–10. 4. 2010)**. Navrhujeme diskusní workshop na téma „Spolupráce na poli psychosomatiky“. Dále podpoříme akci: uveřejnění na webu, obeslání na naší databázi.

B. PhDr. Vondřichová dokončí **evidenci členů** do formuláře.

C. MUDr. Masner bude spravovat **web a mail sdružení**.

D. **Pokladník** bude hlásit nové členy PhDr. Vondřichové do databáze. Kdo nezaplatil členský příspěvek za rok 2009, musí zaplatit do února 2010. Jinak bude následovat projednání ve výboru a případné vyloučení.

E. **Prezentace SPPS odborným společenstvem a pracovištím**: Dvojice lékař-psycholog představí SPPS: v Asociaci manželských a rodinných poradců (zajistí PhDr. Vondřichová), v Psychosomatické klinice a na 2. LF (PhDr. Roubal a MUDr. Masner), na katedře psychologie (Mgr. Kačenová, Mgr. Kravarová, představí MUDr. Masner a PhDr. Roubal).

F. **obsah setkání 27. 11. od 16:00!!! v kapli ve vinohradské nemocnici**

„Spolupráce na poli psychosomatiky“ generálka před Psychosomatickou konferencí (březen 2010).

Zapsal: PhDr. Pavel Roubal

ZÁPIS Z ČLENSKÉ SCHŮZE SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU – 18. 9. 2009,

Nemocniční kaple Kliniky dětí a dorostu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Účast: 16 členů.

Členskou schůzi řídil předseda sdružení MUDr. Masner.

Program schůze byl jednohlasně přijat.

1/ Volby výboru sdružení.

Účastníci jednohlasně schválili způsob volby (tajná volba v průběhu schůze) a zvolili volební komisi ve složení MUDr. Ivan Vondřich a MUDr. Zuzana Vlačihová. Hlasovalo 16 členů SPPS. Zvoleni byli: Mgr. Danuše Jandourková, Ing. Mgr. Sevila Kačenová, Mgr. Eva Kravarová, MUDr. Ondřej Masner, PhDr. Pavel Roubal, MUDr. Eduard Rys a PhDr.

Zuzana Vondřichová. Funkční období trvá do ledna 2011. Schůze nového výboru se uskuteční ve středu 7. 10. 2009 v 18 hodin.

2/ Účastníci byli informováni o povinnosti sdružení evidovat své členy. Výbor připravuje **evidenční formulář, který bude členům rozeslán v nejbližších týdnech.**

3/ MUDr. Masner informoval o **psychosomatické konferenci v Bad Nauheimu** (takzvané „Wartburger Gespraech“) na téma „**das Unausgesprochene fuehlbar machen**“ (ve volném překladu „pokus o vnímání toho, co nebylo vysloveno“), která se uskuteční 31. ledna až 2. února 2010. Konference se zúčastní MUDr. Masner. Další (2–3) zájemci z řad členů SPPS se mohou hlásit na adrese: info@sp-ps.eu. Výhodou je znalost německého jazyka. Konferenční poplatek činí 130 eur, MUDr. Masner vyjednává slevu. Účastníci schůze navrhli možnost finančního příspěvku z rozpočtu SPPS. Příspěvek a jeho výše budou navrženy na lednové schůzi SPPS v diskusi o rozpočtu na rok 2010.

4/ Diskusní skupina na téma: „Kompetence psychosomatika“ (MUDr. Hánová a MUDr. Rys). Cca 90minutová diskuse byla živá a podnětná. Obsah se vám pokusí přiblížit v připravovaném článku MUDr. Hánová a MUDr. Rys. Článek bude uveřejněn na webu www.sp-ps.eu.

5/ Témata a forma dalších setkání.

Účastníky byla pozitivně přijata forma diskusní skupiny. Na další setkání byla navržena např. tato témata: identita psychosomatika, psychoterapie a psychosomatika, moje psychosomatika, jak klienti nakládají s psychosomatikou, rozdílná východiska k psychosomatickému přístupu – psychologie a medicína, kazuistiky atd.

6/ Příští setkání SPPS se koná v pátek 27. 11. 2009 od 16!!! h opět v nemocniční kapli Kliniky dětí a dorostu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Během setkání budou naplánovány termíny setkání na rok 2010.

Zapsali PhDr. Pavel Roubal a MUDr. Eduard Rys



POŠTA, DISKUSE

SEBEREFLEXE PSYCHOSOMATIKY?

Tuto diskusi vyprovokovala jedna drobná poznámka pod osobním dopisem mladšího kolegy neurologa, který se věnuje psychosomatice a psychoterapii o tom, jak se cítí ve společenství lékařů, zabývajících se psychosomatikou. Poněkud neukázněně jsem ji poslal několika starším kolegům, protože mě zajímalo, jak se na to dívají oni. Mně se totiž líbila a říkal jsem si, že by na tom mohlo něco být. Při celkovém nedostatku ochoty k reflexi v naší společnosti by nám mohlo uniknout, že ani naše malá velmi volná komunita nemá dost odvahy se podívat sama na sebe. Se souhlasem všech účastníků korespondenční diskuse, předkládám ji našim čtenářům. Třeba se přidají.

V.Chvála

EDUARDA RYSE NAPADÁ....

Opakovaně mě v českých psychosomatických kruzích napadá, že deprivovaní „rodiče“ (starší psychosomatici frustrovaní letitými těžkostmi na poli české psychosomatiky) deprivují své „děti“ (možné následovníky) a spíše než ke spolupráci, předávání a sdílení zkušeností je využívají / zneužívají ke své potřebě. „Děti“ jsou více k dispozici „rodičům“ než naopak. Současně mě napadá, že v malém psychosomatickém společenství, jehož členové zažívají frustraci, ohrožení, osamělost, nejistotu..., se „pěstují“ pouze pozitivní emoce (můžeme se mít jenom rádi) a ty negativní (nepřátelské, zlostné pocity a projevy) jako by sem nepatřily, bráníme se jim. Mohou v takovém prostředí vyrůst zdraví, kreativní, sebevědomí následovníci? Dle mého nemohou. Jak to vidíte vy?

