

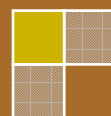
2010

VIII/3

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou
a psychoterapeutickou medicínu

EDITORIAL: Chvála: Je medicína schopná bránit se blamáži?
KAZUISTIKA: Rusinová: Svědectví o doprovázení rodiny umírajícího
pacienta v resuscitační péči; TEORIE: Růžička J.: Šamanství, léčitelství,
moderní medicína a psychoterapie. Psychosomatické hledisko;
PRAXE: Stackeová, Eide: Využití fyzioterapie v terapii úzkostných
poruch; ETIKA: Lundell: Cholesterolová lež; GLOSA: Honzák: Konec
dalšího mýtu farmaceutických firem; DISKUSE, POLITIKA, KONCEPCE:
Bauer, Kächele: Obor „Psychosomatická medicína“: jeho vztah
k neurobiologii a k psychiatrii; Dotazník rakouské lékařské komory;
RECENZE: Erlend Loe: Fakta o Finsku; Nigel C. Benson & Piero:
Psychiatrie; AKCE, AKTUALITY



PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Fůrst: 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 3/2010 dne 31. 7. 2010, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 7. 2010.
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. (Ilustrace v tomto čísle převzaty z knihy Miguel de Cervantes Saavedra: El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de La Mancha, ilustrace Gustav Dore, 1605) The articles are peer-reviewed.
ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84
© LIRTAPS, o. p. s.
PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:
<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

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. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření se podílí řada vysokoškolských pracovišť. Je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praktiky a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

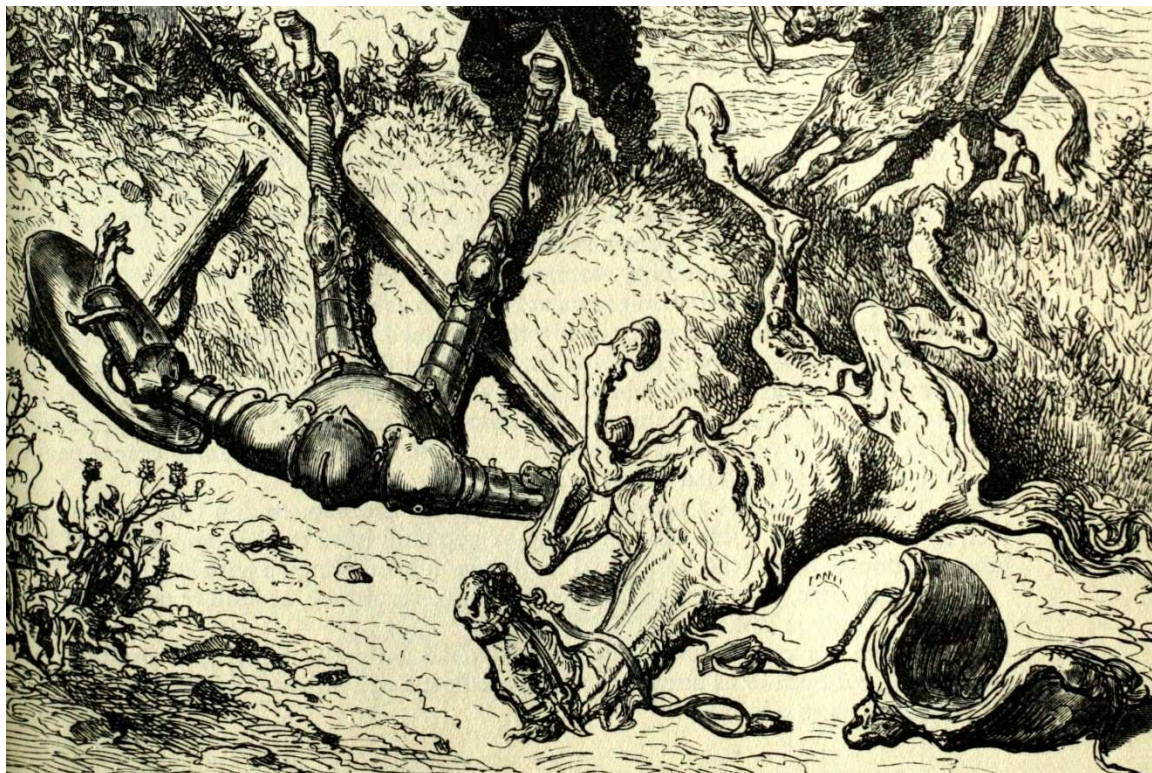
Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., 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, Ph.D., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Ústav ošetřovatelství 3. LF UK, Praha
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., 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, Ph.D., 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, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, Ph.D., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah 3/2010

EDITORIAL	162
<i>Chvála V.: Je medicína schopná bránit se blamáži?</i>	162
KAZUISTIKA	165
<i>Rusinová K.: Svědectví o doprovázení rodiny umírajícího pacienta v resuscitační péči</i>	165
TEORIE	176
<i>Růžička J.: Šamanství, léčitelství, moderní medicína a psychoterapie. Psychosomatické hledisko</i>	176
PRAXE	199
<i>Stackeová D., Eide P.: Využití fyzioterapie v terapii úzkostných poruch</i>	199
ETIKA	206
<i>Lundell D.: Cholesterolová lež</i>	206
GLOSA	210
<i>Honzák R.: Konec dalšího mýtu farmaceutických firem</i>	210
DISKUSE, POLITIKA, KONCEPCE	211
<i>Bauer J., Kächele H.: Obor „Psychosomatická medicína“: jeho vztah k neurobiologii a k psychiatrii</i>	212
Dotazník pro potřeby stanovení požadavků na kvalitu, spolehlivost a strukturu potřebné péče na poli psychosomatiky v lůžkovém a ambulantním sektoru v evropských zemích	223
RECENZE	228
<i>Erlend Loe: Fakta o Finsku</i>	228
<i>Nigel C. Benson & Piero: PSYCHIATRIE</i>	229
AKCE, AKTUALITY	231
<i>Informace o Psychosomatické sekci Psychiatrické společnosti ČLS J-E.P.</i>	231
<i>Zápis ze setkání výboru SPPS (Sdružení pro psychosomatiku, o.s.) 10.6. 2010</i>	232
<i>Medicína jakožto mathesis singularis a mathesis univerzalis: konference 5. 11. 2010 v Jinonicích</i>	234
<i>POZVÁNKA na psychiatrické sympozium HLAVOLAM II</i>	235
Pokyny pro autory časopisu	238

EDITORIAL



CHVÁLA V.: JE MEDICÍNA SCHOPNÁ BRÁNIT SE BLAMÁŽI?

Třetí číslo Psychosomu roku 2010, které se vám dostává do ruky, obsahuje několik podstatných statí. Pozoruhodná kazuistika se zabývá tématem, které zatím stydlivě stojí stranou zájmu široké odborné veřejnosti – totiž smrti na oddělení intenzivní péče. Dr. Rusinová předkládá přepis rozhovorů s rodinou umírajícího a uvažuje nad ním. Po třaskavém tématu situace v porodnictví by mohlo toto téma být další zanedbávanou, ale pro pacienty důležitou oblastí.

Pro milovníky dlouhých textů uvádíme úvahu Jiřího Růžičky o vztahu medicíny, šamanství, léčitelství a psychoterapie, ke kterému ho inspirovala diskuse o vztahu

psychosomatiky a evidence based medicíny na stránkách Psychosomu. To by měla být hlavní funkce tohoto časopisu – inspirovat k úvahám, a těmi pak obohatit společný diskurs. Často bédujeme nad nedostatečným sebevědomím psychosomatiky u nás, naposledy to bylo vidět kolem filmu pana Nováka o psychosomatice, který Brněnské tak zneklidnil. Jenže sebevědomí lze brát jen z uvědomění si vlastního místa ve světě, v případě psychosomatiky v celém zdravotnickém systému. A to nelze jinak než hledáním a vyjasňováním. Růžičkův text mezi takové práce patří.

Co hodně chybí naší psychosomatice, je spojení psychotherapeutických znalostí se znalostmi o fungování těla. I na našem pracovišti se stále znovu dostávají fyzioterapeuti do role jakýchsi „masérů“, a psychotherapeuti nevědí, co by od nich mohli očekávat. Pacienty jim předávají s nejasným pokynem, aby s nimi trochu něco udělali „přes tělo“. Přitom od samých počátků se právě o takové pochopení psychosomatici, jako byl Pierre M. F. Janet, první předseda francouzské Psychofyzické společnosti, snažili. U nás se nejen ztratilo psychofyzické uvažování z interních oborů, ale dokonce i z hlavního proudu rehabilitace. Tuto mezeru se snaží napravit, také díky dřívějšímu působení PhDr. Vyhnálka, na katedře fyzioterapie na FTVS UK v Praze. Dr. Stackedová s kolegyní z Norska Bc. P. Eide předkládají souhrn znalostí o terapeutických možnostech fyzioterapie u úzkostných poruch. Psychotherapeuti, nepřeskočte tento důležitý text!

Závažná témata se objevují v rubrice o etice, snad úměrně tomu, jak je tato oblast u nás dlouhodobě zanedbávána. Tentokrát jsme vybrali překlad veřejného přiznání o vlastním omylu lékaře kardiochirurga, významného propagátora boje proti cholesterolu Dwighta Lundella, které se po internetu šíří ze serveru Total Health Breakthroughs. Tento statečný muž na konci své odborné kariéry přiznává, že se mýlil a že nevědomky napomáhal masivně ovlivnit mínění společnosti o významu cholesterolu. Možná se stal sám obětí rafinovaného podvodu na veřejnosti, na kterém ovšem vydělaly nejvíce farmaceutické firmy. Podobně si u nás kdysi sypal popel na hlavu ke konci svého života profesor Švejcár, propagátor umělé výživy, když nahlédl, že to byla chyba. Lundell začíná svůj článek větou: „*My lékaři se vším naším*

vzděláním, znalostmi a autoritou si často rozvineme dosti velké ego, které nám ztěžuje přiznat, že jsme se mýlili.“ To by mohl být klíč k pochopení toho, proč jsme tak snadno zneužitelní. Těch omylů nebylo totiž málo. Medicína se mýlí každou chvíli, jenže je tady něco, co takové omyly umožňuje vydávat dlouho za jedinou pravdu. A ta má v medicíně velkou moc. Když se jeden lékař splete a dá, řekněme, pacientovi na kašel projímadlo, má to své neblahé důsledky, ale lékař i pacient se poučí a příště si oba dají pozor. Ale když se takový omyl stane na delší dobu základním kánonem oboru, řekněme, že by ten lékař byl profesorem plicního lékařství, který zdůvodní, jak změny iontů v plazmě díky projímadlu vedou ke změně sekrece v bronších (a proč ne?) a že nejlepší je brát lék preventivně, mohlo by se takové doporučení stát součástí postupu, který by byl závazný... a kdo by nedával projímadlo, byl by ostatními lékaři považován za nevzdělaného tupce. No řekněte, že by se to nemohlo stát? Zvláště kdyby se téhle chyby chytla farmaceutická firma, vyráběla by projímadlo za pětník a prodávala pojišťovněm (určitě by dokázali dosáhnout toho, aby to byl plně hrazený lék, třeba Diarhbronchin) za patnáct set? Copak, tohle by asi neprošlo pro fyziologické důsledky projímadla, ale co v případech, kdy se zjistí jen laboratorní odchylka jako ten cholesterol, nebo dokonce ještě méně – jen potenciál nemoci, jakou představuje genetická odchylka zjištěná v laboratoři. Není tady šance na obrovský zisk, pokud někdo přesvědčí lékaře, že je nezbytné preventivně podávat po celý život ten a další a ještě jiný lék? Určitě je, ale já si kladu otázku, zda existuje nějaká pojistka proti zneužití medicíny k takovému byznysu. (Naposledy jsme byli podezíráni z něčeho tak obudného v případě mexické-prasečí chřipky.) Je

jasné, že celý medicínský systém funguje, podobně jako armáda, především na principu direktivní subordince. Pravdu má ten, kdo stojí výš, podřízený musí plnit příkazy, předpisy atd. Známe to. Tzv. spása, tedy jistota, že dělám dobro a ne zlo, je vlastně odpovědnost. V direktivních systémech deleguji odpovědnost výš. Plním rozkazy, protože jsou správné, nadřízení vědí, co je dobro, a já nemám ani právo, ani možnost to ze své pozice posuzovat. Stejně se hájili všichni vykonavatelé zla. Jenže dvacáté století se svými pokusy páchat dobro ve velkém, ovládat společnost rozumem, přineslo jednu významnou odpověď: není to možné, žádná delegace odpovědnosti není možná (viz Paul Johnson: Dějiny dvacátého století, Praha Rozmluvy, 2001). Každý jsme odpovědný sám za své činy. Významný francouzský sociolog polského původu Gilles Lipovetsky to popsal jako změnu etiky povinnosti v etiku odpovědnosti (G. Lipovetsky, Soumrak povinnosti, Prostor, 1992). Podle něho se evropská společnost po druhé světové válce proměnila. Na nikom už nelze vyžadovat plnění povinností, protože to není zárukou spásy. Každý se musí rozhodovat sám a tak vzniká etika odpovědnosti. U nás se celý tento proces nepochybně zpozdil o 40 let, prodloužen pokračováním bolševické totality, která nahradila totalitu fašistickou. Ale nezůstala v některých systémech totalita ještě i po devadesátých letech? Na železnici, v armádě, ve zdravotnictví? Na železnici a v armádě ať si klidně zůstane, aby nepřevládá chaos, ale nemůže být každý totalitně fungující systém snadno zneužit ke komerčním cílům mocných skupin? Obávám se, že může. Pak bychom si ale

my lékaři měli hodně dávat pozor na to, abychom se nestali obětmi takového zneužití. Jediné, co proti tomu pomáhá, je udržet si vlastní úsudek a organizační nezávislost. Není pochyb, že současné medicínské vzdělávání a organizační systém pracuje proti takové nezávislosti a posiluje možnost zneužití nás lékařů podnikateli ve zdravotnictví. Na takové riziko upozorňují i autoři dalšího článku.

Organizace zdravotnictví se týká i další stať, kterou jsme přeložili z němčiny. Vztah psychosomatiky a psychiatrie je téma, které hýbe nejen scénou v Německé spolkové republice, ale začíná se projevovat i u nás. Na rozdíl od německých poměrů u nás neudrží psychosomatické myšlení internisté, ale je zde stále více lékařů různých klinických oborů, tedy nepsychoiatriů, kteří jsou vzděláni v psychoterapii a jsou připraveni respektovat bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci. Ale jejich pozice v systému je velmi nejistá, protože na rozdíl od Německa nemáme konsenzus v tom, že by měl existovat také zde obor psychoterapeutická medicína. Uvidíme, jak takové jednání podpoří psychiatrii, v terénu se zatím projevují stejně jako psychiatrii němečtí. A aby bylo téma úplné, ozvali se kolegové z Rakouské lékařské komory (ÖÄK) s dotazníkem, který má zmapovat stav psychosomatické medicíny v okolních státech EU. Jak jsme odpověděli za Českou republiku, dozví se čtenář také v tomto čísle.

Přejeme dobré počtení a inspiraci k psaní. Napište!

V. Chvála 15. 8. 2010 Liberec;
chvala@sktlib.cz

KAZUISTIKA



RUSINOVÁ K.: SVĚDECTVÍ O DOPROVÁZENÍ RODINY UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA V RESUSCITAČNÍ PÉČI

MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Ústav pro humanitní studia v lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

RUSINOVÁ K.: SVĚDECTVÍ O DOPROVÁZENÍ RODINY UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA V RESUSCITAČNÍ PÉČI, PSYCHOSOM, 2010;8(3), s.165-175

Souhrn:

Kazuistika přináší první v České republice publikovaný publikované poznámky z rozhovoru s příbuznými pacienta, který umírá na resuscitačním oddělení v paliativním způsobu péče. Sdělení se zaměřuje na tři časté aspekty komunikace: 1. přijetí nepříznivé zprávy blízkými pacienta; 2. jazykové obraty, používané v intenzivní péči v souvislosti s umíráním a smrtí; 3. prvky rozhovoru, které mohou usnadnit přijetí umírání blízkého v

resuscitační péči (být v komunikaci aktivní, zaměřit se na prospěch pacienta; dát příbuzným prostor opakovaně se ptát a klást dotazy)

Klíčová slova: komunikace s umírajícím, spolupráce s rodinou, prospěch pacienta

RUSINOVA, K: WITNESS OF A FAMILY FOLLOWING A DYING PATIENT IN A RESUSCITATION CARE; PSYCHOSOM, 2010;8(3), pp. 165-175

Summary:

We report the first reconstruction of an end-of life family conference in the Czech Republic. The aim of the commented report is to outline three frequent aspects of staff-family communication: 1. management of the communication with family members facing delivery of bad news; 2. analysis of the vocabulary frequently used in the end-of-life context in an intensive care unit; 3. features facilitating the acceptance of imminent death by family members (pro-active communication, focus on the patient's benefit, listen and respond to family members' questions).

Key words: communication in the end-of life, staff-family communication, the patient's benefit

ÚVOD:

Kazuistika přináší komentované poznámky z rozhovoru s rodinou kriticky nemocného pacienta umírajícího na resuscitačním oddělení.

Resuscitační oddělení je vysoce specializované pracoviště, poskytující léčebnou péči pacientům, kteří jsou ohroženi selháním, nebo jim již selhávají některé z životně důležitých funkcí. Oddělení disponuje přístroji, jež jsou schopny funkci jednotlivých selhávajících orgánů podpořit nebo nahradit do doby, než se pacientův stavlepší. Asi 80 % pacientů díky této komplexní péči přežije a je přeloženo na standardní oddělení nemocnice, mortalita se na resuscitačních odděleních pohybuje kolem 20 %, u některých skupin, např. u hemato-onkologických pacientů, dosahuje 30–40 % (1).

Problematicke konce života a umírání v intenzivní péči se věnuje ve světě pozornost zhruba od osmdesátých let minulého století (2,3), po roce 2000 pak vznikají doporučení odborných lékařských společností na toto téma (4,5). V České republice bylo v březnu 2010 vydáno doporučení České lékařské komory k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli (6). Kurativním modelem léčby se zde rozumí takové léčebné postupy, které mají za cíl vyléčení pacienta, paliativní model léčby je určen pacientům, jejichž onemocnění je v závěrečné/terminální fázi a vede nevratně k úmrtí (např. pacientům s nevratným selháním více orgánů, nebo pacientům v hlubokém bezvědomí s nevratným těžkým poškozením centrálního nervového systému). Cílem paliativní péče je komfort pacienta, léčba

bolesti a další symptomatické postupy. Cílem je rovněž omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kdy

nelze příznivě ovlivnit pacientův zdravotní stav.

POPIS PŘÍPADU:

Dvaasedmdesátiletý pacient se léčil asi 4 měsíce s maligním hematologickým onemocněním. Onemocnění bylo na 1. linii léčby rezistentní, proto byla zahájena 2. linie léčby. Od stanovení diagnózy se stav pacienta postupně zhoršoval. Do léčby nastupoval jako muž v plné síle, ale postupně se zvyšovala jeho únavnost a sklon k infekcím, zhoršovala se funkce ledvin. Později nastoupila i dušnost, která pacienta přivedla do nemocnice a byla i příčinou jeho přijetí na resuscitační oddělení, kde byl hospitalizován necelý měsíc.

Bezprostředně po přijetí na resuscitační oddělení byla zahájena podpůrná neinvazivní ventilace a byl u něj diagnostikován zápal plic. Bohužel ani časně nasazená širokospektrá antibiotická léčba nedokázala zabránit selhání plicních funkcí. Pacient byl připojen k dýchacímu přístroji a uveden do „umělého spánku“ (analgosedace). Během pobytu na resuscitačním oddělení jsme ve spolupráci s hematologem pokračovali v podávání chemoterapie. První septickou ataku (zápal plic) střídaly další, přes veškerou péči se nepodařilo léčbou kontrolovat maligní onemocnění a s ním související vysoké riziko infekčních komplikací, vedoucích postupně k selhávání dalších orgánů – ledvin, srdce, jater atd. Pacienta se po čtyřech týdnech maximální léčby na resuscitačním oddělení nepodařilo odpojit od dýchacího přístroje, byl stále v umělém spánku bez možnosti komunikace se svou rodinou a prohlubovalo se u něj multiorganové selhání s plnou závislostí

na několika přístrojích nahrazujících funkci jednotlivých orgánů.

Po zvážení všech okolností vývoje pacientova zdravotního stavu bylo svoláno mezioborové konzilium s cílem posoudit další terapeutické možnosti. Ve shodě bylo konstatováno, že byly vyčerpány veškeré dostupné možnosti léčby, že jde o terminální stadium maligního onemocnění s nevratným selháním více orgánů a že další pokračování v agresivních postupech orgánové podpory by vedlo pouze k prodlužování umírání, nikoliv k zlepšení pacientova zdravotního stavu. Za daných okolností byl jako nejlepší postup pro pacienta diskutován přechod na paliativní péči, tedy péči orientovanou na komfort, kontrolu bolesti atd.

Z pacientových příbuzných jsme byli v častém kontaktu zejména s jeho manželkou a dcerou, které chodily na návštěvy pravidelně několikrát týdně. Navíc 2x denně, vždy ráno a večer, telefonovaly, aby ověřily aktuální zdravotní stav svého blízkého. Manželku i dceru pacienta jsme po celou dobu průběžně plně a podrobně informovali.

Asi po třech týdnech hospitalizace se na nás obrátila pacientova manželka s prosbou, že by ráda vyzkoušela alternativní možnost léčby – homeopatii. Ošetřující personál souhlasil s tím, že homeopatické léky budou podávány jako doplnění standardního postupu.

