2010

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

VIII/1

EDITORIAL: Honzák R.: Smí humor do medicíny?◇ GLOSY◇
KAZUISTIKA: Rak t., Chvála V.: Porodní drama očima rodičů ◇
VÝZKUM: Kubánek j.: Léčba bolestí u psychiatrických pacientů v Priessnitzových léčebných lázních a. s. Jeseník ◇ ÚVAHY, NÁZORY: Kodyšová E., Morovetz M.: Psychologie porodu – chiméra, nebo realita?◇
DISKUSE: Šimek J.: Byla to autonomie ženy v porodnictví, která nás dovedla tam, kde jsme? ◇ RECENZE◇POLITIKA, KONCEPCE ◇ AKCE◇
SEZNAM AUTORŮ 2009

MK ČR E 18784 ISSN 1214-6102
PSYCHOSOM, ročník VIII: 1/2010
28. 2. 2010

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Fürst: furst@pbsp.cz
Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz
PhDr. Ludmila Trapková
Mgr. Pavla Loucká
Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
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 1/2010 dne 28. 2. 2010, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 1. 2010.
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Grafická úprava, foto V.Chvála. The articles are peer-reviewed.
ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84
© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM (VIII. ročník) 2010, číslo 1

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 pod číslem 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 / Editoral Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., Oddělení somatopsychiky VFN v Praze
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, PhD., Ústav ošetřovatelství 3. LF UK, Praha
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Miovský, PhD., Centrum adiktologie PK, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, PhD., Katedra fyzioterapie FTVS UK Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
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 1/2010

EDITORIAL **1**

Honzák R.: Smí humor do medicíny? *7*

GLOSY **11**

Chvála V.: Vědci změnili pohlaví myši vypnutím jediného genu *11*

Šimek J.: Timeo Danaos et dona ferentes *12*

Honzák R.: Deprese po infarktu zvyšuje dlouhodobou mortalitu *13*

Honzák R.: K čemu jsou i rozumné doporučené postupy? *14*

KAZUISTIKA **16**

Tomáš Rak, Vladislav Chvála: Porodní drama očima rodičů *16*

VÝZKUM **28**

Kubánek j.: Léčba bolestí u psychiatrických pacientů v Priessnitzových léčebných lázních a. s. Jeseník *28*

ÚVAHY, NÁZORY **37**

Kodyšová E., Morovetz M.: Psychologie porodu – chiméra, nebo realita? *37*

DISKUSE **45**

Šimek J.: Byla to autonomie ženy v porodnictví, která nás dovedla tam, kde jsme? *45*

RECENZE **49**

Honzák R.: TĚSNOPIS EMOCÍ *49*

Křížová E.: recenze publikace s příliš skromným názvem a úzkou vazbou na psychosomatiku *51*

POLITIKA, KONCEPCE **55**

Zápis ze členské schůze Sdružení pro psychosomatiku o. s., 22. 1. 2010 55

Zápis z výboru Sdružení pro psychosomatiku o. s., 22. 1. 2010 55

Zápis ze setkání Sdružení pro psychosomatiku o. s. dne 27. 11. 2009 56

Zápis ze setkání výboru Sdružení pro psychosomatiku o. s., 27. 11. 2009 57

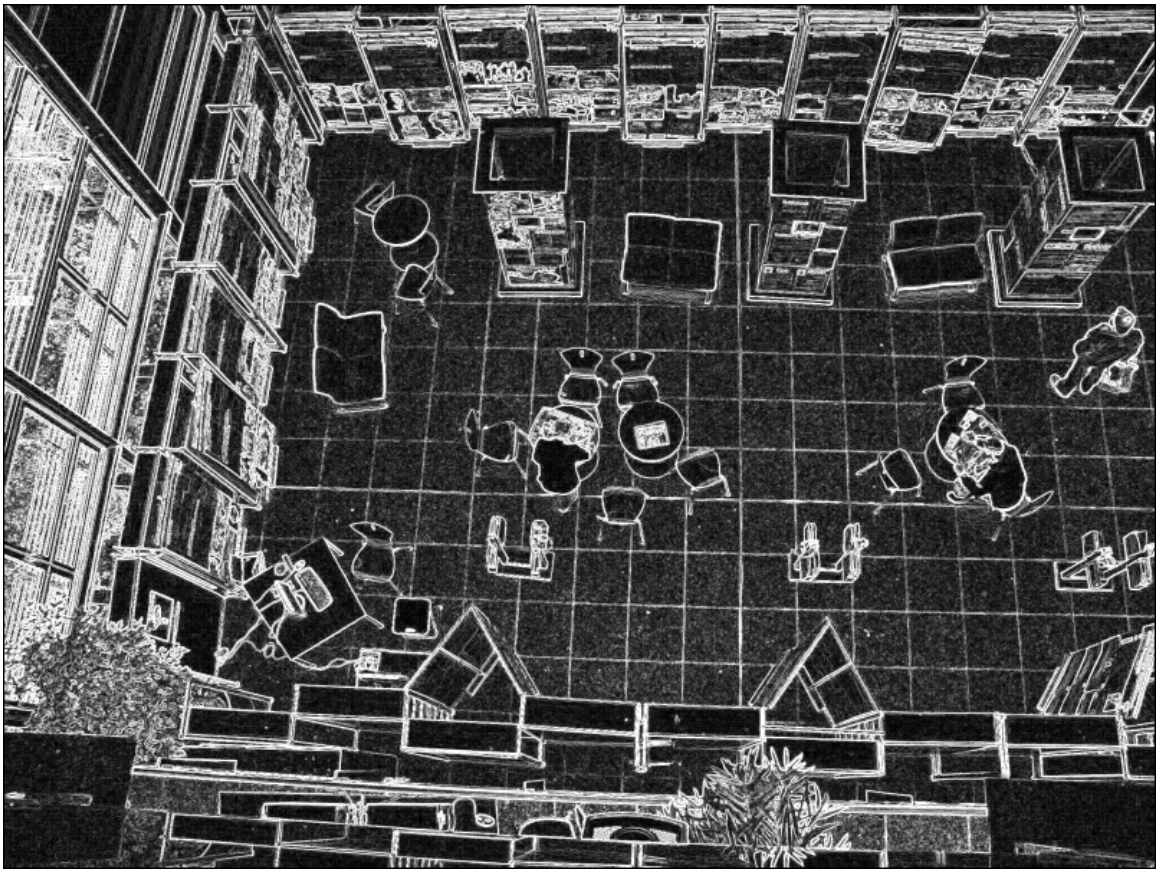
základní psychosomatická péče teorie a praxe *59*

Organizátoři: Psychosomatická sekce PS ČLS J.E.P., Sdružení pro psychosomatiku o. s., Česká psychoterapeutická společnost 59

„Psychologie porodu“ *61*

Pokyny pro autory časopisu **66**

Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)



EDITORIAL

HONZÁK R.: SMÍ HUMOR DO MEDICÍNY?

Karel Čapek napsal, že humor je způsob vidění světa, na který jako bychom se dívali obráceným dalekohledem. Humor zmenšuje trápení, zmenšuje nemoc, a proto je více humoru mezi chudými a trpícími, než mezi mocnými. Ti naopak o své moci nežertují, protože ji netouží vidět zmenšenou.

To, co nás rozesměje, se mezi jednotlivci výrazně liší, nicméně všechny druhy humoru mají cosi společného: překvapivý zážitek, vidění souvislostí v novém – komickém – světle. Potřebu humoru můžeme chápat jako hlubokou biologickou potřebu, humor sám pak jako jeden ze způsobů uchycení a zvládání nebezpečí věčně proměnlivého života. Zvláště víme-li dnes, že touto vlastností je obdařena celá řada našich příbuzných v živočišné říši. Některým z nich humor pomáhá zvládat stres ve vězení zoologických zahrad.

Základní prvek každé humorné situace vychází z oblíbené sportovní disciplíny zvané skok na špek. Skokan „zírá“, zatímco ostatní se smějí až řehtají. Má-li skokan smysl pro humor, až skončí se zíráním, bude řvát smíchy také. Nemá-li, je to jeho chyba a možná si ve své ješitnosti raději nechá dát nálepku gelotofobie, ačkoli ostatní si budou myslet něco jiného.

Ukázkou neagresivního a neurážejícího humoru je třeba aprílová mystifikace BBC z roku 1957. V oblíbeném a sledovaném pořadu *Panorama* byla odvysílána reportáž z jižního Švýcarska zachycující jaro v plném rozpuku. Ideální počasí a nízký výskyt brouka nosatce umožnil dozrát také bohaté úrodě špaget. Kameraman natočil mladé ženy v krojích, jak češou ze špagetovníků špagetové plody, které pak večer na slavnosti konzumují. Dlouholeté šlechtitelské úsilí bylo podle autorů snímku korunováno také tím, že všechny špagety jsou stejně dlouhé a po krátkém vysušení na jarním slunci mohou být expedovány na trh. Na špek skočily desetitisíce lidí.[1]

Autor nápadu byl žertéř tvrdého zrna a vypráví se o něm, že po dlouhém čekání a obtížných jednáních dostal nakonec příslib audience u papeže včetně termínu druhý den v 15.00 hodin. Na tuto informaci prý reagoval otázkou: „Dobrá, ale je ten papež člověk, který drží slovo?“ Některé žertíky se mohou také nevyplatit. A to je možná důvod obav použít více humoru i v medicíně.

Medicína se točí kolem základních lidských hodnot, zdraví a života, není tedy divu, že v profánní sféře existuje snad nejvíce vtipů na toto téma (viz Karel Čapek). V posvátné rovině výkonu medicínského řemesla je atmosféra vážná až ponurá a téma humoru tabuizované, nebo alespoň odsouvané. Snad by dveře zapovězené komnaty mohli otevřít klauni na dětských odděleních… Tu a tam se objeví i ve velmi prestižním časopise úvaha na téma humoru v našem řemesle, která se dokonce k jeho použití staví kladně, ale to jsou bílé vrány. A to navzdory úžasné stati Normana Cousinse *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient: Reflections on Healing and Regeneration,* kterou tento věhlasný novinář publikoval v roce 1979 po své vlastní zkušenosti s těžkou nemocí.

Ta knížka stojí za přečtení; po roce 1989 mohla vyjít i česky. Autor, přítel mnoha hvězd medicíny té doby a laureátů Nobelovky, onemocněl celkovým zánětem, který bychom dnes diagnostikovali asi jako kolagenózu. Nemocniční léčba postupovala systémem od deseti k pěti. Cousins se tedy dohodl s ošetřujícími lékaři, že zkusí vlastní léčebnou metodu. Vyšel z logické úvahy, že co obtíže zhoršuje je stres, a tedy i všechny léčebné postupy, by mělo být zaměřeno na eliminaci stresu. Dílo Linuse Paulinga (dvojitá Nobelovka) mu vnuklo ideu megadávek vitaminu C a jeho vlastní nápad spočíval v co největší dávce humoru, kterou bude schopen vstřebat. Odstěhoval se do hotelu naproti nemocnici a najatá sestra mu promítala veselohry, především filmy bratří Marxů, přátelé ho chodili bavit. Během několika týdnů se uzdravil. Jedno z jeho zajímavých zjištění bylo, že deset minut hurónského smíchu má dvouhodinový analgetický účinek. To byl Divoký západ; dnes se vědecky zkoumá vliv smíchu a humoru na imunitní systém.

Je-li klinická praxe vážná jak nedělní rána, je vědecká práce, zejména pak její publikování, zboží sucharské, přestože sami vědci smysl pro humor nepostrádají. Nicméně články, které z nich vycházejí, jsou poživatelné a stravitelné asi jako piliny. Vím, o čem mluvím, protože jsem překládal vznešené časopisy do českých mutací. Mám pocit, že nikdo kromě autorů, korektorů a překladatelů nemohl přečíst celé práce; ta spousta vaty a alibistických keců musela zahnat potenciální čtenáře do Summary a Conclusions, které si pečlivě opsali.

[1] Zájemci najdou celý příběh včetně inkriminované reportáže na http://news.bbc.co.uk/onthisday/hi/dates/stories/april/1/newsid_2819000/2819261.stm

O to větší ocenění si zaslouží redakce a autoři British Medical Journal (BMJ), kteří byli ochotni tuto literaturu parodovat. Mám rád BMJ, protože si uchoval nadhled, kritičnost, otevřenost a humor. Články odhalující praktiky farmaceutických firem mu zajišťují absenci finanční podpory z této strany nejméně na další generaci. Z jeho obsahu bych se rád rozdělil o poslední čtyři čísla loňského ročníku, kde lze najít několik „silvestrovských" příspěvků, které si dělají šprťouchlata z vědeckého snažení adeptů Nobileho ceny (dnes pojaté jako výlet vzducholodí k severnímu pólu, setkání s ledními medvědy tamtéž a návrat zbytku výpravy ruským letadlem).

Co všechno je možné zkoumat (a dostat na to eventuálně i grant), ironizuje příspěvek Petera Krafta a spolupracovníků: **Lying obliquely – a clinical sign of cognitive impairment**. Autoři zjistili, že pokud se starší pacient, po výzvě aby si lehl na záda na lůžko, položí na posteli namísto rovně šejdrem, je pravděpodobné, že trpí poruchou kognitivních funkcí. Doloženo dvěma stránkami statistiky a vysvětlujícími nákresy. Z podobné úvahy vychází práce **Effect of listening to *Nellie the Elephant* during CPR training on performance of chest compressions by lay people: randomised crossover trial**, kterou s kolektivem paramediků napsal student medicíny L. Rawlins. Je zde perfektně doložena skutečnost, že pokud během nácviku resuscitace poslouchají účastníci kurzu dětskou ukolébavku o slonici Nelly, dosahují sice požadovaného počtu 100 kompresí hrudníku v minutě, mohutnost komprese však není vyvážená, a proto autoři nedoporučují zařadit poslech písně do nácviku, kterýžto poznatek má být vtělen do závazných pokynů Britské lékařské společnosti.

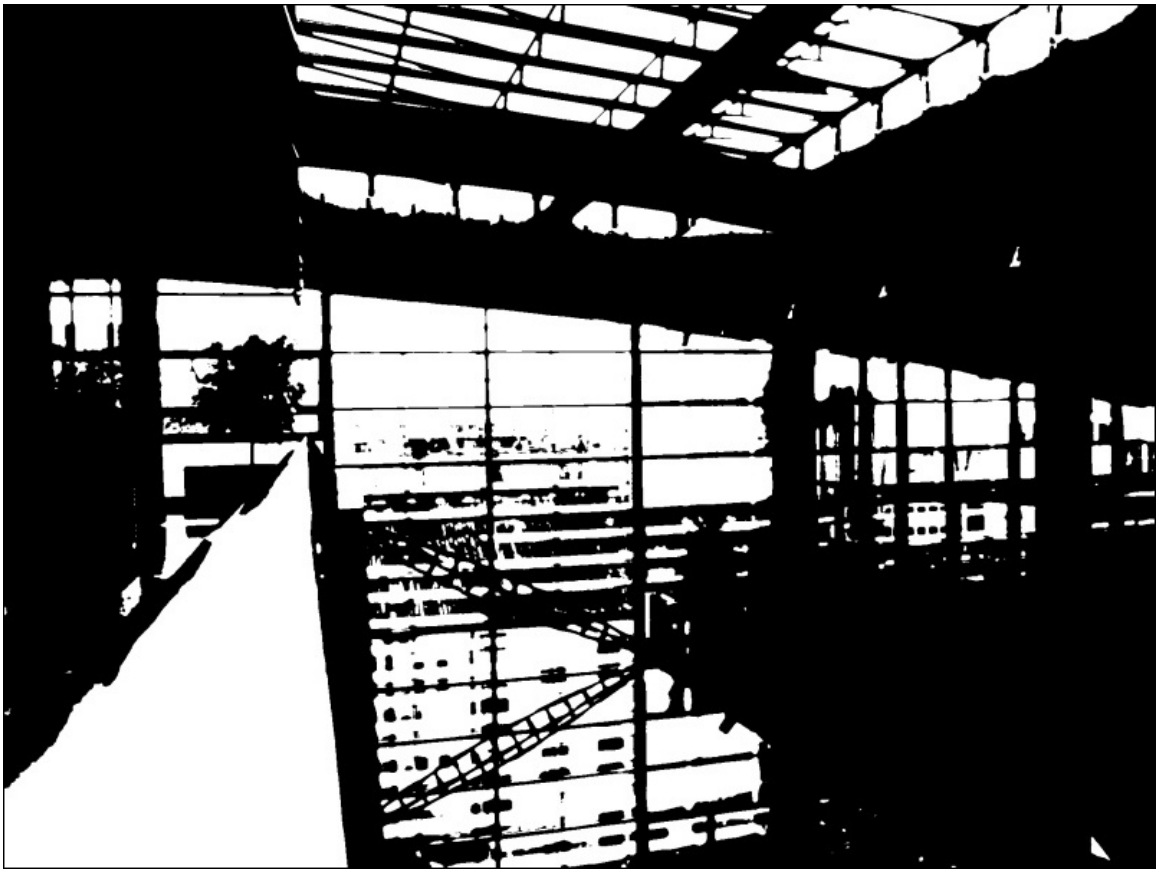
Za nejlepší ale považuji klinickou studii harvardských (MA, USA) anesteziologů vedených P G Firthem: **Ingested foreign bodies and societal wealth: three year observational study of swallowed coins**, v níž se prokazuje, že nebyl zjištěn rozdíl v celkové hodnotě spolykaných mincí (a tím i celospolečenského bohatství) v obdobích před pádem burzy v roce 2008 a po něm, aniž byla počtem spolykaných mincí ohrožena monetární sféra. Nebyla tedy potvrzena nulová hypotéza, že nutnost státních dotací bankám bude následována nutností dotovat mince do dětských jícnů. To vše na základě vztahů mezi počtem a hodnotou spolykaných mincí a Dow Jonesovým indexem.

Čtenáře musí naladit již úvod: „Známý zdravotní problém u malých dětí představuje vdechnutí nebo polknutí cizích těles. Jedno rozjařené rakouské batole spolklo plastický vánoční stromek, britské děti polykají okolo Fawkesova dne zase zábavnou pyrotechniku. Kulinářsky náročnější Italové hlásí např. vdechnutá humří tykadla, dvouletý americký chlapeček vdechl při pobytu v motelu nebohého cvrčka, který v jeho dýchacích cestách přežil nedotčen celé tři dny. Nicméně mezi nejčastější cizí tělesa polykaná malými dětmi patří mince. V jícnech malých Evropanů se dříve nacházela pestrá směs franků, marek, lir, drachem, guldenů a další měny, v poslední době přichází nová vlna, vlna euroaspirantů…"

Umí-li si člověk nebo instituce udělat srandu sám/sama ze sebe, svědčí to o velké vitalitě. Přeji do roku 2010 nám všem a BMJ tento dar ve velké hojnosti; s ním lze přežít i horší časy. Dychtivým badatelům pak sděluji, že (nejen tyto vybrané) články jsou volně dostupné na adrese http://www.BMJ.com v rubrice RESEARCH. Články jsou zřetelně označeny *Christmas 2009: Young and old.*

Praha – 6. ledna 2010

MUDr. Radkin Honzák, CSc.



GLOSY

CHVÁLA V.: VĚDCI ZMĚNILI POHLAVÍ MYŠI VYPNUTÍM JEDINÉHO GENU

Přelomovým genetickým zásahem u pokusné myši se evropským vědcům podařilo vyvrátit jedno z nejstarších dogmat biologie, že pohlaví je pevně dáno od narození. Vypnutím genu FoxL2, který je společný všem savcům, se buňky vaječníků dospělé myši proměnily na samčí buňky, produkující testosteron.

Slavný souboj pohlaví tak podle listu The Independent probíhá v každém jedinci uvnitř buněk a genů. Změna pohlaví je známá u některých nižších živočišných druhů s jednoduchým reprodukčním systémem – korýšů, červů, ryb a žab. Přeměna vaječníků na buňky s testosteronem ovšem u savců neznamená, že by přeměněná samička začala chrlit spermie, nebo se naopak samci vyvinuly plodné vaječníky.

Pevné určení pohlaví se zakládalo na párování chromozomů otcovské a mateřské DNA, které je XY u samčích a XX u samičích potomků. Manipulace s genem FoxL2 však

ukázala, že to není tak jednoznačné. Stav samec nebo samice není podle nové studie plně zafixovaný stav. To, co platí pro myši, bude platit i pro lidi.

„Brali jsme to jako fakt, že pohlaví je dané od narození s tím, že máme vaječníky nebo varlata," řekl Robin Lovell-Badge, který byl součástí výzkumného týmu v Evropské laboratoři molekulární biologie v Heidelbergu. Vědci také tvrdí, že odhalení funkce genu vyvrací i další biologické dogma, že základní pohlaví zárodků je samičí-ženské. Tedy že všechna embrya začínají jako ženská a pohlaví je určeno geneticky.

Studie zveřejněná v časopise Cell ukázala, že „ženský" gen FoxL2 funguje tak, že potlačuje „mužský" gen Sox9. U pokusné myši pak umělé vypnutí genu FoxL2 vedlo k rychlému rozběhnutí chemických signálů vlivem „zapnutí" genu Sox9, jež způsobilo přeměnu buněk samičích vaječníků v samičí buňky produkující testosteron, který produkují varlata. Hladina testosteronu u myší samičky se zvýšila na úroveň obvyklou u myších samců.

Gen lze „vypnout" pomocí speciálního proteinu.

Objev otevírá cestu k vysvětlení, proč vykazují ženy v některých případech typicky mužské fyzické znaky, ať již jde o ochlupení, stavbu těla či hlubší hlas, nebo naopak muži mají ženské chování i zjev. V krajních případech to pak vede k změně pohlaví, hormonálním léčbám a chirurgickým zákrokům.

Podle Lovell-Badge pak objev fungování genu FoxL2 potencionálně nabízí cestu k přirozenější změně pohlaví. V současnosti jsou pohlavní znaky obou pohlaví odstraňovány chirurgicky a kombinují se s hormonální léčbou.

Co znamená tato zpráva pro současné sexuologické inženýrství, je zatím těžko domyslet. To, co vypadalo jako navždy vrozené, vedle pohlaví, pohlavní identity, orientace ale možná i takových detailů, jako je fetišismus, specifická fixace na určitý podnět, může tedy prokazatelně vznikat až po narození. Ke slovu se tak snáze dostanou naše úvahy o významu mužsko-ženského uspořádání světa kolem dítěte pro jeho sexuální zrání.