MUDr. Eduard Rys

eduard.rys@volny.cz

JIŘÍ BERAN PÍŠE:

...Neznám kontext zmíněného mailu. Mohu si však pomyslet, že ten, kdo je v psychoanalytickém zaměřeném výcviku, mívá tendenci vše kolem sebe „interpretovat“ dle jistého modelu, opakovaně se s tím po léta setkávám a vždy si pomyslím, že aplikace prvků metod psychoanalytických by měly být vyhrazeny pro psychotherapeutická sezení.

Pokud jde o generační výměnu „psychosomatiků u nás“, pak myslím, že mladší „klepou na otevřené dveře“, to

znamená, že v rozletu jim nic (a nikdo z nás starších) nebrání.

RADKIN HONZÁK NAPSAL:

Asociace jsou třaskavé entity, to už věděl tatík Freud. Já už jsem rozum bral, když probíhal proces se spikleneckým centrem sionisty Rudolfa Slánského, kde (tuším) Artur London, kterému při tom kapal skopolamin z očí, doznával: „Jak řekl soudruh Stalin, spisovatelé by měli být inženýry lidských duší. Co já jsem to byl za inženýra, když jsem tyto duše záměrně otravoval...“

Přiznávám, bez skopolaminu a bez brainwashingu, že sodomisticky a gomoristicky (to je ještě horší) zneužívám mladé psychosomatiky I PSYCHOSOMATIČKY, urážím se, když komentují, a tím víc, když kritizují mé výroky (pardon: výroky), které by měly být tesány v kamenných deskách (pamatuju, jak Moses běžel z té hory a řval: „Mám pro vás dvě zprávy – dobrou a špatnou. Ta dobrá je, že se mi to podařilo ukecat na deset, ta špatná, že tam zůstalo NESESMILNÍŠ.“) Všechny odpadlíky od své víry, které jsem nestačil popravit, tímto proklínám a nikdy se nepotkají s Franzem Alexanderem.

Z tohoto pohledu nahlíženo se musí jevit jako záslužné, že docent Beran nerealizoval kurs psychosomatiky v IPVZ v ohlášeném termínu, protože by tam mohly zaznít i kazuistiky s dlouhodobým sledováním („follow-up“ je módní dnes), které by svými výsledky mohly některé nadšené mladé adepty poděsit.

Na několika setkáních, kterých jsem se zúčastnil v posledních letech, jsem si nevšiml, že by se u mladších kolegyň a kolegů projevovat nějaký ostych (motivovaný dejme tomu i obavou, aby nás – staříky – nekleplo). Spíš naopak –

dokud jsem byl (13 let) šéfredaktorem Praktického lékaře, obračejícího se k široké lékařské veřejnosti, a především k praktikům, jen obtížně se mi dařilo shánět příspěvky z této oblasti. Obavy oslovených autorů nevycházely z toho, že bychom je jako staříci nějak „seřvali“, ale z mnohem pragmatičtějších důvodů, které zde nehodlám prozrazovat.

Vzájemnou kolegiální a úctu k názoru druhého nepovažuji ani omylem za „pozitivní přenos“, ale za atmosféru nezbytnou k otevřené diskusi. Byl bych vděčný autorovi publikovaného názoru za bližší upřesnění pocitů svého útlaku, možná ve smyslu Lacinova ČTENÍ O PSANÍ, kde nadějný básník zakončil své vyznání slovy: „A tak jsem na ten papír vložil, co tížilo mé útroby.“

JIŘÍ ŠIMEK NAPSAL:

Milé kolegyně, milí kolegové, s výrokiem kolegy Eduarda Ryse bez obtíží a bez výhrad souhlasím. Klidně jej podepíši.

Ale:

a) emoce, které pěkně popsal kolega Rys, nejsou až tak sektářské jako spíše srozumitelné v kontextu, ve kterém se pohybujeme. Sdílená úzkost svádí lidi do houfu, brání agresivním pocitům i akcím.

Přirozená úcta k lidem, kteří bez naděje na velký prospěch mi prošlapávali cestu, také brání agresivním impulzům. Na druhé straně se snažíme o dnes u nás nebývalou otevřenost, a to není sektářské.

b) Ještě jsem nezažil, aby rodiče zařídili dětem jejich vzbouření a generační výměnu, naopak se tomu vždy aspoň trochu instinktivně brání. Pokud jsem o tomto problému hovořil s ostatními „starci“, jako je Chvála, uvítali jsme

vytvoření Sdružení pro psychosomatiku a s tichým uspokojením jsme sledovali, jak se mladí mají k světu.

Ale revoltu za ně skutečně dělat nebudeme.

A kolegovi Rysovi bych doporučil, aby si nepletl psychoterapeutickou a pracovní alianci. Pokud má na mne z nějakých důvodů vztek, nebude to ani tak přenos, jako normální reakce na aktuální situaci. A protože mu nemohu existenčně ublížit, není rozumný důvod o tom nehovořit nahlas. A hlavně nemá smysl mně jako příslušníku starší generace říkat, co mám udělat jinak já, ale je nejvyšší čas, aby poté, co mne zkritizuje, začal on dělat něco jinak, po svém.

(Držet se táty za šos a křičet, že mne vede špatným směrem, se normálně dělá tak do deseti let věku. Pak už se na to musí jít jinak.)