Po čtyřech týdnech hospitalizace na resuscitačním oddělení pacient

v paliativním režimu péče zemřel. v posledních chvílích jeho života.
Manželka a dcera byly přítomny u lůžka

POZNÁMKY Z ROZHOVORŮ

1. telefonický rozhovor s pacientovou manželkou

- Dobrý den, u telefonu doktorka Rusinová, ARO. To je paní M.?
- Ano.
- Dobrý den, paní M., já ... bohužel vám volám proto, že se stav vašeho manžela zhoršil. Přes noc.
- Aha. Já přijedu, ale budu tam moct být tak v jedenáct hodin...
- Přijďte, myslím, že by to bylo nejlepší. Domluvíme se co a jak tady.
- Dobře.
- Na shledanou.
- *Telefonické podávání informací omezujeme na osoby, s nimiž jsme v dobrém kontaktu, a které osobně známe. Do telefonu se vyjadřujeme co nejobjektivněji, jednak kvůli právnímu kontextu, jednak proto, že sdělujeme závažné zprávy a předcházíme tak možným nedorozuměním či konfliktům.*

2. Rozhovor bezprostředně po příchodu manželky na oddělení resuscitační péče

- Dobrý den.
- Dobrý den.
- Pojďte se posadit (sedáme si) ... musela jsem vám zavolat, nedalo se nic dělat. Během noci začalo selhávat srdíčko. Tak jsem si říkala, že byste tu určitě chtěla být a taky jsem chtěla, abyste věděla co a jak, takže proto jsem vám zavolala, máme vaše mobilní číslo ... *(Otevřené a úplné podávání informací příbuzným je standardním postupem v současné péči o kriticky nemocné pacienty, pokud není pacientem určeno jinak. Vzhledem k tíži zdravotního stavu a k umělému spánku, ve kterém je většina pacientů na ARO, je ošetřující tým jedinou spojnici mezi pacientem a jeho blízkými.)*
- Co se stalo?
- Příčinou toho selhávání je zhruba to, co jsem říkala už vlastně včera, o čem jsme si povídaly, že ty orgány bez přístrojů vůbec nevydrží fungovat a i teď s těmi přístroji ... postupně ... ta funkce jde dolů (pauza). Tak jsme z toho smutní, i sestřička, i já, že prostě nemáme dobrou zprávu, ale... ale.... ale úplně otevřeně se blíží konec.
- Máme nějakou naději na ...?
- Nějaký zázrak? Nemáme.
- ...?
- Nemáme, nemáme. Jakmile mu začalo selhávat srdce, tak jsme mu dali léky, po kterých je navozen ten umělý spánek, to asi víte, protože výsledek včerejší lumbální punkce, jak jsme se o tom bavily...
- ano...
- je úplně normální, to znamená, že se tam nic zvláštního neděje, to znamená, že mozek prostě nemá sílu zevnitř pracovat, stejně jako srdce nemá sílu pracovat,

stejně jako ledviny nemají sílu pracovat, a je to ... a je to prostě tak. Ještě jsem znova volala panu doktoru Kořenovi, a on říkal, že se s tím prostě opravdu nedá nic dělat. Dneska jsme tady měli velkou vizitu...

- hm...
- kde jsme viděli znova mikrobiologické výsledky, probírali jsme znova, co všech no jsme udělali, všechno jsme rekapitulovali a opravdu nemáme... nemáme v rukávu žádné eso ani žádný trumf... a prostě...
- (v pláči) to je strašlivé...
- (Ticho). Strašně rychlé...
- My jsme měli – nebo –(zarazí se) my jsme měli tak pěkný život, máme krásný děti...
- Teď máte vnoučata...
- Pět (pláče)... (po pauze naléhavě a rozhodně) Co mám dělat?
- Teď... (pauza)... co můžeme udělat pro vašeho manžela teď: *(Snaha o zaměření na aktuální potřebu umírajícího pacienta)*
- Ano?
- *(stručně shrnutý zásady paliativní péče)* Teď má umělý spánek, to je velmi důležité. O ničem neví, netrápí se, nic ho nebolí. To vám můžeme zaručit sto procentně. Tohle pro něj děláme – udělali jsme všechno, co jsme mohli. Úplně všechno. Opravdu už není žádný lék, který bychom měli v záloze.
- Pláč.
- *(popis přechodu z kurativního do paliativního způsobu péče o pacienta)* O čem jsme přemýšleli a co děláme v těchto případech, kdy se blíží konec a kdy orgány, přestože jsou podporovány přístroji, selhávají: nastavíme přístroje tak, jak fungujeme my, to znamená ventilátor na 21 % kyslíku, tak jak je tady v místnosti, a necháme v podstatě jenom léky na spaní a na bolest a necháme organismus v klidu odejít. To děláme... jako paliativní péči, to znamená... snahu o to, když už nemůžeme pomoci vyléčit, aspoň aby odchod probíhal úplně v klidu a... Můžete tady zůstat, můžete si k němu sednout a držet ho za ruku, můžete se jít projít a já vám zavolám, nechám... *(přítomnost příbuzných u lůžka umírajících pacientů je ošetřujícím týmem vždy umožněna, vyjádří-li příbuzní takové přání)*
- Určitě tady.
- Chcete tu zůstat? My u něj pro vás připravíme židličku a budeme tam s vámi, ano?
- Pláče. Dcera by tu měla být kolem jedné hodiny, myslíte si, že...? (pláč)
- *(nečekaný naznačený požadavek na to, abychom udrželi orgány pacienta fungující do příchodu dcery)* Záleží na tom, jeho orgány selhávají a tomu se nedá zabránit – nevím, jestli by vůbec šlo je udržet, nevím, jestli to má smysl nutit ten organismus, myslím si, že teď v tuhle chvíli by bylo rozumné, aby... abyste u toho byla vy, a my tam budeme s vámi.
- Dobře.
- Jak dlouho to může trvat? *(velmi častý dotaz příbuzných)*
- ... (po pauze) Hodiny.
- Dobře, tak my to u něj pro vás připravíme, nastavíme ventilátor, já vám to vysvětlím a budeme tam společně, ano?

3. Rozhovor s dcerou u pacientova lůžka

- Dobrý den.

- Dobrý den, moje jméno je Rusinová.
- (Propuká v pláč) Co se stalo, paní doktoro???
- Stalo se to, že během noci začalo selhávat srdíčko a že už se ten stav nedá vrátit zpátky a ...
- Proč si myslíte, že se to nedá vrátit?
- (*zaskočena dotazem v kontextu postupného trvalého zhoršování stavu*) Proč si myslím, že se to nedá vrátit? Protože to nereaguje na tu léčbu, kterou podáváme. Přestože dáváme silné léky, tak prostě ten organismus už je vyčerpán a nemá rezervy. A nemá z čeho nabrat sílu a naskočit.
- (přesvědčeně) Naskočí to.
- (*nutnost opět zopakovat nevratnost procesu umírání*) Já se obávám, že už to nenaskočí.
- (Pláče)
- Myslím, že už není možné, aby to naskočilo, není to možné. Je to čtvrtý týden vlastně tady na intenzivní péči... a těch
- Čtvrtý týden v nemocnici, ne... tady tři.
- Tady je od 14. dubna a těch komplikací neubývá, ale pořád přibývá.
- A co ta lumbální punkce? Co se tam našlo?
- Tam nic nevyšlo.
- Co to znamená „nic nevyšlo“?
- To znamená, že není, co bychom mohli léčit nebo co bychom mohli vylepšit. Znamená to, že mozek stejně jako srdce stejně jako ledviny – ledviny se na dnešek taky výrazně zhoršily a dýchání bez ventilátoru vůbec není možné, takže bohužel... bohužel...
- (odhodlaně, zarputile) To naskočí.
- I proto jsem volala vaši maminku, proto jsem jí to chtěla říct, že už s tím nemůžeme nic udělat.
- Maminka je tam dole.
- Já vím, já vím, jste hodná, že jste přišla.
- My jsme se tak domluvily, že já sem přijdu, a pak se vyměníme. Tak já půjdu zase dolů.

4. Rozhovor s manželkou těsně před a po úmrtí pacienta

- My jsme procestovali celý svět.
- A kde?
- Vyjeli jsme do Uruguaye a odjeli jsme z Mexika.
- Hmm.
- Nádherný, byli jsme tam osm let, projezdili jsme celou Ameriku, od pralesa až po nejkrásnější paláce, vid' (pláče, hladí manžela po vlasech... úlevně, náznak úsměvu při návratu do vzpomínek). Byli jsme v Paříži čtyři roky, děti nám chodily do francouzských škol, krásný život jsme měli.
- Ozývá se alarm zástavy srdce...
- To už je nula? (zoufale) Co teď mám dělat?
- (Po chvíli) Teď... teď od nás dostanete potvrzení o úmrtí, aby se mohlo zařizovat všechno další. Dostanete ho asi za dvě hodiny, nebo si pro něj můžete přijít zítra, ano?
- Já přijdu zítra.
- Dobře.

- (Sestra) Chcete nějaké ty prášky s sebou?
- Já celkem prášky neberu, ale vzpomněla jsem si, někdy si vezmu ten... lexaurin.
- No, my si myslíme, že na takovéhle výjimečné situace, aby to člověk unesl a aby byl člověk schopen fungovat, že je to dobré a že je to potřeba. My vám dáme tři tablety s sebou domů. (k sestře) Připravíte to?
- (sestra) Určitě, určitě.
- (k sestře) Půlmiligramový neurol. (k manželce) My teď zařídíme všechno, co je potřeba, a vy si zítra přijдете pro to potvrzení někdy během dne.
- A staniční sestra...?
- Ano staniční sestra, sedí tady, takže když zítra přijдете, tak se vám budeme věnovat a...
- OK, (k staniční sestře) takže zítra k vám?
- Moc děkuju (pláče).
- Jste statečná (s objetím okolo ramen).
- To já jen tak hraju.
- Já vím.

DISKUSE:

Kazuistika přináší první v České republice publikované poznámky z rozhovoru s příbuznými pacienta, který umírá na resuscitačním oddělení v paliativním způsobu péče. Pro účely publikace byly změněny jednotlivé údaje tak, aby nemohlo dojít k identifikaci pacienta a příbuzných. Kazuistika je publikována s výslovným souhlasem pacientovy manželky. Přestože obdobných rozhovorů na konci života probíhá v intenzivní péči mnoho (vzhledem k 20% mortalitě na odděleních ARO), v ČR zatím nemáme k dispozici údaje o proporcí nemocných, kteří umírají na ARO v paliativním režimu péče (s důrazem na doprovázení pacientových blízkých, na pacientův komfort a zvládnání bolesti při umírání). Nejsou též známy údaje o tom, kolik příbuzných si přeje zůstat se svým blízkým i během posledních okamžiků života.

V České republice proběhl na přelomu let 2006–2007 výzkum zaměřený na zjištění prevalence symptomů úzkosti a deprese u příbuzných pacientů

v intenzivní péči. Z výsledků vyplývá, že příznaky úzkosti jsou přítomny u 72 % příbuzných a symptomy deprese u 52 % příbuzných, což je u deprese ve srovnání se zahraničními publikacemi téměř o 20 % více (7,8).

Prevalence posttraumatické stresové poruchy (post-traumatic stress disorder, PTSD) u příbuzných, jejichž blízcí v intenzivní péči zemřeli, se pohybuje na úrovni 8 % (9), což je významně více než v běžné populaci. V zahraničních pracích byly identifikovány faktory, které výskyt symptomů úzkosti, deprese a riziko rozvoje PTSD dokážou snížit. Šlo o aktivně vedenou komunikaci s rodinami, poskytnutí informačních materiálů atd. (10).

V kontextu České republiky pak bylo na 500 sebraných dotaznících prokázáno, že nezávislým prediktivním faktorem snížení rizika rozvoje symptomů úzkosti a deprese je délka rozhovoru příbuzných s ošetřujícím týmem, tedy čas, po který příbuzní s lékaři a sestrami hovoří, mají možnost se ptát, vyjádřit své emoce atd.

Rozhovory, které vedl ošetřující tým s pacientovou rodinou v této kazuistice, byly pravidelné po celou dobu pacientovy hospitalizace. Tedy denně či obden návštěva příbuzných na oddělení, vždy rozhovor asi 10–15 min, navíc v průměru dva krátké telefony denně (ráno a večer) se žádostí o poskytnutí informací o aktuálním stavu pacienta.

Následující část diskuse se bude věnovat třem aspektům rozhovoru:

1. naléhání ze strany příbuzných na dobré zprávy (fáze přijetí nepříznivé zprávy),
2. výrazy používané v souvislosti s umíráním a smrtí,
3. prvky v rozhovoru, které dle autorky usnadňují přijmout umírání blízkého v resuscitační péči.

Ad 1. Naléhání ze strany příbuzných na zprávy o příznivém vývoji je zpravidla ošetřujícím týmem nazýváno „obtěžující“ rodina, popřípadě rodina, co „nechce“ pochopit pacientův reálný stav. Ani lékaři, ani sestry resuscitačního oddělení přitom nejsou systematicky vzdělávání v komunikaci s rodinou, která čelí problémům souvisejícím s přijetím nepříznivé zprávy. Soubor reakcí na sdělení nepříznivé zprávy zahrnuje 5 fází, které popsala E. Kubler-Rossová (popření, agrese, smlouvání, deprese a přijetí). V naší kazuistice jsme se setkali ze strany manželky především se smlouváním, které se týkalo alternativních způsobů léčby. V případě dcery šlo o popření („to naskočí“).

Zatímco s agresí se setkáváme relativně zřídka, popření a smlouvání je častým problémem. Diskuse s rodinou v této fázi, která je vlastně z psychologického pohledu „fyziologická“ a „v normě“, jsou pak týmem vnímány jako vyčerpávající,

nekonečné, nikam nevedoucí, někdy také jako „ztráta času“.

Jedním z faktorů, který se na protrahovaném smlouvání či popření významně podílí, je skutečnost, že pacient je často v „umělém spánku“ (analgosedaci) či v bezvědomí, a nemůže tak přímo komunikovat se svými blízkými. Ti jsou odkázáni pouze na komunikaci s ošetřujícím týmem. V případě, že jde o náhlé vážné onemocnění, které vznikne z plného zdraví, je přijetí pacientova kritického stavu (popřípadě další nepříznivý vývoj či úmrtí) pro příbuzné obzvlášť svízelné.

Smlouvání mívá často formu obdobnou té, která je uvedena v naší kazuistice – tedy žádost o alternativní léčbu (homeopatie, léčitel atd.). Jiným příkladem může být žádost o transplantaci jednoho nebo více selhávajících orgánů či trvání na podávání dalších a dalších léků (dovoz ze zahraničí). Na základě vyhledávání informací na internetu přijdou příbuzní někdy s informací, že určitá nemoc má dané riziko úmrtí, např. 10 %. Bývá obtížné tuto informaci zařadit do kontextu konkrétního pacienta, který do intenzivní péče vstupuje mnohdy nejen se svými chronickými onemocněními, ale i s jedním nebo více selhávajícími orgány. Naděje na vyléčení takového pacienta pak může být výrazně horší než ta, kterou si příbuzní vyhledali na internetu.

Zejména u hospitalizací, které přesahují 2 týdny, se setkáváme s tím, že se příbuzní na oddělení ARO „naučí“ sledovat monitory, odečítají křivky na jednotlivých přístrojích a laboratorní hodnoty. I minimální posuny pak interpretují jako významné zlepšení, či naopak prudké zhoršení stavu a žádají potvrzení svých úvah od ošetřujícího týmu. Jedním z nejobtížnějších úkolů

pak bývá důsledná jednotnost podávaných informací, jejich celistvost (nikoliv přehnaná podrobnost) a srozumitelné zařazení do celkového kontextu pacientova stonání.

Užitečné může být jasné a explicitní vyjádření prognózy, na kterou jsme často tázáni. Neznamená to odpovídat na tento typ dotazů číselným vyjádřením v procentech, ale je dobré jasně vysvětlit, kdy (s jakým odstupem) se můžeme vyjádřit k šanci na přežití. Dále je nutné se otevřeně zmínit o handicapu, popřípadě trvalých následcích, které mohou po kritickém stonání následovat (trvalá ztráta soběstačnosti, nevratné poškození mozku, např. hybnosti končetin, komunikačních schopností, trvalá závislost na dialýze atd.). Odpovědi typu „stav je vážný, velmi vážný“ bývají vnímány rodinou jako nesrozumitelné, neurčité, nekonkrétní, někdy i jako vyhýbavé, a mohou dokonce vzbudit nedůvěru, která je pak zdrojem konfliktů, zejména pokud dojde k úmrtí pacienta.

Ad 2. Slovní spojení, která se vyskytla v naší kazuistice v souvislosti s umíráním pacienta:

Ze strany rodiny „My jsme měli – nebo – (zarazí se) my jsme měli tak pěkný život!“, „Jak dlouho to může trvat?“, nebo při alarmu zástavy srdce „To už je nula?“ (zoufale)

Na straně lékaře je pak zaznamenáno: „odejít“, „selhává srdce“, „funkce orgánů jde dolů“, „blíží se konec“, „už není žádný lék“.

Je pozoruhodné, že samotný pojem „umírání“ se v současné intenzivní medicíně prakticky nepoužívá (v dokumentaci pacientů se nevyskytuje a ani z autorčiny zkušenosti nebývá používán v rámci rozhovorů týmu nebo rozhovorů s příbuznými pacientů). Do

odborného medicínského slovníku jej lze jen těžko zařadit pro jeho obtížnou vymežitelnost či exaktní definici. (Kdy umírání začíná?)

Intenzivní medicína je relativně mladý obor, který se začal se rozvíjet v šedesátých letech minulého století, a jeho slovník je podobně jako u jiných mladých oborů založen na exaktních definicích a přesných vymezeních jednotlivých syndromů. Specializace intenzivní péče vznikala v kontextu rychlého přístrojového rozvoje medicíny, tradiční náplní je v ní na prvním místě „boj o přežití“. Úmrtí pacienta může být v tomto kontextu vnímáno jako tzv. „negativní outcome“ (výsledek) a hodnoceno jako selhání intenzivní péče.

Pojem umírání má silný symbolický i emoční náboj pro všechny zúčastněné. Jak pro rodinu, tak pro ošetřující tým. Úvaha nad tím, jaký smysl a význam má fáze umírání pro umírajícího, jeho nejbližší, ale i pro ošetřující tým ve specifickém kontextu intenzivní péče, však přesahuje rozsah tohoto sdělení. Otázkou také zůstává, zda by bylo přínosem vrátit tento pojem do rozhovorů s příbuznými pacientů, kteří na odděleních ARO umírají.

Ad 3. V posledním bodu diskuse se zaměříme na prostředky, které mohou pomoci ošetřujícímu týmu a rodině v efektivní komunikaci s příbuznými umírajících pacientů. Zmíníme tři aspekty, které jednak pomáhají snížit časovou přetíženost ošetřujícího týmu, jednak chrání příbuzné před rozvojem tzv. patologického truchlení (11) (complicated grief; jde o protrahované smířování s odchodem blízkého pod obrazem rozvoje klinické deprese s jejími komplikacemi, PTSD atd., a to dlouhodobě po úmrtí blízkého). Ve svém důsledku pak mohou pomoci předcházet konfliktním situacím.

1. **Být v komunikaci aktivní** – v naší kazuistice je to patrné na aktivním přístupu v informování rodiny o nepříznivém vývoji zdravotního stavu. Ošetřující lékař nečekal na pravidelný telefonát či návštěvu rodiny, ale aktivně manželce pacienta volal a pozval ji do nemocnice. Tento postup je pro rodinu srozumitelným alarmujícím signálem o závažnosti informace, který nám může pomoci lépe zvládnout fázi popření.

2. **Zaměřit se na cíl, který je pro nás i pro rodinu společný: pacientův prospěch.** Během rozhovorů o přechodu na paliativní péči se často setkáváme s dotazy typu: „Co mám teď dělat?“, „Co my s tím můžeme dělat?“, „Jak je to možné, vždyť mu včera nic nebylo?“ apod. Ze zkušenosti lze říci, že spíše než rozebírat příčiny a hledat kauzální vztahy a viníky situace je výhodnější se obracet do budoucnosti, a to formou: „Co můžeme všichni společně teď nejlepšího udělat pro pacienta/pro vašeho blízkého“ tak, jak je to vidět i v naší kazuistice. („co mám dělat? – *přeformulováno na:* „co můžeme udělat pro vašeho manžela?“)

Je-li rozumná šance na přežití, je zapotřebí použít všechny dostupné

léčebné postupy. Nelze-li příznivě ovlivnit pacientův zdravotní stav, je cílem omezit poskytování marné a neúčelné léčby, poskytnout pacientovi paliativní péči a důstojné umírání a doprovázet rodinné příslušníky.

3. Velmi důležité je **dát příbuzným prostor opakovaně se ptát, klást dotazy**, a to i po skončení hospitalizace. Rozvoj patologického truchlení blízkých může mít totiž svou příčinu právě v období, kdy byl pacient hospitalizován a umíral na resuscitačním oddělení. Mohou k tomu přispět i nedostatečné či nesrozumitelné informace (11). Příbuzní pacientů mnohdy nevědí a trápí se otázkou, na co vlastně jejich blízký zemřel. Intenzivní péče se svým přístrojovým vybavením (ventilátory, dialýzy, monitory atd.) a složitou terminologií totiž zcela odosobňuje pacienty i jejich nemoci. Pro příbuzné tak může být obtížné představit si závažnost selhání více orgánů a blízkí se smrt, když pacienta v „umělém spánku“ vidí klidně ležet a mnohdy si přitom neuvědomují, že jeho dechové i další životní funkce jsou v této chvíli plně zajišťovány a řízeny přístroji.