(www.Novinky.cz, 14. 12. 09 19:57)

V. Chvála

ŠIMEK J.: TIMEO DANAOS ET DONA FERENTES

GLOSA KE GLOSE V. CHVÁLY: VĚDCI ZMĚNILI POHLAVÍ MYŠI VYPNUTÍM JEDINÉHO GENU

Vědci pro nás objevují zákony světa, který obýváme. K tomu účelu pěstují vědu jednak jako „value free" záležitost, jednak jako jedinou cestu k serióznímu poznávání světa. Co neprošlo vědeckým zkoumáním, nemá nárok na platnost. Věrohodné tvrzení si vyžaduje především experimenty, všechno ostatní, jako filozofické vyjasňování pojmů nebo rétorika, je v podstatě takový zbytečný balast na cestě k serióznímu poznání. Toto, ve filozofii již dávno překonané tvrzení je v nás zakořeněno víc, než jsme ochotni připustit. Podívejme se, jak tento „balast" může být klíčový v pochopení toho, co bylo vlastně experimentem objeveno.

Vědci změnili funkci jednoho, snad poměrně jednoduchého genu. Co se stalo? Buňky ve vaječníku začaly produkovat místo estrogenů testosteron. Je to pravda, že vypnutím jediného genu změnili vědci pohlaví myši? Není. Vaječník zůstal vaječníkem, nezmizela děloha ani jiné primární či druhotné pohlavní znaky. Vzhledem k tomu, že produkce hormonů jako chemických látek je určována geny, není až tak překvapivé, že změnou aktivit dvou genů se změnila látka, kterou příslušné buňky produkovaly. Že změna té látky měla nepochybně další důsledky pro chování a vzhled myši, je jasné. Ale to přece ještě není změna pohlaví!

Sám Robin Lovell-Badge řekl: „Brali jsme to jako fakt, že pohlaví je dané od narození s tím, že máme vaječníky nebo varlata.“ No, tak to měl možná onen vědec, my filozofující lékaři ale již dávno víme, že fenotyp muže či ženy, samce či samice, dělá složitá souhra na jedné straně řady genů, na druhé straně některých prvků vnějšího prostředí (např. uplatnění hormonů matky, hormonů produkovaných fétem atd.) Vaječník či varlata jsou součástí výsledného fenotypu, ne jeho tvůrci. Ostatně když my lékaři vykastrujeme dospělého muže nebo ženu, zůstávají i tak mužem a ženou, často s netknutými sexuálními funkcemi (jenom děti mít nemohou).

Co tedy onen úžasný experiment přinesl? Těm několika lidem, co si mění pohlaví, nabízí kdesi v budoucnu možnost, že místo podávání hormonů jim lékaři přepnou dva komplementární geny. Mimochodem, právě tito lidé mají obvykle dobře vyvinutá varlata či vaječníky a tvrdí, že jejich skutečné pohlaví je opačné.

Škoda, že pan Robin Lovell-Badge před svým prohlášením aspoň chvíli nepopřemýšlel o tom, co je to vlastně pohlaví, čím je definováno a jakým různým způsobem je možné tomuto pojmu rozumět. Určitě by pak neřekl takovou hloupost.

J.Šimek, Praha, 15.1.2010

HONZÁK R.: DEPRESE PO INFARKTU ZVYŠUJE DLOUHODOBOU MORTALITU

Vztah mezi depresivní poruchou a infarktem myokardu (IM) je dlouhodobě studován a dosavadní výsledky potvrzují, že se deprese jeví jako významný rizikový faktor jak další koronární příhody, tak přežívání nemocných. V letošním zářijovém čísle Arch Gen Psychiatry byly publikovány výsledky sedmiletého sledování celkem 369 pacientů zařazených do studie SADHART (Sertraline AntiDepressant Heart Attack Trial), která byla zahájena v roce 2000, a sledování bylo ukončeno v roce 2007. Cílem studie bylo nalézt okolnosti související s pozdější (dlouhodobou) mortalitou po IM a závažností deprese na počátku sledování, výskytem dřívějších depresivních epizod, skutečností, zda deprese propukla již před IM, nebo až po něm, výsledky šestiměsíční antidepresivní terapie sertralinem a zlepšením nálady nezávislým na léčbě. Studie byla dvojslepá,

placebem kontrolovaná a byli do ní zařazeni nemocní, kteří splňovali kritéria velké depresivní poruchy.

Během sedmiletého sledování zemřelo 75 nemocných (20,9 %). Ani předchozí depresivní epizody, ani propuknutí deprese po prodělaném IM nebyly ve vztahu k dlouhodobé mortalitě, rovněž se nenašla souvislost mezi ní a šestiměsíční léčbou sertralinem. Coxův proporcionální náhodný model rizika však potvrdil, že závažnost (intenzita) depresivní poruchy na počátku (relativní riziko 2,30; IS 1,28–4,14 při p<0,006) a neúspěch antidepresivní terapie, která nevedla ke zlepšení deprese (relativní riziko 2,39; IS 1,39–2,44, p<0,001), byly významně a nezávisle spojeny s vyšší dlouhodobou mortalitou. Naopak výrazné zlepšení depresivních obtíží bylo v souvislosti s lepší adherencí k léčbě.

Autoři uzavírají, že intenzita deprese, která se objeví během několika týdnů po IM, stejně jako neúspěch antidepresivní léčby, zvyšuje více než dvojnásobně mortalitu během dalších sedmi let. Vzhledem k tomu, že deprese snižuje spolupráci s léčebným režimem a zvyšuje mortalitu, je třeba ji aktivně vyhledávat a útočným způsobem léčit. Takže zatímco v akutním stavu zabíjejí především MECHANISMY ÚZKOSTNÉ REAKCE, z hlediska dlouhodobého přežití je daleko významnější přítomnost neléčené DEPRESE.

Glassmann AH, et al.: Psychiatric Characteristics Associated With Long-term Mortality Among 361 Patients Having an Acute Coronary Syndrome and Major Depression. Arch. Gen. Psychiatry 2009; 66(9): 1022–1029.

Do redakce přišlo 3. 12. 2009

HONZÁK R.: K ČEMU JSOU I ROZUMNÉ DOPORUČENÉ POSTUPY?

Akutní bolest dolních zad (low back pain) je celosvětově třetí až čtvrtou příčinou pracovní neschopnosti a v případě chronicity se velmi významně podílí na invaliditě. Je řešena především v ambulancích praktických lékařů. Cílem široce koncipovaného sledování australských lékařů bylo zjistit, jak dalece při těchto obtížích odpovídají postupy lékařů v praxi postupům doporučeným a podloženým průkaznými klinickými studiemi.

Bylo vyhodnoceno celkem 3533 pacientských návštěv u praktiků, při nichž šlo o čerstvý výskyt obtíží, a byl zaregistrován postup praktických lékařů ve všech konkrétních případech. Šetření proběhla ve dvou časových úsecích: jednak v letech 2001–2004 před zavedením doporučených postupů (guidelines), jednak mezi roky 2005–2008, kdy již doporučení platila.

Výsledky šetření ukázaly, že navzdory výslovnému pokynu proti rutinnímu vyšetření zobrazovacími metodami těchto pacientů byly tyto postupy aplikovány u více než čtvrtiny nemocných. Guidelines doporučují jako první krok poučení pacienta o režimových opatřeních a podání jednoduchého analgetika (acetaminophen). Poučení dostalo jen 20

% nemocných a acetaminophen 17 %. Zato 37 % nemocným byla předepsána nesteroidní antiflogistika a 20 % opioidy. Tato čísla byla přibližně stejná před zavedením doporučených postupů i po něm.

Autoři uzavírají, že zavedení doporučených postupů nikterak nezlepšilo terapeutickou situaci u nemocných s akutní bolestí dolních zad. Obsolentní léčba pak může být příčinou jak komplikací u nemocných, tak vysokých nákladů, které tato oblast (diagnóza) spotřebuje.

Myslím, že tato excerpce dobře koresponduje s příspěvkem Jirky Šimka (stejně jako skutečnost, že Česko má největší spotřebu léků v EU kromě Islandu a že předepisování antibiotik u nás je o více než čtvrtinu vyšší, než odpovídá skutečné potřebě), protože to je o nedohodě a následném alibismu lékařů.

Williams CM, et al.:Low Back Pain and Best Practice Care, A Survey of General Practice Physicians. Arch Intern Med. 2010; 170(3):271–277.

Praha 10. 2. 2010 MUDr. Radkin Honzák, CSc.

KAZUISTIKA

TOMÁŠ RAK, VLADISLAV CHVÁLA: PORODNÍ DRAMA OČIMA RODIČŮ

SOUHRN:

Rak T., Chvála V.: Porodní trauma očima rodičů, Psychosom, 2010; 8 (1): 16-26

V České republice není běžné porodit doma. Od konce druhé světové války je porod možný jen v porodnicích. V poslední době některé porodní asistentky vedou boj za domácí porody. Předkládáme kazuistiku, která ukazuje, do jaké situace se mohou rodiče v současnosti dostat, když si chtějí vybrat způsob porodu. Toto svědectví manžela, který doprovázel svou ženu na cestě za prvním porodem, ilustruje druhou stranu mince toho, co v minulém čísle Psychosomu VII;7 (4) popsal porodník Pavel Čepický. Zoufalství z nové situace totiž zdaleka nepostihuje jen matky, jen porodníky nebo jen porodní asistentky, ale především děti. Bývalý porodník a současný systemický rodinný terapeut komentuje text, původně sepsaný jako stížnost[2], tak, aby čtenáři uviděli obě strany téže mince. Našim cílem je ukázat, že zvyšující se nedůvěra v systému škodí, zhoršuje možnosti domluvy všech zúčastněných stran a výsledkem může být lidská

[2] Text téměř v plném znění je uveřejněn se svolením obou rodičů. Jména účastníku jsou anonymizována.

tragédie, tedy to, čemu chtěla společnost zřízením rozsáhlé zdravotnické péče bránit. Příčiny současného stavu jsou nejspíš složitější, než jen prosté kompetenční spory, chyby ve výchově zdravotníků nebo vliv liberální výchovy a demokratizace společnosti. Delší dobu se setkáváme v terapii s potlačeným poporodním traumatem, kterým prošly celé generace matek v socialistickém českém zdravotnictví. To, co se považovalo za normu, působilo v mnoha případech vysoce traumaticky na mladé matky a narušovalo přirozený vztah matek k dětem. Toto trauma v populaci nepochybně dřímá a může být nevědomým zdrojem revolty matek a některých porodních asistentek proti institucionálnímu porodu. Pokud jde o náš postoj k porodům doma, nijak se jím netajíme: přáli bychom ženám rodit v intimitě domova v tradičním uspořádání. Ale současně chápeme porodníky, kteří dobře vědí, jak se může dramaticky porod vymknout kontrole, proto by se málokdo z nich chtěl vydat k takovému porodu v domácnosti. Vypjatá situace boje o to, jak a kde rodit, je nebezpečná a už má své oběti. Rádi bychom přispěli k jejímu řešení, nikoli k vyhrocení.

Klíčová slova: Domácí porod, porodní trauma, porodnictví

SUMMARY:

Rak, T., Chvála V.: Birth Drama Through the Parents' Eyes, Psychosom, 2010;8 (1): 16- 26

In the Czech Republic it is not common to give birth to a baby at home. Since the Second World War childbirth is possible in maternity hospitals only. Recently some midwives have been fighting for home births. We are submitting a casuistic that demonstrates which situations parents can get in nowadays when they want to choose a way of delivery. The testimony of a husband who accompanied his wife on the way to the first birth, illustrates the other side of the coin what Pavel Čepický , an obstetrician, described in the issue of Psychosom VII;7 (4). Desperation arising from the new situation by far affects not only mothers, obstetricians or midwives, but especially children. The former obstetrician and current family therapist is commenting on the text, originally written as a complaint, so that readers could see both sides of the same coin. Our aim is to show that the increasing distrust in the system damages and deteriorates the possibilities of an agreement of all interested parties and the result may be a human tragedy, that is what the society wanted to prevent from via the establishment of comprehensive health care. The causes of the current situation are probably more complex than just simple competence disputes, errors in the education of health professionals or the influence of liberal education and the democratization of the society. In the therapy we have been experiencing suppressed postnatal trauma for a long time through which the whole generations of mothers in the Czech socialist health care underwent. What was considered a standard caused traumas to young mothers and undermined the natural relationship of mothers to children in many cases. That trauma is undoubtedly dormant in the population and can be an unconscious source of a rebellion of some mothers and midwives against institutional birth. Regarding our attitude to home births, we do not conceal it: we want women to give birth at home in the intimacy of the traditional arrangement. However, we understand the obstetricians, who know very well how dramatically birth can get out of control, so just few of them would like to give birth in such environment. The extreme combat situation

on how and where to give birth, is dangerous and has its victims. We would like to contribute to its solution, not escalation.

Key words: Home birth, birth trauma, obstetrics

1. Jak jsme přivedli Josefínku na svět

Toto je náš porodní příběh, jak jsem ho vnímal já. Samozřejmě, že je to psáno z mého laického a svým způsobem zaujatého pohledu, jakožto otce malé Josefínky a manžela Gábiny. Důvod napsání tohoto příběhu je ten, že podobný, ne-li horší se může přihodit komukoliv z vás. Obzvláště teď, kdy v důsledku babyboomu jsou všechny porodnice přeplněné a v Praze se musí rodičky do všech včas registrovat, jinak mají smůlu.

23. 9. 2008 jsme absolvovali další kontrolu na gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice v N. Vzhledem k pokročilému termínu (41 plus 4) nás lékař pozval na následující den na indukci v sedm hodin ráno, aniž nám pořádně vysvětlil proč a zda jsou vůbec důvody pro indukci, popřípadě rizika takto uměle vyvolávaných porodů. Na můj dotaz, zda a proč ještě hlavička balotuje nad vchodem pánevním, odvětil, že to, kdy sestoupí dolů do pánevního dna, záleží na mnoha faktorech a že jistě na internetu najdu mnoho odkazů na toto téma. Manželka se zeptala primáře, zda není lepší plánovaný císař, než vyvolávat indukci, když tělo není ještě fyziologicky připravené na porod. Odpověděl, že prý nejdřív zkusí indukci, a pak se uvidí.

Zatím jde všechno dobře, plánovaná návštěva, obvyklé pochybnosti při rozhodování o ukončení těhotenství. Dotaz na případný císařský řez by nemusel porodníka zneklidnit. To, co ho ale zneklidňuje, je neposlušnost pacientky, jak se ukáže vzápětí.

Druhý den ráno před sedmou manželka volala lékaři, že na indukci dneska nenastoupí. On jen uraženým hlasem odvětil: „Tohle řešit po telefonu nebudeme. Nashle!“ a zavěsil. Měla totiž reálný pocit, že dneska bude ten den, kdy se Josefínka narodí. Někdy okolo čtvrté ranní, když se šla na záchod, totiž cítila, jako když klikne kost o kost. Dohodli jsme se, že ještě den počkáme, neboť teprve do 42+0 musí být dítě na světě, jak nám vysvětlil pan primář. Já jel do práce, tak jako každý den. Říká se, že ženy to dokážou vycítit, když přichází porod. A taky jo. Okolo osmé odešla manželce hlenová zátka (trocha hlenu s krví) a v půl deváté malé množství čiré plodové vody. Manželka si nebyla jistá, zda je to skutečně plodová voda, protože byla v závěru těhotenství mírně inkontinentní.

Rodiče se pátráním po informacích snaží zvýšit šanci na bezchybný porod. Ale místo toho se jen zvyšuje nedůvěra v lékaře, který se přece také často rozhoduje podle svých zkušeností a ne jen podle předpisů. Určitě neviděl první rodičku v životě. Proč má mít v této situaci intuice matky přednost před zkušeností lékaře?

Okolo desáté mi manželka volala, že asi začínají bolesti v podbřišku. Radostí mi vyhrkly slzy do očí. Prý jsou to takové divné jako by menstruační křeče. Tak už to skutečně začalo. Gábina telefonovala do Porodního domu U čápa porodní asistentce paní Š. (kam jsme docházeli na předporodní kurzy a taky na pravidelné placené kontroly), zda to už jsou porodní bolesti či jen nějaké křeče – poslíčci. Interval cca 10 minut. Pobalil jsem věci, nasedl do auta a vyrazil směr domov. Ve 12 jsem dorazil domů. Gábina ležela a

odpočívala na boku v posteli. Řekla mi, že tělo se připravuje na porod, neboť prý měla ráno průjem (posledních několik dní trpěla mírnou zácpou).

Touha přivést na svět své dítě v neanonymním prostředí je tak velká, že přebíjí i strach z porodu, který má matka, povoláním veterinární lékařka, velký. Porodní dům si jistila jako dobrou variantu pro případ, že vše půjde normálně. Neznamená to, že nechce rodit v porodnici, nebo že za každou cenu musí rodit doma. Jen se nemocnice víc bojí, a proto volí.

Dochystali jsme si věci do porodnice a ve 13 jsme vyjeli na Prahu na kontrolu do PD U čápa. Při nasedání do auta se Gábina pozvracela. Ve 14.00 jsme tam byli. Interval bolestí se zkrátil na cca 5 minut. Podle vaginálního vyšetření porodní asistentkou je žena otevřená na 4 cm. Napojila ji na monitor. Záznam tokografu se však paní asistence nelíbil. Moc jsem tomu tenkrát nerozuměl, ale děťátko má na stahy reagovat změnou tepu srdíčka. Prý to není na „domácí porod" a doporučila nám přejezd do nemocnice. Má objednané maminky na kontrolu, a pak ještě předporodní kurz. Nejdříve prý na nás bude mít čas okolo 19.00. Ale odhaduje, že už tou dobou bude asi holčička na světě. Byla silně nervózní, protože už tam na ni čekala další maminka v pokročilém stupni těhotenství. Zkusila nám vyjednat Podolí – ÚPMD. Oznámila nám, že se budeme muset naprosto podřídit tomu, co nám řeknou. Zároveň nám řekla: „Ještě máme dost času a v tomhle stavu zvládnete objet půl republiky." Po zhodnocení všech faktů jsme se rozhodli jet do N., kde to známe a máme „domluvený" s panem primářem a nejet do P., kde to je pro nás naprosto cizí. Zároveň jsem si řekl, že přejezd půl hodiny po P. anebo hodina do N. už asi není takový rozdíl, když máme ještě plno času. Před odjezdem porodní asistentka ještě jednou udělala vaginální vyšetření a řekla, že je již manželka otevřená na 6 cm.

Otec sám připouští, že „tomu moc nerozuměl", tokograf laikovi nic neřekne. Co ale může posuzovat, jsou v tomto případě neverbální zprávy o značné nejistotě porodní asistentky. Ta je pod dvojím tlakem: jistě by ráda vyhověla rodičům, ale vnímá v kontextu boje s porodníky zvýšenou odpovědnost za výsledek porodu. Raději odešle rodičku do nemocnice. Umím si představit, jak je pro ni každý takový kontakt s dost možná nepřátelským prostředím „tradiční porodnice" nepříjemný. Sama sebe nejspíš ujišťuje „ještě máme dost času". Rodička smlouvá, chtěla by zůstat rodit zde, kde se jí zdálo být přátelské prostředí. Porod je rozběhlý a jde to dost rychle. To rozhodování ztěžuje.

Gábina několikrát říkala, že by nejraději už nikam nejela a zůstala tady. Paní asistentka jen pokrčila rameny a mlčela. Sepsala rychle zprávu o porodním nálezu a se slovy „Je to na vás, zda tu zprávu ukážete, či nikoliv" nám ji i s kopií tokografu předala. Potřebovala se nás zbavit. Prostě opustila rodičku, přesněji řečeno prvorodičku, uprostřed rozběhnutého porodu. Tenkrát jsme ještě tak úplně nechápali, proč to říkala, ale dnes už nám je jasné, že to všechno dělala za prvé, aby byla z obliga, za druhé protože panuje nevraživost mezi soukromými porodními asistentkami a státem placeným sektorem. Před půl čtvrtou odjíždíme na N.

Jedu, co to jde. Cestou v 15.57 voláme poprvé primářovi T. na jeho soukromý mobil, že jedeme. Prý dobře, budou připraveni. Primář nám dal na sebe telefon při jedné z pravidelných kontrol, právě pro případ, že by se něco stalo, anebo že bychom jeli na poslední chvíli. Máme prý volat aspoň 15 minut dopředu, že jim chvilku trvá připravit porodní sál například na sekci. Taky nám dal ponaučení, že nemáme spoléhat na

záchranku, že tam jezdí lidé, co ani neumějí zavést kanylu, že to zná, že tam několik let pracoval. Porodní bolesti jsou hodně intenzivní s intervalem okolo 3 minut. Manželka již chvílemi cítí vlásky v poševním otvoru. Voláme ještě jednou – 16. 12, to už jsme skoro v N. Mezi dvěma stahy Gábina říká, že už tam budeme a že už má hodně intenzivní potřebu tlačit. Gábina se ještě ptá, zda tam na nás budou hodní. Primář odpověděl k našemu úžasu: „Bude vás rodit doktor Č., lepšího si nemůžeme přát." Jméno, které jsme nikdy neslyšeli.

Nezkušení rodiče, oba vysokoškoláci, ztotožňují nemocnici, kam chodili na kontroly, přímo s primářem oddělení. Sázejí na osobní vztah, který se snažili při kontrolách navodit. Vypjatá situace vede nejspíš i k chybným vjemům (vlásky ve vchodu), které ale zhoršují paniku. Potřeba osobní bezpečné a laskavé péče se upíná zoufale k primáři, kterého znají. Když pak jsou konfrontováni s realitou, že u porodu bude někdo jiný, jsou frustrováni.

V 16.20 zastavuji přímo před vchodem do budovy uvnitř areálu nemocnice. Běžím do třetího patra – na porodnické oddělení. Hnedka za dveřmi oddělení potkávám sestru, tak jí rychle říkám, že manželka leží dole na zadním sedadle a rodí. Už cítí vlásky mezi nohama. Můžete, prosím, pro nás sjet dolů výtahem? Sestra si mne změřila pohledem a odpálkovala slovy: „Ne, to si teda budete muset vyjít po schodech!" Jako studená sprcha, oni o nás vůbec nevědí, jak je to možný?!? Neztrácím čas a běžím zase dolů. Pomáhám manželce dostat se z auta. Jde to dost těžce. Beru na záda batoh s věcmi, záznam monitoru a zprávu od Š. Jdeme hodně pomalu. Lidi na nás koukají. Hnedka pod schody má manželka tak mohutný stah, jako nikdy předtím. Má velký problém ho prodýchat. A tak je to skoro v každém patře. Drahocenný čas běží. Než jsme se dostali na oddělení do třetího patra, uběhlo deset drahocenných minut.