Srdečně všechny zdravím.

Jiří Šimek

JAN HNÍZDIL NAPSAL:

Milé kolegyně a kolegové, přišel mi mail od Vlády Chvály se žádostí o názor na generační výměnu protagonistů psychosomatiky, zmíněnou kolegou Rysem. O takové výměně a emocích s ní spojených nemám žádné informace. Mohu se vyjádřit jen z odstupu.

Prosazování a praktikování psychosomatiky přináší pocit uspokojení ze smysluplné práce, za současného stavu zdravotnictví je však spojené se značným sebeobětováním. Nelze očekávat, že se protagonisté psychosomatiky v dohledné době dočkají morálního, statutárního, nebo dokonce finančního ocenění. Podle mého názoru

komplexní přístup do současného systému ani implementovat nelze. Jeho čas přijde, až se systém, podobně jako tupý komunistický režim, vlastní vahou zhroutlí. To může ještě nějaký čas trvat. Počínající diskuse o generační výměně, deprivovaných otcích deprivujících syny, podle mého názoru vypovídá o nepochopení reality a přehnaných ambicích účastníků. Považoval bych za velmi nešťastné, aby sklouzávala z roviny věčné do roviny osobní. Věřím, že se tak nestane.

Srdečně Honza Hnízdil, CKP
Dobřichovice

PHDR. LUDMILA TRAPKOVÁ PÍŠE:

Jak to vidíte vy? Edo, překvapilo mě to. V psychosomatické mám spíš pocit, že tu jsou samé děti bez rodičů. Počítám se k nim. A jak to bývá u bezprizorných, někdo z té dětské party (v tomto případě bez ohledu na kalendářní věk) se rodičovských funkcí ujímá, přestože to může být nad jeho vývojové síly. Generace, ke které patřím, studovala VŠ na začátku sedmdesátých let, tedy v době, kdy nám všechny jen trochu kvalitní učitele až na vzácné výjimky, které jsme si museli vyhledávat mimo katedry, poschovávali dřív, než jsme se s nimi mohli seznámit. Nepíšeš kterou generaci (kalendářní) máš na mysli, jestli tu naši nebo tu ještě starší, která vyučovala, nebo možná přesněji měla vyučovat, nás. Aby se věci daly do pořádku, je úkolem nás a dalších generací, tedy i té Tvé, abychom vyprázdněné učitelské, chceš-li „rodičovské“ funkce obnovili a znovu naplnili obsahem. Možná sis v psychosomatické vybral za rodiče – učitele někoho, kdo jím není, jestliže jsi „více k dispozici jim než oni Tobě“. Na rozdíl od skutečných rodičů, kterým jsme se všichni neoddliskovatelně

narodili do náruče, máme v případě učitelů svobodnou volbu. To je první poznámka.

Ta druhá se týká klimatu, ve kterém by se mělo „psychosomatickému společenství“ dařit. Pěstovat pozitivní emoce a ty negativní dávat do závorky, případně je externalizovat v duchu narativní terapie (termín nemá nic společného s externalizací podle psychoanalytické teorie), to je vlastní podstatou pěstování svobodného projevu v jakémkoli společenství. Je to péče o společný prostor, aby byl pro účastníky bezpečný. Teprve v něm se může dařit svobodnému vyjadřování rozdílů.

Pohybujeme se tu totiž na dvou logických úrovních. Tvé pochopení zacházení s emocemi pochází z psychoanalytické individuální psychoterapie. Jde o jiné paradigma než tam, kde se pečuje o společenství. Jako nelze míchat hrušky se švestkami, nelze směšovat mezilidské vztahy a pěstování spolupráce s intrapsychickými fenomény jednotlivců včetně přenosu a protipřenosu. Ba dokonce, i když ovládám obojí, musím mít stále na mysli, na které logické úrovni se pohybuji, i když dobře vím a sleduji, že ta druhá je v závorce, působí a má vliv.

Konkrétně, jestliže se sejde tak heterogenní společenství, jakým psychosomatická obec zákonitě musí být, protože je ze své podstaty interdisciplinární, negativní emoce jsou nabíledni a stále po ruce, protože rozdíly budí vždycky psychické napětí a nepohodlí, jestliže ne přímo úzkost. Pokud bychom nepěstovali a neumožňovali vědomě a někdy i velmi pracně prožívání emocí opačných, ty negativní by nás zaplavily a likvidovaly možnosti svobodného diskurzu, jako operační pole krev. Tu musí dobrý

chirurgický tým odsávat, aby se všichni mohli vůbec trochu orientovat. Projevování pozitivních emocí mezilidské vztahy otevírají, negativní je škrtí. Tím nemám na mysli mazání medu kolem huby. Ona práce s reálnými

emocemi musí být z gruntu pravdivá a důvěryhodná. A tak, Edo, jestli docházíš do společenství, kde si mažou med kolem úst, fandím Ti v tom, abys šel jinam.