ZÁVĚR

Cílem sdělení bylo poskytnout náhled do relativně uzavřeného prostředí intenzivní péče a představit na příkladu poznámek z rozhovoru s jednou rodinou, jak je vedena komunikace s příbuznými pacientů, kteří na resuscitačním oddělení umírají.

Souhrnem lze konstatovat, že naše zkušenosti i publikovaná literatura kladou v posledních letech důraz na komunikaci s příbuznými pacientů, na kvalitu poskytované péče, a to zejména

péče paliativní v případech, kdy pacienti na resuscitačních odděleních umírají.

Hlavní prioritou v situaci, kdy nelze příznivě ovlivnit pacientův zdravotní stav, je omezit poskytování marné a neúčelné léčby, poskytnout účinnou paliativní péči a doprovázet rodinu. Pod termínem doprovázení se pak míní zejména aktivní, srozumitelné, otevřené a dostatečné informování blízkých, poskytnutí dostatku času pro jejich

dotazy, což může být v souhrnu prevencí rozvoje patologického truchlení.

LITERATURA:

1. Ferrà C., Marcos P., Misis M. et al. Outcome and prognostic factors in patients with hematologic malignancies admitted to the intensive care unit: a single-center experience. *Int. J. Hematol.* 2007; 85:195–202.
2. Girard K., Raffin T. A. The chronically critically ill: to save or let die? *Respir Care* 1985; 30: 339–347.
3. Teres D. Trends from the United States with end of life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 1993; 19: 316–322.
4. Truog R. D., Campbell M. L., Curtis J. R. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008 ;36: 953–963.
5. Carlet J., Thijs L. G., Antonelli M. et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med.* 2004; 30: 770–784.
6. Cvachovec K., Cerný V., Dostál O. et al. Consensus on providing palliative treatment to patients with incurable organ failure. *Vnitr. Lek.* 2009; 55: 846–849. volně ke stažení na <http://www.lkcr.cz/aktuality.php?item.id=89139&dofload|=1>
7. Rego Lins Fumis R., Deheinzelin D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med.* 2009; 35: 899–902.
8. Azoulay E., Pochard F., Kentish-Barnes N. et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005; 171: 987–994.
9. Jones C., Skirrow P., Griffiths R. D. et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med.* 2004; 30: 456–460.
10. Lautrette A., Darmon M., Megarbane B. et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N. Engl. J. Med.* 2007; 356: 469–478.
11. Anderson W. G., Arnold R. M., Angus D. C., Bryce C. L. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J. Gen. Intern. Med.* 2008; 23: 1871–1876.

Možný střet zájmů a etických principů: není

Došlo do redakce: 15. června 2010

Recenzní řízení: do 15. července 2010

Přijato k tisku: 16. srpna 2010



TEORIE



RŮŽIČKA J.: ŠAMANSTVÍ, LÉČITELSTVÍ, MODERNÍ MEDICÍNA A PSYCHOTERAPIE. PSYCHOSOMATICKÉ HLEDISKO

Doc. PhDr. Jiří Růžička, PhD., klinická psychologie, psychoterapie, daseins-analýza, Vedoucí psychosomatické kliniky ESET Praha, výuka, rektor Pražské vysoké školy psychosociálních studií, Praha, roseman@volny.cz

RŮŽIČKA J.: ŠAMANSTVÍ, LÉČITELSTVÍ, MODERNÍ MEDICÍNA A PSYCHOTERAPIE. PSYCHOSOMATICKÉ HLEDISKO, PSYCHOSOM, 2010;8(3), s. 176- 198

Souhrn:

Autor si dal za úkol pomoci k porozumění současné psychosomatické medicíny na pozadí čtyř historických léčebných systémů.

Prvním z nich je současná, již klasická medicína. Ta je definována předmětně, objektivně. Objekt je to, co leží mimo osobu, která se jím zabývá. S objektem lze zacházet v intenci přírodních věd přesně, vykazatelně a opakovatelně. Proto nezáleží na osobních postojích k věci, záleží pouze na správném objektivním zacházení s ní. Nemoc postihuje předmětně

vymezené tělo, respektive jeho orgány. Odtud se odvíjí jak definice nemocí, tak jejich léčba. Osobní vztah v medicíně proto nehraje podstatnou roli, jaký lze mít vztah např. k edému plic? Tak, jak je vymezena nemá nejmenší schopnost rozumět nemoci tak, jak je lidmi bezprostředně zakoušena, totiž jako ztrátě nebo omezení svobody, zlu, které postihuje lidi, neštěstí či smůle nebo v některých případech jako nečekané příležitosti dát vlastnímu životu smysl, přesah a nově spatřený řád. Proto nemůže medicína říci nic podstatného k celku lidské existence, co v této věci říká lékař je již jeho „subjektivní“, laický, i když potřebný a lidsky cenný názor.

Jinak nahlíží nemoc i její léčbu šamanismus a kouzelnictví. Ti pochopili, že nemoc člověka přepadá, často náhle a nečekaně, jindy plíživě a zrádně. Přichází zvenčí, a je osobní. Z toho vyvodili, že má osobního původce a tou je někdo mnohem mocnější než člověk, démon, bés. Rovněž však vyzorovali, že proti nemoci zosobněné démonem lze bojovat s pomocí jiného démona, ba že nemoci se ukazují jako výsledek jejich sporu uskutečněném na člověku. Šamani pak využívají démonického konfliktu tak, že jej přebírají z nemocného na sebe, a to i tělesně a při znalosti, či s pomocí jiných démonů odklánějí konflikt vyjádřený nemocí z nemocného jinam, a tak neduh léčí. Účast pacienta na sporu bývá, ale ne vždy musí být vyžadována.

Léčitelství vychází poznání, že člověk je bytost přírodní. Příroda se skládá a také funguje tak, že přírodní síly obsažené v přírodních látkách vytvářejí přírodní děje, které jsou buď harmonické nebo disharmonické, prospěšné nebo škodlivé obecně, specificky pak pro člověka. Látková disharmonie ve složení i ve funkci pak se projevuje nemocí, kromě jiného. Správné rozpoznání látkového a přírodního energetického neladu může vést k ordinaci takové materie a způsobů jejího použití, která původní harmonii restauruje.

Nakonec se pisatel zabývá psychoterapií, kterou chápe jako novou a zcela původní před filosofickou, před medicínskou i před psychologickou disciplínu, která lidský život, pobyt na světě, rozkrývá a ukazuje v jeho autentické a proto i pravdivé, či nevlastní a tak vůči svému bytí nepravdivé podobě. Výpověď o vlastním životě je to, na co se psychoterapie soustřeďuje. Porozumění smyslu tohoto života je klíčem jak k porozumění nemoci, tak zároveň k uzdravení. Nemocen není orgán, i když se tak může stát, neboť celý život i neautentický je také tělesně, ale celý člověk, jenž je nemocí uvržen do nesvobodného způsobu bytí ve světě.

Psychosomatika, léčba celého člověka se proto nemůže omezit pouze na tělesný okrsek a jeho funkce, ale musí se zabývat relevantními oblastmi i způsoby života konkrétního člověka v konkrétních kontextech jeho života při reinterpretaci tělesnosti nezúžené pouze na tělo jako věc, ale viděné jako tělesnění vlastního bytí. Vedle tělesnosti se pak vždy také zároveň jedná zejména o osobitost, jedinečnost, dějinnost, pohlavnost, vztahovost, smrtelnost, časovost, prostorovost, přesažnost, spolubytí a další bytostná určení člověka.

Autor ukazuje, že pro celostní psychosomatickou medicínu je základní léčebná metoda psychoterapie, neboť se nezabývá jen orgány a jejich zúženě vymezenými funkcemi, ale jeho životem a zkoumá, zda žije nebo se zpronevěřuje možnostem pravdy svého bytí. Tuto metodiku pak může klasické medicíně pomoci přijmout k přípravě i provedení radikálního obratu k celostnímu lékařství. I když svůj předmětný pohled a z něj plynoucí diagnostické i léčebné metody opustit nemůže, lze je však vyložit celostně v kontextu lidské existence, a tak je objevit i používat nově.

Klíčová slova: Psychosomatika, psychoterapie, šamanism, léčitelství, teorie medicínských systémů

RUZICKA J.: SHAMANISM, HEALING, MODERN MEDICINE AND PSYCHOTHERAPY. PSYCHOSOMATIC PERSPECTIVE. PSYCHOSOM, 2010;8(3), pp. 178- 198

Summary:

The author assigned to himself to help understand contemporary psychosomatic medicine in relation to four historical medical systems. The first of these is contemporary, already traditional medicine. This kind of medicine is defined objectively. The object is what lies outside the person who is dealing with it. The object may be treated in the intention of natural sciences accurately, provebly and repetibly. Therefore, it does not depend on the personal attitudes to that thing, but it only depends on the correct objective handling of it. A disease affects an objectively defined body, or its organs. Hence both the definition of diseases and their treatment unwind. Therefore, the personal relationship in medicine does not play an essential role. What relationship is possible to have towards pulmonary edema? Medicine as is defined has no ability to understand the disease in such a way as people directly experience it. It means such as the loss or restriction of freedom, evil which affects people, misfortune or bad luck, or in some cases as unexpected opportunities to give their own lives meaning, transcendence the and the newly viewed order. Therefore, medicine cannot say anything substantial towards the whole human existence. What a physician says in this case, it is already his "subjective", amateur, though necessary and humanly valuable opinion. Shamanism and magic see a disease and its treatment in a different way. They understood that a disease often invades a human being suddenly and unexpectedly, sometimes stealthily and treacherously. It comes from outside and it is personal. They concluded that a disease has a personal author and that is someone more powerful than a man, a demon. However, they also observed that the disease impersonated by the demon can be fought with the help of another demon, and even diseases seem to be a result of their dispute carried out on a human. The shamans use that demonic conflict so that they take it from the patient on themselves, and even physically and in knowledge, or with help of other demons they divert the conflict expressed by the disease from the patient elsewhere, and so they heal the ailment. The patient's participation in the dispute usually exists but not always it has to be required.

Natural healing is based on the recognition that human beings are natural. Nature is composed and also acts as the natural forces contained in natural substances form natural processes, which are either harmonic or disharmonic, beneficial or harmful in general, then specifically for humans. The substance disharmony in its composition and function. manifests itself, among other things, through the disease The proper identification of the substance and natural energetic disharmony can lead to such prescribing of medication and methods of its usage which restores the original harmony. Finally, the author deals with psychotherapy, which he sees as a new and completely original pre-philosophical, pre-medical and pre-psychological discipline that reveals and shows a human life, being in the world in its authentic and therefore also true, or nonauthentic mode and thus false towards its being. A testimony about an own life is

what psychotherapy concentrates on. Understanding the meaning of life is the key to both understanding the disease and also to healing. It is not an organ which is ill although it may happen, because the whole life, even unauthentic is also "bodied". It is a human who is ill and who is thrown into the unfree way of being in the world. Psychosomatic medicine, the treatment of the whole person therefore cannot restrict itself to a body and its functions, but must deal with relevant areas and ways of the life of a specific person in specific contexts of his life in the reinterpretation of bodily being, (bodilyity) not narrowed to understanding the body as a thing, but seen as bodying of own being. Then besides the bodilyity (bodily being) there is always individuality, uniqueness, historicity, sexuality, relationality, mortality, temporality, spatiality, transcendence, with-being, and other fundamental determinations of a human being. The author shows that psychotherapy is the basic treatment method for holistic psychosomatic medicine because it does not only deal with organs and their narrowly defined functions, but life of the human being and examines whether he or she lives or betrays the possibilities of the truth of own being. This methodology can then help traditional medicine in preparation and realisation of radical turn towards holistic medicine. Although traditional medicine cannot leave its objective point of view and the resulting diagnostic and therapeutic methods, however they can be interpreted holistically in the context of the human existence, and thus to discover and use them in new ways.

Key words: Psychosomatic, shamanism, healing, modern medicine and psychotherapy, theory of medicine systems

Několik vět úvodem. Ve svém pojednání formuluji některé problémy možná až příliš radikálně. Protože se v textu dotýkám oborů, profesí i osob mých přátel, kolegů a také několika členů mé rodiny a všech si upřímně vážím, mám k nim a jejich práci respekt, profesionální obdiv a velké uznání, snažím se být ve svých formulacích opatrný. Zároveň však vím, že když se člověk snaží dobrat jádra věci, je nucen některé skutečnosti

vyjádřit zásadně. Přitom, aniž by chtěl nebo vůbec věděl, může se pronesené slovo někoho nepříjemně dotknout. Věřte, že nemám v nejmenším úmyslu být jakkoli osobní, a když se tak stane, tak se trápím a v duchu se i tímto dotčeným lidem omlouvám. Usiluji vyjádřit některé skutečnosti tak, jak problematickými se ukazují být, protože chci iniciovat zamyšlení, diskusi i další teoretické hledání.

NUŽE K VĚCI:

Ve třetím čísle časopisu „Psychosom“ z roku 2009 mne zaujala debata tří významných pánů kolegů – Chvály, Honzáka a Čepického – o tom, jak

rozumět některým tzv. psychosomatickým potížím v kontextu silných, přesvědčivých a neochvějně přesvědčených přírodních věd

uplatněných v medicíně. O porozumění a jeho vyjádření se snaží psychosomatické lékařství především v medicínském prostředí, ale výsledkem je, že se jeví jako méně vědecké, zdánlivě méně mocné, málo průkazné a špatně vyjádřitelné hlediskem i způsobem přírodovědecké objektivit. Kouká z něj až příliš okatě nahodilost, ojedinělost a subjektivita. Z rozhovoru bylo patrné, že se kolegové snaží s kolísavou nadějí najít možnost jak psychosomatiku dostat do náručí vědecké nestrannosti, a přitom neopustit vlastní (i) psychosomatickou osvícenost.

Aby bylo na věc vidět ze širokého úhlu a s odstupem, navrhuji porovnat pojetí

KLASICKÁ MEDICÍNA

Moderní lékař se nezabývá celým a nezkráceným člověkem ani ve svých výchozích úvahách. Rovnou jde k úzce vymezenému segmentu lidského života, totiž nemoci, a zabývá se její fyziologií, patofyziologií resp. patologií i metodami její léčby (viz Trojan, aj. 2005, Folsch, U., Koschick, K., Schmidt, R., 2003, Nečas, E. a spol., 2007 a Klener et al. 2009). Medicína osobu i životní kontexty nemocného (kromě těch, které se vážou k tělesnosti) dává do závorky a ponechává stranou, aby na nemoc mohla pohlížet jako na dobře definovatelnou věc. Nemoc a její průběh, stejně tak jako valná část léčby, se lékařům ukazuje na obrazovce, v křivkách grafů a souborech standardně vytvořených laboratorních hodnot, nebo v operačním poli, od zbytku člověka vyděleném. To způsobuje, ale rovněž umožňuje kýženou věcnou distanci, ba izolaci, takže s nemocí lékař nemusí mít a také nemá osobně nic společného.

člověka, nemoci a léčby třemi perspektivami, které se v historii ukázaly být životaschopné. Čtvrtý pohled umožňuje a také nastoluje psychoterapie, jež ještě nepatří mezi léčebné metody tradiční, neboť vznikla teprve před sto desíti roky. Je však původní a samostatnou antropologickou disciplínou, která přináší nové poznání a porozumění, umožňuje jednání, včetně léčebného, které by bez ní nebylo možné.

Není úkolem pojednání předložit zevrubnou analýzu každého ze zmíněných léčebných systémů, pro naše účely však jistě dobře i za cenu zjednodušení poslouží jejich krátké charakteristiky.

Pacient i lékař si mohou prohlédnout snímek, nález, diagram a hovořit o nich, jako by se bavili o kterékoli jiné věci. Že to – v závislosti na výsledku – prožívá pacient osobně, patří do jeho soukromého života stejně tak, jako je soukromé prožívání lékaře, a nikoho by nenapadlo to považovat za něco divného. Epicentrem nemoci není osoba člověka, ale orgán a jeho tkáň.

Také studenti lékařství jsou učeni tímto způsobem, což může přinést i humorné chvíle. Soustřeďují se na to, aby vnímali nemocný orgán, patologický jev. Osobu pacienta vnímají okrajově (Merleau-Ponty, 2008), neboť k takové percepci jsou vedeni nikoli z neúcty či nezájmu, ale protože jsou soustředěni na určitý způsob, kterým je definováno to, co má být v pozornosti. Prakticky nikdy nedojde k tomu, aby lékaři zkoumali smysl, který nemoc pro pacienta má. Neboť i když se z celostně antropologického hlediska tkáň a její vlastnosti ukazují jako důležité, byť dílčí

skutečnosti, pro medicínu jsou věci základní a ústřední. Osobní účast lékaře na takto definované nemoci nemůže nebýt jinou než privátní věcí. Ostatně bylo by absurdní očekávat od lékaře, aby měl nějaký osobní vztah k rakovinovému nádoru, hemeroidům, hnisavému zánětu nebo k jakékoli jiné tkáni. Osoba pacienta je zde dodatečnou součástí nemoci (Boss, 1975), jakousi přidanou hodnotou.

Výchova k osobním vztahům vůči nemocným lidem neplyne z žádné nosologické kategorie (ostatně není tomu tak ani v biologické psychiatrii) ani z etického kodexu. Odvíjí se z pravidel slušného chování¹, z obecně platných sociálně-kulturních zvyklostí, právních norem anebo z psychologie nemocného. Je ovšem pravda, že k zájmu o osobu nemocného člověka jsou studenti vedeni jinými disciplínami, které ve zdravotnictví postupně získávají váhu, a to jsou psychologie a psychoterapie².

¹ Jsou sice upozorňováni, že nemoc je součástí celého člověka. Ale co míníme tím, když říkáme, že to je součást? Jak vypadají jiné části? Jak jsou spolu spojeny a propojeny? Jak jsou sceleny? Jak se integrace bio-psycho-sociálních aspektů děje? Kdo, co a jak tuto integraci určuje a řídí? Člověk se v tomto pojetí skládá z koncepcí lidských aspektů jednotlivých oborů, jinými slovy člověk je skládanka oborů a nikoli vždy celá existence, neztenčené lidské celobyť ve světě. Člověka ale není možné ani nutné dodatečně skládat. Je celý již od početí. Pouze se rozvíjí.

² Je zde ale ještě psychiatrie, která buď pojme psychiku jako produkt či funkci mozku, a pak se snaží mozek s pomocí neurověd popsat a vyložit tak, aby ukázala, kde sídlí jednotlivé psychické funkce a jak v mozku vznikají, jak pak již vzniklé působí nebo se projevují, nebo (což již není přírodovědecké) předpokládá jakýsi dosud nedostatečně vysvětlený paralelismus mozku a duše. I zde se ukazuje jako nezodpovědný základní problém toho, jak se má duše k tělu. Potíž zde je v tom, že duše je stále chápána jako nějaká o sobě existující skutečnost, nebo pouze funkce mozku či pomocný termín, který ony

Panuje přesvědčení, že je vždy třeba léčit nemocný orgán tak, aby se co nejvíce přiblížil fyziologickému stavu. Neboť nemoc v medicíně je odvozena od patofyziologie.

Nadbytečnost osobních vztahů je patrná na srovnání dobře vybaveného zdravotnického pracoviště v Číně nebo v západní Evropě. Rozdíl v jednání lékařů s pacienty je markantní, rozdíly mezi léčebnými výsledky stejně vybavených pracovišť jsou statisticky nevýznamné³. Je to pochopitelné, neboť posouzení výsledků léčby se týká opět tkání, resp. orgánů⁴.

Jak vypadá léčba? Medicína je vysoce kvalifikované a vysoce specializované řemeslo, z nemoci plynoucí tělesné

funkce označuje. Rovněž je chápána jako konstrukt, který ve skutečnosti nic neznamená, neboť má vypomoci do té doby, dokud nebudeme mít více poznatků o mozku a jeho fungování, a potom vznikne nový pojem, nová definice, kterou dosud nemáme.

³ V žádné učebnici lékařské etiky jsem nenašel rozpracovanou a didakticky i metodicky uplatněnou výchovu k soucitu, lidskému milosrdenství a laskavé a trpělivé účasti na pacientově údělu. Obsahuje spíše společenské, právní a stavovské normy a předpisy, které jsou předloženy k dodržování, nebo psychologicko-sociální důvody účelové povahy. V etickém kodexu je lékař nabádán ke korektnosti a trpělivosti s nemocným. O pečující lásce k bližnímu, která nemá žádný důvod kromě sebe sama, zde není ani slovo.

⁴ Ohled na osobu člověka v současné biologické medicíně neplyne z jejího vnímání a rozumění nemoci, ale z dobových a kulturních vlivů, ve kterých se pohybuje a které ji k těmto postojům mají. Tam, kde jsou ohledy menší a kulturní pojetí člověka, jeho důstojnosti, svobody a práv na horší úrovni, než tomu je ve vyspělé západní civilizaci, vidíme méně ohledů, méně úcty a menší čas věnovaný osobnímu kontaktu zdravotníků a jejich pacientů. Nejde pouze o čas, ale o způsob, jakým je s pacienty jednáno a zacházeno.

poradenství, složité a náročné, vysoce vzdělané a profesionalizované řešení speciálních biochemických a biofyzikálních tajemek a problémů, otázek a zapeklitých hádanek. Lékař může diagnostikovat, a dokonce i léčit i bez osobní přítomnosti pacienta, bez znalosti jeho životního příběhu, bez porozumění jeho situaci.

Tohle všechno ale nemá znamenat, že se dívám na medicínu skrz prsty nebo že tento stav jejího jednání považuji za neracionální. Myslím si naopak, že je tento stav věcí zákonitý, neboť vzhledem k tomu, jak je medicína definována v myšlenkových podmínkách jejího vývoje, tomu ani nemůže být jinak.