Čas rodících rodičů běží zcela jiným tempem než čas všech ostatních kolem. „Vlásky mezi nohama", o kterých naléhavě referuje zoufalý otec, zhodnotila sestra nejspíš jako přemrštěné prožívání situace nezkušeným otcem. To ale nebyl důvod, aby ho s rodící ženou v druhé době porodní nutila chodit po schodech do 3. patra. Pokud nešlo o poruchu výtahu, obávám se, že si jen tak „užívala" své převahy zdravotníka, kterému nebude nikdo říkat, co má dělat. Nelze vyloučit, že už šla po porodnici fáma, že „ta, co odmítla ráno nastoupit, už milostivě jede". To by byla ta horší, snad méně pravděpodobná varianta kolektivně vykonávaného trestu za neposlušnost.

Konečně jsme ve dveřích porodnického oddělení. Jsou tam dvě sestry – porodní asistentky. Nikde žádný doktor. Vedou moji ženu na přípravnu. Sestry řeší, kdo prý nás bude rodit: „Primář T., když k němu chodila na kontroly?" Manželka jim odpověděla to, co nám řekl primář do telefonu: „Ne, prý nás bude rodit nějaký doktor Č." Pokládají ji na záda a jedna provádí ohledání[3]: „Zašlá branka" (to jsem ještě nevěděl, co to znamená). Předáváme jim záznam monitoru od paní Š., se slovy, že se jí nelíbil. Sestra se nás ptá, proč jsme nerodili v Porodním domě U čápa. Asi se o svůj obor moc nezajímá, protože by věděla, že v ČR není jediný porodní dům, ve kterém by měli povolení rodit. Měli jsme rodit s paní Š., ale nemá na nás čas.

[3] Výraz „ohledání" není zcela na místě, ale je ponechán jako autentický.

Nález porodní asistentky konstatuje zašlou branku a potvrzuje tak obavy rodičů, že porod je v plném proudu. V tomto stavu vyjít do 3. patra je dost slušný výkon rodičky. Ani to však neobměkčí sestry, aby si trochu nešťouchly do svých nezávislejších kolegyň v porodním domě. Kdyby však byla hlavička na hrázi, a tedy vlásky ve vchodu poševním, jistě by se ani nyní nezabývaly ničím jiným než porodem i bez jakékoli přípravy rodičky či bez administrativy.

Manželka nemůže ležet kvůli intenzivním bolestem zad a chce stát. Stojí opřená o postel a rukou se přidržuje infuzního stojanu – dostává do žíly antibiotika (GBS pozitivní). Přidělali jí opět na břicho snímače tokografu. Je vidět záznam od 16.37 do 16.58. Jedna sestra se slovy, že ještě neobědvala, se jde najíst. Druhá usedá k počítači. Čas utíká jak voda.

Administrativa. Gábina už se celá potí a jsou na ní vidět velmi intenzivní porodní bolesti. Ještě mezi stahy říká, že tady v té modré složce jsou všechny lékařské zprávy o vyšetřeních a těhotenská průkazka. Sestra se vyptává na samé „důležité“ věci, V těhotenské průkazce počítá počet návštěv u doktorů. Nepochopím, proč chtějí všechny ty informace znova, když už je v počítači musí mít uložené z pravidelných kontrol. Vtom sestře spadl počítač, jak to nazývá manželka. Sestra začala šíleně klikat. Gába hned odvětila: „Manžel vám to spraví, on tomu rozumí.“ A mne hlesla utrápeně do ucha: „Pokud to ta ženská nedopíše, tak snad rodit nikdy nepůjdeme.“ A taky jo. Ukázal jsem sestře jak to rozchodit. Mezitím dál běží drahocenný čas. Sami jsme se museli ozvat, že ta infuze nekape. Sestra to nějak provzdušnila, aby to mohlo dokapat.

Zoufalí rodiče přicházejí do situace na porodnici, o které nic nevědí. Nemají ponětí o vztahu primáře P. a sekundáře Č., o vztahu sester na porodním sále k sestrám na příjmu, o střídání sester na oběd. Jejich čas běží jiným tempem, a tak všechno, co personál považuje za rutinní, standardní postup, považují za zbytečnou překážku v jejich věci. Tím hůř, když ani ta běžná rutina se personálu nedaří, selhává, zjevně v ní sami netrefí. Úzkost rodičů roste a šance na dobrou spolupráci mizí definitivně. To se dalšími kroky jen prohlubuje.

Konečně po 25 minutách přichází druhá sestra i s doktorem. Doktor se nám sice přestavil, ale místo aby prohlédl rodičku, tak usedá k počítači. Nemůže se tam dostat. Ptá se sestry, jak se tam dostane. Sestra odpovídá: „Musíte zadat klíč.“ Mně jen blesklo hlavou, jak to, že neví jak se dostat do počítače. Konečně je v programu. Ale k našemu naprostému úděsu se začal ptát na naprosto stejné věci, co sestra před čtvrthodinou. Zase administrativa. To již manželka bolestmi a stresem nevydržela. Začala brečet: „My to nestihneme.“ Vtom se jedna ze sester podívala na záznam monitoru a asi si všimla, že je to špatný. Zařvala: „Má zašlou branku!“ A teprve teď nás sestra odvedla vedle na sál. Já jsem už oblečený do modrého hábitu a jdu s nimi, protože chci být u porodu naší Josefínky. Sestra se dost neurvale na manželku obořila: „Neřvěte, teď musíte rodit. Vylezte si tady na „kozu!“ Gábina na to, že ne, že na „koze“ rodit nechce, že má obrovské bolesti v zádech, že nemůže ležet na zádech. Sestra odvětila: „Ne, musíte si tam vylézt, jinak to nejde!“ Tak jsem zkusil namítnout, že to jde i jinak, například na porodní stoličce, o které nám primář povídal, že ji tu mají, ale nikdy na ní nerodili. Mne ale nikdo neposlouchal. Porodní asistentka manželce přivázala nohy. Gábina se psychickým tlakem a bolestmi celá sesypala. Zastavily se jí stahy. Později mi Gábina říkala, že si připadala jak znásilněná.

Tak se postupně oba systémy – rodičovský a zdravotnický – dostaly konečně k tomu, proč se sešly, k vlastnímu porodu. Ve stavu vzájemné nedůvěry, nevraživosti a neúcty se chystají přivést na svět dosud patrně zdravé dítě. Kde jsou však jeho zájmy? Zdravotnictví si vynucuje svou „administrativu" a doporučené postupy, zatímco rodiče si vynucují realizaci svých představ o tom, jak budou rodit. Jasně, že je porodní stůl tou nejméně vhodnou pomůckou pro fysiologický porod. Ale porodníci a porodní asistentky jsou na ně už mnoho let zvyklí. Takhle to převzali od svých předchůdců, vědí kam sáhnout, kde zabrat, mají přehledné porodní pole, které v jiných polohách moc přístupné není. Jde-li všechno dobře, v současných porodnicích, pokud vím, nechají rodičku v bazénu, ve sprše, vsedě na balonu, někde třeba i v dřepu, ale jde-li o závěr porodu, chtějí mít jistotu, že kdyby bylo třeba (krvácení, ztráta ozev), budou moci zasáhnout porodní operací ihned. Požadavky matek na jinou pozici je zneklidňují, berou jim jejich vlastní jistotu. „Máme porodní křeslo, ale ještě jsme to nikdy nepoužívali."

Přišel doktor a usedl před „kozu". Sestra na manželku začala řvát: „Neřvěte! Tlačte! Není čas! To jste nechodila do předporodního kurzu?!?" A celou svou vahou jí skákala loktem vpravo pod žebry na břicho. Já jsem držel Gábu za levou ruku a jenom jsem viděl, jak se občas objevuje temínko a pak zase zajede zpět. Doktor byl pěkně nervózní, vzal do ruky nůžky. Odložil je a řekl: Oxytocin. Po dvou minutách vzal nůžky znova do ruky a udělal nástřih hrázky. Neměla stahy. Gábina na to zařvala bolestí: „On mne nastřihl!" Začala se valit krev z nástřihu. A střihal ještě minimálně jednou. Pak zase vzal do ruky kleště, jako by je zvážil, a zase je položil. Sestra pořád skákala manželce na břiše. Z Gábiny se valil pot. Když jsem požádal o mokrý hadr, tak mi nějaká další sestra podala namočenou plenu. Tou jsem chladil Gábě čelo. Sestra opět křičela na manželku: „Nekřičte! Tlačte! Není čas..." A manželka na to: „Dejte mi čas, dejte mi chvilku čas." Gábina mi potom říkala, že měla pocit, jako by jí chtěla setra tím loktem udusit a Josefínku taky. Vůbec nemohla dýchat a bolestí, kterou jí způsobovala sestra, necítila stahy. Pro mne ten čas běžel šíleně rychle. Bylo mi jasné, že se porod nevyvíjí správným směrem. Několikrát přiložili Gábě na bříško sondu a poslouchali srdeční ozvy. Jejich četnost se snižovala. Na ono zpomalující se TUK, TUK, TUK asi nikdy nezapomenu.

Porodník i jeho asistentky dobře vědí, že jde do tuhého. Také situaci nepodceňují a naléhají na rodičku, aby přidala. Vědí, že tlačit bez ní je k ničemu, v této vypjaté chvíli používají silné výrazy a nevím, zda je to pro uši manžela dost jemná mluva. Episiotomie, nastřihování hráze, která zatím nepřekáží, je spíše výrazem rozpaků, tím spíš to je větší trauma pro přítomného manžela než jeho ženu. Vše je zapomenuto, když se narodí zdravé dítě. Ale co když ne?

A pak doktor pokynul na sestru a ta slezla z manželčina břicha a jako by odstoupili. Pro mne to byli šíleně dlouhá minuta či dvě. Pro manželku, když jsme o tom později spolu mluvili, naopak jen okamžik. Taky mi došlo, že to nebyl čas, co Gábě dali, ale doktor usoudil, že to už nemá cenu. Že vlastně Josefínku odepsali.

Z chování porodníka nemusí být laikovi vůbec jasné, co tím sleduje. Porodník konečně pochopil, že musí počkat. Otec to čte jako „naše dítě odepsali". Takové komunikační omyly jsou v kontextu boje a nedůvěry běžné.

A pak přišel STAH. Gábina řekla: „Josefínko, jedem!". Sestra, ta co jí ležela celou dobu na břiše, jí chytla za ruku. Já jsem chytil Gábu vzadu za hlavu a přitlačil jí bradu na prsa. To bylo asi to, co Gábina celou dobu potřebovala. Klid a vlídné zacházení. Říkala mi později,

že byla vděčná porodní asistentce, že jí přestala svojí váhou loktem dusit a jen ji pevně chytla za pravou ruku. Gábina zatlačila a Josefínka vystřelila ven. A za ní proud čiré plodové vody. Jen taktak, že ji doktor chytil. Josefínka měla šňůru kolem krku a byla celá fialová. Doktor přestřihl pupeční šňůru a už Josefínku nesla sestra do vedlejší místnosti. Nedýchala. Oba jsme ji viděli sotva 3 sekundy. Chvílemi jsem zahlédl Josefínku skrz plentu ve dveřích, jak ji oživují, a pak hodinu udržují ambuvakem dýchání. Kopala ručičkama a nožičkama. Později jsme se dověděli, že to byly křeče způsobené dlouhodobým nedostatkem kyslíku během porodu. Za celou tu dobu na naše otázky, jak je na tom, nikdo nechtěl nic říct. Než přijela „rychlá" z Prahy.

Je vidět, že zásah porodníka – posečkání – byl účinnější než tlak na břicho. Komplikace, která brzdila porod, je už jasná, omotaný pupečník kolem krku. Ale čirá voda plodová o kdovíjak dlouhé hypoxii nesvědčí. Kdyby nebylo jiných okolností, tako by porod svého dítěte popsalo mnoho otců.

Doktor začal krátce po porodu tahat za pupeční šňůru a promačkávat břicho. Manželka se ohradila, že nechce, aby jí vytrhával placentu, že ji to bolí. Doktor odvětil, že nic nedělá, jen že to kontroluje, a odešel z porodního sálu. Za 10 minut se vrátil a zase začal tahat za pupeční šňůru. Opět se manželka ohradila: „Pane doktore, netahejte za to, vždyť snad máme čas hodinu. Jestli neblokujeme sál, tak můžeme počkat, ona odejde sama." Jedna porodní asistentka dodala: „Má pravdu, pane doktore, placenta by měla odejít do hodiny." Doktor opět odvětil, že to jen kontroluje. Zase odešel a vrátil se zase za 10 minut. Placenta odešla sama cirka po půl hodině.

Po porodu dítěte se znovu pokusí oba systémy navázat důvěru. Ale znovu se to nedaří, porodník sleduje, zda se za placentou netvoří hematom a zda není už odloučená, rodička ho uklidňuje, že má dost času, porodník nejspíš neví, že má na stole kolegyni, která dobře zná přirozené porody u zvířat. Spíš ho to znejistí.

Doktor zkontroloval poševní otvor zrcadélky a začal připravovat šití hrázky. Použil nějaké částečné umrtvení. Byl silně nervózní a několikrát během šití opakoval slova: „ Dejte mi čas." Manželka v naprosté pohodě vždy odpověděla: „Pane doktore, šijte, je čas. Vždyť vy jste mi ho taky dali." Pak doktor došil, odešel a už se nikdy neukázal.

Znovu vstřícná gesta matky po opadnutí nejhorší úzkosti. Lékař se už neukázal. To není příliš výhodné. Čím složitější situaci jsme s pacientem zažili, tím více potřebujeme času na to, abychom to spolu odžili. Vyložili si, co se dělo v době, kdy na vysvětlování nebyl čas.

Do manželky se díky prožitému stresu dala obrovská zimnice. Třásla se jak osika a klepala zuby. Pořád ležela na „koze". Jedna sestra jí podala deku na přikrytí. Po více než hodině mi řekli, že se můžu, jestli chci, jít podívat na holčičku. Ležela na termolůžku a dýchala pomocí ručního ambuvaku. Pochopil jsem (nikoliv však od lékařů), že stav Josefínky je dost vážný. Byl tam lékařský personál z JIRP – Ke Karlovu. Dali mi kontakt a informace, že si máme zavolat večer po 20.00. Stihl jsem si Josefínku pohladit po ručince a vyfotit si ji. Po chvilce jsem se vrátil za manželkou do vedlejší místnosti.

Přesně po dvou hodinách mohla Gábina slézt za pomoci sestry z „kozy" a jít se osprchovat. Když se rychle osprchovala a oblékla do noční košile, tak jsme ještě na chodbě zastihli Josefínku, jak leží na speciálním lůžku pro přepravu novorozenců

v kritickém stavu s personálem z JIRP. Právě odjížděli. Dovolili manželce podívat se ještě na Josefínku a taky si ji pohladit po nožičce. Někdy pozdě v noci, když jsem odjel, přišel primář T. za manželkou na pokoj. Obvinil ji slovy: „Kdybyste přijela ráno na indukci, tak by holčička ležela zdravá vedle vás v postýlce.“ Gábina se samozřejmě z jeho slov naprosto zhroutila a skoro celou noc probrečela.

Po prožitém traumatu zvyšovat pocity viny a selhání matky není nejlepší způsob, jak profesionálně zasáhnout. Chápu naštvání primáře, který by také jistě mnohem raději viděl vedle matky zdravého novorozence, neměl (nemohl mít?) nad průběhem porodu dost moci. Pocit bezmoci, nejspíš i obavy z následků vložil mu do úst tuto krutou výčitku vůči matce.

2. Pocity viny

Manželku sice původně chtěli druhý den propustit, abychom mohli jet za Josefínkou do Prahy, ale v poledne nám primář oznámil, že na základě krve, co jí vzali krátce po porodu, má zvýšené hodnoty leukocytů, a proto jí nasadili antibiotika po 6 hodinách.

Ptali jsme se primáře, proč na nás byli tak hnusní, vůbec nikdo o nás nevěděl, že jedem, a jejich hlavní prioritou bylo papírování a ne rodička a ještě nenarozené miminko. Primář měl na to jedinou odpověď: „Takové jsou standardní postupy.“ Později jsme se dověděli, že zvýšené hodnoty leukocytů má každá druhá rodička jako reakci na prodělaný stres během porodu. Za Josefínkou jsem jel ten den sám. Manželku nakonec pustili v sobotu v poledne.

Standardní postupy jsou pro zdravotníky důležitým zdrojem jistoty. A to má příznivý dopad na průběh léčby. Všechno, co lékaře znejišťuje, ať už příliš neurvalý šéf, nebo ředitel zařízení, nebo ministerské vyhlášky, hrozby právníků, jiných odborníků, nebo „nekonzistentní názory pacienta“, zhoršuje jistotu lékaře. V akutních oborech, kam porodnictví patří, je obtížné skloubit všechny vlivy a zůstat rozvážný a klidný. Snad proto tak obtížně přijímaly porodnice nápad matek, mít u porodu manžela. Ty ho u sebe ale chtěly mít právě proto, aby je chránil ***před*** *zdravotníky. To může být vliv nerozpoznaného porodního traumatu několika generací matek, které přestaly mít důvěru ke zdravotníkům.*

Josefínka byla 3 měsíce v péči lékařů VFN – Ke Karlovu. Nejdříve 2 měsíce na JIRP – Hypoxická encefalopatie 3. stupně (nejtěžší). Josefínka absolvovala hypotermii (zchlazení na 34 po dobu 72 hodin), aby se zabránilo dalším nevratným poškozením jejího mozku. Ze začátku jsme za Josefínkou jezdili každý den na pár hodin. Pohladit si ji, pozeptat se na její stav a vyprávět jí o něčem. I když byla celou tu dobu bez jakýchkoliv známek života, jako mrtvola. Později, když se její stav mírně stabilizoval, tak tam Gábina byla vždy celý den a já tam jezdil aspoň na pár hodin navečer. Všechny víkendy jsme na JIRP trávili všichni tři spolu. Třetí měsíc byla manželka hospitalizována spolu s Josefínkou na oddělení metabolických poruch o patro výš. Od 23. 12. 2008 jsme s ní skoro pořád doma. Mezi kontrolami a občasnou hospitalizací.

Diagnóza Josefínky je naprosto šílená: slepota, částečná hluchota, Panhypopituarismus, Diabetes insipidus centralis (žíznivka), podezření na epilepsii (patologické EEG), microcephalie (neroste jí hlavička, tak jak by měla). Nález na mozku: edém a krvácení do mozku, subdurální hematom, posun lebečních kostí… Neurologicky je její stav dle lékařů nepříznivý – těžká DMO (dětská mozková obrna) jakožto následek těžké hypoxie. Podle neurologa nebude na 99 % nikdy chodit. Během hospitalizace na JIRP prodělala nosokomiální infekci – Pseudomonádu a později i chřipku. Na základě jednoho odběru krve Josefínku 5 týdnů doktoři na JIRP léčili na toxoplasmózu, než nám oznámili, že na toxoplasmózu můžeme zapomenout. Odůvodnili to tím, že manželka je veterinární lékařka, chová kočky a jí syrové maso (ráda si dala tatarák, ale nikdy ne během těhotenství). Když jsme se ptali, proč toxoplazmóza, když manželka byla dle vyšetření sérologicky negativní, a to podle testů dělaných před i během těhotenství, ale i 2krát na JIRP, kde jí odebírali krev. Josefínce odebrali podruhé krev a mozkomíšní mok a poslali ho i do referenční laboratoře do HK. Vše negativní. Až negativní test na zvířeti je přesvědčil a léčbu zastavili. Jak se mohla Josefínka nakazit? Prý se asi Josefínka nakazila z plazmy, kterou dostala několik dní po porodu.

Postižení dítěte je katastrofální. Nedůvěra na obou stranách dál pracuje, podezírání a přehazování viny, omyly, desinterpretace, prostě informační válka. Přitom dítě, které neblahý začátek života přežilo, vyžaduje neustálou speciální péči rodičů, po období, kdy bylo v inkubátoru několik měsíců jak bez života, tráví nyní svůj život trvale v náručí některého z rodičů. Rodiče musí neustále odhadovat, kolik léků nahrazujících funkci hypofýzy mají dát. Jsou stále většími specialisty na své dítě, a tedy stále více pro dítě nenahraditelní. I když našli podporu nejspecializovanějších center na péči o jednotlivé systémy dítěte, jejich koordinace, každodenní péče je zcela na nich. Dítě takto postižené tvoří společně s rodiči syndromy, které jsou nevídané. To dále frustruje jak zdravotníky, tak rodiče. Chtěli by se dovolat odpovědi na palčivou otázku, kdo za to může.

Její stav je natolik závažný, že jakékoliv úvahy pro budoucnost jsou pro nás naprosto nereálné. Nejhorší je asi právě žíznivka, která se nedaří vybalancovat. Prostě bez všech těch léků by umřela v šílených bolestech, žízni a teplotách.

Naše situace je naprosto zoufalá a těžko změnitelná. Celou situaci neseme velmi těžce. Obzvláště po psychické stránce. Díky jedné hodné porodní asistentce, která nás bohužel nerodila, v N., která zašla za Gábinou na pokoj někdy v noci, když tam po porodu ležela a brečela, jsme dostali kontakt na psycholožku. Tato porodní asistentka jako jediná se snažila manželku utišit. Taky jí řekla, že se jí nelíbilo, jak se k nám porodnice zachovala, že to byla chyba komunikace ze strany nemocnice. Že prý měla krásně rozběhnutý porod. Za psycholožkou pravidelně docházíme přibližně každých 14 dní. Snaží se nám pomoci po psychické stránce to všechno pochopit. A hlavně nám vysvětlila, že pro doktory je nejjednodušší delegovat svoji vinu na bezbranné rodiče. Několikráte jsme již navštívili i psychiatra.

Požádali jsme primáře gynekologicko-porodnického oddělení v N. o lékařskou zprávu o průběhu porodu. Velmi jsme byli překvapeni neúplností informací. Jediné, co je tam napsáno, je: „Nespolupracující rodička. Porod bez intervence.“ Ani zmínka o nástřihu hrázky, použití Oxytocinu a rovněž expresi břicha. Chtěli jsme po primářovi, aby tam tyto věci doplnil. Primář nám však řekl, že lékařskou zprávu o průběhu porodu předělávat

nebude, že jestli chceme cokoliv změnit, tak to máme řešit přes právní oddělení nemocnice. A že doktor Č. nepovažoval za důležité to tam psát. Prý si ale můžeme písemně požádat o kopii porodopisu. Tam budou uvedeny všechny informace. Požádali jsme proto písemně o kopii porodopisu.