LT v Liberci 17.11.09

K MINULÉMU ČÍSLU:

DISKUSE KE KAZUISTICE DO ROKA A DO DNE (PSYCHOSOM 3/2009)

Martin Konečný

Vlád'u obdivuju jako geniálního praktika přesně tak, jak ho vnímá zřejmě kolega Čepický, ale nesdílím jeho teoretická východiska (ale jinak než Čepický: nejde mi o EBM, ale o to, jak s pacientem hovořit, jak s ním VĚST rozhovor a také jak indikovat jednotlivé terapeutické přístupy; a hlavně: jaký s pacientem vytvářet vztah; rodinnou, obecně systémovou či systemickou terapii indikuji u dospělých pouze tam, kde chybí předpoklad pro facilitaci individuálního procesu: ten u Vláďovy pacientky evidentně probíhal, dokonce si terapii na individuální setting sama postupně převedla, velmi rychle rozvinula přenosový vztah; již z přípravného sezení (mapování rodinného systému) byla zřejmá témata typická pro individuální proces; otázkou proto je, zda byl rodinný systémový přístup správně indikován; pak totiž ve zmatku došlo s největší pravděpodobností k tomu, že v rámci pro rodinnou terapii (setkání cca 1x

měsíčně, omezený počet sezení, většinou kolem 10) probíhala ve skutečnosti NEDOKONČENÁ individuální terapie, během níž zůstala zcela nereflektována neschopnost pacientky utvářet vztah (terapeut byl idealizován, protože nevědomě vyhověl nenáročným settingem snížené schopnosti klientky utvářet intenzivní vztahy s muži; kdyby terapie probíhala minimálně 1x týdně a s dlouhodobým výhledem, dříve nebo později by došlo k obrovskému konfliktu s terapeutem, který by teprve mohl být počátkem skutečné údravy); takto chaoticky uspořádaný setting může vést sice ke změně prostě tím, že uvede vše do pohybu, ale těžko může napomoci k hlubokému uvědomování sebe sama a tím k zásadnímu posunu v rozvoji osobnosti; nejde totiž pouze o to psychosomatické symptomy odstranit (!), ale využít jejich "terapeutický" potenciál k osobnímu růstu.)

M.K. Ostrov n.O. 15.11.2009
(konecnym@gmail.com)

ODPOVĚĎ AUTORA:

Souhlasím s námitkami k publikované kazuistice. Je to něco, na co budeme muset vždy znovu narážet při

vzájemných diskusích mezi lékaři pracujícími s psychosomatickými pacienty a mezi psychoterapeuty

psychodynamických směrů. Jako praktik, zaměřený na chronické průběhy somaticky se projevujících poruch, jsem uvykl odporu pacientů k psychoterapii. Jejich pozornost je zaměřena primárně na tělesný příznak. Oprávněně žádají po lékaři úlevu od potíží, nikoli pokrok v osobním růstu. Ten nemají zpravidla vůbec v zorném poli. Pokud pacientovi lékař nemůže nabídnout úlevu, jen obtížně ho získá pro hlubší sebezpyt. Psychoterapeut má poněkud snazší práci. Přichází k němu pacient již získaný pro psychoterapii. A pokud ne, nezabývá se jím. V případech, jako byl tento, kdy operatér již čeká na pacientku, není moc času na změnu. Pacientka si nechtěla ponechat symptom. Byla ale natolik vystrašená a zoufalá, že byla ochotná absolvovat alespoň několik sezení i s partnerem-gynekologický symptom celkem jasně ukazoval na potíže v sexuálním životě.

Od této reflexe se začala odvíjet změna, spolu s tělovou, na symptom zaměřenou terapií pak vedla nejen k úlevě, ale k celému řetězu událostí, které nepředstavovaly sice hlubokou proměnu pacientky, ale v první řadě zabránily případné jatrogenizaci rozsáhlým operačním zásahem v malé pánvi, a obrátily pozornost k prožívání vztahů pacientky. To není málo. Rodinná terapie takový potenciál má a podle mých zkušeností se dobře hodí k první změně v orientaci pacienta od tělesných ke vztahovým fenoménům a to i jinde, než jen u dětí a neseparovaných členů rodiny. Pak může přijít čas na hlubší individuální práci v psychoterapeutickém procesu jinak orientovaném, který ovšem není mým nástrojem a tak předávám pacientku příslušnému odborníkovi.

V Liberci 30.12.2009

AD DISKUSE II: ČEPICKÝ – CHVÁLA – HONZÁK O PSYCHOSOMATICE

O. Masner

Děkuji všem třem účastníkům diskuse za jejich otevřenost a za vynaloženou energii. Je to velmi živá a podnětná debata a domnívám se, že je tomu právě proto, že se točí kolem prastarého a stále živého sporu, který doprovází medicínu již několik staletí. Je to spor o tom, zda do moderní medicíny patří, či nepatří pacientovy ryze subjektivní a často protichůdné pocity, které se vždy objeví při vážném (nebo za vážné považovaném) onemocnění: strach, víra, naděje, sklíčenost, kletba, pokora, skrytý smysl nemoci atd. Jedná se o pocity vyvěrající z otázek typu: jaký bude

nemoc mít průběh? Jaký bude můj život po překonání nemoci? Čím jsem si tu nemoc třeba sám přivodil?

V předložené diskusi dvou gynekologů se její účastníci zjevně shodují na tom, že se jedná o důležité faktory, které je nutné do léčebného procesu zahrnout. Je to proto, že jsou oba psychosomaticky vzděláni. Vyhraněná neshoda se ale přesunula pouze o jednu úroveň výše a odehrává se na pozadí otázky, jak mají být tyto subjektivní pocity zpracovány a hodnoceny.