Jinak než fragmentárně se nelze v medicíně na člověka dívat nikoli kvůli lékařům, ale proto, že taková je povaha dnešní úspěšné, prospěšné a nadmíru užitečné disciplíny, která zasluhuje nemalou úctu i obdiv k tomu, co a jak dělá. Je tomu tak proto, že spolu s dalšími disciplínami, které se vymezily přírodovědně, plně a znamenitě rozvinula Descartesův (Descartes, 1922) nápad pojmut vše, co je rozlehlé jako věc. Každou věc stejně, každou věc v tomto smyslu matematicky spravedlivě, každou věc až do nejzazší možnosti své předmětnosti. Proti světu věcí postavila poznávající, avšak distancovanou duši. Mít svět předmítnut⁵ (čili předmětně) znamená

⁵ Původní latinský význam obiectum znamená „co je předloženo smyslům“ (*Český etymologický slovník*).

TĚLO A DUŠE

Je zde ale další potíže a tou je naše osobní, každodenní bezprostřední zkušenost být tělesně. Necítíme se tak,

být proti němu a nikoli společně s ním a v něm. Předmět sám pak stojí oproti subjektu. Přírodověda se opírá o tento jediný, před-mítaný a před-stavovaný způsob poznávání. Takové odtažené vědění je vědění viděného, a nikoli pěstované a získané nasloucháním nebo pociťováním, především však mým pobýváním ve světě, který je i mnou a já také jím (srov. Husserl, 1996, Patočka 1995)⁶.

Aktu předmítnutí předchází původní a vždy také výchozí konkrétní a osobní život vezdejší, kdy člověk, osoba, je vždy, od počátku a bez přestávky, vztažen ke světu. Tato vztaženost je nepředmětná a zůstává v ní zachována původní výchozí jednota člověka-ve-světě, spojení zakoušející osoby s tím, s čím se setkává. Tato vztaženost je setkáním u společné věci ve společnou chvíli (srov. Patočka, 1936; 1970; 1992). V setkání nejsme orientováni na jednu modalitu objevujícího se protějšku, například na jeho předmětnost, ale na to, čím vším nás v rozmanitosti svých možností i možností naší otevřenosti oslovuje.⁷

⁶ Jak, kdy, v jakém smyslu jsme či nejsme součástí světa a on nás, je třeba vyložit, ale to již přesahuje naše pojednání.

⁷ Všimněte si, že používáme pojmy jazyka a řeči. Je to proto, že svět se nám lidem otevírá jazykově uchopitelnými významy a ty pak jsou vyjadřovány řečí.

že máme tělo, ale že tělesně jsme. Tuto tělesnost nelze vyložit medicínsky, protože ji nežijeme jako zpředmětnou

či odosobněnou, ale osobně a významově. Předmětnost těla sama o sobě žádné významy nepřináší, ty tělesnost dostává teprve životním výkonem, pobytem, svými vztahy. Naše tělo jako předmět žádné významy nemůže mít, neboť nemá ani sama sebe, „neobsahuje“ svoji existenci. Copak lze od sebe předmětně, tedy fyzikálně odlišit mávání na přivítanou od téhož mávání na rozloučenou? Cožpak je možné v slze pod mikroskopem spatřit kapku smutku či radosti? A i kdyby zde byly chemické rozdíly, opět bychom viděli pouze různé solné roztoky, jejichž přináležení tomu či onomu pocitu či stavu můžeme učinit mimo oblast medicíny jejím přiřazením, korelováním k prožitku. V lidském těle pojatém předmětně nespátříme nic jiného než to, co známe z chemie, fyziky, biologie. Jen biochemické a fyzikální látky a procesy. Nic více a nic méně.

Pokud u pacienta jaksi samozřejmě víme, že jde o člověka s takovým a takovým osudem, názory, smýšlením či přesvědčením, tak toto vědění už leží mimo rámec lékařství. V oblasti každodenního pobytu, kde jsme všichni naprosto a zákonitě laiky. Co je ale nejdůležitější, bez tohoto samozřejmého a automaticky předpokládaného porozumění, bez zkušeností existence v přirozeném, předvědecky srozumitelném světě bychom ničemu tělesnému mimo jeho předmětnost nerozuměli. Nejenže nerozuměli, neměli bychom sebe, svět, nic, neboť bychom neexistovali (mít sebe předpokládá mít sebe-ve-světě, tedy i svět, jenž je součástí lidského bytí), pouze bychom se vyskytovali a postrádali vědění o sobě samých. Ani bychom nezahlédli skutečný smysl medicíny, kterému lze také

rozumět pouze mimo předmětně pojaté lékařství (ten spočívá v soucitu a samaritánské péči o bližního). I když se zdá, že medicínu lze provádět především přírodovědecky, bez pečujícího zájmu o člověka v nouzi, každému lékaři by při tomto přístupu hrozilo odlidštění, odcizená lhostejnost a vyprázdňené existování. Takového lékaře bychom považovali za nelidské, hluboce narušené stvoření, které vůbec nerozumí tomu, co nemoc pro člověka znamená, čím pro něj je. Ale i k takovému krajně odcizenému postoji je nutné být také tělesně nepředmětně člověkem, protože i on má nějaký, byť krajně zúžený zájem o lidské bytí, které přesahuje jeho předmětné tělo. Lze si ovšem představit naprosto bezcitného člověka, ale i ten, protože by pak mohl mít tělo pouze předmětně, by je měl jen proto, že žije svůj život venku ve světě, kde jej i tělesní právě svým předmětným vnímáním (Merleau-Ponty, 2004). Jinými slovy i předmětný vztah k lidskému tělu je vztahem lidským, byť krajním a jednostranným. V tomto místě se ukazuje, že medicína nemůže rozumět ze své povahy celému člověku, nemá žádné prostředky z ní plynoucí, kterými by tak učinila. Nemá nejmenší schopnost rozumět nemoci jako nesvobodě a zlu bytujícími mezi lidmi, tragédii, nebo v některých případech jako nové příležitosti žít svůj život smysluplně. Nemůže proto ani léčit celého člověka, pouze jeho nemocný, předmětně pojatý orgán. Že však tak nakonec činí, neumí a ani nemůže vlastními prostředky pochopit, vysvětlit či profesionálně ovlivňovat, k této věci nemá sama za sebe co říci (srov. Růžička, 2010a). Abychom problému rozuměli lépe, vypomůžeme si srovnáním.

ŠAMANISMUS A KOUZELNICTVÍ

Šamanismus či kouzelnictví¹ má velkou tradici v historii lidského rodu a v různé době se vyskytovalo na všech kontinentech (Jacobsen, 1999; Eliade, 1997; Bowie, 2008). Kouzelnictví Afriky mělo řadu odlišných rysů od medicinmanů indiánských kultur, stejně tak se lišilo od šamanství kultur lidí žijících blízko severního polárního kruhu. Přesto však lze poukázat na některé jejich společné znaky, které mohou posloužit našemu záměru lépe porozumět současné naší (tj. západní) medicíně.

Záměrně se zde vyhýbám tradičnímu čínskému lékařství, tradici, která má řadu znaků léčitelství, ale v řadě oblastí i v celku se od něho liší. Má svoji představu o stavbě lidského těla, jeho zdravém i nemocném fungování, a tomu odpovídající léčebné metody odlišné od našich, vlecčems blízké léčitelství, kterým také významnou měrou je. V léčebných postupech dominuje fytotherapie, tedy bylinná léčba. Ostatní metody, jako je akupresura, akupunktura, úprava dietetiky, cvičení, sebeovládání a sebeřízení atd., jsou

někdy považovány za metody spíše pomocné, které dle zdravotního stavu nemocného bylinnou léčbu vhodně doplňují, avšak mohou být použity zcela samostatně. Tvoří svébytnou a původní formu medicíny².

Naše pojednání však nemá za úkol podat charakteristiku všech významných historických a kulturních forem nemoci a její léčby, ale několik příkladů má pomoci porozumět naší věci, totiž medicíně psychosomatické.

Šamani, medicinmani či léčitelé se s nemocí i léčbou setkávají a přistupují k ní zcela odlišně, než jsme z naší zkušenosti zvyklí. Díky své životní zkušenosti prozřeli vydanosti lidí nadosobním silám, věří, že nemoc je dílem některých z nadlidských a mimolidských mocí. Pochopili, že nemoc je zlo přicházející tak, jak zlo dokáže přicházet. Nenadále, plíživě, bez jistot, že odejde. Porozuměli tomu, že zlo musí mít nelidské a nadlidské vlastnosti, s jejichž pomocí může být kdokoli z lidí přemožen.

¹ Mezi základní schopnosti šamana patří kromě léčby předvídat budoucnost, umět číst ze snů, umět číst z představ a vizí úmysly démonických sil, schopnost se převtělit v jiného člověka, ducha nebo zvíře, vstoupit do cizího těla, vést komunikaci s dobrými i zlými demony, mít vlastního démona nebo ducha na ochranu i radu, patří sem umění komunikovat zvláštními prostředky s duchy a bohy, dobrými i zlými, opustit tělo a vydat se do jiných světů např. mezi předky aj. K nám se dostává šamanismus vlivem „New Age“, městský šamanismus je známý v USA, ale i v jiných městech, např. v Číně. Velký vliv od šedesátých let mají fiktivní spisy Carlose Castanedy (Castaneda, 1968), otce neošamanismu (Rutheford, 1986; Drury, 1992).

² Můžeme učinit krátkou poznámku. Ani tradiční čínská medicína není zdaleka prosta redukcionismu a nedostatečného ohledu na plné a nekrácené celobytné člověka. Nemá k dispozici ty ideové koncepty západního světa, které lidskou svobodu a lidská práva vykládají jako bytostné a nepominutelné určení každého jednotlivého člověka. Nemá také k dispozici pochopení ani výrazy pro jedinečnost osoby a lidské vztahy otevírající nové horizonty porozumění těm oblastem lidské existence, které pojmenovalo křesťanství a k praktickému uvědomění a ověření je vynesla v podobě dostupné pro všechny psychoterapie. A podle ní je součástí nemoci, léčby i zdraví to, jak člověk žije, a to i morálně. I když tomu v praxi je do určité míry jinak, je i ona svým modelovacím přístupem reduktivní.

Když se zlo nemoci ukazovalo jako nelidské a nadlidské, zmocňovalo se lidí a mělo pouze špatné vlastnosti, tak bylo jen logické, že muselo patřit nadlidským zlým silám, majících podobu tvorů. Jak jinak by totiž mohlo sedat či přepadat jednotlivé lidi? Jednoho se zmocnilo, druhý zůstal stranou. Proč by tak činilo, kdyby nemělo svůj osobní zájem? A pokud mělo osobní interes, muselo být konkrétní bytostí. Nemoc proto považovali za následek přepadení člověka zlými a zpravidla také neviditelnými bytostmi. Když se mohly člověka zmocnit nemoci a měly nad ním vládu, mohly lidskou duši také z těla vypudit a samy jej ovládnout, okupovat. Proto se také někteří lidé mohli stát na čas démony a zlo muselo být odstraněno stejnými nebo podobnými prostředky – šamanismus nás učí, že nejen shodnými, ale také symbolickými – jakými se člověka zmocnilo.

Podstata léčby spočívá v osobní zástupné angažovanosti šamana. Ten na sebe přebírá některou z rolí, které má k dispozici. Může zprostředkovat, nebo i moderovat zápas zlých sil – démonů – různými obřady, kterými síly uprošuje, zahání či si zve jiné démony na pomoc. Často jejich působiště přemísťuje tak, že sám na sebe přebírá úkol být kolbištěm, místem, na kterém démonické síly vedou svůj zápas, kde působí. S tím přebírá sám na sebe nemoc, neboť nemoc je již zmíněným projevem zlých duchů, může to ale být i tak, a zde příslušné národy nezřídka nedělají rozdíly, že nemoc jsou zlí duchové samotní. Když odejdou, je pryč i nemoc, nebo se člověk ještě z následků nemoci musí zotavovat. Což ale někdy také nemusí přežít. Tato varianta se ve vzácných případech týká i šamana či medicinmana.

Konflikty dobrých a zlých démonů, vlastně božstev, se často odehrávají na člověku jako nemoc (Good, 1994). Na

něm se také zjevují a zase mizejí tajemství démonických úradků, do kterých člověk může nahlížet jen částečně, a to i pro rizika, která takové snahy přinášejí³. Jejich snahou je mezi démonickými božstvy sjednat takový stav, který by umožnil odvedení jejich

³ K pochopení fenoménu zjevení by bylo třeba provést analýzu subjekt-objektové pozice, která od Descartesa úplně ovládla pohled na lidské poznání v západní civilizaci. Zcela zjednodušeně: Dříve byly různé formy zjevení, vizí a obrazů považovány za zvláštní, ale tak jako veškerá realita za zjevenou (skutečnou) skutečnost. Poté byla jednota subjektu a objektu nahrazena pozicí *subjektu* jakožto vnitřního prostředí, psychikou, která stojí vždy proti *objektu*, vnější skutečnosti na subjektu nezávislou. O skutečnosti psychického, tedy subjektivního poznání rozhodla metoda vykazatelnosti, totiž matematizovatelnost, obecnost, opakovatelnost, předvídatelnost. Vše ostatní bylo psychologičtějším způsobem prohlášeno za projekci vnitřního, subjektivního prožívání na vnější svět. Proto bylo jen otázkou času říci, že vize, zjevení, zcela osobní spatření něčeho vnějšího je pouhým zdáním, založeným na „mechanismu projekce vlastních přání, stavů atd., které nikterak nesouvisí s vnější objektivní realitou“. Celá západní civilizace se postupně dostala (a proces pokračuje) do sféry materialismu a ateismu, protože bohové, duchové a „jiné“ síly jsou v tomto pojetí jen projekcemi vnitřních stavů organismu. Vytratila se tím pádem ze světa veškerá oblast poznání, které po tisíciletí platilo za stejně důležité jako poznání vykazatelné objektivně. Západní civilizace se z tohoto nemůže vzpamatovat, neboť se stala sice materiálně, tedy vnějškově bohatší, ale chudší o sféru subjektivně reálné neosobní, neprojektivované, zjevující se a zjevené skutečnosti. Toto ovšem šamanství nedokáže odlišit od objektivizace vnější a od bludů či falešných skutečností. Jeho zkušenost zjevení však není možné ani přísně metodologicky správně prohlásit za „psychickou poruchu“, pouhou projekci nebo za zvláštní vidění. Fundamentální kritika objektivismu byla, jak již víme dávno, provedena Husserlem (Husserl, 1996) a především Heideggerem (Heidegger, 1996) a jejich žáky. Jen málo vědeckých objevů, uměleckých děl a náboženského osvětlení by vzniklo nebyť nadání vidět svět jako zjevující se skutečnost. Jen některé z nich lze objektivizovat přírodovědecky, jiné nikoli.

aktivit z lidského těla i duše někam jinam. Zpravidla na jinou, nejlépe nepřátelskou osobu nebo na nějaké zvíře či věc. Když kouzelníci, šamani nebo medicinmani provádějí své obřady a nabízejí sami sebe, aby zápas prošel jejich tělem a myslí, jsou takřka scénou i aktéry dramatu nemoci. Přitom ale vybízejí a provokují nemocného, aby zapojil své vlastní síly a spolu s medicinmanem se vzepjal a také bojoval. Neboť i on má své dobré demony, které může vyvolat a vyslat k zápasu. I on může přivolat bytosti, které budou bojovat za jeho věc. Bez jejich přízně a pomoci člověk na světě neobstojí.

Šamani se stávají nejen kolbištěm sváru nadpřirozených sil, ale i účastníky zázraku uzdravení. Bojují s nemocí nikoli jako současní lékaři zvnějšku, v chladně odtažitěm, racionálně a řemeslně koncentrovaném, věčně konajícím, objektovém ladění, s vědomím převahy, kterou díky vlastním schopnostem lze uplatnit s nadhledem a odstupem, ale mohou se ocitnout v samém jejím epicentru. Sami na konfliktu participují jako herci autentického divadla, kteří přebírají role skutečných postav, skutečných démonů. Šamani si obzvláště pronikavě všimli lidské odkázanosti a vydání silám, na které by sami o sobě nestačili. Využili toto poznání, neboť jim přineslo moc právě tam, kde byli dosud bezmocní. Poznali vlastnosti démonů, jejich charakteristické projevy, dokázali jim dát jméno a našli i jiné duchy, které mohli získat na svoji stranu konfliktu. Měli svoje typologie, své zaručené a osvědčené šamanské postupy, své převzaté i vlastní kouzelnické „know how“.

Zatímco odcizení moderní medicíny člověku je způsobenou jeho zužujícím zpředmětněním, kouzelníci

bezprostřední zkušenost interpretují magickým konkrétismem.⁴ V magii a šamanismu se setkáváme s odcizujícím popřením osoby nemocného člověka, neboť ta je upozaděna do takové míry, že je redukována na pouhé jeviště, „prostředí“, ve kterém se nemoc coby střet démonů stává produktem démonických událostí. Typické je magické myšlení a prožívání osobních stavů a ladění, člověk své pocity personifikuje a externalizuje, čímž oživuje svět neživých věcí. Toto oživení a externalizace jsou pak, spolu s pronikavými vhledy do síly stavů přínaležející k prožívání nemoci, domyšleny a logicky dotvořeny v ucelenou a vnitřně konzistentní strukturu, ve srozumitelný systém světa, který je aplikován na jiné skutečnosti a životní zkušenosti nebo je z nich odvozen, především však vzájemně provázán a podmíněn (srov. Lévi – Strauss, 2006; Bowie, 2008).

Šamanismus, podobně jako současná medicína, je součástí určitého obecnějšího názoru na svět, jeho uspořádání a souvislosti v něm. A jako nemůžeme šamanismus jen tak vyčlenit z celku daných kultur, nelze totéž učinit ani s moderním lékařstvím.

Podobně jako jsme svědky změn úhlu pohledu v pozitivismu, je v šamanství a kouzelnictví osoba nemocného člověka (jeho názor, důvěra v jeho slovo, v to, co říká a čemu sám rozumí) považována hierarchicky i významem za bytost nižší důležitosti. Pravda o nemoci je i zde svěřena do rukou odborníka, jímž je šaman. I zde vidíme, že nemoc je abstrahována od člověka a pojata jako

⁴ Magický konkrétismus se vyznačuje vírou v psychickou ovlivnitelnost fyzikálního světa. Konkrétismem jej nazývám proto, že magie se vztahuje vždy k určité věci.

projev cizích sil, čímž je odcizována osobě nemocného. I když jsou šamani ve věci angažováni svým „tělem i duší naplno“, jejich vztah k nemocnému je reduktivní a neosobní⁵. Nemoc se

⁵ Během vytržení se vytrácí osobnost šamana, ale i nemocného ve smyslu, kterým jej vymezuje psychologie. Jeho osoba se však proměňuje a je definována jeho zvláštními schopnostmi vykonávat obřady. Trans je zvláštním stavem vykračujícím z každodennosti. Z běžné obstarávající rutinní a obecně sdílené samozřejmosti svého bytí, ve kterém je určitou trvale identickou osobou, se šaman proměňuje do nesamozřejmého, do extatické bytosti, která se tak rovněž společensky vyčleňuje. Ve většině velkých kultur a civilizací máme doklady o tom, že vytržení patřilo k poměrně běžné a obecné zkušenosti lidí. Zvláštní stavy vytržení byly podmíněny jak různými obřady, tak látkami, které k tomu napomáhají. Užívání oněch látek však, zdá se, přináší mnoho komplikací, metodologických nejasností a věcných i

ukazuje jako něco odlišného od toho, co ve zkušenosti nemocného znamená, ale je něčím, co se neduhem demonstruje jako vnější, nadlidský svět. Nemoc je zde pomstou, zlým úmyslem, projevem něčí zlé vůle, ale nikoli skutečností, která je nic více a nic méně tím, co se bezprostředně a samo ze sebe v plné a nekrácené podobě ukazuje. Jako nově vzniklá nemohoucí součást vlastního konkrétního života, existence nemocného člověka, který nestojí jen ve světě vnějších materiálních skutečností, ani není pouhým nástrojem či prostředkem vnějších bytostí.

morálních problémů souvisejících s věrohodností. Není bez zajímavosti, že Řekové, ale zejména židé a první křesťané považují použití cizích látek za známku nespolehlivosti a nevěrohodnosti zjevení.

LÉČITELÉ A LÉČITELSTVÍ

Léčitelství má v historii lidstva tisíciletou tradici. Mělo a má nespočetně podob a odlišností. Jiné je na Madagaskaru než u Youroků na západě Kordiller, ve středověku se v Evropě snoubilo s alchymií a první chirurgií stejně tak jako se zařikáváním a bylinkářstvím. Moderní léčitelství, homeopatie, představuje již průmyslovou a komerční disciplínu, která profituje pravděpodobně z absence citlivého a chápatelného porozumění pro lidskou iracionalitu a její důležité hodnoty a významu v našem životě. Podobně jako v případě šamanismu a kouzelnictví se i zde pokoušíme najít určující znaky, pohyb a význam léčitelství (srov. Matula, 1948).