To, co však došlo, považujeme však za vrchol všech výsměchů. Některé části jsou nečitelné, další jsou vyloženě nepravdivé. Je to psané částečně rukou a částečně na psacím stroji. Konkrétně při příjmu nikdo manželce neměřil tlak, teplotu a ani moč jí nikdo neanalyzoval. Taky je uvedené, že druhá doba porodní trvala 30 minut. To je vyloženě lež. V porodnici jsme byli přes 45 minut a již hodnou chvíli před tím měla Gábina silné porodní stahy. Minimálně 10 minut před porodnicí cítila temínko s vlásky a snažila se přemluvit Josefínku, aby ještě chvilku vydržela.

Ano, my jsme udělali to závažné rozhodnutí jet do N., které nás bude mrzet do konce našich životů, ale to nemění nic na tom, jakou vinu na tom všem nese porodnice v N. v čele s primářem T. Místo aby celý zdravotnický personál byl podpůrný, tak se choval naprosto kontraproduktivně a zcela jistě podcenil danou situaci…

…A vůbec největší chybu jsme udělali v tom, že jsme se snažili vždy vyjít sestrám, porodním asistentkám a doktorům maximálně vstříc. Vždy jsme čekali, až si vyplní papíry, či si vyřídí, co potřebují. Měli jsme ZAŘVAT, aby se konečně začali chovat tak, jak je jejich poslání. Pomáhat lidem a ne je brát jako další v pořadí.

Ano, pochopitelné vyvrcholení úvah – je třeba se víc bránit – a tedy zvyšovat nedůvěryhodnost, nedůvěru, a tím i bezmocnost celého systému. Nemůžeme se divit, po tom všem.

Není divu, že se v současnosti tolik nastávajících rodiček rozhoduje, zda není lepšit rodit v poklidu domova či jinak než ve stresu nemocničního personálu, kdy sestra či doktor řve na rodičku, a tím ještě víc psychicky nervuje již tak náročný počin v životě nastávající maminky a jejího dítěte. **Proč proboha není možný lidský přístup**, tak jak je to jinde v „západní“ Evropě, kde jsou naprosto běžné ambulantní porody v nemocnicích či možnost pronajmout si pokoj v nemocnici na „porod v klidu“ s porodní bábou, kterou rodička zná, s doktorem za dveřmi v případě jakýkoliv komplikací. A ne s cizím lékařským personálem, který má zrovna službu a jenom zvyšuje stres rodičky.

3. Kéž by tak za to mohly geny

Josefínce je právě 11 měsíců a i když se s ní snažíme pravidelně cvičit Vojtovu metodu, dojíždíme s ní na pravidelné endokrinologické a neurologické kontroly, na odběry krve a na rehabilitace, tak se nevyvíjí, jak by měla úměrně svému věku. Vzhledem k tomu, že je slepá, tak jí chybí jeden z nejdůležitějších stimulů a ještě nepase koníčky (což děti zvládají někdy okolo 3 měsíců).

Lékaři zvažují septicko-optickou dysplasii. Jde o multifaktoriální nemoc. To znamená, že se přesně neví její přesná příčina (chemikálie, viry, léky, genetika…). MRI (kde by měl být pozitivní nález) je neprůkazné, takže definitivně není žádná vrozená ani genetická vada prokázána. S největší pravděpodobností se něco pokazilo na začátku těhotenství, jak nám řekl jeden profesor. Ale prý se nemusíme bát mít další děti. Podle tohoto profesora jde

jednoznačně o septicko-optickou dysplasii. Na druhou stranu nám odmítl dát písemný popis MRI.

Další profesor nám řekl, že je to genetického původu a že máme 25% pravděpodobnost, že kdybychom měli další dítě, bude podobně postižené. Proto nám další dítě neporučuje. Prý za to můžou geny, co máme v sobě od praměti Evy. A dodal, že takový gen, který způsobuje slepotu, hluchotu, panhypopituarismus a psychomotoric-kou retardaci, zatím nebyl objeven. Nechal nás podepsat papír, že souhlasíme s tím, aby Josefínce odebrali trochu krve na výzkum právě tohoto genu. To poslední se nás obzvláště dotklo. Proč gen způsobující psychomotorickou retardaci, když téměř všichni lékaři (včetně jeho podřízených) nám říkají, že to je z asfyxie – těžkého dušení během porodu. Možná to bude tím, jak jsme se dověděli, že tento profesor se bojí jakékoliv medializace a novinářů. Sám nám řekl, že jeho lékaři – podřízení – se nesmějí vyjadřovat k porodnické části.

Jiný doktor neurolog nám řekl, že celé konsilium lékařů by se mohlo týden radit a stejně by nemohli říct, co bylo způsobeno porodem a co je vrozené. Už prý viděl hodně podobných dětí s asfyxií – slepé, s endokrinologickým postižením a s DMO.

Jak je to tedy doopravdy??? Proč jeden lékař kryje druhého, když ví, že jeho kolega udělal chybu??? Proč se snaží občas namluvit rodičům polopravdu, tak aby to „nikoho“ nebolelo???

Co říct na závěr? Snad jen to, že pár dní po tom, co byla Josefínka přijata na JIRP, přivezli z porodnice v N. další novorozeně s podezřením na hypoxii…

V Milovicích dne 20. 8. 2009

Došlo do redakce: 6. ledna 2010
Upraveno a doplněno: 20. ledna 2010
Přijato k tisku: 31. ledna 2010

VÝZKUM

KUBÁNEK J.[4]: LÉČBA BOLESTÍ U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ V PRIESSNITZOVÝCH LÉČEBNÝCH LÁZNÍCH A. S. JESENÍK

SOUHRN:

Kubánek J.: Léčba bolestí u psychiatrických pacientů v Priessnitzových léčebných lázních a.s. Jeseník, Psychosom, 2010;8(1) s. 28-37

Při léčbě psychiatrických pacientů v Priessnitzových léčebných lázních dochází k naprosto jedinečné kombinaci psychiatrických, psychoterapeutických, rehabilitačních a balneologických přístupů. V první části článku autor srovnává psychoterapii a rehabilitaci a poukazuje na jejich některé společné prvky i na to, jak jsou vzájemně propojené a jak se doplňují v celostním pohledu na pacienta. Dále zmiňuje možnosti ovlivnění vegetativního nervového systému a příznivý vliv obyčejné lidské blízkosti včetně doteku a pohlazení. Kombinace psychoterapie s rehabilitací není vzácná, ale v případě lázeňské léčby je terapie ještě navíc doplněna o balneologické postupy měnící plasticitu CNS a naladění vegetativního nervového systému. Dle autora se tak vytváří mocný terapeutický potenciál, který prokazatelně redukuje bolesti u vyšetřovaných psychiatrických pacientů, jak dokazují výsledky dotazníkového měření v druhé části

[4] Priessnitzovy léčebné lázně a. s. Jeseník

sdělení. Autor klade otázku, zda by se tak lázně mohly stát ideálním místem pro léčbu psychosomatických obtíží.

Klíčová slova: psychiatrie, psychoterapie, rehabilitace, balneologie, psychosomatická onemocnění, bolest, vegetativní reakce, Priessnitzovy léčebné lázně

SUMMARY:

Kubanek J.: Pain cure of mental patients in Priessnitz spa in Jesenik, Psychosom, 2010;8(1) s. 28-37

Author of the article assumes that during mental patients' cure in Priessnitz spa a unique combination of psychiatric, psychotherapeutic, physiotherapeutic and balneological approaches are reached. First part of the introduction consists of author´s comparison of psychotherapy and physiotherapy. Author points at some components they have in common and shows how they are mutually connected and how they supplement each other in the holistic view of patient. He also mentions the possibilities of influencing the vegetative nervous system and also a positive effect of common human closeness including touch and caress. The combination of psychotherapy and physiotherapy is not unusual, but in case of spa treatment the therapy is supplemented by balneology approaches which change the plasticity of CNS and tuning of vegetative nervous system. According to author in this manner a powerful therapeutic potential is created, which demonstrably reduces pain of treated mental patients as shown in the results of questionnaires in second part of this article. Author asks a question if spa can become this way an ideal place for psychosomatic disorder treatment.

Key words: psychiatric, psychotherapy, rehabilitation and balneology, psychosomatic illness, pain, autonomic responses, Priessnitz medical spa

1. Úvod

1.1 Psychosomatické nemoci

Psychiatrie s psychoterapií a rehabilitace (dále jen rhb) s balneologií jsou svébytné medicínské obory. Samostatně poskytují, samozřejmě v indikovaných případech, velký potenciál pomoci pacientům. V Priessnitzových léčebných lázních dochází k jejich jedinečné kombinaci. Kombinují se příznivé účinky na psychiku, svalové napětí, vegetativní reaktivitu, pohybový aparát, fyzickou zdatnost a plasticitu CNS. Takto zkombinované spektrum příznivých účinků by mohlo být účinné i v mnohdy obtížné terapii psychosomatických nemocí, resp. bolestí. To, že je dobré mít účinný nástroj na léčbu psychosomatických obtíží, dokazuje i následující tvrzení. „Psychosomatickou příčinu onemocnění lze vystopovat až u 1/3 pacientů hledajících pomoc u svého OL, než se jim dostane psychoterapeutické péče, vystřídají v průměru 12 lékařů během 7 let (Poněšický, 2004)." Za kolik let se tito pacienti dostanou do lázní, pramen neuvádí.

„Ukazuje se, že distres, deprese, exhausce či potíže se zvládáním obtíží patří mezi rizikové faktory chronických bolestí pohybového aparátu, resp. bolestí dolních zad – low back pain“ (Opavský J., Urban, J., 2004). Distres, depresi, exhausci či potíže se zvládáním obtíží často a vcelku pochopitelně nalézáme právě u psychiatrických pacientů.

Ale jak je to s bolestmi u těchto pacientů?

A) Mají psychiatričtí pacienti v lázních bolesti?

B) A pokud ano, budou se během léčby jejich bolesti nějak měnit?

C) Bude nějaký rozdíl, jestli pacienti absolvují léčebný program s psychoterapií nebo bez ní?

V druhé části článku si položíme ještě některé další otázky a nabídneme odpovědi podložené měřením.

1.2 Psychiatrie a rehabilitace – podobnosti

Psychiatrie s psychoterapií a rhb s balneologií se v lázeňském prostředí vhodně doplňují. Nacházíme mezi nimi i významné podobnosti. Nejvýznamnější podobnost je ve filozofii přístupu klienta, resp. rehabilitanta k léčbě. Klient není pasivním konzumentem lékařských služeb. Pokud je přístup rehabilitanta k rhb aktivní, jeho léčba je účinnější, stejně tak pokud je přístup klienta k psychoterapii aktivní a motivovaný. V rhb i v psychoterapii se snažíme především motivovat, prohlubovat aktivaci na úkor kompenzace, podporovat kvalitní fungování. Klient, který aktivně přistupuje k své léčbě, aktivně se na ní podílí, přebírá odpovědnost za sebe, za svoje rozhodování, za svůj život. Takový klient je rovnocenným partnerem lékaře a vytváří spolu s ním silnou koalici zaměřenou na řešení jeho psychických, psychosomatických či somatických obtíží a problémů.

1.3 Psychiatrie a rehabilitace – úzká souvislost

Rhb si uvědomuje, že i tak „somatické“ funkce, jako je pohyb, svalový tonus, postura, jsou ovlivňovány i skrze limbický systém, který má úzký vztah k emocím, našim prožitkům a k motivaci, či skrze prefrontální kortex, který má vztah k pozornosti, paměti a k exekutivním funkcím. Už v polovině minulého století si Freudův žák Wilhelm Reich a později i Schulz všimli, jak dalece spolu tělo a psychika souvisejí.

W. Reich (1934) se domníval, že duševní problémy jsou spojeny s určitým držením těla, mimikou a pohyby, tvrdil, že existuje tzv. charakterový pancíř a s ním souvisí tzv. svalový pancíř…, a proto psychoterapie musí pracovat i s tělem.

Podobně uvažoval i Schultz (1959), autor známého autogenního tréninku. Komplexy, popsané Freudem, sedí, dle Schultzova názoru, nejen v hlavě, ale jsou stavem celého organizmu a jsou patrné v rozložení svalového napětí a ve vegetativních reakcích.

Již od počátků psychoterapie se objevuje snaha některých psychoterapeutů užít v psychoterapii i působení na periferii a ovlivnit tak centrální procesy. To jsou ovšem principy důvěrně známé i z rhb. Takovéto myšlenky stály za vznikem samostatných komplexních rhb metodik (např. Bobath, Kabat), ale i psychoterapeutických směrů či technik, které pracují s tělem – např. psychogymnastika, bioenergetika, fokusing. Na pomezí psychoterapie a rhb pak stojí metodiky a techniky zaměřené na koncentraci. Jóga, koncentračně pohybová terapie či cvičení dle Feldenkreise vedou k trénování pozornosti, zlepšují uvědomění si vlastního těla a pomáhají přeladit vegetativní nervový systém směrem k parasympatikotonii.

1.4. Vegetativní nervový systém

Lázeňská léčba je jedna z mála terapií, která umí ovlivnit vegetativní nervový systém. Lázeňské procedury přímo příznivě mění svalové napětí a vegetativní reakce. Další účinky probíhají reflexně přes neuronální sítě a druhou cestou přes mediátory a další látky. „V průběhu lázeňské léčby a po ní se děje restruktualizace neuronálních sítí v mozku, mění se plasticita CNS s dosažením dlouhodobých či trvalých změn chování organismu jako celku“ (Jandová, 2009).

1.5 Blízkost

Lázeňská léčba má i významný interpersonální rozměr. Zkušenosti, které klient učiní v mezilidských vztazích s personálem, jsou mnohdy diametrálně odlišné od jeho dosavadních mezilidských zkušeností. Navíc hodně procedur charakterizuje i blízký příjemný fyzický kontakt (masáže, mobilizace, individuální cvičení, ovin po koupelích apod.). Součástí psychických i psychosomatických obtíží bývá úzkost a za ní mnohdy stojící pocit osamělosti. Blízkost a příjemný fyzický kontakt je na osamělost a úzkost vyzkoušeným lékem. Je-li součástí pobytu ještě řádná psychoterapie, tak jak je tomu v Priessnitzových léčebných lázních a. s. Jeseník, příznivé účinky lázeňského pobytu budou hlubší a dlouhodobější.

2. Pacienti a metody:

Během druhého pololetí roku 2009 podstoupilo 189 konsekutivních psychiatrických pacientů, klientů lázní, měření výskytu a intenzity bolestí za použití Krátké formy dotazníku bolesti Mc Gillovy univerzity. Šlo o pacienty indikace IX/1(Psychotické poruchy v remisi) a IX/2 (Neurotické poruchy a jiné nepsychotické poruchy, včetně poruch psychosomatických). Diagnostické spektrum bylo následující:

F0X.X, nejčastěji F063	6 pacientů
F2X.X, nejčastěji F251	33 pacientů
F3X.X, nejčastěji F322	76 pacientů
F4X.X, nejčastěji F412	73 pacientů

F5X.X, F500	1 pacientka

Poměrné zastoupení diagnóz pacientů v testování odpovídá poměrnému zastoupení diagnóz psychiatrických pacientů v lázních.

Použitý dotazník – Krátká forma dotazníku bolesti Mc Gillovy univerzity. Obsahuje část zakreslující (obrázek lidské postavy zepředu a zezadu) a část popisnou. V zakreslující části vybarví pacient místa na obrázku postavy, kde cítí v posledních 14 dnech bolesti. Popisná část má 15 položek s intenzitou bolestí 0–3, přičemž poslední 4 položky mají i emocionální obsah. Lze je tedy považovat za položky s „psychosomatickým rozměrem". Položku 7 (bolest pálivá, palčivá) v kombinaci s položkou 10 (citlivé, bolestivé na dotek) nacházíme u neuropatických bolestí (viz přílohu).

Léčebný program zahrnoval standardní lázeňské procedury hrazené pojišťovnou, indikované dle celkového zdravotního stavu pacienta, jeho potřeb a možností. Během čtyřtýdenního pobytu měli pacienti průměrně alespoň tři procedury za den. Následuje komplexní výčet možných procedur, ze kterých se vždy skládal individuální léčebný program. Součástí těchto procedur byly: Pohybová aktivita – individuální cvičení, cvičení v bazénu, Priessnitzova terénní pohybová terapie, spinální cvičení, vertebrální cvičení, cvičení na balonech, dechové cvičení, posturomed, cvičení na přístrojích, Pilates, power jóga. Relaxační metodiky – autogenní trénink, jóga. Vodoléčebné procedury – bylinné koupele, perličkové koupele, uhličité koupele, jodové koupele, calmonalové koupele, olejové koupele, skotské střiky, střídavé nožní koupele, vířivé koupele horních a dolních končetin, Priessnitzovy venkovní koupele. Elektroléčba – čtyřkomorová galvanizace, magnetoterapie, nízkofrekvenční a středofrekvenční proudy, vysokofrekvenční terapie, distanční elektroléčba, elektrospánek. Mechanoterapie – ultrazvuk, lymfodrenáž, vakuum-kompresní terapie, vazivová masáž, trakce. Reflexní terapie – mobilizace, manipulace, měkké techniky, míčková, reflexní masáž, plynové CO_2 injekce. Termoterapie – parafín, krátkovlnná diatermie, solux. Fototerapie. Ergoterapie. Klimatoterapie. Inhalace. A konečně psychoterapie – individuální, skupinová pro léčbu neuróz a psychosomatických obtíží, skupinová pro snižování nadváhy, skupinová pro odvykání kouření.

Zopakujme si základní otázky, které provázely tuto práci, a přidejme další:

A) Mají psychiatričtí pacienti v lázních bolesti?
B) A pokud ano, budou se během léčby jejich bolesti nějak měnit?
C) Bude nějaký rozdíl, jestli pacienti absolvují léčebný program s psychoterapií, nebo bez ní?
D) Budou se měnit „psychosomatické" položky s emocionálním obsahem jinak než ostatní položky?
E) Jak to bude s výskytem neuropatických bolestí?

3. Výsledky

A) Z 189 psychiatrických pacientů, kteří vyplnili dotazník, 16 nemělo žádné bolesti. Z nich bylo sedm z dg. okruhu F2, sedm z dg. okruhu F3 a jen dva z dg. okruhu F4. Ostatní bolesti měli. Ze 45 možných bodů, měli průměrně 11 bodů. Tj. bolesti mírné až středně silné.

B) Během lázeňské léčby se bolesti pacientů vysoce signifikantně zlepšují ($p < 0{,}001$) (viz Tab. 1 a 3). Jen jedenácti pacientům se jejich bolesti během pobytu zhoršily. Šest z nich bylo z dg. okruhu F4, tři z dg. okruhu F3, jeden z dg. okruhu F2 a jeden s dg. F500.

C) D) V tabulkách 1–5 naleznete srovnání výsledků pacientů, kteří prošli nějakou formou psychoterapie, a těmi, kteří absolvovali lázeňský program bez psychoterapie. Mezi pacienty s psychoterapií a bez psychoterapie není statisticky významný rozdíl v míře zlepšení na celkové škále ($p = 0{,}063$), ale došlo k němu v psychosomatických položkách ($p = 0{,}028$). Viz tabulky 2, 4 a 5. Při hlubším zkoumání se v těchto položkách ukazuje jako účinnější psychoterapie individuální.

E) Neuropatické bolesti trápily vyšetřované naprosto minimálně a v tabulkách proto nejsou samostatně uváděny.

Tab. 1

Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu
Bez psychoterapie

	Počátek	*za 4 týdny*
Stř. hodnota	10,032	4,792
Rozptyl	68,55	42,57
Pozorování	125	125
Pears. Korelace	0,64	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	124	
t stat	9,03	
P(T<=t) (1)	0,00	
t krit (1)	1,66	
P(T<=t) (2)	**0,00**	
t krit (2)	1,98	

Tab. 2
Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu
Bez psychoterapie

	psychosom. počátku	*napsychosom.za 4 týdny*
Stř. hodnota	2,888	1,224
Rozptyl	9,89	4,71
Pozorování	125	125
Pears. Korelace	0,55	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	124	
t stat	6,96	
P(T<=t) (1)	0,00	
t krit (1)	1,66	
P(T<=t) (2)	**0,00**	
t krit (2)	1,98	

Tab. 3
Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu
S psychoterapií

	Počátek	*za 4 týdny*
Stř. hodnota	13,015625	5,796875
Rozptyl	106,08	37,12
Pozorování	64	64
Pears. Korelace	0,68	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	63	
t stat	7,57	
P(T<=t) (1)	0,00	
t krit (1)	1,67	
P(T<=t) (2)	**0,00**	
t krit (2)	2,00	

Tab. 4
Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu
S psychoterapií

	psychosom. počátku	*napsychosom.za týdny*	*4*
Stř. hodnota	4,078125	1,421875	
Rozptyl	14,39	3,93	
Pozorování	64	64	
Pears. Korelace	0,47		
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0		
Rozdíl	63		
t stat	6,32		
P(T<=t) (1)	0,00		
t krit (1)	1,67		
P(T<=t) (2)	**0,00**		
t krit (2)	2,00		

Tab. 5

Variable	Průměr (s terapií)	Průměr (bez terapie)	p (hladina významnosti pro T-test)	n (s terapií)	n (bez terapie)	Směrodatná odchylka (s terapií)	směrodatná odchylka (bez terapie)	F-test
Zlepšeni	5,24	7,22	0,063	125	64	6,49	7,63	1,38
Psychsom. Zlepšeni	1,66	2,66	0,028	125	64	2,67	3,36	1,58

4. Diskuse:

A) Z 16 respondentů, kteří neměli žádné bolesti, bylo sedm z dg. okruhu F2. Tj. 21 % všech vyšetřovaných pacientů z tohoto okruhu. Je k hlubší diskusi, proč psychotičtí pacienti škálují v tomto sledování tak málo bolestí. A to přesto, že z rhb pohledu mají na bolesti pohybového aparátu „nárok". Často u nich zaznamenáme vadné držením těla, hypokinezi v rámci abulie, mnohdy nadváhu, což jsou všechno rizikové faktory bolestí pohybového aparátu.

Přesto, dle očekávání, drtivá většina vyšetřovaných bolesti měla, i když spíše mírné až střední intenzity. Jistě se nabízí otázka, jestli by výskyt bolestí u nějaké kontrolní, nepsychiatrické skupiny byl stejný nebo jiný.