V minulých dnech jsem náhodou opět narazil na zajímavou knížku od Stefana Zweiga, která se jmenuje „Léčení duchem“ (1930). Autor se v ní zabývá právě tímto dilematem medicíny. V úvodu knihy popisuje vyše zmíněný spor tak působivě, že jsem si nemohl vzpomenout na diskusi dvou gynekologů. Zweigův pohled, vycházející z pozice vzdělaného laika, tedy člověka, který stojí mimo lékařskou obec, nám zprostředkovává věrohodně postoj pacientů, kteří se musí s tímto dilematem medicíny vypořádat také. Proto si dovoluji část textu z úvodu knihy citovat, protože si myslím, že nám umožní podívat se na tento spor z odlišného úhlu:

„Boj o zdraví znamená tedy v pravěkých dobách lidstva nikoliv boj proti jednotlivé nemoci nýbrž zápas o Boha. Všechna lékařská věda světa začíná jako teologie, jako kult, rituál a magie, jako spor lidské duše ve zkoušce, seslané Bohem. ...Zde ještě působí naprostá jednota citu proti jednotě skutečnosti. Je jen jediný zdravý a jen jediná nemoc a ta má zase jen jedinou příčinu a jedinou léčbu: Boha. A mezi Bohem a utrpením je jen jeden a týž prostředník: kněz, ochránce duše a těla zároveň. Svět ještě není rozštěpen, ještě není rozpůlen, víra a vědění tvoří v posvátné svatyni jedinou instanci.“

„Tato počáteční jednota se však brzy rozpadne. Aby se nauka mohla osamostatnit a převzít v praxi prostředkující službu mezi nemocí a nemocným, musí zbavit nemoc jejího božského původu a vyřadit jako zcela zbytečné to, co ji zařazuje do náboženství – oběť, kult, motlitbu. ...Kněz se omezí na službu Boží a upustí od léčení nemocných, lékař se zase vzdá všeho působení na duši, všeho kultu a magie: napříště oba tyto proudy plynou odděleně každý svým řečištěm. S tímto

zásadním rozpadem prvotní jednoty nabudou všechny nauky o léčení hned zcela nového, převratného smyslu. Především se rozpadne ucelený duševní jev „nemoc“ v nesčetné jednotlivé, přesně popsané nemoci. A tím se jejich existence jaksi odpoutá od duševní osobnosti člověka.“

„Léčení už neprobíhá jako akt duše, vždy znovu jako zázračná událost, nýbrž jako průzračné a téměř počtářsky přesné, rozumné jednání lékaře. Spontánnost nahradily znalosti, logos – ten tajuplný tvůrčí výrok kněze – nahradila učebnice. Kde starý magický průběh léčby vyžadoval nejvyšší duševní napětí, tam dosahuje nová klinicko-diagnostická metoda lékaře opaku, totiž jasného ducha bez nervozity při dokonalém, naprosto věcném duševním klidu.“

„Stejně tak jako před tisíciletími vzhlíží dnes primitivní, dosud nedostatečně ‚vzdělaný‘ člověk k nemoci v bázi jako k něčemu nadpřirozenému, stále ještě proti ní staví duševní akt naděje, obav, modlení a příslibů... Žádná učebnice, žádný učitel jej nikdy nebude moci přesvědčit, že nemoc vzniká ‚přirozenou‘ cestou, tedy zcela nesmyslně a nezaviněně. A proto předem nedůvěřuje každé praxi, která slibuje, že nemoc odstraní strážlivou, technickou, chladnou – to znamená bezduchou – cestou. Odmítá-li lid akademicky vyškoleného lékaře, vyvěrá jeho chování z hlubiny přání – z dědičného davového instinktu – po univerzální jednotě ‚přírodního‘ lékaře“.

„Společný protiklad všech těch přírodních léčebných procesů, zázračných kúr a ‚léčení duchem‘ proti školometské lokální patologii se dá vyjádřit jedinou stručnou formulí: vědecká medicína považuje nemocného a jeho nemoc za *objekt* a přisuzuje mu téměř s opovržením úlohu naprosté

pasivity. Pacient se nemá na nic tázat a do ničeho mluvit, nemá dělat nic jiného než plnit nařízení lékaře, poslušně, ba dokonce bezmyšlenkovitě a sebe sama pokud možno z léčení vyloučit. V tomto slově „léčení“ je klíč k problému. Zatímco ve vědecké medicíně je nemocný „léčen“ jako objekt, požaduje duševní léčebná kúra na nemocném, aby se především sám duševně na ní podílel, aby rozvíjel jako *subjekt*, jako nositel a hlavní uskutečňovatel kúry nejvyšší možnou aktivitu, namířenou proti nemoci.“

„Žádný z těchto staronových systémů (postavené na duševním léčení) samozřejmě neotřásl ani na okamžik nádhernou, ve své promyšlenosti a všestrannosti nepřekonatelnou organizaci moderní medicíny. Vítězství jednotlivých duševních léčebných postupů a systému naprosto nedokazuje, že vědecká medicína sama o sobě není v právu, nýbrž popírá jen onen dogmatismus, který trvá vždy výhradně na poslední léčebné metodě jako na všeplatné a jediné možné.“

Autor zde formuluje dvě myšlenky, které se dle mého mínění dotýkají samého středu naší diskuse: první je, jak si všímá rozdílu v tom, jestli nahlížíme na pacienta jako subjekt nebo objekt. To je samozřejmě známá věc, ale Zweig ji zde vyzdvihuje jako rozdíl klíčový. Dr.Čepický v diskusi opakovaně volá po tom, aby ta „duševní strana“ medicíny dokázala svoji účinnost v jasných podmínkách vědecké medicíny. Ta staví svoje klinické studie na principu objektivního pozorování. Jádrem

psychosomatického přístupu je ale vnímání pacienta jako subjektu. Tím pádem nemůže moc překvapit, že podobné pokusy o dokazování účinnosti dopadají pro duševní medicínu neuspokojivě. Jakmile se totiž pokusí o objektivní zachycení svého působení dle standardů vědecké medicíny, tak zároveň opouští svoji vlastní a nejniternější podstatu.