Léčitelé sice nevstupují do zápasu stejným způsobem jako šamani,

nepodstupují tak namáhavou a náročnou proceduru, protože jejich rozumění nemoci je odlišné. Člověk je podle nich přírodnina, tvor, jenž je uhněten z přírodních látek a jejich sloučenin, které jsou obdařeny mocí, energií příslušející přírodní látce. Tyto látky ani energie ovšem nelze chápat dnešní chemií či fyzikou, neboť přírodní látky mají i jinou než přírodovědnou kvalitu síly. Energií je nazváno vše, co má vliv, co je působivé. Působivá je například i píseň, a proto v léčitelském diskursu může poskytovat působivou energii. O zakletí, prokletí a podobném magickém aktu vykonaném na člověku, jenž je blízký kouzelnictví, nemluvě. I zde je patrné, že snahou léčitelství je vyjádřit působivost především léčivých činitelů jedním společným pojmem, jednotnou, reduktivní koncepcí. Nemoc je chápána

jako disharmonie v přírodních silách a látkách, které tvoří člověka nebo patří do prostředí těchto faktorů. Na rozdíl od démonické představy nemoc není bytostí, ale je poruchou atributů přírody, která má však jiné vymezení, jinou podobu, než příroda ve vědeckém pojetí. Má velmi často rysy panteismu nebo primitivnějších forem, kterým bývají přírodní náboženství. Ty nemusí léčitel vyznávat, může to být klidně praktikující křesťan, ale léčitelství z něho logicky vychází. Léčba je rovněž svébytná. Zpravidla je použita nějaká přírodnina, která tělu chybí, přebývá nebo slouží jako činitel, jenž spouští přírodní procesy, u kterých léčitelé předpokládají, že mají léčivý potenciál. A to velmi často podle zákonů, které jsou podobné zákonům asocianistů. Blížkost implikuje stejnost, opak nebo komplement dané věci. Znaková podobnost je vyložena nejen jako druhová, ale i rodově pojatá příbuznost, časová posloupnost děje implikuje kauzální vztah v kterémkoli bodu časového řetězce. Stačí tedy nějaký druh asociační možnosti mezi léčivými látkami a orgánem, který je nemocen, a léčba pak je prohlášena za adekvátní. Látky a energie jsou považovány za nejpůsobivější tehdy, mají-li ryze přírodní podobu.

Jakmile mezi vybranými látkami dojde k sdružení, např. dotekem, výskytem nebo časovou blízkostí, jsou dávány do příčinné souvislosti. Mohou být použity jako léčiví činitelé a zároveň pak jsou přiřazeny k příčinám onemocnění. Léčitel není ten, kdo léčí v současném medicínském slova smyslu, ale ten, kdo rozumí disharmonii látek, energií a jejich působnosti a snaží se o rovnovážný harmonický stav. Ekvilibrium se neomezuje na ryze přírodní látky a látkové procesy, ale i na hodnoty, nálady, názory i vztahy, dokonce na světonázor. Léčitel tedy hledá korelace

mezi všemi vlastnostmi látek a člověka, a ty pak považuje za diagnosticky i léčebně významné. Nesourodost korelovaných věcí z přírodovědného hlediska není rozhodující. Léčitelé podobní alchymistům takto přírodninám v různé míře rozumějí a jsou schopni cítit jejich léčebný potenciál.¹ Stejně tak svou trénovanou a talentem obdařenou vnímavostí a citlivostí, svými „šestými smysly poznají“ nemoc na člověku, na jeho těle, její povahu i lokalitu.² Jejich vlastní čivy jsou stále ještě bezprostřední přirozenou schopností, která, podobně jako je tomu u šamanů v říši duchů a démonů, vstupuje do děje přírodních sil, do diagnostického a léčebného procesu.

¹ Zde je třeba připomenout alchymii, která nebyla určena primárně léčbě, ale hledala v přírodninách jiné, totiž duchovní, a především přírodní zákony, principy a síly. Alchymie v sobě mísila přírodní vědy chemii, fyziku, ale i nauku o lidském těle a jeho funkcích. Umělci renesance prováděli spolu s tehdejšími lékaři pitvy (Michelangelo, Leonardo da Vinci), studovali matematiku, geometrii, zeměpis, geologii a astronomii. Lidé však také pěstovali magii, zabývali se vyvoláváním duchů, hledali kámen mudrců a snažili se vyrábět drahé kovy, zejména zlato. Jejich ambicí bylo najít a objevit tajemství tvoření, principy, podle kterých byl Bohem vytvářen svět. Alchymie obsahovala nejen mystické a magické prvky, ale také umožnila vznik experimentování, především laboratorního, pokusů a systematického pozorování určitých dobře definovaných jevů. Alchymisté patřili k předním myslitelům té doby a byli častými hosty vládců světských i duchovních hodnostářů, kteří je nezřídka u dvora hostili. U nás za Rudolfa II. měla alchymie punc evropské velikosti a Praha tehdy představovala město, kde se poznání pěstovalo na nejvyšší úrovni. Vzpomeňme v souvislosti s alchymií např. Keplera. (*Slovník spisovné češtiny, Encyklopedický slovník*).

²Lidská vnímavost, obzvláště je-li trénovaná, bývá leckdy překvapivá. Je však důležité, jak jsou její projevy interpretovány, jak je jim rozuměno. Vlastní pozadí výkladu vždy zasluhuje co nejbližší zkoumání.

Léčitelé mnohem častěji než kouzelníci bývají osoby obojího pohlaví. Sběrači a sběračky, bylinkářky a bylinkáři, apatykáři, výrobci i producenti rostlin, znalci neorganických látek v různých podobách a útvarech, výrobci a experimentátoři s bylinami a rostlinami vůbec. Mastičkáři, ranhojiči, léčitelé a drogisté, felčáři, všichni se nějakým způsobem odvolávají na přírodní látky, síly a jejich blahodárné působnosti na nemoci, neduhy, potíže, traumata, rány osudu, neštěstí, tresty boží, prokletí, přírodní pohromy.

V přírodním léčitelství vidíme, že nemoc je chápána nejen jako něco, co vždy přesahuje lidské osobní bytí, tedy to, co se děje v jiném než osobním prostoru. Osoba zde není jedinec, jehož pobyt,

PSYCHOTERAPIE

V psychoterapii se však celá situace radikálně proměňuje. V ní se vždy jedná o osobní bytí člověka ve světě.¹ Je nejen

¹ Jsem si dobře vědom rozdílu mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry a jejich teoriemi. Přesto však i krajní psychoterapeutičtí redukcionisté musí vycházet a stále se navracet ke konkrétní osobě a k podmínkám jejich konkrétního osobního života v řadě aspektů, nikoli pouze jediném. Tato skutečnost je také jedním z diferenciacních kritérií mezi psychoterapií a jinými formami léčby. Domnívám se, že integrace v psychoterapii nemůže vést cestou hledání a nalezení nějaké univerzální metateorie, která by sjednotila dnes již několik set různých směrů, škol, postupů a dílčích názorových okruhů a metod. V budoucnu je spíše možné očekávat pokusy o sjednocení cestou příklonu k popisům a výkladům vycházejícím z bezprostřední zkušenosti vyjadřované běžnou mluvenou řečí a kultivovanou zkušeností oboru. Je totiž zbytečné a nadbytečné zavádět zvláštní teoretické konstrukty, které stejně tak jako tak vycházejí z osobní bezprostřední zkušenosti vyjadřované všem přístupnou řečí. Tou se ostatně mezi sebou domlouvají pacienti

existence je nemocná. Nemocen je (podobně jak to vidíme v moderní medicíně) nějaký orgán, nějaká oblast těla, která není vztahována k osobě jako celku, ale k přírodním procesům, vnějším silám procházejícím člověkem, zvenku dovnitř, avšak zase někde do Přírody či mimo jeho existenci. Pak nutně následuje krok druhý, jenž lidskou existenci převádí na soubor rozsáhlé, nejednotné, mnohoznačné i vágně vymezených přírodních procesů, zákonů a sil.

Lidské tělo a duše jsou dvě od sebe oddělené energie a látky, které se vzájemně ovlivňují, ale představují odlišné skutečnosti, kdy v mnoha podobách léčitelství jedna může alespoň po určitý čas existovat bez té druhé.

tím, o koho vždy především běží, ale také

s psychoterapeuty, stejně jako představitelé škol, kteří se chtějí mezi sebou dorozumět. Terapeutické konstrukty a modely zde vznikly především z touhy se vyjadřovat stejně exaktně a stejně jednotně, jak to vidíme v přírodních vědách. Nápadný rozdíl mezi jednotnými jazyky a normativem v přírodních vědách, zejména v matematice, fyzice, chemii, a opačným trendem v psychoterapii nelze vysvětlit vývojovými fázemi oboru. Paralelu teoretických divergencí v přírodních vědách nenalezneme. Nelze ji ani vysvětlit jakousi vágní a neurčitou doktrínou, spíše příslibem, že v budoucnu dojde díky nějaké vyšší teorii o člověku, plynoucí z dokonalejšího poznání mozku a jeho funkcí, také nejen k nahrazení psychoterapie neurovědami, ale ke konečnému výkladu všeho, čím lidské bytí je, pomocí přírodovědeckých prostředků. Tento příslib či víra nemá žádnou jinou oporu než stále stejnou víru, iracionální přesvědčení, že přírodovědecké poznatky a metody jsou poznáním vyššího řádu než „pouze“ tzv. subjektivistické nebo čistě spekulativní filosofické vhledy a jejich antropologické artikulace.

se k němu psychoterapeutická pozornost vztahuje. V neredukovaném celostním pojetí vidíme jako na dlani (ale je tomu tak i jinde v psychoterapii), že nemoc nemůžeme nahlížet výhradně v medicínských kategoriích, nýbrž vždy také v kategoriích sociálních, vztahových, rodinných, kulturních, jež – oprostěny od redukci – jsou zároveň kategoriemi existenciálními. A takto je jakákoliv nemoc nahlížena v psychoterapii. S ohledem na bytostnou povahu věci **být nemocen znamená nemoci svobodně žít svůj život v možnostech, které byly otevřeny, ale nemoc je uzavírá.** Uvedme věc názorně na příkladech vyňatých z konkrétních kazuistik.

Abychom věc ještě více přiblížili, uvedeme ji v „ich“ formě. Být nemocen v případě desetiletého kluka může znamenat nemoci projevat svoji touhu po vztazích s dospělými, po jejich lásce a blízkosti, porozumění, péči, zájmu, který potřebuji. Chci, aby mi rozuměli a poskytli svoji lásku a společný čas. V případě, že je tomu naopak, svoji bezmoc, nemohoucnost a zběsilé pokusy vše změnit projeví poruchami chování. Toto mé prožívání, moje situace, je jako vše, co a jak žiji, na různých rovinách a v různých oblastech života také tělesně. Takže budu v uvedeném případě citové a vztahové deprivace trpět i tělesně, gastrointestinálně – budu mít střídavě průjmy a zácpy, budu mít migrenózní bolesti hlavy, v oblasti vylučování budu mít časté nutkání k mikci. I když to nikdo nesleduje, budu mít nejen úzkosti a strádat neklidem, ale kardiovaskulární systém bude zatížen nejen častým zvýšením tepové frekvence, ale budu vykazovat sice přechodné, leč průkazné stresové kardiovaskulární reakce. Protože jsou to jen drobnosti, nikdo si toho nevšimne. Psychoterapie mi pomůže strádání vyjádřit, pochopit a

v dobrém případě, kdy se podaří do mé osobní psychoterapie přizvat rodiče, se změní také chování i jednání moje i dospělých, na kterých mi záleží více, než jsme si všichni vůbec kdy připustili. A moje oběhové i ostatní tělesné potíže zcela a bez povšimnutí kohokoli vymizí.

Budu-li vychován prudérně, pedantsky náročně, citově neúčastně a moji rodiče mne budou bedlivě a s nedůvěrou sledovat obzvláště okolo mé puberty a stane-li se, že budu sexuálně zneužit partou opilých starších kluků, pak utrpím skutečnou ránu osudu. Napřed se budu dlouho vzpamatovávat z denní i noční můry, kterou jsem zažil. Nikdo to nesmí vědět, a přitom se hrozím chvíle, kdy se moje slabost a neskonalá blbost provalí. Raději se začnu stranit lidí, budu mít dojem, že každý na mně vidí ono zneužití a bude si o mně myslet ty nejhorší a nejohavnější věci a já vůbec nedokážu vysvětlit, co se to vlastně stalo. Budu se izolovat od lidí po více než deset let a kvůli tomu nedokončím školu, můj stav, moje pocity, celé prožívání se změní natolik, že už ani nedokážu opustit byt svých rodičů. Pak již zasáhnou rodiče. Dostanu antipsychotika a budu mít invalidní důchod. Přiberu dvacet kilo, budu se neustále čpavě potit, budou mne čas od času bolet klouby, padat vlasy a změní se moje vizáž, tělo, dokonce i pokožka. O zácpách a složitostech okolo vlastní hygieny ani nemohu mluvit. Natož pak o tom, co si skutečně myslím o sobě i o ostatních lidech.

Psychoterapie mi pomůže najít důvěru v ničím nezpochybnitelný zájem druhého člověka, kterému se pak mohu svěřit, a tak pochopit svou situaci a znovu navázat potřebné kontakty s druhými lidmi, takže se moje izolace protrhne. Už se na sebe nedívám jako na hnusného slabocha a podivnou odpornou bytost, ale dojde mi, pomalu a

postupně, že jsem se stal obětí jednoho z nejtěžších zneužití, které mladého hochu může potkat. Že já nejsem vinen! Pak také dokončím dálkově studia a začnu pracovat. Shodím polovinu nadváhy, začnu se léčit na endokrinologii, přestanu se tolik potit, přestože mám zjištěnou artrózu 1. stupně, chodím na procházky, ba i do kina a dělá mi dobře rehabilitace. Posléze jsem se i odstěhoval od rodičů, i když k nim chodím denně na návštěvu nebo aspoň zavolám. Líbí se mi ženy. Moc mi to s nimi pro moje nejistoty nejde, ale líbí se mi a přitahují mě. Už vím, že nejsem „teplouš“ ani žádné „prase“, jak jsem se v duchu nazýval. Pokračuji v psychoterapii. To, co můj psychiatr nazval bludem, je pryč. Měl bych chodit více mezi lidi, což je zatím nad moje síly. Ale žiji, cítím život v celém těle a také už vím, že jsem v jádru své bytosti dobrý člověk. Mám velmi rád děti pro jejich opravdovost, bezelstnost a bezprostřednost, schopnost dát najevo city a přizeň nezávisle na kádrovém posudku. Sestřiny dvě děti hlídám často a rád.

V jiném případě se mi může stát, že po úraze na motorce ochrnu na dolní končetiny, upadnu do hluboké melancholie a budu uvažovat o sebevraždě. Psychoterapie, která se zabývá také mou rodinou, mi pomůže najít novou naději, přijmout aspoň částečně ochrnutí a najít nový vztah k manželce i dětem. Deprese jsou menší a méně časté, se zcela novou tělesnou situací se postupně seznamuji. Konečně jsem začal cvičit a rehabilitovat. Bez rehabilitace bych se opravdu dostal do hlubokého propadu na duši i na těle. Opět chodím, vlastně jezdím s rodinou na výlety a s kamarády do hospody na pivo, na fotbal. Není to žádná legrace, ale žiji svůj vlastní nový život docela dobře.

V jiném případě trpím ulcerózní kolitidou. V psychoterapii jsem si uvědomila, jak moc jsem podlehla názorům a očekáváním rodičů, kteří po mně chtějí velké výkony a neustálé sebezpřemáhání. Přitom mezi sebou mají tiché války, které se snažím rovnat, protože „to poznám, že moji pomoc potřebují“. Na kluky jsem neměla čas. Jednu věc, kterou jsem si dovolila, je příslušnost k jedné náboženské skupině, kde se cítím opravdu přijímána, kde nemám žádné starosti a pochybnosti o sobě ani o tom, co je a není správné. Ale to pečlivě před ostatními tajím. Psychoterapie mi i zde pomohla najít rovnováhu mezi vírou a slepou závislostí. Moje vředové onemocnění se s rozpoznáváním mé životní situace i minulé doby postupně upravovalo. Krev mívám ve stolici jen zřídka, když se přetížím. Mám konečně známost. A už dlouhou dobu jsem nevzala žádné kortikoidy.

Příklady nám ukazují řadu věcí². Mají nejen demonstrovat přirozený a zákonitý souběh jednotlivých dimenzí lidského celo-bytí, ale poukazují zejména na tělesnění všech zdravých i nezdravých momentů, situací, chvil i etap života. Ukazují, že své tělesnění vykonáváme svým tělem nejen podle pravidel přírodních zákonů, ale ve smyslu toho, co konáme, jaké hodnoty vyznáváme, jak jsme ladění. Díky naší tělesnosti můžeme vnímat hebkost i drsnost věcí, díky rytmizaci tělesných funkcí cítíme rytmus světa, rozumíme pravidelnostem v hudbě i v přírodě, nejen akademicky, ale tak, že jimi také žijeme, že jimi jsme³.

² Všechny uvedené příklady jsou zlomky skutečných případů, které byly z názorných důvodů přepsány do ich formy.

³ Žádný stroj nemůže mít jakýkoli pocit, vjem, neboť neví nic o čase, neví nic o sobě, a tím pádem ani o světě. O tom, že stroj je světu

Představují uplatnění tělesnosti v potížích, které jsou jen zdánlivě výhradně psychické. Ukazují rovněž na uplatnění jednotlivých bytostných určení, jakými je například pohlavnost, historičnost, či smrtelnost v jiných určeních. Například pohlavnost v historičnosti či tělesnosti. Zdánlivě jde o kauzalitu, můžeme zde ale mnohem pohodlněji a nezatíženě chápat tuto mnohoznačnost jako aspektální výraz celku.⁴

uzavřenou skutečností, víme jen my lidé. Pokud si však myslíme, že i stroj má svět jako my, pak je to známkou hlubokého neporozumění tomu, co znamená existovat, co všechno jako lidé máme, čím jsme obdařeni a nadáni, na rozdíl od sebesofistikovanějších věcí.

⁴ Jakmile zavedeme kauzální souvislosti mezi aspekty, začneme se utápět v nastolující se nutnosti určit časové posloupnosti, kauzální

vztahy a vazby, podřazenost jedné druhým, časové i funkční souvislosti, a ztratíme přitom ono původní, tedy jednotný a celistvý lidský život, lidskou existenci. Kauzální pravidla platí v hledisku předmětných událostí, kdy jedna s předvídatelnou pravidelností předchází druhou tak, že ji podmiňuje. Tuto metodu ale nelze aplikovat, pokud se týká významu, smyslu věcí (Ricoeur, 1993). Ty pak určují jejich působnost, váhu, pohyb. Celek lidské existence není definovatelný jednotlivými vědeckými disciplínami, neboť postihují aspekty předmětnosti a nikoli osobního, existenciálního významu. Protože se psychosomatická medicína pohybuje často střídavě a bez reflexe mezi předmětností a smyslem, dochází k zmatkům a nepochopení. Obě podoby tělovosti mají svoje opodstatnění. Jedna nemůže druhou vyloučit, předmětnou tělovost však lze vyložit žitou tělovostí, nikoli naopak.

JAKÝ JE TEDY ROZDÍL MEZI PSYCHOTERAPIÍ A JINÝMI LÉČBAMI?

Psychoterapie, na rozdíl od ostatních metod, se nezabývá primárně potížemi, ale naším bytím včetně bytí tělesného ve světě.

Nemoc se v ničím nekráceném antropologickém porozumění na rozdíl ode všech předchozích konceptů netýká primárně mého těla nebo mé duše, ale vždy mé existence, mého, tedy i tělesného pobytu ve světě. Týká se mne zároveň se světem, ke kterému se vztahuji, který tvoří místo mého života, s lidmi a vztahy k nim, s tím, jak svůj vezdejší život vnímám, cítím, jak mu tak či onak rozumím. Nemoc zasahuje nejen moji tělesnost, ale celý můj život, jehož jsem nedílnou součástí, což platí i naopak. V tomto místě vidíme základní rozdíl mezi nemocí pojatou v tak či onak

předmětné podobě a nemocí pojatou celostně, naivně bezprostředně, jenž se jeví jako neštěstí, zlo a strádání. Nemoc v žité skutečnosti tedy není něčím vnějším, ale je součástí mého, vašeho bytí. Sice ne bezesbýtku, ale cele.

Celek mého bytí nekončí povrchem mého těla ani jeho skladbou. Ale má existence může být nahlížena z hlediska tělesnosti v dalších než jen předmětných významech, neboť bez nich by tělo zůstalo pouhou věcí. Různé způsoby tělesnění poukazují na jeho různé významovosti, které jsou stejně důležité jako předmětnost těla. Když spěchám na pracovní poradu s kolegou na klinice, a pak chvátám za dalšími povinnostmi s pacienty, když ráno v neděli kráčím s rodinou za věcmi převzatými od svých

předků nebo za současnou kulturou, odpoledne jdu pracovat do zahrady sám, všechno tohle je prováděno z hlediska předmětné medicíny kosterně-svalovým aparátem počínaje a neurologicko-endokrinním aparátem mého těla konče. Ale čtenář si jistě dokáže představit, že veškeré tělesné pohyby se dějí ve světě, a každý z nich má zcela svébytný a neredukovatelný význam, který anatomie či fyziologie (včetně patologické) není s to postihnout. Přece by nikoho soudného nenapadlo můj pohyb na poradu prohlásit za významem shodný s chůzí za zábavou. Součástí lidské existence je proto vždy svět, ve kterém je lidská existence uskutečňována pohybem, včetně pohybu tělesného. Ani svět objektivní, ani jen subjektivní. Vždy jeden, společný pro všechny, ve kterém se každý pohyb existuje svým způsobem. Je současně pohybem ducha, jenž dává smysl tělesné chůzi. Je odemknut otevřeností každého z nás tomu, co se v něm může ve světle našeho bytí objevit.¹

Naše bytí je vždy časové, historické, smrtelné, situační, prostorové, tělesné, věkové a také vztahové i pohlavní. Zmíněná určení se uplatňují současně a jedno nemůže být bez druhého, byť v různých situacích vyvstává jedno před druhým. I tělesnost se váže ke všemu tomu, co dělám; myslím v trojím čase, ústícím do žité přítomnosti, zakořeněná v minulosti, vykloněná do stejně živé budoucnosti. I svým teď již zdravým tělem mířím tam, kde se světlna světa ztrácí v neproniknutelných a tajemných končinách bytí.