B) Během lázeňské léčby se bolesti pacientů velmi vysoce signifikantně zlepšují ($p < 0{,}001$). Odpovídá to očekávání i empirické zkušenosti. Většina klientů si totiž pobyt chválí, líčí jak celkové psychické zlepšení, tak i zmírnění různých tělesných stesků včetně bolestí. 11 pacientům se však jejich bolesti během lázeňské léčby zhoršily, tj. 6 % z vyšetřovaného souboru. Je samozřejmě otázkou, proč se tak stalo. Odpovědí se nabízí vícero. Někteří z těchto 11 patří do přibližně 0,5–1 % pacientů, kteří obecně nejsou s léčbou v lázních spokojeni, a během pobytu se jejich stav nezlepší. U některých se dá předpokládat somatické „zhoršení" v rámci psychoterapeutického procesu. Dalším se zhoršily bolesti např. kloubů i v souvislosti s větší fyzickou aktivitou, na kterou nebyli zvyklí.

C) Mezi pacienty s psychoterapií a bez psychoterapie není statisticky významný rozdíl v míře zlepšení na celkové škále ($p = 0{,}063$), ale došlo k němu na škále psychosomatického zlepšení ($p = 0{,}028$).

D) Je zajímavé, že více se zlepšují právě „psychosomatické" položky dotazníku. Výrazněji je to vidět u klientů, kteří během léčby prošli i soustavnou psychoterapií, a to především individuální (Tab. 2, 4 a 5). Právě ti popisují statisticky signifikantní snížení intenzity položek s emocionálním obsahem. Dle mého názoru jsou položky s emocionálním obsahem průnikem do psychosomatiky, a pokud jsou přítomny, umožňují „snadněji" psychoterapeuticky působit. Klient totiž prostřednictvím právě těchto položek přináší do terapie své emoce. Zpočátku sice jen ve spojení s bolestmi, ale postupně se nám obvykle podaří objevit další souvislosti, a především vztahy, ve kterých klient zažil nebo stále ještě zažívá podobné či stejné emoce. Emoce a bolesti se tak dostanou do jiných souvislostí a získají znovu svůj interpersonální rozměr.

Při hlubším zkoumání se jako účinnější jevila individuální psychoterapie, a to přesto, že se v podmínkách lázeňské léčby praktikuje v podstatně menším hodinovém rozsahu (2–3 hodiny za pobyt), než skupinová psychoterapie (12 hodin za pobyt).

Nedomnívám se, že by individuální psychoterapie v našem podání byla o tolik kvalitnější a účinnější než skupinová psychoterapie. Ukazuje se spíše, že pacienti, kteří měli individuální psychoterapii, škálovali na počátku více než ostatní, a proto u nich také došlo k většímu ústupu bolestí.

Na závěr je možné říci, že výsledky měření dokazují podstatnou redukci bolestí u psychiatrických pacientů během jejich lázeňského pobytu. Dále dokazují účinnost

psychoterapie při léčbě bolestí s emocionálním doprovodem. Neuropatické bolestí se u vyšetřovaného vzorku pacientů vyskytovaly naprosto minimálně.

Priessnitzovy léčebné lázně v sobě snoubí tradici lázeňského místa s přírodním léčivým zdrojem, možnosti ovlivnění vegetativního nervového systému, kvalifikovanou rehabilitaci, psychiatrii i solidní psychoterapii. Organizace zdravotní péče již nyní umožňuje využívat komplexní nebo příspěvkové lázeňské léčby v Priessnitzových léčebných lázních z indikace IX/2 – Neurotické poruchy a jiné nepsychotické poruchy, včetně *poruch psychosomatických*. Mohly by se tedy Priessnitzovy léčebné lázně stát ideálním místem pro účinnou léčbu bolestivých stavů resp. psychosomatických poruch?

Literatura:

1. Jandová D. (2009). Balneologie, Praha, Grada
2. Kočka M., Kubík A. (2006). Vincenz Priessnitz, Ostrava, Veduta
3. Kolisko P., Salinger J., Opavský J., Dostálek C., Jandová D., Tillich J., Patell M., Waters H.,
4. Barrington C.: Vliv jógových poloh na funkční změny ANS. Sborník – Diagnostika a prevence poruch hybného systému. Vol. 2. Olomouc, Vydavatelství UP, 1997:56–64.
5. Kolísko P.:Terénní pohybová léčba v rámci balneologie, efekty a nové trendy
6. Přednáška, Konference V. Priessnitze, 2009
7. Opavský J.: Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi.
8. Bolest 1998; 1 (3):64–67
9. Opavský J., Urban, J. Biologické a psychosociální prediktory chronicity bolestí dolní části zad a možnosti jejich ovlivnění. Fakulta tělesné kultury UP Olomouc. 2004
10. Dostupné na World Wide Web:http://www.ftk.upol.cz/dokumenty/kfa/prezentace
11. Poněšický J. (2004), Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, Praha, Triton
12. Reich W. (1933), Charakteranalyse. Wienna: Selbstverlag
13. Schultz, J. H., Luthe, W. (1959). Autogenic Training. New York: Grune and Stratton

Možný střet zájmů a etických principů: není
Došlo do redakce: 1. ledna 2010
Upraveno a doplněno: 28. ledna 2010
Přijato k tisku: 31. ledna 2010

ÚVAHY, NÁZORY

KODYŠOVÁ E., MOROVETZ M.: PSYCHOLOGIE PORODU – CHIMÉRA, NEBO REALITA?

Žijeme v době, kdy se karteziánské paradigma o oddělení těla a duše stalo přežitkem. Medicína se přestává omezovat jen na fyziologické procesy a anatomický rozbor. Jakožto věda empirická se zajímá i o psychosociální souvislosti, ve kterých léčený jedinec žije. Ve zdravotnických zařízeních se začíná klást důraz na spokojenost pacientů. Hodnotí se nejen spokojenost se samotnou léčbou a jejím výsledkem, ale i spokojenost s přístupem zdravotníků.

Jak se projevuje výše popsaný trend v našem porodnictví? Jaký je zájem porodníků o psychosociální kontext jejich práce? Po rozhovoru s mnoha z nich a pátrání v českých odborných časopisech nabyly autorky dojmu, že tato oblast stojí spíše na zájmu porodnictví. Při fulltextovém hledání na webu České gynekologie lze najít jediný text, který se zabývá psychologickými aspekty porodu, a jeho autoři jsou z Polska. V centru pozornosti je naopak co nejlepší technické vybavení a prostory porodnic, a samozřejmě

odborná lékařská péče vedoucí k co nejlepším perinatálním statistikám. Ve statistikách psychosociální aspekty porodu nejsou zachyceny. V Maďarsku, Německu, Rakousku a řadě dalších zemí aktivně pracuje národní společnost zaměřená na psychosomatickou gynekologii a porodnictví (mezinárodní sdružení je známé pod zkratkou ISPOG). Touto oblastí se v česku v posledních letech zabývají jen solitéři jako MUDr. V. Chvála nebo MUDr. H. Máslová.

Autorky by proto rády nabídly stručný přehled psychologických poznatků vztahujících se k perinatálnímu období a zamyslely se nad některými aspekty situace v českém porodnictví.

Příčiny a následky

Provázanost porodního procesu s prožíváním je hluboká a spletitá. V první řadě do procesu vstupuje osobnost rodící matky, její tendence určitým způsobem reagovat a prožívat sociální interakce s okolím. Tyto tendence společně určují, do jaké míry žena vyhodnotí prostředí, ve kterém rodí, jako bezpečné. Pouze cítí-li žena při porodu bezpečí, mohou se optimálně vyplavovat hormony oxytocin a endorfin, které porodní proces spouštějí a podporují a vedou tak k jeho plynulosti. Naopak při pocitu ohrožení (ať už reálného, nebo jen představovaného) dochází k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), které porodní proces, zvlášť v první době porodní, zpomalují či zastavují. Podobný vliv má i činnost neokortexu, který zprostředkovává racionální myšlení a seberegulaci. Je-li neokortex stimulován (světlem, otázkami, vyrušováním), porod začíná váznout[5]. Díky vyplaveným hormonům je žena ve stavu tzv. „porodního transu“[6], a tedy velmi ovlivnitelná a senzitivní vůči reakcím personálu. Toto „vědomí sugestibility rodičky“ autorky ve své publikační a osvětové práci často zdůrazňují. Výzkumy z této oblasti ukazují, že ženy si ještě po letech pamatují jednotlivé poznámky zdravotníků[7] a že ty, které vnímaly svůj vztah se zdravotníky negativně, si s větší pravděpodobností uchovají špatný porodní zážitek i po několika letech[8].

Pocit bezpečí je umocněn i pocitem kontroly – žena potřebuje být subjektem svého porodu, nikoli objektem. Potřebuje intenzivně cítit, že její chování a rozhodnutí mají vliv na to, co se s ní děje. Pocit kontroly nad procesem porodu je pro porodní zážitek důležitější než např. tlumení bolesti, které oproti očekáváním vede u většiny žen k negativnějšímu hodnocení porodního zážitku[9]. Rodící žena se tedy potřebuje cítit

[5] Interakci porodního prostředí, hormonů a porodního procesu prokázala Regine Lederman, viz např. Lederman, R., Lederman, E., Work, B.: Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: Relationship to duration of labor and fetal heart rate patterns. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1985, 153, 870–877.

[6] Grof, S.: Dobrodružství sebeobjevování. Perla, Praha 2000.

[7] Miffková, E.: Porod jako sociální událost. Diplomová práce, PedF Univerzity Hradec Králové 2008.

[8] Stadlmayr, W., Amsler, S., Lemola, S., Stein, S., Alt., M., Bürgin, D., Surbek, D., Bitzer, J.: Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2006, 27(4), 211–224.

[9] Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Rådestad, I.: A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. Birth 2004, 31(1), 17–27.

respektovaná ve svých potřebách a projevech, prožívat kontrolu nad situací, aby se mohla porodnímu procesu poddat, a tak jej podpořit. I tyto závěry jsou zdokumentovány výzkumníky – lékaři ve spolupráci s psychology[10].

Pro zdravotníky, kteří doprovázejí ženu v předporodní, porodní a poporodní péči, je nutností poznání, že psychosociální potřeby rodící ženy mají být naplňovány nikoli na úkor bezpečnosti porodu, ale právě pro větší bezpečnost porodu a procesů s ním spojených.

Pocity úzkosti a ohrožení v průběhu porodu mohou totiž způsobit komplikace v průběhu porodu a vést až k ohrožení plodu. Pokud je rodička v křeči – fyzické či psychické, kterou u ní vyvolá úzkost a strach – stoupá riziko hypoxie plodu či zpomalení porodu, častěji je porod ukončen císařským řezem. Komplikace pro novorozence po porodu císařským řezem jsou neonatologům důvěrně známy. Separace novorozence od matky, v českém porodnictví rutinně daná ošetřováním obou odděleně, z psychologického hlediska zásadně ovlivňuje možnost jednoduššího navázání vztahu mezi matkou a dítětem a z fyziologického hlediska ohrožuje zahájení laktace. Právě matky rodící císařským řezem a jejich děti (ale nejen ony) by měly mít nárok na podporu bondingu od prvních minut, kdy je to pro ně fyzicky možné. Po náročných porodech s řadou stresujících zákroků navíc děti sají méně často a u matek se opožďuje nástup tvorby mléka, což vede k problémům při kojení[11]. Medikace podávaná v průběhu porodu, včetně epidurální analgezie, situaci znesnadňuje. Blokuje sekreci betaendorfinů v průběhu porodu. Betaendorfiny posilují vnímání procesu porodu rodičkou, usnadňují vytvoření vazby mezi matkou a dítětem. V prvních dnech po porodu jsou přítomny v mateřském mléce. Výzkumníci konstatují, že jejich účelem je napomoci poporodní adaptaci novorozence. Vyšší hladiny betaendorfinů lze najít v mléce matek předčasně narozených dětí, naopak nejnižší po plánovaných sekcích[12]. Stresující porod, lékařsky programovaný, s četnými intervencemi, tedy s velkou pravděpodobností vyústí v problémy s kojením a poporodní adaptací novorozence. Separace novorozence od matky tento komplikovaný start může ještě zhoršit.

Období bezprostředně po narození dítěte je i z hlediska psychologie obzvláště citlivé. Čtvrtá doba porodní, bonding a podpora rané vazby mezi matkou a dítětem velmi silně ovlivňují prožívání pocitu kontroly nad porodním procesem. Rodící žena nutně potřebuje mít kontrolu nejen nad tím, co se děje při porodu s jejím tělem, ale také nad tím, co se děje s jejím dítětem. V tuto chvíli zasahují do podpory rané vazby mezi matkou a dítětem další odborníci: pediatři, neonatologové a dětské sestry.

Dle závěrů pozorování předních odborníků z oblasti klinické psychologie[13] je v českém zdravotnictví při narození dítěte stále před psychologickými potřebami matky a dítěte upřednostňována hygienická rutina a rutinní zdravotnické postupy vedoucí k separaci dítěte od matky.

---

[10] http://www.imbi.uni-freiburg.de/OJS/cca/index.php/cca/article/viewArticle/4165

[11] Dewey, K. G.: Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis. Journal of Nutrition 2001, 131, 3012–3015.

[12] Zanardo, V., Nicolussi, S., Giacomin, C. et al: Labor pain effects on colostral milk beta endorphins concentrations of lactating mothers. Biology of Neonate 2001, 79(20):87–90.

[13] Langmeier J., Krejčířová D.: Vývojová psychologie (2. vydání). Grada, Praha 2006.

Podle amerických výzkumníků v oblasti pediatrie Kennela a Klause[14] má období několika málo hodin po samotném narození dítěte výrazný vliv na pečovatelské chování matky. Výzkumníci konstatovali, že ještě rok po porodu existovaly rozdíly mezi chováním matek neseparovaných od svého dítěte a chováním matek separovaných po porodu. Neseparované matky byly trpělivější a více vyhledávaly kontakt s dítětem.[15]

Rutinní postupy tak často berou matkám podporu hormonů a instinktivního chování, které by jim umožnily jednodušeji zvládat novou a náročnou situaci péče o dítě.

Psychologické potřeby matky a dítěte by neměly být upozaďovány, a to ani u komplikovaných a náročných porodních procesů.

K vyplavování oxytocinu, potřebného pro pečovatelské nastavení matky, je velmi nutný kontakt nahého těla matky s tělem dítěte[16]. Po fyziologickém porodu nestojí nepřerušovanému kontaktu matky s novorozencem v cestě nic, krom rutinních postupů zdravotníků. Strach o novorozené dítě vede rutinně personál k ošetřování novorozence a zajišťování jeho základních fyziologických potřeb (např. potřeby tepelné pohody) technickými postupy (vyhřívané podložky), namísto využití tepla z matčina těla a podporování vzájemné vazby matky a dítěte. Mateřské chování stimuluje i oční kontakt matky s dítětem[17,18,19,20,21].

Lze brát tyto důsledky vážně? Kvalita porodního zážitku může být vnímána zdravotníky zaměřenými na fyzické výsledky porodu jako zbytečný nadstandard. Není tomu tak, pokud se díváme za fyziologické hranice porodních procesů. Dle výzkumů ženy s negativním porodním zážitkem, či

[14] Klaus, M. H., Kennel, J. H., Klaus, P. H.: Mothering the Mother. Perseus Books, Reading 1993.
[15] Ringler N. M., Kennell J. H., Jarvella R., et al.: Mother-to-child speech at 2 years: effects of early postnatal contact. J. Pediatr. 86:141, 1975.
[16] Widstrom, A.M., Ransjo-Arvidson, K., Christensson, A.S., Matthiesen, J., Winberg, J. & Uvnas-Moberg,
K.: Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behaviour. Acta Paediatrica Scandinavica 1987, 76, 566±572.
[17] Robson K. S.: The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment. Child Psychology and Psychiatry 1967, 8:13.
[18] Saigal S., Nelson N., Bennett K., et al.: Observations on the behavioral state of newborn infants during the first hours of life. Am. J. Obstet. Gynecol. 139:715, 1981.
[19] Brazelton T. B., Tronick E., Adamson L., et al.: Early mother-infant reciprocity. In Parent-Infant Interaction. Ciba Foundation Symposium 33, (new series), Amsterdam: Elsevier Publishing Co., 1975, pp. 137–154.
[20] Eisenberg R. B.: Auditory behavior in the human neonate: Functional properties of sound and their ontogenic implication. Ear Nose Throat Audiol. 9:34, 1969.
[21] MacFarlane A.: Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. In Parent-Infant Interaction. Ciba Foundation Symposium 33, (new series). Amsterdam: Elsevier Publishing Co., 1975, pp. 103–117.

dokonce s porodním traumatem (splňujícím při psychiatrickém vyšetření po porodu definici posttraumatické stresové poruchy podle DSM IV) jsou v dalším životě významně častěji ohroženy poruchou vztahu k dítěti či partnerovi, mívají sníženou důvěru ve své rodičovské schopnosti, dalšímu těhotenství se častěji snaží vyhnout, a pokud otěhotní, je těhotenství častěji provázeno komplikacemi a s větší pravděpodobností ukončeno císařským řezem.

V předchozím textu již byly zmíněny následky stresu matky při porodu na výsledek porodu, na zdraví novorozence a dopady nepříznivého porodu na úspěšnost kojení a kvalitu rodičovství. To vše jsou jen stěží pominutelné důsledky. Poznatky z výzkumů i praxe (nejen psychologické) ukazují, že práce porodníků a porodních asistentek zasahuje daleko za hranice samotného porodu. Přesahuje i do psychosociální sféry života celé nové rodiny a zasahuje do její dynamiky. Zvyšování kvality perinatologické péče nejen z hlediska psychologie by mělo být rozšířeno nad současné medicínské pojetí zajištění co nejnižší perinatální mortality a morbidity.

Situace v ČR

V Lékařských listech vyšel v květnu článek podepsaný soukromým gynekologem a porodníkem, který si přál zůstat v anonymitě[22]. Autor článku mimo jiné popisuje „katastrofální zhoršení vztahů" mezi porodníky a rodičkami slovy: „rodička nevěří porodníkovi" a „porodník nevěří rodičce". Pokud přistoupíme na autorovy teze, klademe si otázku, jak může porodník zůstat s rodičkou v dostatečném kontaktu, aby její psychosociální potřeby alespoň vnímal, neřkuli se pokusil naplňovat, je-li pod takovýmto stresem?

Velmi ocenitelné je, že kroky ke zlepšení psychosociálního komfortu rodiček už byly podniknuty. V posledních patnácti letech prostory většiny porodnic prodělaly proměnu směrem k „domáčtějšímu" stylu a doprovod u porodu (i když za úplatu a většinou pouze jedna osoba) se stal téměř normou. V těchto případech jde však o tzv. vnější změny v porodnictví. Přístup personálu – tedy vnitřní změny – prošel dle konstatování autorek změnou pouze minimální.

Jde přitom o nejdůležitější aspekt „zlidštění porodnictví". Jak už je patrné přímo z tohoto pojmu, důraz by měl být kladen především na lidský prvek. Nejde až tak o obrázky na stěnách nebo barvu dlaždiček, ale o chování lidí, kteří v porodnicích pracují.

Důvod je více než jasný. Změna chování je mnohem náročnější a komplexnější než interiérové dekorace. Autorky nejen vzhledem k svému psychologickému vzdělání velmi dobře chápou, že situace porodu je pro zdravotníky velmi zatěžující. Rodící žena se díky utlumení činnosti neokortexu chová velmi instinktivně a „nekulturně" – hlasitě se projevuje a její reakce jsou často iracionální. Zdravotníci, vědomi si vlastní odpovědnosti za výsledek porodu a vedeni snahou ulehčit ženino „trápení", volí různé strategie reagování. Často nabízejí analgezii, urychlení porodu či jiné intervence, kterými se snaží porod dovést k rychlému a zdárnému konci. Žena v tuto chvíli potřebuje mnohem více

[22] Jsou porodníci druh ohrožený vyhynutím? (anonymní autor) **Lékařské listy** 2009, č. 9, s. 3–5.

emoční přijetí, hyperprotektivní podporu a ubezpečení, že si vede dobře. Vzniká tak paradoxní situace, ve které každý mluví jiným jazykem, rodička instinkty a personál racionálně.

Zdravotníci, kteří se cítí ženiným chováním frustrováni ve svém úsilí jí pomoci, označují rodící ženu za nespolupracující a mohou na rodičku reagovat až agresivně, a často tak bohužel (spíše nevědomě) reagují. Chování rodící ženy mohou někteří zdravotníci dokonce i podvědomě konfrontovat s osobními, často nezpracovanými zkušenostmi z emočních situací, které sami nezvládli, např. ve vlastním (či partnerčině) porodu. Otevřené emoční rány tak mohou být předávány dál.

Z hlediska psychologického i celospolečenského je na místě zamyslet se nad zdroji podpory pro zdravotníky asistující u porodu a provázející ženy v předporodní, porodní i poporodní péči. Na svět nepřichází jen novorozenec s určitými fyziologickými parametry, ale i nová, vysoce vnímavá lidská bytost. A v neposlední řadě se rodí i sama matka a její důvěra ve vlastní rodičovské schopnosti. Každá krize – tedy náročná situace, kterou je i porod – je-li produktivně zpracována, přináší nové existenciální zkušenosti. Situaci porodu lze tedy přirovnat k psychoterapeutickému procesu, kdy se z duševní krize rodí nový a silnější osobnostní potenciál.

V pomáhajících profesích (tedy tam, kde se pracuje i s psychikou klienta) je samozřejmostí psychosociální průprava (výcvik, kurz) a pravidelná supervize. Psychosociální průprava zlepšuje komunikační dovednosti a zvědomuje případná vlastní nedořešená témata. Supervize je prevencí vyhoření a pomáhá v práci s náročnými případy. Porodníci a porodní asistentky pracují denně mnoho hodin v silně náročné a zdraví ohrožující emoční situaci. V situaci, kdy emoce pracují jak na straně rodiček a jejich doprovodu, tak na straně těch, kteří jim asistují. Zdravotničtí pracovníci provázející ženu porodem – lékaři, porodníci, neonatologové, pediatři, zdravotní sestry a porodní asistentky – by měli mít povědomí o psychosociálních a emočních aspektech a úskalích vlastní práce. Systém, ve kterém pracují, by jim měl dát příležitost k psychologické supervizi či intervizi emočně náročných zážitků z každodenní praxe (např. po vedení komplikovaného porodu nebo narození postiženého či mrtvého dítěte). Pokud má zdravotník rodící ženu skutečně podporovat, musí být nejprve zajištěna jeho vlastní potřeba bezpečí – nikdy však na úkor psychosociálních potřeb rodičky, jak se dnes často děje.