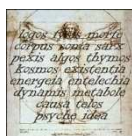
Druhá pozoruhodná myšlenka se týká rozdílu ve vnímání nemoci mezi pacientem a lékařem. Co když se naši pacienti psychologicky opravdu tolik neliší od svých praprapředků a mají potřebu svoje onemocnění vnímat nejen na racionální úrovni, ale zároveň duševně/spirituálně? Jako lékaři jsme se naučili tyto dvě modality perfektně oddělovat a naše představa o nemoci se tím pádem nemůže krýt s tou pacientovou. A tak se ptám, jestli to pak vlastně není tak, že v tomto „psychosomatickém“ sporu, který se promítá do výše zmíněné diskuse, nemůžeme ani při nejlepší vůli dospět ke shodě? Možná je třeba smířit se s tím, že v každém z nás dále trvá podivná jednota s dvěma protikladnými póly, které jsou v neustálé a rovnocenné výměně. Pakliže tomu tak je, tak nelze trvat na tom, aby se jeden z těch pólů přizpůsobil tomu druhému. Naopak, pak je potřeba naučit se vzájemnému respektování té druhé modality a hlavně respektování potřeby pacienta na uplatňování obou pólů v léčebném procesu.

Listopad/09

MUDr. Ondřej Masner,
masnerovi@quick.cz



AKCE, AKTUALITY



13. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ. PLÁNOVANÝ

TERMÍN 8.–10.4.2010

(pozor, změna termínu!)

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE

Organizátoři: Psychosomatická sekce PS ČLS J.E.P., Sdružení pro psychosomatiku o.s., Česká psychoterapeutická společnost

PROGRAM:

- 1. Základní psychosomatická péče, co je a co není?** Prostor pro diskusi o praxi somatických lékařů obohacenou o psycho-sociální aspekty stonání, o identitě

psychosomaticky orientovaného lékaře, odlišení od psychoterapie i od běžného informačního poradenství. Techniky základní psychosomatické péče, kazuistiky, příklady praktického využití psychosomatického přístupu. Pozvaní jsou také kolegové z Německa, kde segment základní psychosomatické péče existuje již dvacet let. Jejich přednášky s překladem. (dr.Rothe, dr.Niedzilski, prof. Sheuffel)

2. **Týmová spolupráce** v oblasti psychosomatiky, možnosti organizace týmů, výměna zkušeností, možnosti a meze týmové spolupráce, význam supervize týmu. (Dr.B.Baštecká) Týmová spolupráce při řešení poruch příjmu potravy (prof. H. Papežová, dr. L. Trapková, dr. V. Chvála). První zkušenosti s organizací lůžkového psychosomatického pracoviště v Ostrově nad Ohří (prim. dr. M. Konečný), první zkušenosti se stacionářem zaměřeným na psychosomatické pacienty v České Lípě (dr. I. Vindušková), týmová spolupráce na Psychosomatické klinice Praha, nové oddělení psychosomatiky a psychoterapie v nemocnici v Rychnově n.K. a další.
3. **Zdraví společnosti** jako výsledek průniku politiky, etiky a filosofie aneb reflexe současného stavu naší společnosti s ohledem na zdraví rodiny a jednotlivce a postavení lékaře v ní. Je lékař nástrojem komerčních a politických zájmů nebo občanem se svobodným povoláním? (dr. H. Klímová, doc. I. Strobachová, prof. Komárek a další)
4. Výuka základní psychosomatické péče. Obsah, forma, zkušenosti. Diskuse.

PŘIHLÁŠKY, TERMÍNY A KONFERENCE POPLATKY:

Přihlášky posílejte na adresu technického sekretariátu konference

	Do 31. prosince 2009	Do 27. února 2010
Registrační poplatek	1200 Kč	1600 Kč
Reg. poplatek studenti	600 Kč	1200 Kč
Reg. poplatek 1 den	-	600 Kč
Vyzvaní přednášející a členové organ.výboru	0 Kč	0 Kč

AKTIVNÍ ÚČAST:

Termín pro zaslání abstrakt / uzávěrka: 31.12. 2009

VĚDECKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

MUDr. Vladislav Chvála

Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s.

Jáchymovská 385, 460 10, LIBEREC 10, Česká republika

Tel: +420 485151398

E-mail: chvala@sktlib.cz

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

Sekretářka paní Menclová
Tel.: +420 485151398
E-mail: menclova@lirtaps.cz
Informační server: www.lirtaps.cz/konference.htm

Poznamenejte si do svých kalendářů, prosím, tento termín. Více informací na www.lirtaps.cz.

6. 1.–7. 1. 2010 v Brně, Údolní 39

DVOUDENNÍ SEMINÁŘ PRO ODBORNOU VEŘEJNOST

OBRODA LIDSKOSTI V RODINĚ: „VÝCHOVA LÁSKOU“

Motto:

Výchova dítěte by byla ideální, kdyby se obešla bez fyzických trestů a trestů odnětí lásky izolací dítěte.

Nabízíme vám reálnou možnost, jak vychovávat dítě v lásce a radosti, a ne ve strachu a pod tlakem.

- Dítě je vychovááno v bezvýhradné lásce
- Emoční konfrontace konfliktů
- Řád v systému rodiny (rodiče mají první místo)
- Důsledná výchova (co dělat s dítětem v určitém věku – puberták, batole, předškolní atd.)