V nemoci se v určitých jejích poukazech

¹ Tahle nezvykle znějící vyjádření vycházejí z domyšlené analýzy existence a snaží se věrně řečově postihnout zkušenost, prožívání toho, jak člověk ve světě existuje, vyvstává, jak lidsky je.

ocitám na pomezí, za kterým zmizeli a mizí moji drazí a všichni ostatní tam, kam časem zmizím i já – a ve stejném společném údělu my všichni. Není to však pouze tato poloha tajemství. Ve zkušenostech i vizích se objevují jiná světla plná naděje. A i ona patří k nemoci, kterou pak již ani nemocí nenazýváme, protože jí začínáme rozumět podstatněji a ona se stává součástí širšího vezdejšího pobývání, což její smysl proměňuje mimo oblast i možnosti medicíny.

Tělo je v medicíně pojato jako předmět abstrahovaný z žitého světa, v psychoterapii jako modalita existence ve světě. Tento rozdíl je nepřekročitelný.

Psychosomatickou medicínu na letošní konferenci potkala i díky přítomnosti německých kolegů naděje, že se přece jen statisticky významně ukazuje, že na vznik i průběh řady klasických nemocí má vliv psychický stav, životní styl, lidské vztahy v rodinách i jinde. Tento trend jakoby vlil krev do žil víře v možnosti vzniku nové medicíny. Zdá se však, že se pouze rozvíjí a výzkumně potvrzuje psychofyzický paralelismus.

Korelace mezi duší a tělem jsou sice četnější a nacházíme je i tam, kde bychom je nehledali, leč metodologicky jsme stále na stejném místě. Existující průrva mezi duší a tělem se nezacelila ani o píď, jen jsou výraznější její okraje. Jistěže můžeme takto pokračovat a dále rozvíjet další paralelu sociální, spirituální, historickou a podobně. Určitě to na první pohled povede k většímu počtu informací, k poučenosti o souvislostech a k hledání nových společných témat i metod použitelných a používaných zejména v somatické medicíně. Lékaři budou častěji hovořit s pacienty nejen o tělesné nemoci samé, ale i o způsobu života, poměrech v práci či v partnerství. To ale nemůže

psychosomatickému lékařství pomoci podstatně, protože medicína stejně musí zůstat u svých osvědčených a předepsaných lege artis postupů.² Považovat tento trend za známku integrace je věcně zavádějící, protože v integraci jde o zcela jiný význam, totiž o sloučení v jeden organický celek a nikoli o paralelismus³. Ostatně, v této oblasti přitahuje i legislativně a profesionálně. Z hlediska pojetí člověka je celá tato skutečnost poplatná přírodovědeckému přístupu, který obecné považuje za nadřazené jednotlivému, neboť jedinečné je případem obecniny. V neredukované antropologii nemůžeme ani aristotelovské pojetí přírodních věd považovat za určující, protože klasifikující zobecnění jakožto metodologické východisko je i v psychoterapii zavádějící. Vždy se totiž setkáváme s jednotlivým člověkem, s jednotlivými životními událostmi jedince, se situacemi, které jsou sice podobné, ale významem jedinečné a neopakovatelné. V nezúžené antropologii se nám neustále vrací jedinečnost a neopakovatelnost životní chvíle, lidské existence jako základní metodologický rozvrh.

Co nám tedy zbývá? Máme nechat

²Uznávané postupy v medicíně jsou uvedeny v *Evidence Based Medicine*, ve které je zdůrazněno vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty. Jelikož se jedná o průkazně účinnou metodu, jde o postup „lege artis“. Ten předpokládá splnění požadavku obecného uznání v oboru a zároveň je i postupem, který konvenuje up to date stavu vědeckého poznání v oblasti zdravotní péče (Sackett aj., 1996).

³ Integrace (z lat.) ve všech oblastech užití znamená scelení, ucelení, sjednocující souladné spojení v jednotný celek (*Slovník spisovné češtiny*).

medicínu, ať si dělá svoji práci? Protože jsme také předmětnými stvořeními, její přínos je k nezaplacení. Časem ale bude přivedena k tomu, že její horizont je nejen vymezený, ale i omezený. Pak začne svoji vlastní reinterpretaci, kterou však nelze provést přírodovědecky, stejně tak jako radikální ekonomickou reinterpretaci nelze provést jejími omezenými prostředky, ale návratem k hodnotám, smyslu hospodaření, k tzv. lidskému faktoru, jenž je třeba nahlédnout také fundamentální ontologií. K její sebereflexi psychosomatická medicína přispívá zásadním způsobem.

Psychosomatická medicína stojí na rozcestí několika možností. Jednou je zabývání se somatickými příznaky nemoci, léčit je klasicky a při tom sledovat životní okolnostmi člověka, ve kterých se svou nemocí nachází. Jde také o to, jak je prožívá, jak s nimi zachází, jak se v nich vyzná a umí se s nimi vypořádat. Pacientovi je poskytována klasická lékařská péče a souběžně s ní psychoterapie. Podle vývoje celé věci bude akcentována buď somatická, nebo psychoterapeutická složka péče. Zda taková podvojná péče bude poskytována jedním odborníkem nebo vícero lidmi, je další problém. Tato péče je paralelní po celou dobu trvání nemoci, způsob, frekvence a další okolnosti obou typů péče mají dynamicky, situačně podmíněný charakter. Volba způsobu péče je věcí vývoje nemoci i léčby. Jako obzvláště výhodná pro tento typ péče je práce týmová.

Jinou cestou je převaha somatické léčby podporované psychoterapeutickým zájmem lékaře. Psychoterapie je adjuvantní, podpůrná, nesystematická, situační, zaměřená na bezprostřední souvislosti nemoci a života člověka. Neboť pacient má možnost o své nemoci a souvisejících tématech hovořit, lépe své nemoci rozumět v jejích

souvislostech.

Jinou alternativou je soustavná psychoterapeutická péče (individuální, skupinová, rodinná), kdy spoléháme na to, že somatické potíže společně se zlepšením psychického života pacientů samy ze sebe odeznějí nebo se upraví. Lékař somatik je přizván tehdy, vyžaduje-li to nezbytně tělesný zdravotní stav pacienta. Obě léčby pak po nějaký čas mohou běžet paralelně. Nezbytná je vzájemná informovanost odborníků.

V současné době se stále více a stále častěji i v rámci oficiální medicíny ukazuje, jak člověk své životní potíže patologicky tělesně do podoby somatických potíží, neduhů a onemocnění. Stále více a stále častěji jsou před nás kladeny důkazy o tom, že tělesné potíže souvisejí s životem a jeho vedením. Život pacienta je ovlivňován jeho životními hodnotami, lidskými vztahy v rodinách, partnerstvím, jeho sebepojetím. Poněšický (2004) upozorňuje na četné a množící se klinické příklady těchto souvislostí. Např. že při blokáдах páteře, při kterých se provádějí mezokainové nebo prokainové obštriky, tyto zásahy pomáhají tam, kde vznikly mechanickým způsobem; v případě jiných vlivů, jimiž jsou dlouhodobé situační problémy, potíže ve vztazích či neschopnost vypořádat se s nároky života, však nepomáhají, pokud nejsou kombinovány s psychoterapií. Uvedli jsme před časem kazuistiku ženy trpící ulcerózní kolitidou, kdy samotná léčba kortikoidy měla jen krátkodobý efekt. Teprve solidní psychoterapie pacientce umožnila dlouhodobé zlepšení jejího onemocnění. Z invalidní neúživé, na domov a lůžko upoutané mladé ženy se stala jiskrná energická bytost, která již žije ve vztahu s mužem (Růžička, 2006). Z našeho pracoviště bychom mohli uvést řadu příkladů, naše i světová literatura

jich uvádí nespočet a stále jich přibývá. Proto bude součinnost psychoterapeutických postupů v širším smyslu a rozsahu používána čím dál více. Ani ty však nevyřeší základní problém, který spočívá v tradiční podvojnosti duše a těla.

Chceme-li rozumět významu nemoci pro pacienta, a přitom chápat i její biologii, je třeba nemoc vyložit v perspektivě jejího smyslu. Tělesnost musí být ve výkladu vztahována ke smyslu vždy, smysl však na biologii redukovat nelze. Pokud využijeme poznatky a cenné informace tradiční medicíny pro hlubší výklad smyslu, pak může být spolupráce s psychoterapií více než užitečná, naopak pochopení a neopomíjení smyslu zdraví a nemoci u konkrétních lidí na pouti jejich životem připomíná a ukazuje klasickému lékařství jeho skutečný, biologickou předmětnost přesahující význam (Heidegger 1987, 1996; Patočka 1995, 1999; Boss 1947, 1953, 1975; Condrau 1998, u nás Čálek 2004, 2009; Rezek 2008, Růžička 2006, 2010a). Zároveň také povyšuje medicínu z řemesla a jedné z přírodních věd na milosrdnou, ušlechtilou, úctyhodnou a rozumějící péči a starost o druhé lidi.

Nicméně je nepochybné, že biologii člověka somatická medicína nemůže opustit, neboť lidské tělo je živou věcností, přírodninou – a protože o něm víme v souvislosti s nemocí a zdravím nenahraditelně mnoho, zůstane také tím, čím je dnes, byť se bude i nadále přírodovědné poznání právě o něm vyvíjet a rozvíjet tempem, které je již dnes nevídané.

Teprve skutečně celostní pohled, který překročí neřešitelnou podvojnost karteziánství, může přiléhavě vymezit vztah jednotlivých aspektů lidského bytí k jeho celku i celek uplatněný ve svých attributech. Základní půdorys celistvosti

lidské existence ani metodu, kterou se nám rovnou a bezprostředně ukazuje, není třeba složitě objevovat či zdlouhavě hledat. Byly vytvořeny již dávno a ožily znovu naplno především v pracích M. Heideggera a jeho nástupců. Zavedení nové metodologie v lékařství se ale neobejde bez jejího širšího uplatnění, a tím i duchovních proměn v celé kultuře západní civilizace.

Pokud se psychoterapie dokáže odvážně definovat jako zcela nové vědění o člověku, její vliv by se mohl ukázat jako ještě významnější než dosud. Psychoterapie totiž vezdejší lidský život ukazuje a rozkrývá rovnou. Nemůže ze své povahy existenci pojmout v prvním kroku reduktivně. Sám zakladatel psychoterapie S. Freud do jejích základů vetknul podmínku i pravidlo, které psychoterapii uvedlo jako původní možnost člověka spatřit i ponechat jej tím, čím skutečně je, tedy bytostí, které běží o vlastní bytí v pravdě vůči sobě samé a svému životu. Skutečnost, že psychoterapie toto své bytostné určení často lehkomyšlně přehlíží, patří mezi její hříchy.

Mám za to, že psychosomatická medicína musí stavět na vztahu vlastního bytí k pravdě svého života. Ztráta životní cesty i okolnosti, které k tomu vedly, jsou kromě jiného také tělesněny, neboť, jak již bylo řečeno,

tělesnění vlastního života patří k bytostným určením lidské existence. Tělesnění ztráty svobody, lásky, naděje a víry v smysluplnost lidské existence se projevuje nejen „na duši“, ale také tělesně, jako neduh, funkční nedostačivost, funkční selhávání, nemoc.

Před psychosomatickou medicínou se otevírá nejen řada léčebných možností, ale i otázek. Dosavadní pojetí nemoci jako ryze biochemické a biofyzikální skutečnosti, která se řídí přírodovědeckými zákonitostmi, se ukazuje jako sporné. Vedení života zejména v kontextu lidských vztahů, životních voleb v prostoru dobra a zla rozšiřuje u somatického onemocnění horizonty etiopatogeneze řady nemocí a přináší nové skutečnosti, kterým je sice klasická medicína relativně uzavřena, ale psychosomatickým vlivům se pomalu otevírá, i když k nim dosud přihlíží často jen dočasně.



Literatura

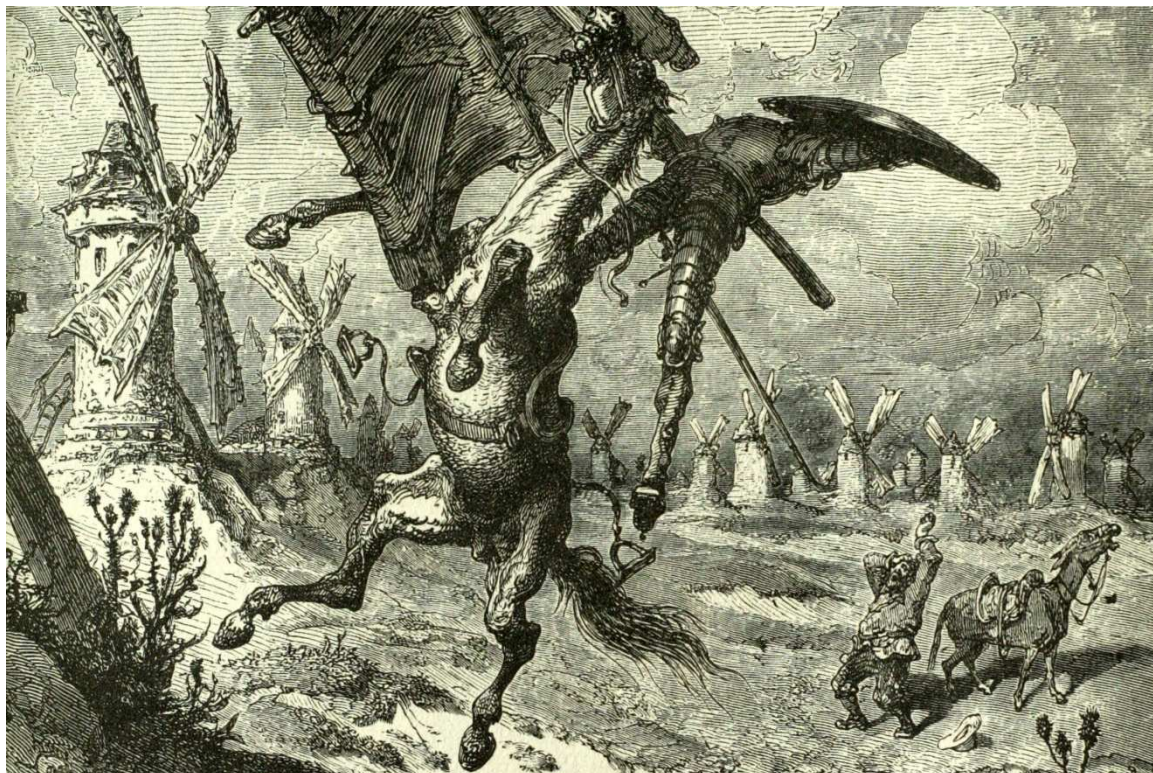
1. Balint, M.: *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Churchill Livingstone, 1957
2. Boss, M.: *Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen: ein daseinsanalytischer Beitrag zur Psychopathologie des Phänomens der Liebe*. Bern: Huber, 1947.
3. Boss, M.: *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*. Bern: Huber, 1953.
4. Boss, M.: *Grundriss der Medizin und der Psychologie*. Stuttgart: Huber, 1975.

5. *Bowie, F.: Antropologie náboženství. Praha: Portál, 2008*
6. *Castaneda, C.: The Teaching of Don Juan: Yaqual Way of Knowledge. Harmondsworth: Penguin, 1968*
7. *Condrau, G.: Daseinsanalyse. Dettelbach: J. M. Roll, 1998*
8. *Čálek, O.: Skupinová daseinsanalýza. Praha: Triton, 2004.*
9. *Čálek, O.: Práce s pocity v daseinsanalytické skupinové terapii. Předneseno v říjnu 2009 na DA forum for DA, Brussels, 2009*
10. *Descartes, R.: Abhandlung über die Methode. Überzetzung Artur Buchenan. Leipzig: F. Meiner, 1922*
11. *Drury, N.: The Element sof Shamanism. Shaftesbury: Elements Books, 1992*
12. *Eliade, M.: Šamanismus a nejstarší techniky extáze. Praha : Argo, 1997*
13. *Encyklopedický slovník, Praha: ČSAV, 1980*
14. *Fölsch, U. R., Koschiek, K., Schmidt, R. F.: Patologická fyziologie. Praha: Grada, 2003*
15. *Good, B.: Rationality and Experience: an Antropological Perspective. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1994.*
16. *Heidegger, M.: Zollikoner Saminäre. In BOSS, M. (ed). Gesaumtausgabe. Sv.34. Frankfurt a. M.: Klatterman, 1987*
17. *Heidegger, M.: Bytí a čas. Praha: Oikoymenh, 1996*
18. *Husserl, E.: Krize evropských věd a transcendentální fenomenologie: úvod do fenomenologické filozofie. Praha: Academia, 1996*
19. *Jacobsen, M. D.: Shamanism: Traditional and Contemporary Approaches to the Mastery of Spirits and Healing. Oxford: Berghahn, 1999*
20. *Lévi-Strauss, C.: Strukturální antropologie. Sv.1. Praha: Argo, 2006*
21. *Matula, V. H.: Hledání kamene mudrců. Praha: Orbis, 1948*
22. *Merleau-Ponty, M.: Oko a duch a jiné eseje. Praha, 1971*
23. *Merleau-Ponty, M.: Viditelné a neviditelné. Praha: Oikoymenh, 2004*
24. *Merleau-Ponty, M.: Svět vnímání. Dopln. S. Ménasé. Přel. Kateřina Galdošová. Praha: Oikoymenh, 2008*
25. *Patočka, J.: Tělo, jazyk, společenství a svět. Praha: Oikoymenh, 1995*
26. *Patočka, J.: Péče o duši. Praha: Oikoymenh, 1999*
27. *Patočka, J.: Přirozený svět jako filosofický problém. Praha: 1936, 1970, 1992*
28. *Poněšický, J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. 2. vyd. Praha: Triton, 2004*
29. *Rejzek, J.: Český etymologický slovník. Praha: Leda, 2009*

30. Rezek, P.: *Fenomenologická psychologie*. Praha: Jan Placák – Ztichlá klika, 2008
31. Ricoeur, P.: *Život, pravda, symbol*. Přel. Miloš Rejchrt a Jan Sokol. Praha: Oikoymenh, 1993
32. Rutheford, W.: *Shamanism: the foundation of Magic. A history of the Shamanic Tradition from Its origin to the Present*. Day. Wellingborough: Aquarin Press, 1986
33. Růžička, J.: *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006
34. Růžička, J.: *Deset těžkých hříchů psychoterapie*, in: *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 17/2010, str. 3–7, Bratislava, 2010a
35. Sackett, D. L.; Rosengerg, W. M. C.; Gray, J. A. M., Hayes, R. B.; Richardson, W. S.: *Evidence based medicine, BMJ*, 1996, roč. 312, čís. 7023
36. *Slovník spisovné češtiny*. Praha: Academia, 1989
37. Trojan, S. a kol.: *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2005

Možný střet zájmů a etických principů: není
Došlo do redakce: 15. května 2010
Recenzní řízení: do 15. srpna 2010
Přijato k tisku: 16. srpna 2010

PRAXE



STACKEOVÁ D., EIDE P.: VYUŽITÍ FYZIOTERAPIE V TERAPII ÚZKOSTNÝCH PORUCH

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

STACKEOVÁ D., EIDE P.: VYUŽITÍ FYZIOTERAPIE V TERAPII ÚZKOSTNÝCH PORUCH; PSYCHOSOM, 2010;8(3), s. 199-205

Souhrn:

Jednou ze složek komplexní terapie úzkostných poruch je fyzioterapie. Prožitek úzkosti má svoje fyziologické koreláty, kromě vegetativních změn je to i změna funkčního stavu pohybového systému: změna svalového napětí a jeho redistribuce (zvýšené napětí v posturálních svalech a specifické reakce, tzv. obranná gesta) a zhoršení funkce posturálního svalového systému, které souvisí se zhoršením stability. K akutním potížím dochází zpravidla v oblasti šíje, krční páteře, hlavových kloubů a temporomandibulárního skloubení. Respirační změny související s úzkostí se odrážejí na funkci svalového systému a tak potencují problémy ve zmíněné oblasti. Působení fyzioterapeuta je zaměřeno jednak na tyto lokální funkční změny pohybového systému, jednak na zlepšení vnímání těla, uvědomění si souvislosti prožitků úzkosti a tělesných

příznaků, dále na nácvik relaxace, dechová cvičení a specifické metody kinezioterapie pracující s pohybem a svalovým systémem. K nim patří např. Feldenkraisova metoda, jógová cvičení a další. Silný terapeutický potenciál mají všechny manuální fyzioterapeutické techniky, při kterých dochází k doteku.

Klíčová slova: úzkostné poruchy, psychosomatika, fyzioterapie

STACKEOVÁ D., EIDE P.: PHYSIOTHERAPY IN ANXIETY DISORDERS PATIENS, PSYCHOSOM, 2010;8(3), pp. 199- 205

Summary:

Physiotherapy is a part of the komplex therapy in anxiety disorders patients. Anxiety has its somatical correlate, neurovegetative changes as well as impairment of movement apparatus function quality: muscle tension change ant its redistribution (muscle tonus increasing in postural muscles and specific postural reactions as “defensive mechanisms”) and impairment of postural muscle system related to impaired stability. We usually meet acute problems in neck and head joints area and temporomandibular joints area. Respiratory changes following anxiety affect muscle system function and so mentioned symptoms are even bigger. Physiotherapy is focused on these local functional changes of movement apparatus as well as body awareness therapy, awareness of relationship between anxiety and somatical symptoms, relaxation techniques, breathing exercises and specific kineziotherapeutical methods using physical activity as Feldenkrais method, yoga and so on. Also all physiotherapeutical methods using „touching“ are very effective.