Úzkost v porodní situaci vyhrocuje i současný mediální obraz porodů, který porodní procesy představuje jako patologické a dramatické děje, u nichž je zapotřebí zásahu celého lékařského týmu, někdy i policie a hasičů. Trpí tím všechny zúčastněné strany, v první řadě rodičky, které do porodního procesu vstupují už se značnými negativními očekáváními, a sekundárně i zdravotníci, kteří pak s rodičkami se zvýšenou mírou úzkosti pracují. V takové situaci je supervize nutností, protože práce v atmosféře strachu je velice vysilující a vede k syndromu vyhoření.

Cesta k dobré praxi

Velmi pokrokový je takový pohled na péči při normálním porodu, který před rutinními intervencemi upřednostňuje dohled nad rodičkou, její podporu a respekt k jejím přáním, jak jej praktikují trpěliví a zkušení porodníci a porodní asistentky. Efektivnost a bezpečnost takového přístupu dokládají i databáze systematických přehledů efektivní péče v perinatologii a globální iniciativy (jako např. IMBCI), které za optimální model péče při normálně probíhajícím porodu považují bio-psycho-sociální přístup. To znamená, že naplňování psychosociálních potřeb rodičky bezpečnost porodu pro matku a dítě nesnižuje, ale naopak k ní přispívá.

Podíváme-li se na zkušenosti ze zahraničí, můžeme najít konkrétní inspiraci. V Německu a Skandinávii, zemích se srovnatelnou novorozeneckou úmrtností, probíhá podpora raného kontaktu mezi matkou a narozeným dítětem naprosto jinak. Kontakt matky a dítěte v porodnicích a porodních domech je zde rutinně podporován, děti nejsou ošetřovány mimo matčino tělo či z dosahu její kontroly, matka je silně podporována celým systémem v péči o dítě od samého porodu. Zdravotníci rutinně nepřebírají odpovědnost za péči o narozené dítě. Dle zaběhnutých postupů v zahraničí patří dítě po porodu k matce a celý systém je na tento fakt připraven. Jde o standardní péči o matku a dítě jako o jednu ošetřovatelskou jednotku.

Z psychologického hlediska je velmi pochopitelná náročnost celé situace provázení rodící ženy-klientky s respektem k jejím jedinečným potřebám, pokud ji lékař či porodní asistentka vidí poprvé či podruhé v životě. To je nepříjemný důsledek našeho systému péče v perinatologii. Ideálně by měl systém perinatologické péče směřovat k one-to-one modelu péče, kdy jeden zdravotník (porodní asistentka či lékař) pečuje o ženu a následně i dítě (žena a dítě je jedna pečovatelská jednotka) v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, jak je obvykle možné v zahraničí. Tento systém poskytuje zdravotníkovi i ženě prostor pro vzájemnou důvěru a lepší spolupráci.

Přispět k lepšímu porodnictví však může každý, kdo v něm pracuje. Zdravotníci mohou pracovat na zvýšení své citlivosti vůči vlastním pocitům a signálům těla, a především si uvědomovat velkou emoční zranitelnost rodící ženy a s tímto vědomím k ní přistupovat. Podpořit zdravotníky v této náročné práci si klade za cíl i seminář Psychologie porodu organizovaný na jaře r. 2010 (www.aperio.cz). Ačkoli je jeho téma pro mnohé neznámé, a proto možná nezajímavé, nebo naopak ohrožující, může rozšíření pohledu na porodní proces paradoxně ulehčit zdravotníkům práci. To je ve stávajícím systému cesta, jak předejít dalšímu nárůstu úzkosti a nedůvěry v porodnictví a vzbudit klid, bezpečí a vzájemný respekt všech, kteří chtějí podporovat zásadní fakt lidského života – procesy rození. [23,24,25]

Do redakce přišlo: 20. 12. 2009
Vyšel zkráceně ve Zdravotnických novinách 30. 11. 2009

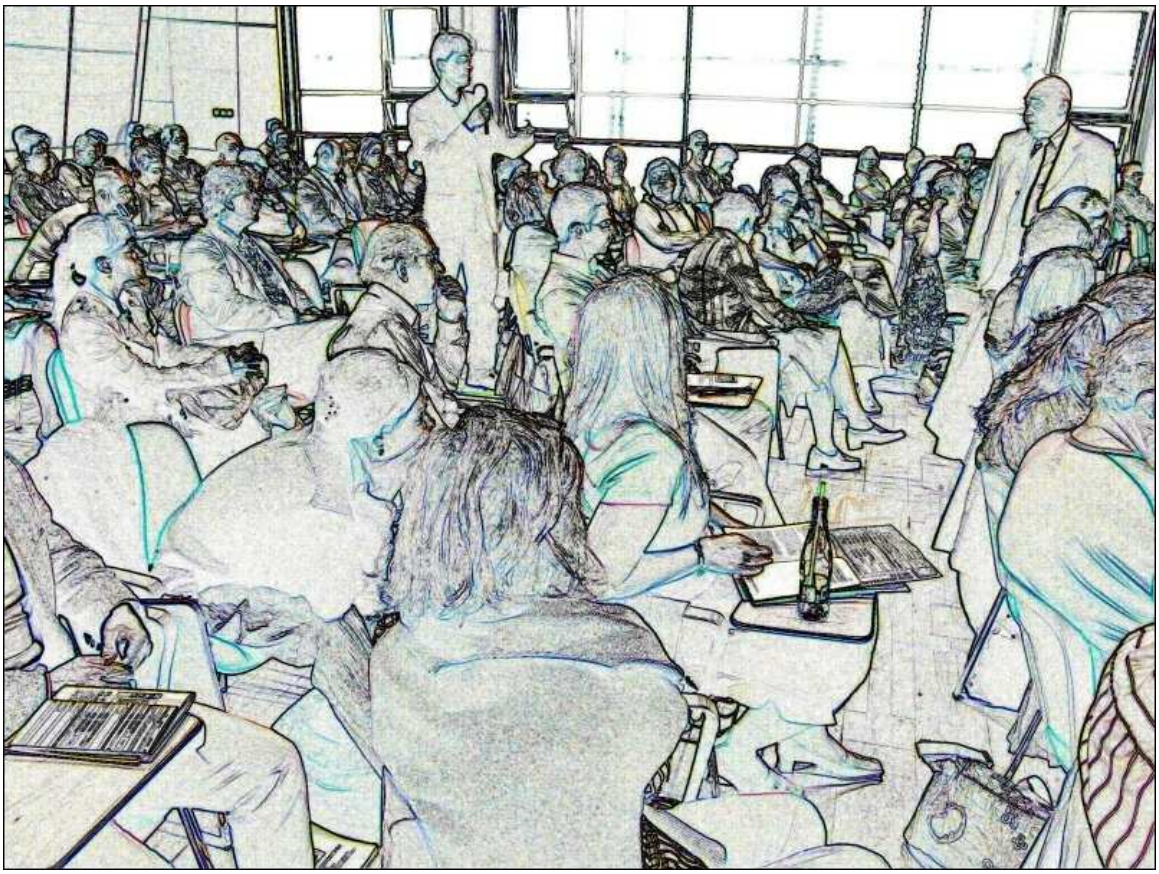
---

[23] Bryanton, J., Gagnon, A.J., Hatem, M., Johnston, C.: Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. **Nursing Research** 2008, 57(4), 252–259.
[24] Kovaříková, Z.: **Porodní trauma.** Diplomová práce, PedF UK Praha 2006.
[25] Ratislavová, K.: **Aplikovaná psychologie – porodnictví**. Reklamní ateliér Area, Praha 2008.

Autorky:

Eliška Kodyšová – psycholožka, doktorandka sociální psychologie FF UK, psychoterapeutka

Michaela Morowetz – klinická psycholožka, psychoterapeutka, soudní znalkyně



DISKUSE

Tentokrát rozproudila diskusi úvaha Pavla Čepického o tom, „Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví“ (Psychosom; VII (4), s. 270). Kromě kolegů ozvali se také pacienti, jejichž jeden dosti ilustrativní příběh si dovolujeme dnes uveřejnit v oddílu „Kazuistiky“.

ŠIMEK J.: BYLA TO AUTONOMIE ŽENY V PORODNICTVÍ, KTERÁ NÁS DOVEDLA TAM, KDE JSME?

Souhlasím, že autonomie nemocných komplikuje život všem zúčastněným. Proč tedy na ní současná společnost tak trvá? Jsem přesvědčený demokrat, proto věřím, že k tomu má nějaký rozumný důvod. V této souvislosti si navíc nejsem jist, že právě autonomie stojí za všemi těmi hrůzami, které kolega Pavel Čepický tak dramaticky popisuje.

Důvody, proč si komplikujeme život povinným informováním nemocných, jsou celkem snadno srozumitelné. Dokud mohl lékař pouze přikládat náčinky a pijavice, eventuálně pouštět žilou, a pak už jen doporučovat změnu režimu, nemusel nikomu nic moc vykládat. Kdo nesouhlasil, lékaře nezavolal, a když zavolal, neposlechl. Nebylo co řešit.

Dnešní medicína umí pacienta uspat a vybrat mu v těle, co hrdlo ráčí. Umí uříznutím nohy zkomplikovat pohyb, vyoperováním dělohy učinit ženu neplodnou a jizvou přes tvář člověka zohyzdit. Tradiční postup – lékař rozhodl a pacient se přizpůsobil – dostal jednu mravní závadu. Jeden člověk rozhodl (uřízneme nohu), druhý nesl následky (byl bez nohy). Tak to nejde. Kdo nese následky, musí mít právo o tom rozhodnout.

Pak nám začala lézt medicína do života, dnes dosáhne až do manželských ložnic. Nemocný dostává řadu až kategorických doporučení, co jíst a co nejíst, jak se pohybovat nebo nepohybovat, kdy a jak se milovat či nemilovat se svou ženou či milenkou. Ostatně protikuřácké tažení v EU je toho dobrým dokladem. A tu se vyjevila jiná obtíž. Pacientovi s cukrovkou vysvětlíme, že nesmí jíst čokoládu, protože s čokoládou bude žít asi o deset let méně než bez čokolády. Jenomže mnohý pacient bude raději žít o deset let méně s čokoládou, než by žil život bez čokolády, který snad dává nějaký smysl jeho lékaři, ale ne jemu, pacientovi. V diskusích o tom, proč se tolik pacientů chová tak „nerozumně“, se ukázalo, že my lékaři známe jen půl pravdy. My umíme biologickou část člověka. Tedy víme, co se musí a co se nesmí udělat, aby byl pacient co nejdéle živ a co nejméně trpěl různými tělesnými příznaky. Jenomže pacient žije život, který sám musí naplnit nějakým smyslem. Všichni známe aspoň jednu obézní ženu, která na dotaz, zda zkoušela svou váhu snížit, odpoví: „Ano, zkoušela, ale při redukční dietě jsem tak zlostná, že se stanu protivná sama sobě. A tak jsem raději tlustá (se všemi důsledky, o kterých vím) než nesnesitelná.“ Proto když se dnes rozhoduje, co se pro pacienta udělá, ať už jde o chirurgický zákrok nebo režimové doporučení, při rozhodování se musí vzít v úvahu dvě věci. Základem jsou samozřejmě ty naše, biologické stránky věci. Ale jedině pacient může vědět, jestli mu život změněný naším zákrokem nebo radami ještě dává nějaký smysl. To je na nás zdravotníky dost silný nárok. Jde totiž o střet hodnot. Pro nás je život a zdraví tou nejvyšší hodnotou. Tak nás to učí na fakultě a tak to v nás udržují právní předpisy, média a koneckonců i pacienti. Jenomže mnohý pacient má postaveny hodnoty jinak. Sladkosti jsou pro něj víc než deset let života. Dobrý mezilidský kontakt víc než komplikace obezity.

Aby věc byla ještě složitější, pacient má sice poslední slovo, ale vůbec k tomu není kvalifikován. O medicíně ví pramálo a na internetu se dostatečně nepoučí, navíc mnohý z nich o smyslu života nikdy nepřemýšlel, a tak žádný nemá. A jako postmoderní konzumní člověk chce dostat všechno, a to hned a bez rizika. V posttotalitních podmínkách to máme ještě okořeněno tím, že nevidíme žádnou souvislost mezi pravomocemi a odpovědností.

Co s tím? Žádná jednoduchá rada. Pacient má svou představu života a lékař má znalosti a k tomu svědomí. Jestli pacient nerozumí medicíně a já zas tomu, proč on tak lpí na čokoládě, pak se musíme sejít a vzájemně se poučit. A musíme se spolu dohodnout, co tedy uděláme, aby to dávalo jakýs takýs smysl oběma a nezatížilo to mé svědomí. Setkání lékaře a pacienta již není postaveno na poučování laika odborníkem. Je rozhovorem, vyjednáváním. Vyjednává se o hodně důležitých věcech – o zdraví, o životě a o jeho důstojnosti a smyslu; kromě toho o svědomí lékaře, pacienta a jeho blízkých. Proto je to vyjednávání tak obtížné a proto je v něm tolik emocí. Institut informovaného souhlasu vznikl z těchto důvodů. Je nástrojem, který má donutit lékaře a pacienta (nejen lékaři, ale ani pacienti často nechtějí vyjednávat), aby se spolu sešli a dohodli se na dalším postupu. A to, co vyjednali, aby stvrdili svými podpisy.

Pro nás lékaře je těžké sestoupit z pomníku experta a vyjednávat o tom, co je přece jasné. Musíme si totiž napřed připustit, že tak jasné, jak to vidíme my, to není. Potřebujeme mít svůj názor, ale současně respektovat, že ten druhý to může vidět jinak. Odpovědnosti lékaře se tak komplikují. Nejen se musím rozhodnout pro nějaké řešení, ale v rozhovoru je musím dobrými argumenty obhájit. Rétorice nás ale na fakultě neučili, tak to až tak nemůžeme umět. Řečeno jinak: stanovením diagnózy a doporučením léčby to nekončí. Ještě je novou povinností lékaře se dohodnout s nemocným.

Specifickým problémem je otázka odpovědnosti. S tím, jak pacient dostal právo posledního slova, přebral i odpovědnost za své rozhodnutí. Na počátku vyjednávání cítí lékař velkou odpovědnost za svá doporučení a za průběh vyjednávání. S tím, jak pacient odmítá lékařova doporučení, nebo dokonce nechce ani vyjednávat, měl by u lékaře pocit odpovědnosti klesat. Co mohl, udělal, a jestli si pacient trvá na svém, ať je po jeho, dnes má každý právo na chyby. Ostatně podpisem stvrdí, že je to jeho rozhodnutí. Skutečný prožitek lékaře je ale podstatně složitější než tento stručný popis. Vždy zbude trochu nejistoty, zda udělal skutečně všechno pro to, aby pacient věděl, co dělá. Od určitého okamžiku (když pacient se již definitivně rozhodl) již další naléhání nemá smysl. Kdy ale nastal ten okamžik, je těžké poznat; každý v tom udělá někdy chybu. A tuto chybu, často jen hypotetickou, si musí umět lékař odpustit.

Již tak obtížná otázka odpovědnosti je u nás komplikována tím, že díky nedávné minulosti pacient žádnou odpovědnost necítí (za vše může lékař), a lékař ji neumí v patřičnou chvíli odložit. Navíc neumí pacientovi vysvětlit, jak to s tou odpovědností je, sám to nemá dost zažité. Myslím, že proto u nás vídáme oba extrémy: Lékař si trvá na svém, protože je úzkostný, když pacient neposlechne. Nebo v reakci na tuto úzkost nechá rozhodnutí na pacientovi a netrápí se tím vůbec. A oba vzpomínají na staré zlaté časy, kdy se s pacientem nemuselo vyjednávat.

Ve chvíli, kdy se pokusíme tento vysoce delikátní mravní problém vyjednávání řešit legislativními nástroji, vidíme názorně, jak to nejde. Právo je totiž minimem etiky, ne naopak. Právo umí nařídit institut informovaného souhlasu. Co tam ale budou oba účastníci procesu dělat, zařídit neumí. Zda tam půjde o vyjednávání nebo o zápas kdo s koho, právo zajistit nedokáže. Legislativci skutečně dělali, co mohli. Pacient ze zákona nestvrzuje, že dostal informace, ale že jim porozuměl. Absurdity různých řešení, jak je známe z naší praxe, nezavinila potřeba vyjednávání, ale snaha vyřešit případnou neschopnost se domluvit (ta může být i na straně pacienta) právními nástroji.

Když jde žena k porodu, měl by s ní někdo pohovořit o všech vážných věcech. Kde mají a kde nemají pravdu ti, co říkají, že medikamentózně vedený porod není optimální. Že existují reálné obavy, ale i pověry kolem použití kleští. Že dnes při poloze plodu koncem pánevním je při spontánním porodu ohrožen plod, při císařském řezu matka (trochu, uděláme vše pro to, aby se to nestalo, třetí řešení, tedy bez jakéhokoliv rizika, jaksi není). Také by se mělo hovořit o tom, že se může stát, že v zájmu všech nebude prostor na vyjednávání. A dojednat pro ty případy mravní „bianko šek“ (pak si to všechno vysvětlíme). Ano, to zabere čas, a čas jsou peníze (zvláště v našem systému zdravotního pojištění). Ale když chceme ušetřit čas vymýšlením právních nástrojů, jako jsou vycizelované informace pro nemocné a informované souhlasy, když věříme, že jakýkoliv podpis (hlavně podpis!) pacienta nás ochrání, pak se dopouštíme absurdit. Své absurdity pak násobíme při urputné snaze vytvořit takovou situaci, aby si pacient nemohl stěžovat,

a kdyby náhodou byl tak neomalený a šel k soudu, aby musel prohrát. Ale medicína sama vytváří situace, na které právník nepomyslel, a rozhodnutí soudů jsou pořád ještě dobře nepředvídatelná. Absurdity vytváříme, protože se snažíme o nemožné.

Když se člověk snaží řešit věci nástroji, které je vyřešit nedokážou, dostává se do situace permanentního stresu. To je situace českých lékařů v oblasti vyjednávání s pacienty. Je to těžké, ale ne až tak neuchopitelné. Odpovědnost za správné rozhodnutí byla rozšířena o povinnost dojednat vše s nemocným. To někdy nejde, protože pacient nechce (možná ani nemůže) vyjednávat. Pak to špatně dopadne, podobně jako když pacient přijde s pokročilou rakovinou. Vyjednávání je možné dokumentovat ve zdravotnické dokumentaci. Zda s nemocnými vyjednáváme nebo ne, u případného soudu dosvědčí druzí pacienti. Život přináší rizika, různé profese mají svá specifická rizika, a mezi ta naše patří i pacientova stížnost (a žaloba). Rizika z profesionálního života nejde úplně odstranit. Proto lékař správně cítí, že cizelování textů informací a informovaného souhlasu, ani ostatní právní opatření jej stoprocentně neochrání. Pokud ale hledá cestu, jak právními nástroji rizika úplně eliminovat, pomoci mu není. Je v permanentním stresu a vyrábí absurdity.

Všichni lékaři to mají těžké, ale v celém tom našem systému nejvíce cítím s porodníky. Vyjednávat s rodičkou a s jejím manželem (eventuálně ještě s její „soukromou" porodní asistentkou) v situaci, kdy u nás nikdo vyjednávat neumí (od vysoké politiky až po každodenní manželské půtky), je skutečně na hranici lidských možností. Porodník cítí navíc odpovědnost za dosud nenarozené dítě, které samo ještě nestihlo nic špatného udělat, vyjednávat nemůže, a přitom je nejvíc ohroženo. Všichni ochotně argumentují „zájmy dítěte", ale porodník je často jediný, kdo bere situaci dítěte skutečně vážně. Kdyby v zájmu dítěte mohl bez dlouhého vysvětlování jednat, jak sám uzná za vhodné, jeho situace by byla podstatně jednodušší a dítě by bylo lépe ochráněno. Současná společnost mu ale toto právo nepřiznává, právo na sebeurčení rodičky je dnes nezpochybnitelné, i když tím sobecká, narcistická matka dostala možnost komplikovat dítěti život také při porodu. Porodníky budu usilovně hájit, budu tvrdit, že jejich vyjednávání je téměř „mission impossible", ale pomoci od vyjednávání jim neumím. V dnešním světě je tomu tak, že čím lépe se vyjednávat naučí, tím lépe pro ně i pro novorozence. Jako jedinou útěchu mohu přidat svou zkušenost: Zdařilé vyjednávání chrání lépe a účinněji než sebesofistikovanější právní nástroje.

Do redakce přišlo 21. listopadu 2009
Zařazeno k tisku 31. 1. 2010

RECENZE

HONZÁK R.: TĚSNOPIS EMOCÍ

Každá nemoc je hudební problém. Uzdravení je hudební řešení.
Novalis

Podivuhodná existence hudební skladby začíná v autorově hlavě, kde se rodí spontánně jako Afrodité z pěny nebo pracně jako socha z beztvarého kusu kamene, nicméně jakmile se jednou vyloupne na svět, začne nezadržitelně oslovovat další lidi, a to beze slov. Projde sice nejprve centry v mozkové kůře, ale skutečným cílem jejího zásahu je emoční mozek, a odtud celý organismus člověka a zřejmě také dalších našich příbuzných. Je uchovávána v paměti, zapisována na papír, zachycována zvukovými nosiči a žije dál svým životem, obdivována, zatracována, nepochopena i neslyšena. Prolíná se tak všemi třemi Popperovými světy, kam všude současně patří i nepatří. Je magická a skrývá mnoho zatím nepoznaných tajemství, stejně jako náš celý život. Euterpé má velmi blízko k Erató i Terpsichóře, ale nad nimi stojí zahalená Polyhymnia.

Působí na všechny, nedá se ošálit. Lidé nepřipravení a hudbou nedotčení reagují zcela jinak na tutéž klavírní sonátu, hraje-li ji pianista, nebo dokonalý elektronický přístroj; elektronická hudba je napůl němá. Jakými smysly to hudební laici odhalí? Hudba promlouvá přes hranice a zeměpásy, šestileté děti na celém světě jsou schopny poznat, zda je veselá nebo smutná, co více, zda je hrána ve správném tempu, a pokud ne, její tempo optimálně upravit. Uklidňující skladba objektivně přináší před operací pacientům více úlevy od úzkosti než midazolam. Vánoční koledy dovolí překlenout náboženské rozdíly mezi fundamentalisty a poskytují mystický povznášející prožitek „teď a tady" drtivé většině posluchačů.