PROGRAM:

1. Jiřinka – základní / výchozí přednáška – 2 hodiny (o tom, co dítě a manželství potřebuje)
2. Práce ve skupinkách – cvičení empatie, zrcadlení, konfrontace, smíření – zpětná vazba:
Skupiny: pro zdravotníky (lékaři, sestry, duly)
 - Sociální pracovníci
 - Pedagogové
 - Rodiče
3. Diskuse a dotváření koncepce pro jednotlivé skupiny – rodiče, pedagogy, doktory a zdravotníky, sociální pracovníky (jakým způsobem to v těchto skupinách předávat dál)

Doporučená literatura:

- Pevné objetí – brána k vnitřní svobodě, J. Prekopová
- Děti jsou hosté, kteří hledají cestu, J. Prekopová
- Rodiče mohou dělat chyby, J. Prekopová, (vyjde r. 2010)

Upřesňující informace na www.prekopova-pevneobjeti.cz

cena 700,- Kč

Aktuálně je možné se přihlašovat na madla@post.cz

OTEVŘENÝ SEMINÁŘ PRO RODINNÉ TERAPEUTY

Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny (www.lirtaps.cz) nabízí v roce 2010 otevřený seminář pro kolegy, kteří pracují jako rodinní terapeuti. Přednost mají absolventi a frekventanti akreditovaných výcviků v rodinné terapii, případně absolventi a frekventanti kurzů rodinného poradenství. Účelem a smyslem semináře je kultivovat rodinně terapeutické myšlení a propojovat zástupce všech institutů rodinné terapie na našem území. Účastníci povedou diskusi nad předem vyžádanou kazuistikou.

Seminář se bude konat na půdě Prevcentra, o.s., Meziškolská 2, Praha 6 (www.prevcentrum.cz) jednou za dva měsíce, vždy poslední čtvrtek v měsíci v 17.30 – 20.30 hodin: 25.2., 29.4., 24.6., 30.9. a 25.11.2010.

Přihlášky na jednotlivé termíny pošlete předem na mail: trapkova@mybox.cz. Účastnit se můžete jak celého cyklu, tak jednotlivých setkání. Poplatek 200 Kč bude vybírán na místě. Garantem semináře je PhDr. Ludmila Trapková.



RECENZE

RECENZE KNIHY O MODERNÍ PSYCHOSOMATICE

Ad informandum (ve zkratce informace o tom, o čem v knize jde).

ASBJOERN O. FALEIDE A LILLEBA B. LIAN: SYMPTOM OG MEINING. MODEME PSYKOSOMATISK TANKEGANG.

(Symptomy a jejich význam. Moderní psychosomatika) Fagbokforlaget, Oslo, 2004 (218 stran).

Na Skandinávii se díváme jako oblast Evropy, kde je ve všech tamních státech relativně nejdelší průměrná doba života, jak mužů, tak žen. Ti, kteří se zabývají prevencí (předcházením) nemocí a otázkami zdravého způsobu života, se na severské státy v Evropě dívají též jako na oblast, kde se otázkám psychologie a sociologie zdraví věnuje mimořádná pozornost, a to jak ve výzkumu, tak v praxi. Platí to i o odbornících na úseku klinické psychologie, psychologie zdraví, psychosomatiky a behaviorální psychologie.

Knihy Asbjørna O. Faleide a Lilleba B. Lianoté (Symptomy a jejich význam) je přehledem soudobé psychosomatiky. Podává v úvodní části přehled toho, co se v posledních padesáti letech na tomto vědním úseku udělalo, kterými cestami se nejvýznamnější představitelé oboru pokoušeli řešit relativně „staronové“ otázky vlivu psychických faktorů na naše zdraví, a to v přerůzných formách empirických a experimentálních prací.

Ve druhé části se autoři soustřeďují na celou řadu velice konkrétních témat v oblasti psychosomatiky – jako např. na otázku bolesti a boje s ní, na problematiku příjmu potravy (bulimii a anorexii), trénování schopnosti udržet moč (enuresa a enkopresia) atp.

Třetí část je věnována „klasickým tématům psychosomatiky“ – nejzávažnějším somatickým situacím: vředovitému zánětu tlustého střeva (ulcerózní kolitidě), problematice dýchacích obtíží (astmatu) a rakovině. Setkáváme se zde nejen s psychologickými problémy pacientů, ale i s těmi otázkami, které si kladou ti, kteří se o ně starají. Třetí část knihy končí vlastním jádrem této otázky – pohledem do hloubi psychosomatické péče.

Čtvrtá část knihy otevírá relativně nové psychosomatické téma – problematiku stárnutí a stáří, jak se jeví z psychosomatického hlediska.

Pátá část se soustavně zabývá otázkami psychologických forem pomoci psychosomaticky nemocným pacientům. Setkáváme se zde s přerůznými – běžnými i pro mnohé zcela novými metodami psychoterapie od Gestalt psychoterapie, psychoanalýzy, skupinové psychoterapie, až po charaktero-analytickou psychoterapii a vegetoterapii. O tom, o jak gruntovně studovanou oblast se zde jedná, něco prozrazuje i to, že obsah citované literatury v této knize obsahuje přes 270 údajů.

Kdo je autorem této publikace? Univerzitní profesor Asbjørn Faleide je vedoucí skupiny klinické psychologie na univerzitě v Blindern v Oslo, hlavním městě Norska. Profesor Faleide je po desetiletí členem International College of Psychosomatic Medicine. Od r. 1993 je členem výboru této organizace pro otázky výzkumu a výuky psychosomatiky. Je držitelem psychoterapeutického profesionálního certifikátu z Esalen Institutu v kalifornské Santa Barbaře. Pracoval i na National Asthma Center v Denveru (Colorado).

V r. 1984 založil v Oslo se svými kolegy soukromý Psychosomatický ústav, v němž dosud pracuje. Známé jsou výzkumné práce týkající se psychosomatiky úzkosti, fibromyalgie, rakoviny prsu, astmatu atp. Vedle psychosomatiky – svého ústředního výzkumného tématu – se zabývá otázkami psychoterapie, kterou praktikuje i učí a funguje jako supervizor a terapeut. Má bohaté zkušenosti v Gestalt-terapii, skupinové a rodinné psychoterapii a charakteroanalytické psychoterapii. Známé jsou jeho knihy o astmatu a jeho longitudinální, 19 let trvající studie psychosomatických rodin, kde byl v osobním kontaktu se 160 rodinami a písemnou formou s dalšími 1300 rodinami (Norský PRAD-Project).