Key words: anxiety disorder, psychosomatic, physiotherapy

ÚVOD

Výskyt úzkostných poruch v populaci je poměrně vysoký, jednotliví autoři udávají čísla od 13,6 % do 28,8 % (Pasquini et al., 2009; Thoeringer et al., 2009), proto jim náleží patřičná pozornost nejen psychiatrů, ale i dalších odborníků, kteří se mohou podílet na jejich komplexní terapii. Mezi ně patří i fyzioterapeuti.

Mezi somatické příznaky úzkostných poruch patří: palpitace, bušení srdce, bolest nebo nepříjemný pocit na hrudi, pocení, třes, lapání po dechu, zrychlené dýchání, dušení se, sevření hrdla, sevření žaludku, nausea, hypoventilace, závratě,

pocit nejistoty ve stoji, vrávorání, mravenčení, polévání zimou, horkem, depersonalizace, derealizace a také funkční poruchy hybného systému.

Nejčastěji jde o panické ataky, panické ataky spojené s agorafobií a generalizovanou úzkostnou poruchou. (Boeijen et al., 2005)

Mnozí pacienti, kteří trpí generalizovanou úzkostnou poruchou nebo panickými atakami, vnímají své obtíže jako somatickou chorobu a hledají proto somatickou terapii, jako je třeba fyzioterapie, proto je obzvlášť důležitá

jejich znalost, rozpoznání jejich příznaků a volba vhodného terapeutického postupu. (Statens helsetilsyn, 2000)

Pacienti trpící úzkostnými poruchami mají snížený práh bolesti, zhoršenou toleranci k vnímání bolesti, tudíž jinou interpretaci bolestivých podnětů včetně častějšího vyhledávání medikace. (Goddman et al., 2007; Way et al., 2003) Při dlouhodobé bolesti může docházet k zhoršování emočního stavu, zvyšování úzkosti a vzniká tak bludný kruh prohlubování příznaků úzkostných poruch. (Johnsen, 2007) V terapii bolesti

hraje významnou úlohu pohybová aktivita a terapeutické metody využívající dotek, které vedou k produkci endorfinů a redukci bolesti. (Johnsen, 2007; Bunkan, 2008)

Hlavním cílem fyzioterapeutické péče je zlepšit kontakt s vlastním tělem, jeho vnímání, regulace dechu a svalového tonu, k jejichž změnám vlivem úzkosti dochází, a to vede k jejímu lepšímu zvládnutí. (Møller et al., 2001)

FUNKČNÍ PORUCHY HYBNÉHO SYSTÉMU U ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Posturální funkce a kvalita funkce hybného systému obecně jsou významně ovlivněny emočním stavem. Při úzkosti dochází k zhoršení kvality funkce posturálního svalového systému a stability. Na druhou stranu díky balančním cvikům můžeme u jedinců s úzkostnými poruchami dosáhnout pozitivních změn psychického stavu. Stins v roce 2009 zjistil anomálie ve funkci posturálního systému u dětí se zvýšenou hladinou úzkosti. (Stins et al., 2009)

Redfern et al. v roce 2007 zjistili, že osoby trpící GAD a panickými atakami s agorafobií reagují jinak než kontrolní skupina osob ve studii zjišťující posturální senzitivitu, osoby se zmíněnými poruchami byly více závislé na zrakových podnětech. (Redfern et al., 2007)

Vzorec posturální reakce může obsahovat všechny uvedené prvky nebo jen jediný (Bunkan, 2008):

- Kontrakce všech flexorů obzvláště břišních svalů.
- Elevace a protrakce ramen.
- Flexe v loktech, pronace předloktí, zatnutí pěstí.
- Flexe páteře, kyčlí a kolen.
- Stažení mimických svalů.

Feldenkreis

(<http://www.feldenkrais.com/download/senseability/sense24.pdf>, 1976) popisuje tento vzorec jako obrannou reakci, která přichází v situaci ohrožení nebo má vztah ve stresu dlouhodobého charakteru. Najdeme zde mnoho styčných prvků s Jandovou teorií svalových dysbalancí (1983).

U úzkostných poruch se často setkáváme s myalgii. (Goodman et al., 2007) Nejčastějším nálezem u těchto pacientů je zvýšené svalové napětí. (Hoehn-Saric et al., 2004) Nález vegetativních změn není u úzkostných poruch zdaleka tak konzistentní jako nález zvýšeného svalového napětí. (Hoehn-Saric et al., 2004)

ÚZKOSTNÉ PORUCHY A DÝCHÁNÍ

Dýchání má rovněž velmi úzký vztah k emocionálnímu stavu a rozličné psychické stavy ovlivňují dechové funkce rozdílnými cestami. (Nyboe et al., 2009) Dechové funkce okamžitě reagují na emoce – smutek, radost, úzkost a strach. Při úzkosti se dech zrychluje, je povrchní a převažuje horní typ dýchání. Dochází jak k okamžité změně, tak – při dlouhodobém přetrvávajícím emočním ladění – k dlouhodobé změně dechového stereotypu. Dýchání je jednou z funkcí, která odráží náš aktuální emoční stav, a rovněž díky jeho cílenému ovlivnění jej můžeme regulovat.

U pacientů s panickými atakami byla zjištěna nižší klidová hladina CO₂ ve srovnání s pacienty s GAD a zdravými osobami. (Hegel et al., 1997)

Při změně dýchání dochází u pacientů trpících úzkostnými poruchami ke změně dechového stereotypu, k aktivaci svalů v oblasti krku, ramen a šíje, což vede k protrakci a elevaci ramen a kraniálnímu posunu bránice. Prodlužuje se aktivní expirace v klidu a typické nádechové postavení hrudníku. V důsledku aktivního výdechu chybí mezi nádechem a výdechem přirozená odpočinková pauza.

Klesá plicní ventilace, obzvláště v některých částech, a vzrůstá riziko bronchitidy, zápalu plic či jiných podobných poruch. (Bunkan, 2008)

Výzkumy ukázaly, že 80 % těch, kdo trpí chronickými respiračními chorobami, splňuje též diagnostická kritéria pro

úzkostné a depresivní poruchy. (Kunik et al., 2005)

Zhoršená funkce bránice má dopad na funkci vnitřních orgánů a může se podílet na vzniku jejich chorob. Při sníženém rozsahu pohybu bránice je omezeno prokrvení pánevního dna a celé pánevní oblasti, což ovlivňuje funkci orgánů zde uložených. (Møller et al., 2001; Bunkan, 2008) Může tak dojít k sexuálním poruchám, poruchám menstruačního cyklu, vzniku hemoroidů a poruchám močení. Hrozí také vznik syndromu bolestivé pánve u žen. (Kirste et al., 2002)

Úpon bránice se nachází v oblasti 10. až 12. hrudního obratle, tedy na stejném místě jako m. transversus abdominis, m. quadratus lumborum a m. psoas major vychází z téže oblasti a oba tyto svaly bývají často v napětí. M. quadratus lumborum a m. iliopsoas mají vlákna, která jsou aktivována v synergii s mm. multifidi a jsou důležitá pro stabilitu bederní páteře. U osob trpících úzkostí souvisí často zvýšené svalové napětí s úponem bránice. Zvýšení svalového napětí vede ke vzniku svalového zkrácení. To pravděpodobně vyvolá kompresi kloubů a potencuje rozvoj degenerativních kloubních změn. Je také pravděpodobné, že to může vést ke vzniku neuropatie v důsledku snížené mikrocirkulace nervů v okolí páteře. (Bunkan, 2008)

Změnou respiračních funkcí dochází k změně postury, což je vidět např. na dětech trpících astmatem.

FYZIOTERAPEUTICKÉ POSTUPY V LÉČBĚ ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Fyzioterapeutické postupy stimulují mozkovou aktivitu a lze je chápat jako senzorickou stimulaci. Zhoršené vnímání těla vede k zhoršení motorických funkcí, k čemuž dochází dlouhodobě právě u pacientů trpících úzkostnými poruchami. Ke změně ve vnímání těla vede také dlouhodobá přítomnost bolesti. To jsou důvody, proč by se u pacientů trpících úzkostnými poruchami měla věnovat speciální pozornost právě motorickým funkcím. (Bunkan, 2008)

Terapie:

- Relaxační techniky (autogenní trénink, Jacobsonova progresivní svalová relaxace apod.).
- Dechová cvičení.
- Cílená fyzioterapie (měkké techniky, mobilizace atd.).
- Cílená kinezioterapie (anxiolytický vliv pohybu).

Body awareness je termín užívaný v tomto kontextu. Jemu je nejbližší u nás užívaný termín *tělové schéma*. U pacientů s úzkostnými poruchami bývá popisována jeho změna v důsledku nadhodnocování tělesných pocitů spojených s úzkostí. Tělo je prožíváno především přes bolest a změněna je také schopnost interpretovat fyziologické změny, např. zvýšená tepová frekvence při fyzické námaze může být vnímána jako příznak panické ataky, a tím dochází k dalšímu prohlubování úzkosti.

Body Awareness Therapy je terapie zaměřená na vnímání těla a na postupy jak regulací svalového napětí a dýchání redukovat úzkost. Nácvik postupů probíhá nejdříve pod vedením fyzioterapeuta, poté v domácím prostředí, a pak v situaci, kdy je pacient vystaven úzkosti. Je mnoho možností

volby terapeutického postupu, nejčastější jsou relaxační techniky, psychoedukace, dechová cvičení, grounding. (Nyboe et al., 2009)

Výsledky posledních studií došly k závěru, že úroveň pohybové aktivity u osob trpících některou z úzkostných poruch odpovídají její úrovni u osob upoutaných na vozík. (Nyboe et al., 2009) Užívání psychofarmak může způsobit zvýšení chuti k jídlu, a tím i zvýšení tělesné hmotnosti a snížení pohybové aktivity. Zvýšení tělesné hmotnosti s sebou může nést další psychologické dopady – pocity izolace, depresi a úzkost.

Zajímavé je zjištění, že řada osob v počátku pohybové aktivity paradoxně pociťuje zvýšení pocitu úzkosti, způsobené pravděpodobně aktivací sympatiku. O tom je pacienty třeba předem informovat. (Martinsen, 2000)

V terapii pacientů trpících úzkostnými poruchami bývají užívány tyto specifické techniky a metody kinezioterapie:

- Jóga.
- Bioenergetická cvičení (grounding je cvičení posilující kontakt pacienta s podložkou, zlepšuje stabilizační funkce).
- Feldenkraisova metoda (terapeutický postup se skládá ze dvou částí: Awareness Through Movement, což je skupinové cvičení, a Functional Integration, což je individuální terapie (Nyboe et al., 2009); cílem terapie je dosáhnout svalové koordinace antagonistických svalových skupin. Provádí se opakování určitých pohybů navozující svalovou harmonii. Tato metoda bývá také nazývána

„body-mind“ metodou. - Alexandrova metoda.
(Roxendal, 1985)

DOTEK JAKO TERAPEUTICKÝ NÁSTROJ

Dotek je velmi významným prostředkem snižujícím psychickou tenzi. K doteku dochází při masáži a dalších fyzioterapeutických technikách. Pacienti trpící úzkostí se často vyhýbají fyzickému kontaktu a masáž může pomoci v jejich „resocializaci“. (Nyboe et al., 2009)

Kerstin Unvås Moberg popisuje léčivý účinek masáže díky aktivaci uvolňování oxytocinu, které vede k snížení produkce stresového hormonu kortizolu a zvýšení produkce endorfinů. (Nyboe et al., 2009)

Masáž je u těchto pacientů indikována jak s cílem ovlivnit lokálně obtíže pohybového aparátu, tak z důvodu jejího celkového relaxačního a psychologicky specifického účinku. S cílem navození celkové relaxace a harmonizace neurovegetativního systému bývají využívány i procedury hydroterapie a rovněž u těchto pacientů bývají díky svému analgetickému účinku indikovány TENS proudy.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. Boeijen van, Ca, Open van, P., Balkom van, Ajlm, et al. *Treatment of anxiety disorders in primary care practice a randomised controlled trial. British Journal of General Practice, 2005, 55,763–769*
2. Bunkan, B. H. *Kropp, respirasjon og kroppsbylde. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001, 2008. ISBN 978-82-05-35-184-4*
3. Goodman, C. C., Kelly Snyder, T. E. *Differential Diagnosis for Physical Therapists-screening for Referral. Missouri: Sanders, Elsevier Inc, 2007. ISBN 978-0-7216-0619-4*
4. Hegel, M. T., Ferguson, R. *Psychophysiological Assessment of Respiratory Function in Panic Disorder: Evidence for a Hyperventilation Subtype. Psychosomatic Medicine 59:224–230 (1997), Lebanon, New Hampshire*
5. Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R., et al. *Somatic Symptoms and Physiologic Responses in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. An Ambulatory Monitor Study. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:913–921*
6. Janda, V. *On the Concept of Postural Muscles and Posture in Man. The Australian Journal of Physiotherapy Vol 29, No 3, June 1983, 83–84*
7. Johnsen, H. *Trening som smertestillende. 25. 10. 2007 Fysioterapeuten, Oslo Pixelhospitalet*
8. Kirste, U., Haugestad, G. K. *Kroniske Bekkensmerter hos Kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1223–1227*

9. Kunik, M. E., Roundy, K., Veazey, C. et al. Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. *American College of Chest Physicians. Chest* 2005;127;1205–1211
10. Martinsen, E. W. Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000 No. 25; 120:3054–3056
11. Møller, T., Hegna, E. A. Behandling i Angstgruppe- nytte og utbytte. *Tidsskr Nor Lægeforen*, nr. 20, 2001; 121: 2370–2372
12. Nyboe, L., Hvalsøe, B. *Lærebog i Psykiatri for Ergoterapeuter og Fysioterapeuter*. København : Munksgaard Danmark, 2009. ISBN 978-628-0643-6
13. Pasquini, M., Berardelli, I.: Anxiety levels and related pharmacological drug treatment: a memorandum for the third millennium. *Ann Ist Super Sanita*, 2009, 45, 2,193-204
14. Redfern, M. S., Furman, J. M., Jacob, R. G. Visually Induced Postural Sway in Anxiety Disorders. *J Anxiety Disord.* 2007; 21(5): 704–716
15. Roxendal, G. *Body-Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, treatment and evaluation in Psychiatric Physiotherapy*. Sweden: Kompendietryckeriet, Källered, 1985. ISBN 91-7222-853-9
16. *Statens Helsetilsyn: Angstlidelser- kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. ©Statens Helsetilsyn, Utredningsserien 4:99, Oslo 2000, 1–70
17. Stins, J. F., Ledebt, A., Emck, C., et al. Patterns of Postural Sway in High Anxious Children. *Behavioral and Brain Functions*, 2009, 5:42, 1–9
18. Thoeringer, Ck., Ripke, S., Unschuld, Pg. et al. The GABA transporter 1 (SLC6A1): a novel candidate gene for anxiety disorders. *J. Neural Transm.*, 2009, 116, 649–657
19. Way, L. W., Doherty, G. M. *Current Surgical- Diagnosis and Treatment*. Eleventh edition. USA: The McGraw-Hill companies, INC, 2003. ISBN: 0-8385-1456-1
20. <http://www.feldenkrais.com/download/senseability/sense24.pdf>

PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D. (1972)

Absolvovala na FTVS UK v Praze magisterské studium fyzioterapie se specializací na somatopsychoterapii, postgraduální studium a rigorózní zkoušku. Od roku 1999 pracuje na katedře fyzioterapie FTVS UK, vyučuje psychologické předměty a psychosomatiku. Věnuje se rovněž problematice fitness a zdravého způsobu života. Ve své vědecké práci se zaměřuje na problematiku psychosomatických vztahů v rámci pohybového aparátu a zdravotními benefity pohybové aktivity. Kontakt: stackeova@volny.cz

Bc. Pernille Eide

Fyzioterapeutka pocházející z Norska se specializací na využití fyzioterapie u psychických poruch. Na článku se podílela v rámci tvorby své diplomové práce.

Možný střet zájmů a etických principů: není

Došlo do redakce: 8. května 2010

Recenzní řízení: do 30. května 2010

Přijato k tisku: 16. srpna 2010

ETIKA



LUNDELL D.: CHOLESTEROLOVÁ LEŽ

Článek převzat ze serveru [Total Health Breakthroughs](#) se svolením.

This article appears courtesy of Early to Rise's Total Health Breakthroughs which offers alternative health solutions for mind, body and soul, linking [Total Health Breakthroughs](#) name to this website.

My lékaři se vším naším vzděláním, znalostmi a autoritou si často rozvineme dosti velké ego, které nám ztěžuje přiznat, že jsme se mýlili. Takže tady to je. Otevřeně přiznávám, že jsem se mýlil. Jako kardiochirurg s pětadvaceti lety praxe jsem vykonal více než 5000 operací srdce, a nyní přišel čas, abych napravil svůj omyl lékařskými a vědeckými fakty.

Mnoho let jsem prakticoval s dalšími prominentními chirurgy označovanými za „tvůrce veřejného mínění“. Bombardování neustále na seminářích vědeckou literaturou jsme my, tvůrci veřejného mínění, trvali na tom, že onemocnění srdce je prostým důsledkem zvýšené hladiny cholesterolu v krvi.

Jedinou přijatelnou léčbou bylo předepisování léků na snižování cholesterolu v krvi a diety s velmi

nízkým obsahem tuků. Pochopitelně jsme trvali na tom, že taková dieta sníží hladinu cholesterolu a výskyt onemocnění srdce. Odchýlit se od těchto

NEFUNGUJE TO!

Tato doporučení již nejsou vědecky ani morálně obhájitelná. Před několika lety bylo zjištěno, že skutečným důvodem onemocnění srdce jsou záněty stěn tepen, a toto zjištění vede pomalu k změně způsobů, jakým budou onemocnění srdce a další chronické nemoci léčeny.

Dlouho zavedená dietetická doporučení vytvořila epidemii obezity a cukrovky, jejichž následky překonávají úmrtností, lidským utrpením a ekonomickými následky jakoukoliv epidemii moru v historii.

Ačkoliv 25 % lidí bere drahé statiny a ačkoliv jsme snížili množství tuku v potravě, tento rok zemře na onemocnění srdce více Američanů než kdykoliv dříve.

Statisticy z American Heart Association ukazují, že 75 milionů Američanů trpí onemocněním srdce, 20 milionů má cukrovku a 57 milionů je jí ohroženo. Tyto nemoci postihují stále mladší a mladší lidi ve stále větším a větším množství.

Jednoduše řečeno, pokud by nebyly v těle přítomny záněty, není možné, aby se na stěnách tepen usazoval cholesterol a způsoboval onemocnění srdce a mrtvice. Bez zánětů by se cholesterol pohyboval volně tělem, jak to příroda zamýšlela. Jsou to záněty, kvůli kterým se cholesterol usazuje.

Zánět není nic komplikovaného – je to jednoduše přirozená obrana těla před nepřáteli, jako jsou bakterie, toxiny nebo

doporučení bylo považováno za kacířství a mohlo dokonce vést k žalobě.

viry. Zánět je dokonalý ve své funkci ochrany těla před těmito bakteriálními a virovými vetřelci. Nicméně pokud tělo neustále vystavujeme zraněním toxiny nebo potravou, k jejímuž příjmu není uzpůsobeno, dojde k něčemu, čemu se říká chronický zánět. A chronický zánět je přesně tak škodlivý, jako je akutní zánět prospěšný.

Který rozumný člověk by se vědomě vystavoval potravinám a jiným látkám, o kterých ví, že poškozují jeho tělo? Dobře, možná kuřáci, ale ti se k tomu alespoň rozhodli dobrovolně.

My ostatní jsme se jednoduše drželi doporučené stravy, která obsahuje nízké množství tuků a vysoké množství polynenasycených olejů a sacharidů, aniž jsme věděli, že neustále poškozujeme své tepny. Toto opakované poškozování vede ke vzniku chronických zánětů, které vedou k onemocnění srdce, mrtvicím, cukrovce a obezitě. Ještě jednou to zopakuji. *Poranění a záněty našich tepen jsou způsobovány nízkotučnou dietou, která nám byla po léta doporučována zdravotní vědou.*

Co je největším viníkem chronických zánětů? To je prosté, je jím přebytek jednoduchých vysoce zpracovaných sacharidů (cukr, mouka a všechny produkty, které jsou z nich vyrobeny) a nadměrná konzumace omega-6 rostlinných olejů, jako jsou sójový, kukuřičný a slunečnicový olej, které se nacházejí v mnoha zpracovaných potravinách.

Představte si na chvíli, že drsným kartáčem opakovaně přejíždíte přes svoji kůži, dokud nezčervená a nezačne takřka krváčet. Řekněme, že to budete dělat několikrát denně po dobu pěti let. Pokud dokážete snášet bolestivé kartáčování, budete mít nakonec na kůži krvácející, oteklou infikovanou oblast, jejíž stav se bude s každým dalším kartáčováním zhoršovat. To je dobrý způsob, jak si představit proces zánětu, který může právě teď probíhat ve vašem těle.

Bez ohledu na to, kde k zánětu dojde, jestli uvnitř nebo na povrchu vašeho těla, jde vždy o totéž. Nahlédl jsem do

tisíců a tisíců tepen. Nemocná tepna vypadá, jako by někdo vzal kartáč a opakovaně rozdíral její stěny. Několikrát denně vytvářejí potraviny, které jíme, malá zranění, na něž naše tělo opakovaně odpovídá tvorbou zánětů.