I ten největší hudební analfabet má někde naprogramovanou „gramatiku hudby" a podvědomě očekává a předvídá, kudy se bude linout dál. Mazaný skladatel jeho prognózy naruší a vyvolá tak emoční bouři. Naopak předvídatelně plynoucí fráze uklidňují tep, snižují vysoký krevní tlak, a pokud jde o srdeční akci, zlepšují parametry tak minuciózní, jako je například variabilita srdeční frekvence. Společná účast na provozování hudby – zpěv, tanec nebo pochod – posiluje a upevňuje mezilidské vztahy. Mnozí vědci jsou přesvědčeni, že při (z našeho hlediska primitivní) vokální produkci, možná doprovázené i rytmickou skupinou, křepčili již naši pradávní předci, kteří si zdaleka nečinili nárok na přídomek sapiens sapiens, stejně jako naši neandertálští bratranci. Nález nejstarších hudebních nástrojů se datuje do stejné doby jako nálezy jeskynních kreseb.

„Hudba je nejpřímější a současně nejtajemnější způsob jak vyjádřit a vyvolat pocity. Je to cesta jak propojit jedno vědomí s druhým. Myslím, že společné provozování a sdílení hudby má nejblíže k telepatii." To prohlásil autor recenzované publikace a současně odvedl titánský kus práce, aby zjistil a vysvětlil, kudy a jak se tato vědomí propojují, co se děje v mysli a v mozku člověka, kterému při poslechu některé skladby naskakuje husí kůže, běhá mráz po zádech, buší srdce a svírá se žaludek, který prožívá radost, smutek či strach, nebo vzrušení, zatímco druhý má dojem, že padají hrnce a poklice. Hudba, ten neuchopitelný fenomén, se potkává s miliardami lidí, z nichž ani dvě identická dvojčata nejsou stejná.

Kniha obsahuje desítky jak běžných, tak především kuriózních příběhů o setkání člověka a hudby a za svou krátkou existenci se stala kánonem. Několik neurologických publikací již odkazuje na případ lékaře, který po zásahu bleskem a krátké klinické smrti byl doslova zasažen nutkavou potřebou hrát na piáno především Chopinovy skladby a začít komponovat. Ti čtenáři, kteří neumdlí před branami dalšího vzdělání, se po této první historce dopracují k mnoha dalším. Nemusí to být elektrošok o síle desítek megavoltů, který vede k bizarnímu chování v souvislosti s hudbou, mohou to být klinické či subklinické záchvatové projevy, kompulzivně se vynořující úryvky melodií a celé skladby, příjemné, zneklidňující i děsivé hudební halucinace a další neuropsychopatologie.

Otázky muzikálnosti, či naopak totální amúzie nejsou zatím uspokojivě vyřešeny, zdánlivě jednoduché vysvětlení hudebního nadání rodinnými dispozicemi může být kontaminováno skutečností, že se v takových rodinách také více muzicíruje. Ani autor si nedělá čáku na jejich definitivní objasnění, snáší však řadu příkladů v celém spektru od extrémů absolutního sluchu, který zdaleka není jednoznačně přínosem (navíc pětileté dítě, které by mi ohlásilo, že jejich hodiny bijí v h-moll, nebo že dědeček chrápe v G-dur, by ve mně vzbudilo větší děs, než Saturninův chlapeček s výrokem o žízni), až po amúzii francouzského neurologa, který přiznal, že jediné, co pozná, je, jestli hrají Marseillaisu,

nebo něco jiného. Neupřesnil již, podle čeho to pozná, takže není vyloučeno, že vodítkem mu je, jestli lidé okolo stojí v pozoru. Při čtení této části jsem si také s vděčností uvědomil, že můj senescencí horšící se sluch zatím nepoznamenává vnímání hudby, jak se přihodilo několika popsaným pacientům. Na kapitolce věnované synestézii jsem si pak profesně i čtenářsky doslova smlsnul.

O problematice hudební paměti jsem byl v hlubinách minulého století svérázně poučen Luriovou nadšenou žačkou. Vysvětlila mi to pregnantně: „Když ti ustřelej pravou hemisféru, budeš umět napsat noty, ale nikdy nedáš dohromady melodii. Když ti ustřelej levou hemisféru, je to přesně naopak: budeš vnímat melodii, ale notičky nezapíšeš, ani kdyby ses zbláznil.“ Ona je to v zásadě pravda, ale příběhy snesené autorem Musicophilie jsou pestřejší a krapítek komplikovanější: vyprávějí o „rozezpívaných“ afatických pacientech, o tom, co dělá hudba s parkinsoniky a jak působí na jejich motorický systém, také ale o totální amnézii, v níž klavírní skladby představovaly pro nemocného snad jediné pojítko s minulostí, kromě emočně vskutku třeskutě nabitých vzpomínek (rád bych autorovi sdělil, že to zdaleka nemusela být převzatá – kryptomnestická – vyprávění dospělých o bombardování Anglie; moje osobní i klinické zkušenosti dosvědčují hloubku a stálost takovýchto paměťových stop).

Závěrečná část knihy, věnovaná osobnostní identitě, emocím a hudbě, nejenže potěší všechny, kteří nerozpoznávají, jestli orchestr ještě ladí, nebo už hraje (Darwina s absolutním hudebním hluchem hudba hluboce dojímala, ani Freud se nevyhnul jejímu emočnímu zásahu, ač se tomu zuby nehty bránil), ale nastoluje i zásadní otázku, zda vědy o člověku a v posledním období zejména neurovědy postupují správně, když stále oddělují racionalitu od emocionality, kteroužto redukující dichotomii hudba (Polyhymnia) evidentně překlenuje. Rovněž zde najdeme mnoho lidských příběhů, které navzdory své bizarnosti přinášejí zprávy o zákoutích lidské duše, o nás všech, o našich slabostech i skrytých potencialitách.

Oliver Sacks je geniální neurolog, zasvěcený znalec hudby (mělo by nás potěšit, kolik českých skladatelů cituje) a famózní vypravěč. Navzdory prohlášení, že „lékař by neměl mít oblíbené pacienty, ani pacienty, kteří ho zarmoutí“, empatický přístup ke všem postiženým autora zrazuje a usvědčuje ho, že pro něj jsou takoví všichni, kteří se na něj obrátili. Publikace nepředstavuje lehké čtení, je namáhavé sledovat proplétající se klinické obrazy, neurologické jednotky a hudební příklady, nehledě k bohatému poznámkovému aparátu. Navíc když dnes internet umožňuje přehrát si na požádání většinu citovaných skladeb – varuji, strašný žrout času! Autor tak rozhodně nezklamal očekávání, které vzbudil svými předchozími úspěšnými publikacemi. České čtenáře potěší i kongeniální překlad Dany Balatkové.

Oliver Sacks: **Musicophilia**. Příběhy o vlivu hudby na lidský mozek. Praha, Dybbuk 2009, 376 s., ISBN978-80-86862-92-7, cena 443 Kč (v internetovém obchodě nakladatele 354 Kč)

Praha – 4. 2. 2010 radkinh@seznam.cz

KŘÍŽOVÁ E.: RECENZE PUBLIKACE S PŘÍLIŠ SKROMNÝM NÁZVEM A ÚZKOU VAZBOU NA PSYCHOSOMATIKU

Hana Janečková, Helena Hnilicová: Úvod do veřejného zdravotnictví. Portál, Praha, 2009, 259 s., brožovaná

V nakladatelství Portál vyšla na podzim r. 2009 publikace Hany Janečkové a Heleny Hnilicové s nenápadným titulem Úvod do veřejného zdravotnictví. Zkušené autorky, socioložka a psycholožka, které se v oblasti veřejného zdravotnictví a dříve sociálního lékařství profesně pohybují více než čtvrtstoletí, v ní shrnují své rozsáhlé poznatky a dlouhodobé zkušenosti. Vymezují předmět a výzkumnou metodologii oboru veřejné zdravotnictví, který po r. 1989 do jisté míry nahradil, ale rovněž značně rozšířil dřívější disciplínu s názvem sociální lékařství, a v dalších kapitolách zpracovávají všechna důležitá témata, jako jsou determinanty zdraví populace, zdravotní stav populace, zdravotnický systém, zdravotnická povolání, kvalita života, kvalita a bezpečnost zdravotní péče, role pacienta a pacientských organizací a další.

V obsáhlé kapitole, věnované zdravotnictví jako společenskému systému, popisují základní trendy vývoje zdravotnických reforem ve vyspělém průmyslovém světě a způsoby hodnocení zdravotnictví jako celku. Dále zmiňují tři výchozí modely (národní zdravotní pojištění, státní a liberální zdravotnictví) a ilustrují je podrobným rozborem německého, britského a amerického zdravotnictví. Na tuto kapitolu navazují důkladnou analýzou českého zdravotnictví. V ní vysvětlují základní pravidla fungování systému, právní garance dostupnosti léčby, financování zdravotnických zařízení, ale i udělování licencí a registraci zdravotnických zařízení. Vždy zmiňují důležité legislativní či jiné relevantní dokumenty. Krátce nastiňují akreditaci zdravotnických zařízení a instituce akreditačního systému v ČR a uvádějí je do souvislosti se sledováním kvality péče a spokojenosti pacientů. Pro lékaře i sestry může být velmi poučná i kapitola o výkonu zdravotnických povolání a profesních i pacientských organizacích. V závěru svého díla přecházejí k tématu podpory zdraví a prevence a věnují se i otázce sociálních nerovností ve zdraví. Poslední kapitola je věnována shrnutí současné neradostné situace veřejného zdravotnictví u nás. Ze suchého výčtu faktů mrazí:

"Během posledních dvaceti let byla výrazně zredukována jeho institucionální základna, zrušeny výzkumné ústavy, zrušeny nebo zredukovány instituce zaměřené na podporu zdraví či zredukovány a re-orientovány zdravotní ústavy v regionech. Vzhledem k tomu, že se nepodařilo prosadit veřejné zdravotnictví mezi základní ani nástavbové specializační obory, je nejasná budoucnost systematického postgraduálního vzdělávání ve veřejném zdravotnictví. Bez specializačního vzdělávání nebude mít obor šanci se rozvíjet a vychovávat kvalifikované odborníky. Je paradoxní, že právě specialisté ve veřejném zdravotnictví v jiných zemích poskytují vládě, státní správě a dalším aktérům zdravotní politiky validní a spolehlivé informace a analýzy jako podklady pro jejich rozhodování" (s. 257).

Pro tento povzdech však mají Janečková s Hnilicovou vysvětlení, když na s. 32 citují bývalého ministra zdravotnictví, který v r. 1992 zdůvodnil rozhodnutí o rozpuštění Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví slovy „informace nepotřebuji, vím sám nejlépe, co je potřeba udělat“. Současný trend postoje politiků k veřejnému zdravotnictví je u nás stále plně v intencích této rétoriky, což je v naprostém rozporu s tím, co pozorujeme v zemích Evropské unie, kde je veřejné zdravotnictví respektovaným a podporovaným oborem bez nádechu strachu ze státních zásahů do privátních sfér

zdraví. Je to ale také v rozporu s tím, co naše praxe potřebuje. Každý den přinášejí masové sdělovací prostředky informace o zbytečných úmrtích, jako jsou např. narůstající počty chodců smrtelně zraněných na silničních přechodech. Přibývá úrazů z důvodů zanedbaných povinností při stavbě či rekonstrukci budov nebo dopravních spojů. Více je i smrtelných úrazů při sportovních aktivitách ve školách.

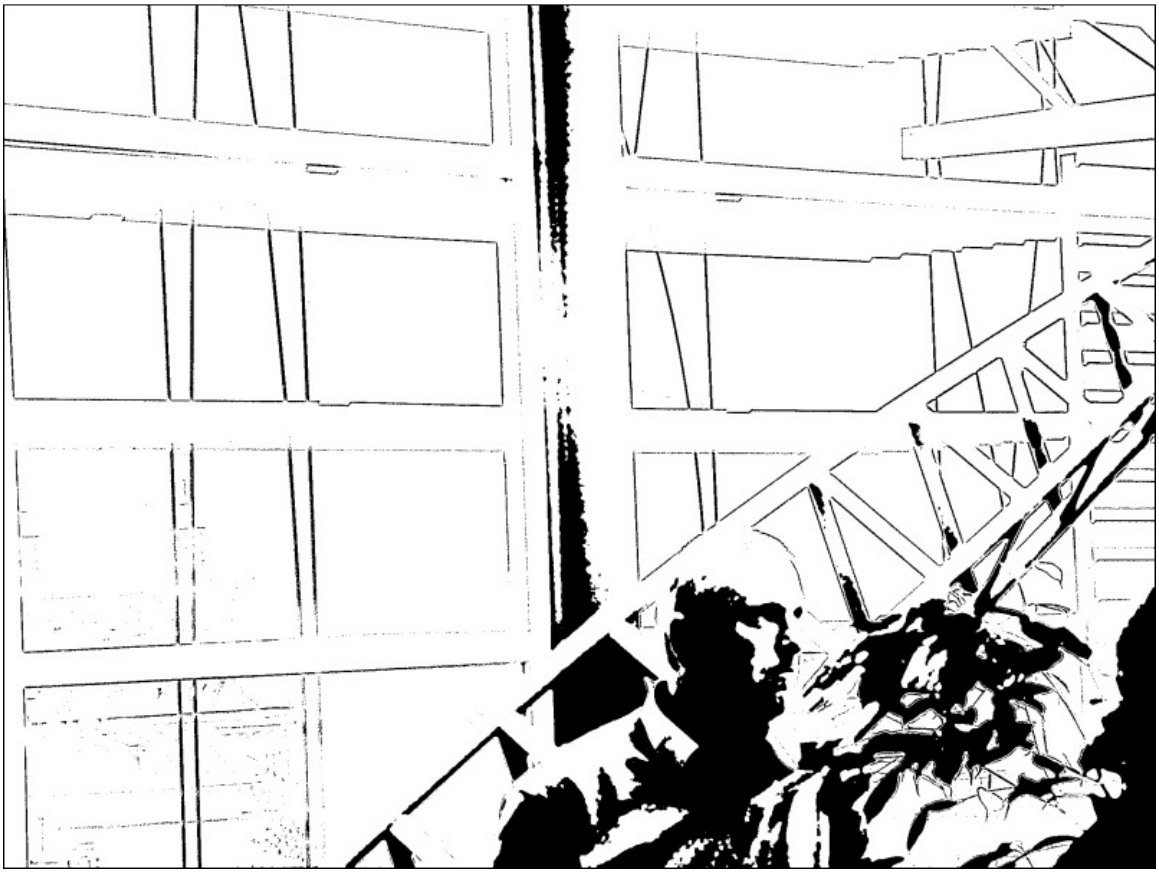
Zdraví je v české společnosti vysoce ceněno, ale je vnímáno jako individuální statek. Zcela ignorována je sociální dimenze zdraví, podle níž zdraví a nemoci jsou produkovány v sociálních skupinách a organizacích a v jejich úpravách a intervencích se skrývá účinné řešení. Musíme bohužel znovu konstatovat, že v demokratických podmínkách si nevíme rady, jak jinak naložit s veřejnou, kolektivní neboli nadindividuální dimenzí zdraví a nemoci, než že ji popřeme. Pod tzv. strachem ze zasahování státu do soukromí, na který jsou ještě mnozí stále citliví, se úspěšně skrývá přehození odpovědnosti za zdraví na jedince, a to i v těch oblastech, které nemá vůbec pod kontrolou, jinými slovy selhání veřejných autorit pečovat o zdraví populace jiným způsobem než jen prostřednictvím klinické medicíny a alibismus.

Publikace Hany Janečkové a Heleny Hnilicové je nejobsáhlejší, nejkomplexnější a bezesporu nejkvalitnější nabídkou literatury tohoto oboru nyní u nás. Je svou strukturou, rozsahem i kvalitou zpracování plně na úrovni zahraničních publikací veřejného zdravotnictví. Ze seznamu použitých zdrojů je vidět, jak dobře jsou autorky seznámeny nejen se zahraniční, ale i se současnou českou odbornou literaturou v dané oblasti. Nic podstatného ani méně podstatného v jejich knize nechybí. Autorky ve své knížce uplatnily nejen své hluboké znalosti a rozsáhlé zkušenosti, ale zaznamenaly i četné historické a lidské postřehy, které během své profesní dráhy nasbíraly. Velice cenné jsou všechny popisy historického vývoje oboru u nás před 2. světovou válkou a po ní a transformace zdravotnictví po r. 1989, které udržují v dané problematice kontinuitu a paměť. Snad jedinou výtku lze mít k příliš skromnému názvu, neboť kniha je daleko spíše kompendiem veřejného zdravotnictví než úvodem k němu.

Publikace je zajímavá pro každého, kdo zdraví a nemoc nevnímá jen jako činnost tělesných systémů a částic, ale který zdraví a nemoc vnímá v psychosomatické jednotě a člověka vnímá jako člena sociálních skupin, jež utvářejí jeho psychosomatické jednotě životní rámec. S psychosomatikou pojí veřejné zdravotnictví také stejný, zatím neradostný osud odstrčeného dítěte. U veřejného zdravotnictví je to o to smutnější, že došlo k rozbití infrastruktury, která vznikala již za první republiky a jež se bude velmi těžko stavět znovu na nohy. Na rozdíl od psychosomatiky existuje sice zázemí veřejného zdravotnictví jako oboru na univerzitách, jak tvrdí autorky, ale otázka je, jestli z tohoto zázemí nezbyl jen fíkový list, který zakrývá nahotu. Pak by na tom psychosomatika byla o hodně lépe.

Eva Křížová, 3. LF UK, Praha, 14. 12. 2009

Možný střet zájmů a etických principů: není
Došlo do redakce: 14. prosince 2010
Přijato jako recenze k tisku: 31. ledna 2010



POLITIKA, KONCEPCE

ZÁPIS ZE ČLENSKÉ SCHŮZE SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O. S., 22. 1. 2010
nemocniční kaple Kliniky dětí a dorostu FNKV, přítomno 12 členů

Odborná část:
Mgr. Julie Exnerová: propojení práce logopeda s ostatními odborníky. Přednáška + diskuse.
Přednášku v nejbližší době naleznete v sekci Články na stránkách www.sp-ps.eu.
Organizační část:
Schválena Výroční zpráva SPPS za rok 2009, jednomyslně 12 hlasy.
Schválena Účetní uzávěrka SPPS za rok 2009, jednomyslně 12 hlasy.
Schválena výše členského příspěvku 200 Kč, jednomyslně 12 hlasy.
Schválen rozpočet SPPS na rok 2010, jednomyslně 12 hlasy.
Logo bude vybírat a schvalovat výbor SPPS, přijato jednomyslně 12 hlasy.
Spolupráce s Psychosomatickou sekcí Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Členové jednohlasně odsouhlasili: „Vítáme nabídku uveřejňování informací o aktivitách SPPS v bulletinu Psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Psychoterapeutické společnosti, bulletinu praktických lékařů, event. v bulletinech dalších lékařských odborností. Nabídky rádi využijeme."

Sdružení bylo požádáno panem Grundem o stanovisko k léčbě ADHD Ritalinem. Vyřizuje MUDr. Rys. SPPS o. s. je sdružením odborníků, které spojuje zájem o psychosomatický přístup k člověku. Je diskusním forem. Během setkání sdružení dochází k mezioborové výměně zkušeností, při zachování názorové plurality. SPPS neposkytuje odborná stanoviska k doporučovaným léčebným postupům.

ZÁPIS Z VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O. S., 22. 1. 2010
přítomni: MUDr. Rys, Mgr. Kravarová, Mgr. Kačenová, MUDr. Masner, PhDr. Roubal, Mgr. Jandourková, PhDr. Vondřichová,

Mgr. Martina Nováková, MUDr. Gabriela Seidlová, Mgr. Zuzana Těšínská – přijaty za členky Sdružení.

Příští setkání Sdružení proběhne ve **středu 17. 2. v 18 hodin na Psychosomatické klinice / pozor změna termínu a místa konání! /** (PS kliniku domluví MUDr. Masner). Program: MUDr. Masner – příspěvek o Psychosomatické konferenci v Německu + diskuse. Schůze výboru bude předcházet setkání sdružení, začátek v 17 hod.

Pokračujeme v evidenci členů, evidenční formulář dosud zaslalo 34 členů. Žádáme členy sdružení, kteří formulář dosud nezaslali, aby tak neprodleně učinili / info@sp-ps.eu /. Evidence členů je zákonnou povinností sdružení.

Deadline pro uhrazení členských příspěvků za rok 2010 je 31. březen 2010. Příspěvek činí 200 Kč. Dopisy s výzvou k platbě a s osobním identifikačním číslem, které je variabilním číslem platby, zašle pokladnice Mgr. Kravarová.

Členské příspěvky za rok 2009 nezaplatili: doc. MUDr. Beran, MUDr. Brožková, MUDr. Jechová, PhDr. Jílková, Mgr. Paucová, MUDr. Průchová, PhDr. Strobachová. Pokud členové neuhradí poplatek do 28. 2. 2010, bude na příští členské schůzi podán návrh na jejich vyloučení ze sdružení.

S webmasterem Františkem Hánou domluveny změny webu – rozšíření o kolonky Akce, Archiv, Fotogalerii, domluveno uveřejnění způsobu přijímání nových členů na webu.

Výbor vybral předběžný návrh loga, který bude grafikem p. Kubínem dopracován. Konečná cena je 2000 Kč. Mgr. Kačenová zajistí právní záležitosti ohledně loga.

Emailovou komunikaci sdružení má nově na starosti PhDr. Roubal, přijímání nových členů PhDr. Vondřichová.

Zapsali PhDr. Roubal, MUDr. Rys

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O. S. DNE 27. 11. 2009
Nemocniční kaple kliniky dětí a dorostu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, počet účastníků 14

Program:

A. Organizační část:

Výzva k zaslání evidenčního formuláře, článků k uveřejnění na webu www.sp-ps.eu, k zaplacení členských příspěvků za rok 2009.

Diskutovány termíny na rok 2010: 22. 1. 2009 / pá v 16:00, FNKV, členská schůze /, 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 /, místo setkání bude upřesněno. Termíny vyhovují, nekolidují s jinými odbornými akcemi.

B. Odborná část:

Diskusní skupina na téma **„Spolupráce na poli psychosomatiky“** / PhDr. Zuzana Vondřichová a MUDr. Ivan Vondřich/. Článek na dané téma naleznete v nejbližší době v sekci Články na stránkách www.sp-ps.eu.