Lilleba B. Lian je specialistou v klinické psychologii. V současné době pracuje jako vedoucí Oddělení klinické psychologie na psychiatrické klinice v Oslo. Je doktorkou přírodních věd, specializovala se na biologické otázky psychosomatiky a má blízko k problematice psychoneuroimunologie.

V čem je největší klad této knihy? Zmíním tři z nich: Jde o fundovaný přehled moderního stavu psychosomatiky. I když lze v knize najít kapitolu o psychosomatické problematice

stárnutí a stáří, přece jen je dobré upozornit, že velká většina prací, na nichž autoři budují své pojetí a obraz soudobé psychosomatiky, se týká dětí, popřípadě rodin s psychosomaticky nemocnými dětmi. Třetím kladem je bohatá žeň kazuistik, které velice názorně ukazují praktické využití psychosomatických poznatků. Právě z tohoto důvodu by seznámení s textem o konkrétních psychosomatických klinických tématech mělo patřit k základní výbavě nejen klinických psychologů. Nadějně je, že kniha má vyjít v českém překladu v nakladatelství Grada Publishing.

Jaro Křivohlavý



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); zaslát 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 rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání: nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

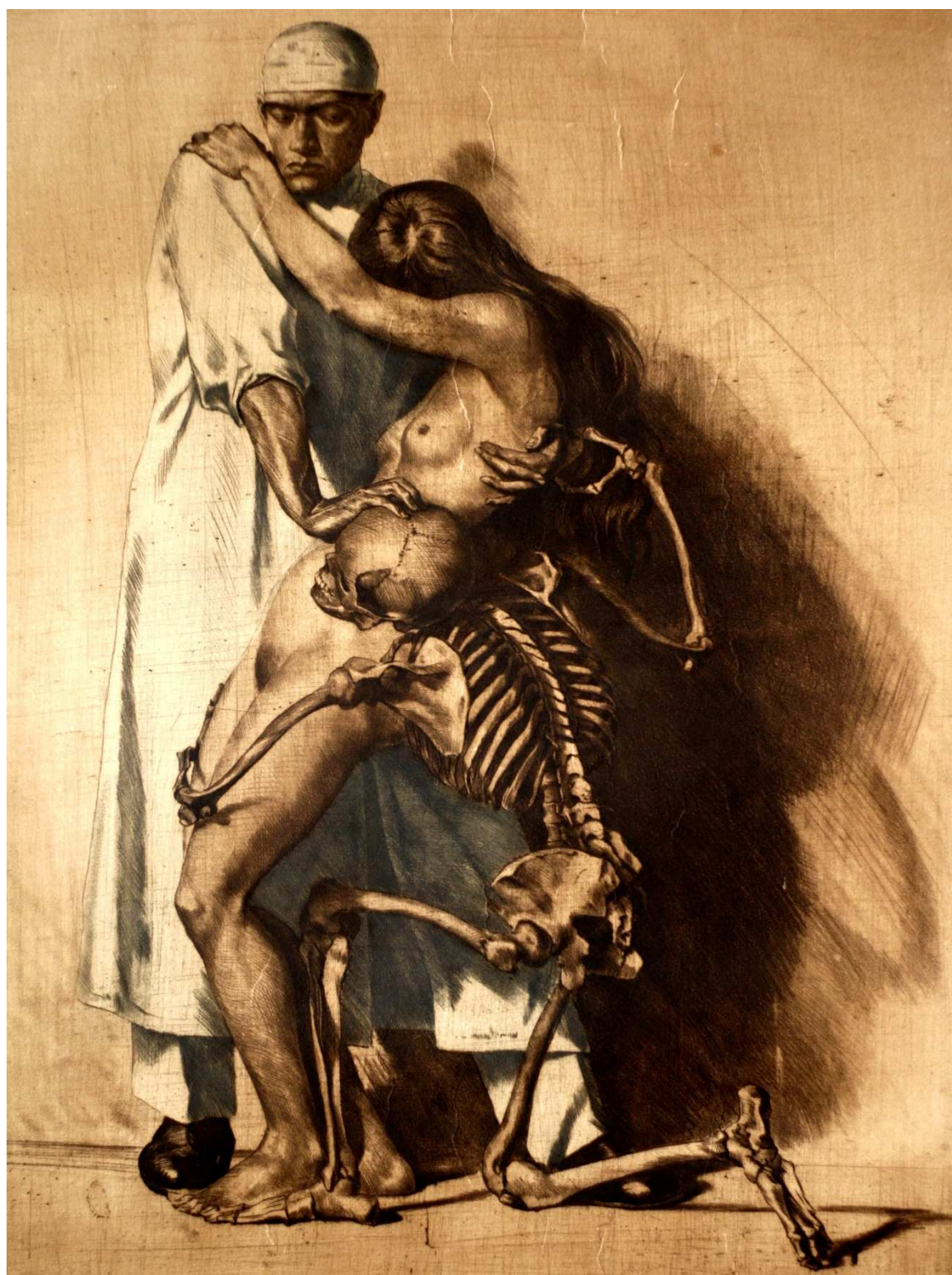
Citace práce jediného autora: ... Lieb (1992) soudí, že... *nebo:* Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov. Lieb, 1992 *nebo viz:* Lieb, 1992)

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

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

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

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



Použitá grafika je dědičný dar psychosomatiků. Vyjadřuje sice heroickou tradici evropské medicíny, kterou bychom rádi překonali, to však nebrání tomu se k obrazu odvolávat alespoň tak, jako to učinil Honzák: TAKTO NE!!!

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