„15minutovka“ / cokoliv chcete sdělit, diskutovat, zeptat se /

Akce:

změna termínu !!! 13. celostátní konference psychosomatické medicíny 8.–10. 4. 2010 / čt – so /, Téma: Základní psychosomatická péče. Teorie a praxe

Kurz ZPP na IPVZ – následující termíny : 11.–12. 3. 2010, 20.–21. 5. 2010, viz www.ipvz.cz

3. setkání diabetologických, psychologických a psychiatrických týmů 19.–20. 3. 2010 hotel IRIS, Praha, téma: Hypoglykémie. V pátek odpoledne přednášky, v sobotu workshopy.

Psychosomatická konference v Bad Nauheimu / tzv. „Wartburger Gespraeche" / na téma „das Unausgesprochene fuehlbar machen" / ve volném překladu „ pokus o vnímání toho, co nebylo vysloveno" / 31. 1.–2. 2. 2010. Konference se zúčastní MUDr. Masner. Další zájemci z řad členů SPPS se mohou hlásit na adrese – info@sp-ps.eu. Výhodou je znalost německého jazyka. Konferenční poplatek činí 120 eur, sdružení přispěje svým členům na konferenční poplatek.

Ostatní:

Založení Psychologické sekce při Obezitologické společnosti ČLS JEP, www.obesitas.cz
Neformální setkání u občerstvení.
Následovalo setkání výboru sdružení.
Další setkání – členská schůze SPPS – proběhne v pátek 22. ledna 2010 od 16 hodin !!! opět v nemocniční kapli Kliniky dětí a dorostu Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady.
Více informací naleznete na www.sp-ps.eu
Zapsal: MUDr. Eduard Rys

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O. S., 27. 11. 2009

Setkání proběhlo 27. 11. 2009 v návaznosti na setkání sdružení.

Přítomni: Rys, Vondřichová, Kravarová, Roubal, Hánová j.h.

Nepřítomni a omluveni: Kačenová, Jandourková, Masner.

Evidence členů – informace o současném stavu / formulář vyplnilo 14 členů /, zajišťuje Vondřichová, včetně aktualizace Seznamu členů na www.sp-ps.eu.

Přijímání nových členů – artikulace podmínek + jejich prezentace na webu, zajistí Roubal.

Logo – budeme se snažit ukončit výběrové řízení, zapojit grafiky-studenty, návrhy loga musí mít požadovaný formát, zajišťuje Vondřichová

Pokladník – překvapivě snadno proběhla **změna podpisového práva** k účtu a kartě v bance, zajistila a dále vede Kravarová. Do poloviny prosince Kravarová připraví **Účetní uzávěrku pro rok 2009 a Návrh rozpočtu pro rok 2010.**

Příspěvky – navrhujeme ponechat výši členského příspěvku pro rok 2010 ve stejné výši, tj. 200 Kč. Deadline pro uhrazení příspěvku pro rok 2010 je konec března 2010. Domluveno, jak postupovat v případě neplacení příspěvků. Navrženo přispět členům SPPS na **konferenční poplatek na konferenci v Bad Nauheimu** částkou 2000 Kč / částka se rozdělí podle počtu účastníků /. Podmínkou příspěvku je vypracování článku a prezentace na setkání SPPS.

Výši **honoráře pro webmastera** Františka Hánu domluví Kravarová.

Konference psychosomatické medicíny v Liberci – Vondřichovi jsou připraveni vést diskusní skupinu na téma „Spolupráce na poli psychosomatiky".

Uveřejňování spřátelených – psychosomatických akcí na našem webu – nová kolonka „Akce“, domluveny podmínky.

Dohodnuty **pravidla pro uveřejňování článků a odkazů** na webu SPPS.

Navrženo vytvořit **Fotogalerii** na webu.

Presentace sdružení odborným pracovištím a společnostem – Vondřichová a Hánová přinesly zprávu o návštěvě v Poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Roubal a Kačenová hlásí slibný vývoj možnosti prezentace SPPS na katedře psychologie. Prezentace na PS klinice, v Psychoterapeutické společnosti nediskutována.

Program setkání v roce 2010: témata hemodialýza, bulimie, neurologie, kardiologie, Léčebné prostředky psychosomatika – diskusní i výtvarná koláž (Vondřichová, Hánová), „Pacient přicházející s žádostí – zbavte mě symptomu“ (Roubal)

Pro lednové setkání / 22. 1. 2010 od 16 !!! hodin / vybráno téma logopedie, zajistí Kravarová. Organizační část zajistí Rys.

Výroční zpráva za rok 2009 – diskutována první verze, připravuje Rys.

Diskutována klesající účast na setkáních SPPS – hypotézy: velká nabídka odborných akcí a jejich konkurence, pasivita kolegů, účastníky jsme možná odradili velkým prostorem, který byl na počátku věnován organizačním věcem / např. problematice loga /, odchod – nižší účast „starší generace psychosomatiků“. Účast je dostatečná, důležitější je aktivita a kreativita příchozích.

Zapsali: Hánová, Rys.

AKCE, AKTUALITY

ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE TEORIE A PRAXE

13. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ. 8.–10. DUBNA 2010

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

Program:

Čtvrtek 8. 4. 2010 od 9:00

PLENÁRNÍ 1 9:00-11:30
J.Šimek: Psychosomatika je integrující obor. Co všechno má ale integrovat?
V.Chvála: Neptejme se ZDA ale JAK
J.Šavlík: Postmoderní pohled na psychosomatiku

PLÉNÁRNÍ 2 12:00-13:30
R.Honzák: Historie hysterie
T.Horká: Rodinná terapie v kombinaci s TPO dle PhDr.Jiřiny Prekopové
K.Rusínová: Konec života na ARO- jak vznikl prostor a čas pro truchlení blízkých

PLENÁRNÍ 3 15:00-16:30
H. Papežová, kol.: Patří psychosomatika do psychiatrie?
L.Pelková: Zkušenosti z ambulance- první kontakt s odborníkem pro pacientky s PPP
D.Skorunka: Mnoho tváří psychosomatiky. Kritický příspěvek do diskuse

SUBPLENÁRNÍ A: 17:00-19:00 FILOSOFIE, ÚVAHY, POLITIKA
A.Hogenová: Člověk není předmět
I.Strobachová: Tělo a filosofie jako zaujetí
H.Klímová: Dítě, intimita, totalita

S.Komárek: Věda ve službách medicínsko-průmyslového komplexu, aneb proč je žádoucí, abychom nebyli dospělí

SUBPLENÁRNÍ B: 17:00-19:00 TĚLO, TĚLESNOST A SEBEZKUŠENOST
D.Stackeová: Využití fyzioterapie v léčbě úzkostných poruch
J.Růžička: Tělesnost a tělo jako základní psychosomatický problém
M.Bendová, kol.: Výuka komunikace a sebezkušenost na LF MU v Brně- jak ji vnímají studenti a jak učitelé

Pátek 9.4. 2010 od 9.00

PLENÁRNÍ 4: 9:00-12:30 NĚMECKÝ BLOK (s překladem)
H. M. Rothe: Zusammen fuer den Patienten- psychosomatische Grundversorgung und psychosomatische klinik
Ch. Niedzielski: Základní psychosomatická péče - jak se pracuje klinikům
W.Schüffel: Základní psychosomatická péče - další možný vývoj
Společný panel: Základní psychosomatická péče také v České republice?

PLENÁRNÍ 5: 14:00-16:00: PRACOVIŠTĚ, TÝMY, VÝUKA
Kabát, Dudová, Masner, Roubal.: Tým Psychosomatické kliniky v Praze
T.Tošnerová: Rizika vyhoření v základní psychosomatické péči
Trapková, Knop: Akreditovaný čtyřletý výcvik RT zaměřený na psychosomatiku
B.Baštecká: Tým, skupina, spolupráce

PRACOVNÍ SKUPINY: 16:00-17:30
A: Pracovní nástroje psychosomatika (Vondřich, Vondřichová)
B: Možnosti a rizika týmu (Baštecká)
C: Vzdělávání v psychosomatice

PLENÁRNÍ PANEL: 17:30-18:30
Společná diskuse nad výsledky pracovních skupin
KONCERT, POHOŠTĚNÍ, KULOÁRY 19:00- 20:30

Sobota 10. 4. 2010 od 9:00

PLENÁRNÍ 6: 9:00-10:30: ZKUŠENOSTI Z PRACOVIŠŤ
D.Jandourková: Centrum komplexní péče v Dobřichovicích- psychosomatické pracoviště?
M.Konečný: Lůžkové psychosomatické oddělení v nemocnici v Ostrově n.O.
I.Vindušová: Stacionář a psychiatrická péče zaměřená na psychosomatiku v České Lípě

PLENÁRNÍ 7: 11:00-12:30: ZÁVĚREČNÝ BLOK
J.Poněšický: Intersubjektivita a empatické procesy v psychoterapii psychosomatických chorob
R.Karpíšek: Odezva pacienta na léčbu v psychoterapii (obecně) pomocí dotazníku OQ-45
Chvála, Trapková: Předání ceny Jana Poněšického. Co zbývá vyslovit?

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

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

Kapacita konference 150 účastníků

Pozvánka na dvoudenní interaktivní odborný seminář

„PSYCHOLOGIE PORODU“

Akce se koná pod záštitou Českomoravské psychologické společnosti. Mediálním partnerem je časopis Psychologie dnes.

Pořadatel: APERIO – Společnost pro zdravé rodičovství, o. s. (www.aperio.cz)

Komu je určeno: Porodnickým týmům i jednotlivcům z řad porodníků, porodních asistentek, neonatologů, pediatrů, dětských sester, psychologů, dul a dalších spřízněných profesí.

Termín 15. – 16. dubna 2010 (čtvrtek – pátek)

Místo konání
Sociální firma - Jůnův statek, Sedlec č.p.9, Praha – východ
Doprava autobusem č. 373 ze stanice metra Kobylisy (linka C) do stanice Sedlec (trvá cca 12 min).

Maximální počet účastníků: 35
Seminář chce do jisté míry poskytnout prostředí tzv. funkční komunity a nabídnout osobnější rovinu diskusí.

Registrační poplatek: 2 500,- Kč
Suma zahrnuje účast na celém programu, informační materiály a drobné občerstvení (vodu, kávu, čaj) v průběhu semináře.

Celoživotní vzdělávání
Akce je akreditována Asociací klinických psychologů (2 kredity) a Unií porodních asistentek (6 kreditů) podle vyhlášky MZ č.423/2004 Sb.

Poděkování
Seminář finančně podpořili: *Weleda s.r.o., Maitrea a.s. a Silvia s.r.o.*

Program
čtvrtek 15.4.2010

9.00 – 9.30 Registrace účastníků, občerstvení

9.30 – 10.00 Úvodní slovo: Porod jako test ženského i společenského zdraví
PhDr. Eva Labusová, *spoluorganizátorka a moderátorka semináře*
Vztah žen k porodu souvisí se vztahem, jaký mají ke svému ženství. Jakou roli sehrávají tzv. společenské trendy? Co zahrnuje pojem „mainstream" v otázkách současné ženské identity? Proč je dnes přivádění dětí na svět pro mnoho žen zdrojem velké osobní nejistoty?

10.00 – 13.00 Význam těhotenství a porodu pro ranou interakci matka – dítě
Doc. PhDr. Lenka Šulová, CSc.*, psycholožka, vědkyně, univerzitní pedagožka*
Těhotenství a porod mají pro matku i dítě obrovský psychologický význam. Proč by nabídka služeb péče o matku a dítě měla vycházet vstříc psychologickým potřebám rodiček? Co znamená synchronie a asynchronie v interakci matka – dítě? Na čem záleží mateřská senzitivita a proto-sociální chování? Existují v perinatálním období senzitivní fáze, jejichž nerespektování může mít důsledky pro vztah mezi matkou a dítětem? Lze vystopovat souvislost mezi péčí při porodu a poporodní depresí u matek, resp. ranými vývojovými poruchami u dětí? *(Součástí bloku bude krátká přestávka na kávu/čaj a také možnost diskuse)*

14.00 – 15.30 Psychogynekologie – obor budoucnosti
MUDr. Helena Máslová, *internistka se zaměřením na psychosomatiku a psychogynekologii*
V oboru gynekologie a porodnictví existuje obrovská propojenost tělesné a duševní reakce. Které jsou nejčastější psychické bloky pro spontánní porod? Proč existují spolupracující a nespolupracující rodičky a jak s nimi jednat? Jaké existují porodní alternativy a proč si je ženy volí? Jak se různě vedené porody odrážejí na psychickém rozpoložení matky a jak na zdravotním stavu novorozence? Co je psychogynekologie a proč by mělo dojít k masovějšímu rozšíření tohoto oboru?

16.00 - 17.30 Význam „zlaté hodiny" a šestinedělí
Mgr. Michaela Mrowetz*, klinická psycholožka, psychoterapeutka, soudní znalkyně, spoluorganizátorka semináře*
Matka a dítě po porodu tvoří vzájemně spjatou jednotku. Čím je významná první hodina po porodu? Co je bonding? Proč by matka a novorozenec pokud možno neměli být oddělováni ani rušeni? Kde je v tomto čase místo pro otce? Kde pro zdravotníky? A jakou péči matka a dítě potřebují v raném a pozdním šestinedělí?

17.30 - 18.30 Výzkum založený na poznatcích z praxe
Informace za ČR: Mgr. Michaela Mrowetz (viz. výše)
Informace z EU a zámoří: Mgr. Eliška Kodyšová, psycholožka, psychoterapeutka, doktorandka sociální psychologie FF UK, působí v o.s. Aperio

Jaká jsou hlavní témata výzkumu v oblasti psychologie porodu? Jak mohou k psychologickému

bezpečí přispět zdravotníci? Jaké faktory hrají roli při utváření porodního prožitku a jaké dopady na další život ženy porodní prožitek má?

pátek 16. 4. 2010:

9.30 – 11.00 Porodnictví jako týmová práce
***PhDr. Helena Mačasová**, psycholožka, psychoterapeutka a certifikovaná supervizorka Evropské asociace pro supervizi*
Skutečná spolupráce mezi rodícími ženami a poskytovateli porodnických služeb může nastat jen při dobré vzájemné komunikaci. Jejími nezbytnými předpoklady jsou otevřenost, důvěra, jasné rozdělení kompetencí, respektování pravidel a konstruktivní zvládání konfliktů. Jaké má taková komunikace zásady a jaké skrývá pasti? Jaká komunikační specifika skrývá porodnické pracoviště? Na co je třeba dát pozor v komunikaci mezi zastánci různých pohledů na porod?

11.15 - 12.15 Potřeba psychologické supervize pro pracovníky v porodnictví
***PhDr. Helena Mačasová** (viz. výše)*
Supervize je zprostředkování nezatíženého náhledu na činnost, kterou člověk vykonává, s cílem napomoci odhalit možná pochybení nebo naopak kvalitu. Práce porodnických profesionálů patří k nejnáročnějším možným, supervize přesto nejsou součástí běžné podpory profesního růstu. Proč pracovníci v porodnictví potřebují efektivní sebepéči? Jak se bránit stereotypu a vyhoření? Čím by supervize byly přínosné?

13.30 – 14.15 Porodnická péče přátelská matce a dítěti
***Mgr. Lucie Ryntová**, regionální koordinátorka IMBCO pro Evropu*
Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě, celosvětově známá pod zkratkou anglického názvu IMBCI (The International MotherBaby Childbirth Initiative) je inspirací i pro české porodnictví. Jak propojit dva základní modely porodnické péče – lékařsky vedené porody a porody vedené porodními asistentkami, aby konečná nabídka porodnických služeb odpovídala také psychologickým potřebám porodu? Kterých konkrétních deset kroků vede k všestranně optimální porodní péči?

14.15 – 15.00 Význam práce dul
***Mgr. Vlasta Jirásková**, lektorka přípravy na narození dítěte a rodičovství, certifikovaná dula ČAD, laktační poradkyně*
Duly poskytuji služby zaměřené na psychickou pomoc ženám během porodu a v období po něm. Jejich činnost významně doplňuje péči lékařů a porodních asistentek. Jak působí duly v ČR? Čím přesně je jejich práce přínosná? Nakolik s jejich pomocí počítá současný systém porodnických služeb?

15.15 – 17.00 Promítání filmu „Orgasmický porod“

17.00 – 18.00 Závěrečná diskuse, vyplnění hodnotících formulářů, udělení certifikátů, rozloučení
Pokyny k stravování a ubytování:

Obědy a večeře mohou být objednány přímo v Junově statku těsně před zahájením semináře. Účastníci si je hradí sami. V nabídce je i vegetariánská strava.

POZOR! Nocleh a snídani je nutno si samostatně zarezervovat přímo na Junově statku: tel.: 284 890 582

Přihlášky a další informace u Evy Labusové:
eva.labusova@seznam.cz, tel. 777 344 774, www.evalabusova.cz

Autor	Název	složka	strana	číslo
Balcar Karel	Vize, iluze, noční můry	Editorial	7	I/2009
Břicháček Václav	Psychosomatika a vývojová věda	Výzkum	168	III/2009
Bušková Kristýna	Klinická psychologie a výzkum psychosomatiky ve Velké Británii	Výzkum	246	IV/2009
Creed, M. a spol.	Efektivnost nákladů psychoterapie a paroxetinu u syndromu dráždivého tračníku	Glosy	75	II/2009
Čepický Pavel	Komentář k textu P. Frankeho: Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemocí a symptomy. Psychosom 7, 2009, s. 10-19. (a diskuse nad vědou jako takovou)	Diskuse	191	III/2009
Čepický Pavel	Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví	Úvahy	270	IV/2009
Čepický, Chvála, Honzák	Když se dva gynekologové přou o psychosomatice Diskuse Čepický-Chvála-Honzák	Diskuse	196	III/2009
Franke Paul	Gynekologické a porodnické klinické obrazy nemocí a symptomy	Postgrad. vzdělávání	10	I/2009
Gabbard, G.a spol	Osud integrované péče: Co se stalo s bio- psycho- sociálním psychiatrem?	Glosy	74	II/2009
Honzák Radkin	Serendipity	Glosy	19	I/2009
Honzák Radkin	Proč lze milovat farmaceutické firmy skoro jako KSČ	Glosy	73	II/2009
Honzák Radkin	Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice	Původní práce	76	II/2009
Honzák Radkin	M. KALA, J. M. VESELÝ: Třináctě komnaty aneb zázraky a náhody ve zdraví a nemoci.	Recenze	209	III/2009
Honzák Radkin	Slavoj Hontela: Rehek domácí; úvaha o stavu vědomí a nevědomí	Recenze	211	III/2009
Honzák Radkin	T4: Moje malá připomínka zastáncům eutanazie	Glosy	229	IV/2009
Honzák Radkin	Gelotofobie – nová choroba?	Glosy	233	IV/2009
Honzák Radkin	Dissociativní obrna pravé horní končetiny	Kazuistika	237	IV/2009
Honzák Radkin	Kritická analýza nebo vědecký hoax?	Glosy	20	I/2009
Honzák Radkin	Oxytocin- některé novější poznatky	Teorie, přehledy	44	I/2009
Hůlková Michaela	Kvalitativní výzkum – vhodný nástroj pro výzkum v psychosomatice – zpráva o semináři	Výzkum	173	III/2009
Hůlková Michaela	Otevřenost jako rys osobnosti je spojena s vyšší aktivitou serotoninergního systému	Glosy	181	III/2009
Chvála Vladislav	Co dál s Psychosomem?	Redakční poznámka	8	I/2009
Chvála Vladislav	Zvítězila teorie degenerace?	Editorial	71	II/2009
Chvála Vladislav	Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve Středisku komplexní terapie v Liberci	Praxe	93	II/2009
Chvála Vladislav	Pomáhají peníze léčit?	Editorial	145	III/2009
Chvála Vladislav	Do roka a do dne. Případ léčby pacientky s pelvialgií a endometriózou	Kazuistika	147	III/2009
Chvála Vladislav	Dvacet let poté – psychosomatika v Čechách	Editorial	226	IV/2009
Irmiš Felix	Odpověď na recenzi knihy Felix Irmiš: Temperament a autonomní nervový systém. Diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziolgie. Galén 2007	Recenze	213	III/2009
Kalábová Helena	Ruka má tělo a řeč má celého člověka	Filosofie	183	III/2009
Konečný Martin	Diskuse ke kazuistice Do roka a do dne (Psychosom 3/2009)	Diskuse	284	IV/2009
Křivohlavý Jaro	Recenze knihy o moderní psychosomatice	Recenze	293	IV/2009
Křížová Eva	Jak překládat termín „medicalization“ do češtiny?	Glosy	180	III/2009
Kuběnová Vanda	Ošetřovatelství jako povolání	Etika	252	IV/2009
Masner Ondřej	Souhrn informací o současném stavu základní	Politika,	188	III/2009

	psychosomatické péče v Německu	Koncepce		
Masner Ondřej	Ad diskuse II: Čepický – Chvála – Honzák o psychosomatice	Diskuse	285	IV/2009
Reiniš Stanislav	Objective and subjective signs of human consciousness	Teorie	264	IV/2009
Rys, Beran, Honzák etc.	Seberlexe psychosomatiky?	Diskuse	280	IV/2009
Skorunka David	Životní příběhy jako základ psychosomatické medicíny	Původní práce	24	I/2009
Stackeová Daniela	Alexandrova technika- možnosti jejího využití v terapii psychosomatických pacientů	Postgrad. vzdělávání	111	II/2009
Šimek Jiří	RE: T4. Moje malá připomínka zastáncům eutanázie. (Radkin Honzák)	Glosy	231	IV/2009
Vácha Marek	Geny, prostředí… a svoboda?	Etika	104	II/2009

POKYNY PRO AUTORY ČASOPISU

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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.
Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.
Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
Literatura
Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě nejlépe ve formátu WORD, případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť –

neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

Citace práce jediného autora: … Lieb (1992) soudí, že… *nebo*: Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov. Lieb, 1992 *nebo* viz: Lieb, 1992)
Citace práce více autorů: Uexküll a kol. (2003) uvádějí… *nebo* Trapková a Chvála (2004) se domnívají…
Odkazy na více zdrojů: V literatuře se tento názor běžně vyskytuje (Glaeson, 1985; Šulová 2004)
Přímá citace autora (v přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): …Je třeba zdůraznit, že „tento názor je nový, právě tak jako starý.“ (Lieb, 1992, s. 12)
Zvolte si jednu z více možností a tu pak držte v celém textu stejnou. Všechny citované práce uveďte na konci článku v oddílu LITERATURA abecedně seřazené. Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.

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

TOTO MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ
NA FARMACEUTICKÝCH
FIRMÁCH