Ačkoliv máme rádi sladkou chuť koblíhy, naše tělo na ni odpovídá poplachem, jako by dorazil nepřítel vyhlašující válku. Potraviny plné cukru a jednoduchých sacharidů, nebo zpracované s omega-6 oleji, aby vydržely déle v regálech supermarketů, jsou již dlouhou dobu základem naší stravy. Tyto potraviny pomalu každého otravují.

JAK SNĚDENÍ OBYČEJNÉ KOBLIHY VEDE K TVORBĚ ZÁNĚTU A NEMOCI?

Představte si, že vylijete na svoji klávesnici sladký sirup, a získáte představu o tom, co se stane ve vašich buňkách. Když sníme jednoduché sacharidy jako cukr, hladina cukru v krvi rychle vzroste. V odpovědi na to začne naše slinivka vylučovat inzulín, aby tento cukr přesunul do buněk, kde bude uskladněn jako zásoba energie. Pokud jsou buňky plné a další glukózu nepotřebují, odmítnou ji.

Pokud vaše plné buňky přídavek glukózy odmítnou, hladina cukru v krvi roste, což vede k další produkci inzulínu, a cukr je proměněn na tuk a uskladněn v tukových tkáních.

Co má toto všechno společného se záněty? Hladina cukru v krvi je udržována ve velmi úzkém rozsahu. Nadbytečné molekuly cukru se totiž navazují na různé bílkoviny, které poté poškozují stěny tepen. Tato opakovaná poškození vedou k tvorbě zánětů. Když si několikrát denně zvednete hladinu cukru v krvi, je to stejné, jako byste si rozdírali vnitřky vašich citlivých tepen.

I když to nevidíte, buďte si jisti, že k tomu dochází. Během pětadvaceti let jsem viděl více než 5000 pacientů, kteří měli jedno společné – záněty v tepnách.

Vraťme se zpět ke koblize. Tato nevině vypadající dobrota obsahuje nejen cukr, ale byla také upečena v jednom z mnoha omega-6 olejů, například v sójovém. Brambůrky a hranolky jsou pečené v sójovém oleji. Zpracované potraviny jsou vyráběny s omega-6 oleji, aby se prodloužila jejich životnost v supermarketech. Ačkoliv patří omega-6 oleje mezi esenciální – jsou součástí každé buněčné stěny, která kontroluje výměnu látek mezi vnitřkem buňky a okolím – musí být konzumovány ve správném poměru k omega-3 olejům.

Pokud se tato rovnováha posune ve prospěch přílišné konzumace omega-6 olejů, buněčné membrány produkují chemikálie zvané cytokiny, které přímo způsobují záněty. Dnešní strava obsahuje extrémní nepoměr mezi těmito oleji. Nerovnováha se pohybuje mezi 15:1 až ke 30:1 ve prospěch omega-6. To znamená obrovské množství cytokinů

způsobujících záněty. Optimální a zdravý poměr by měl být 3:1.

Aby to bylo ještě horší, nadbytečná váha, kterou s sebou vinou těchto potravin nosíte, vede k tvorbě přeplněných tukových buněk, které produkují velké množství prozánětlivých látek, jež zhoršují poškození způsobená vysokou hladinou cukru v krvi. Proces, který začal koblihou, se promění v začarovaný kruh, který vede k onemocnění srdce, vysokému krevnímu tlaku, cukrovce a nakonec Alzheimerově nemoci.

Nelze utéct před skutečností, že čím více konzumujeme připravených a zpracovaných potravin, tím více každodenně přispíváme k zánětům. Lidské tělo nebylo navrženo ke zpracování potravin plných cukrů a omega-6 olejů.

Existuje pouze jediný způsob, jakým lze záněty odstranit, a tím je návrat k potravinám bližším jejich přírodnímu stavu. K budování svaloviny potřebujete jíst více bílkovin. Vybírejte si sacharidy, které jsou velmi komplexní, například ovoce a zeleninu. Omezte nebo eliminujte pro-zánětlivé omega-6 oleje jako kukuřičný a sójový, a zpracované potraviny, které je obsahují. Jedna lžice kukuřičného oleje obsahuje 7,280 miligramu omega-6. Sójový ho obsahuje 6,940 mg. Používejte místo nich olivový olej nebo máslo vyrobené z mléka krav živých travou.

Živočišné tuky obsahují méně než 20 % omega-6 a jsou mnohem méně pro-

zánětlivé než údajně zdravé rostlinné oleje. Zapomeňte na „vědecká fakta“, která vám byla po dlouhou dobu vtlačována do hlavy. Vědecká fakta, podle kterých satureované rostlinné tuky způsobují onemocnění srdce, ve skutečnosti neexistují. Vědecká fakta, podle kterých zvyšují satureované tuky hladinu cholesterolu v krvi, jsou také velmi slabá. A protože víme, že cholesterol není příčinou onemocnění srdce, jsou dnes obavy ze satureovaných tuků ještě absurdnější.

Cholesterolová teorie vedla k beztučným nebo nízkotučným doporučením, která dále vedla ke vzniku potravin, jež nyní způsobují epidemii zánětů. Medicína udělala obrovskou chybu, když lidem doporučovala, aby se vyhýbali satureovaných tukům a dávali přednost potravinám s vysokým obsahem omega-6 olejů. Nyní máme epidemii zánětů tepen, která vede k onemocněním srdce a dalším tichým zabijákům.

Co můžete udělat, je dát přednost skutečným potravinám, které jedla vaše babička, a vyhnout se těm, které nosí vaše matka z regálů supermarketu plných zpracovaných potravin. Eliminací pro-zánětlivých potravin a přidáním esenciálních živin z nezpracovaných potravin můžete odstranit poškození vašich tepen způsobené dnešní typickou stravou.

Ze serveru:
<http://www.totalhealthbreakthroughs.com/author/dwight-lundell-md/>

Autor:

Dr. Dwight C. Lundell is a board certified cardiovascular surgeon with more than 30 years experience in the operating room. During his time in private practice, Dr. Lundell has performed over 5000 heart bypass operations. His credentials as a medical doctor include Chief Resident during his cardiac surgery residency at Yale University, Chief of

Staff and Chief of Surgery at several hospitals, 'Top Doc' ratings by his peers in Phoenix Magazine, many industry and professional certifications and accreditations, and thousands of happy and grateful patients.

GLOSA

HONZÁK R.: KONEC DALŠÍHO MÝTU FARMACEUTICKÝCH FIREM

Po mnohaleté reklamní masáži lékařů všech odborností a pacientů všech věkových kategorií a diagnóz se ukázalo, že tolik doporučované **statiny** snižující koncentrace cholesterolu v plazmě jsou venkoncem k ničemu. Zprávu o tom přinesl jeden z nejprestižnějších lékařských časopisů v metaanalýze 11 metodicky exaktních studií, do nichž bylo zahrnuto celkem 65 229 pacientů. Zde je plná citace článku: Ray KK, Seshasai SRK, Erqou S, et al: Statins and All-Cause Mortality in High-Risk Primary Prevention. A Meta-analysis of 11 Randomized Controlled Trials Involving 65 229 Participants. *Arch Intern Med.* 2010;170(12):1024–1031, zde potom jeho závěry: **Conclusion** This literature-based meta-analysis did not find evidence for the benefit of statin therapy on all-cause mortality in a high-risk primary prevention set-up.

Ze své zkušenosti musím dodat, že statiny nebyly tak zcela bez efektu; po jejich nasazení a užívání několik mých nemocných dost bolela hlava, což po jejich vysazení pominulo. Spolu s výsledky dalšího výzkumu zaměřeného na zdravou stravu se tak vracíme ke stravovacím způsobům našich babiček a já osobně si jdu namazat chleba sádlem se škvarky, navrch s cibulí, jako jsem to dělal až doposud. Firmy si však za ta léta namastily kapsy zcela jinak. Pak nemá být zdravotnictví drahé!

DISKUSE, POLITIKA, KONCEPCE



V tomto čísle Psychosomu přinášíme zájemcům o psychosomatiku překlad článku německých autorů, který v Německu vyšel již před 5 lety. Nejen proto, co jsem prohlásil na 13. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, že totiž další pokrok česká psychosomatika učiní především studiem němčiny, ale hlavně proto, že se v něm autoři vyslovují jasně o vztahu psychosomatiky a psychiatrie. To je ale přece téma, které je živé i u nás, byť vedle tak velkých odborných témat, jako je 30korunový poplatek, zatím stále na okraji. Budeme rádi, když se k tématu vyjádříte. Shodou okolností se ozvala Rakouská lékařská komora, jmenovitě Martina Reisinger poslala dotaz České lékařské komoře na stav psychosomatiky u nás. Obeslala dotazníkem většinu zemí EU, aby zjistila, jaká je situace. Jaká je u nás, jsme jí popsali – a výsledek publikujeme také v této rubrice. Je to k tématu a uvítáme diskusi. Red.

BAUER J., KÄCHELE H.: OBOR „PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA“: JEHO VZTAH K NEUROBIOLOGII A K PSYCHIATRII

(Psychoterapie 10. jahrg. 2005, Bd. 10, Heft 1, CIP-Medien, München, s. 1–7)

BAUER J., KÄCHELE H.: OBOR „PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA“: JEHO VZTAH
K NEUROBIOLOGII A K PSYCHIATRII; PSYCHOSOM, 2010;8(3), s. 212-222

Souhrn:

Zkušenosti s mezilidskými vztahy, to je jedna ze západních znalostí moderní neurobiologie, která sleduje biologické, zvláště však neurobiologické stopy. Duševní život může proměnit tělesnou strukturu, jak ukazují výzkumy o neuronální plasticitě. Potvrdilo se, že emoční zážitky mají dokonce vliv na regulaci genů. Moderní neurobiologie tak nečekaně dodává potvrzení řadě starých psychosomatických základů. Osobní historie vztahů individua a z ní vyvstávající psychobiologické aspekty mají v psychosomatické medicíně centrální význam jak pro porozumění stonání, tak pro léčbu. K množství poruch, kterými se psychosomatická medicína zabývá, počítáme somatoformní poruchy a tělesná onemocnění s významným podílem duševních faktorů, mimo to ale také tělesně prožívané symptomy související s úzkostí, posttraumatické stavy jako poruchy nálady a reaktivní deprese. Předkládaný příspěvek vede k závěru, že koexistence obou odborností – psychiatrie a psychosomatické medicíny – v Německu vedla k příkladné situaci: na rozdíl od mnoha jiných zemí totiž má jedinečnou nabídku léčebných metod pro široké spektrum psychicky podmíněných poruch zdraví.

Klíčová slova: neurobiologie, psychosomatická medicína, psychiatrie, psychoterapie, tělová terapie, somatoformní porucha, somatizace, deprese

BAUER J., KÄCHELE H.: „PSYCHOSOMATIC MEDICINE“ IN GERMANY: ITS
POSITION BETWEEN NEUROBIOLOGY AND PSYCHIATRY, PSYCHOSOM, 2010;8(3),
PP.212- 222

Summary:

What modern neurobiology teaches us is that interpersonal experiences, as a consequence of neuronal plasticity, are accompanied by biological, and in particular neurobiological, changes. Mental experiences may, therefore, cause changes of bodily structures. Emotional experiences, as has recently been demonstrated, may even affect gene regulation. Thus, modern neurobiology provides us with empirical evidence for several psychosomatic assumptions and hypotheses. In psychosomatic medicine, a distinct medical discipline in Germany, the personal history of the patient and its resulting psychological consequences are of central importance, both for the therapeutic approach. Disorders treated in psychosomatic departments include somatoform

disorders, coping problems with organic diseases, but also somatic symptoms that appeared in the context of anxiety disorders, posttraumatic disorders and dysthymic or reactive depression. This paper comes to the conclusion that, in Germany, the coexistence of the distinct medical disciplines psychiatry and psychosomatic medicine has led to a positive situation characterized by a differentiated spectrum of therapies for patients with mental health disorders.

Keywords: neurobiology, psychosomatic medicine, psychiatry, psychotherapy, body-focused psychotherapy, somatoform disorder, somatisation, depression

ÚVOD

První vědecká pozorování předchůdců toho, co dnes označujeme jako „psychosomatickou medicínu“, byly jak Pavlovy nepodmíněné a podmíněné reflexy, tak i klinické analýzy symptomů u tzv. konverzní poruchy Sigmundem Freudem. (Weiner, 1986). Vysvětlení psychofyziologického pozadí stresové reakce Walterem Cannonem a jeho školou vedlo pak k důležitému rozšíření vědeckých základů v tom odvětví medicíny, které se věnovalo zásadnímu problému: spojení duše a těla. Tak jako v sesterské disciplíně psychiatrii nebyl ani rozvoj psychosomatické medicíny prost omylů.

Koncept čisté psychogeneze, favorizovaný od padesátých do sedmdesátých let (spojovaný s představou, že specifický psychický

konflikt vede k specifickému onemocnění), jsme opustili ve prospěch nového psychosomatického modelu: determinující genetické dispozice a jimi ovlivňované organické procesy spolu se silami interpersonálních vztahových vazeb jakož i s prožíváním a chováním individua utvářejí to, co popisujeme jako individuální historii zdraví či nemoci. (Weiner, 1986; Bauer, 2004a) Nový předpis pro další vzdělávání spolkové lékařské komory definuje psychosomatickou medicínu jako medicínu pro nemoci a duševní stavy, na kterých se jako příčina podílejí psychosociální a psychosomatické faktory zahrnující vzájemné působení těla a duše. (Bundesärtekammer, 2004) Tento popis odpovídá platné definici oboru „Psychosomatická medicína a psychoterapie“.

ROZDÍLY V CHÁPÁNÍ NEMOCI PSYCHOSOMATICKOU MEDICÍNOU OPROTI PSYCHIATRII

Podstatný důkaz faktu, že zkušenost s mezilidskými vztahy zanechává po sobě biologickou stopu, si vyhrazuje moderní neurobiologie. (přehled viz Eisenberg, 1995; Kandel, 1998, 1999, Maney, 2001; Bauer, 2004a) Jak dalece mohou duševní prožitky změnit tělesné struktury, můžeme ukázat zvláště dobře na účinku traumatu – následném

onemocnění a depresi. Emoční zkušenosti mají vliv na genovou regulaci. (Cullinan a spol., 1995; Bierhaus a spol., 2003; Weaver a spol., 2004; přehled viz Bauer, 2004b) Moderní neurobiologii vdčíme nejen za znalosti o mozku jako specializovaném neurobiologickém systému, který je schopen dekodovat a regulovat

mezilidské vztahové pole. Víme také, jak jsou tyto vztahové interakce transformovány do biologických signálů. (Bauer, 2004a, 2005) Svými fascinujícími objevy přinesla moderní neurobiologie nečekaná potvrzení starších psychosomatických základních předpokladů.

Vztahová historie individua a z ní vyvstávající psychobiologické aspekty mají v psychosomatické medicíně jak pro vysvětlování, tak i pro léčbu centrální význam. Zde leží totiž také klíčový rozdíl oproti tomu, jak nemoc chápe psychiatrie, když biologické změny považuje ani ne tak za následek, jako spíše za výchozí bod pro rozvoj

nemoci: „Psychiatrii přiřazované poruchy chování a prožívání jsou považovány spíše za onemocnění mozku a tak se posouvají do bezprostřední blízkosti neurologických onemocnění CNS. Koncepty, jako psychogeneze, budou tedy pochybné a nehodí se více k označení velké skupiny psychiatrických poruch.“ Tak to formuloval nedávno psychiatr Wolfgang Maier (Maier, 2002), člen spolkového představenstva psychiatrické společnosti DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde). Psychosomatická medicína má v tomto bodě podstatně odlišný pohled na vznik nemoci.

K HISTORII PSYCHOTERAPIE V MEDICÍNĚ: ETABLOVÁNÍ ODBORNÍKŮ PRO PSYCHOSOMATICOU MEDICÍNU

Již od svých začátků převládající tradiční biologický pohled na duševní poruchy v německé psychiatrii byl příčinou toho, že se psychotherapeuticky orientovaná medicína po desetiletí mohla rozvíjet jen mimo psychiatrii. Není náhodou, že počátky a dlouhé fáze dalšího vývoje psychosomatiky proto probíhaly v interní medicíně. Přídavný titul „psychotherapie“ se dává v Německu od roku 1956, první psychotherapeutická směrnice je datována rokem 1967. Psychotherapeutické vzdělávání nebylo tehdy vůbec součástí vzdělávání psychiatrů. Lékaři – také psychiatři! – kteří si chtěli zvolit psychotherapeutické vzdělávání, ho mohli do devadesátých let získat nikoli na univerzitách, ale v psychoanalytických institutech. Okolnosti, které toto vzdělávání provázely, byly později, v sedmdesátých a osmdesátých letech, po právu tématem kritiky. Přesto tyto instituty, které

začínaly ve dvacátých až třicátých letech, představovaly jediná místa vzdělávání psychotherapeutů, a to umožňovaly až do chvíle, kdy byla jako první etablována behaviorální terapie – Verhaltenstherapie (termín „Behavior Therapy“ byl použit poprvé r. 1958 Josefem Wolpem, resp. prosazován od r. 1959 Hansem Jürgenem Eysenkem). Skutečně neuspokojivé poměry někdejšího monopolu vzdělávacích institutů byly ukončeny poté, co Německý lékařský spolek rozhodl v r. 1992 o zřízení odbornosti „Psychotherapeutická medicína“ a později ji přejmenoval na „Psychosomatickou medicínu a psychotherapii“. V téže době byl význam psychotherapie rozpoznán také v psychiatrii, což bylo vyjádřeno přejmenováním oboru na „Psychiatrie a psychotherapie“. Ovšem přes nové názvy a nová pravidla tento důležitý lékařský spor pokračuje.

NÁMITKY PROTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ JAKO OBORU

Požadavek zrušit psychosomatickou medicínu byl až do roku 1992 kladen stále znovu. Nanovo se měl v tomto směru nedávno výmluvně vyjádřit zástupce špiček Německé společnosti pro psychiatrii, psychoterapii a neurologii (DGPPN) – mimo jiné v rámci „Zprávy DGPPN“ v odborném časopise „Nervenarzt“. Zástupce DGPPN přitom požadoval nejen zrušení oboru psychosomatika, nýbrž dokonce vyhrožoval různými následky, jestliže by se měli psychosomatici nadále vyskytovat. Požadavek měl původ v následujících argumentech:

- Existuje jen málo pacientů s psychosomatickými onemocněními.¹ Tento odhad vychází z jediné vlastní psychiatrické definice, kteroužto jsou psychosomatická onemocnění psychiatry nahlížena. Odchyly od této definice spolkové lékařské komory jsou pro DGPPN pouhá „somatická onemocnění“, tedy onemocnění *s tělesným nálezem*, a jen pokud k tomu hrají roli také nějaké psychické faktory, jsou snad psychosomatická. Poněvadž psychosomatictí pacienti často sice mají tělesné potíže, ale k nim nemají *žádný tělesný nález*,

¹ V tomto čísle Psychosomu uveřejňujeme shodou okolností dotazník Rakouské lékařské komory, kterým obeslala lékařské komory okolních států, s neúplným seznamem diagnostických okruhů, pro které jsou považovány psychosomatické a psychosociální aspekty za podstatné (pozn. red.).

zastává DGPPN názor, že se nejedná o psychosomatické, nýbrž psychiatrické pacienty.² (Berger, 2004a,b)

- Psychosomatická medicína prý nemá „žádnou samostatnou terapeutickou strategii“. Psychiatrické a psychosomatické ošetřování jsou identická, poněvadž psychoterapie se mezitím přestěhovala také do psychiatrie, a na druhé straně psychosomatictí lékaři používají často také psychofarmaka. (Berger, 2004a,b)
- Odbornost psychosomatická medicína prý odebírá psychiatrii nejen finanční prostředky, ale také lékaře, což může vážně ohrožovat psychiatrickou péči.
- Existence oboru psychosomatická medicína vede prý k zachování stigmatizace psychiatrických pacientů. Hlásá totiž zdůvodnění, že klientela psychosomaticky se od psychiatrické odlišuje tím, že psychosomatictí pacienti představují jen o málo těžší případy k ošetřování. Takže psychosomatika je prý jeden způsob „malé psychiatrie“ a přenechává psychiatrii těžké pacienty a s tím i psychiatrické stigma. (Berger, 2004a,b)

² Podobný spor je veden také u nás. Potíž je především v tom, že tito pacienti sami se nehodlají stát psychiatrickými pacienty a z hlediska možností jejich údravy to ani není účelné. Nemá smysl je přesvědčovat o psychogenitě potíží (pozn. red.).

JSOU PSYCHOSOMATIČTÍ PACIENTI MINORITOU?

Že „psychosomatická onemocnění v úzkém smyslu... představují minoritu“ (Berger, 2004a), je stěží udržitelné. Se svými 11 % patří obraz pacienta s rozvinutou somatoformní poruchou (tzn. s tělesným symptomem bez vysvětlitelného orgánového nálezu v klasickém smyslu) v celé populaci jednu z vůbec největších skupin pacientů. To se ukázalo nejnověji v rozsáhlé studii (tzv. „Bundesgesundheits-Survey“), provedené na reprezentativním vzorku celé populace spolkovým ministerstvem zdravotnictví (Wittchen, 2002). Pacienti se somatoformními potížemi neprokazují sice v klasickém smyslu žádný orgánově patologický nález, přesto lze v mnoha případech pomocí moderních zobrazovacích metod ukázat v CNS neurobiologické koreláty, které je možné, jak ukazují empirické studie, např. úspěšnou psychotherapeutickou léčbou vrátit do původního stavu. To platí také pro velkou skupinu pacientů se somatoformní bolestí. Také oni mají organický nález, i když ne tam, kde bolest pociťují, ale v oblasti spinální nebo kortikální reprezentace. Zde je třeba zabývat se somatoformním onemocněním bezpochyby jako onemocněním psychosomatickým ve vlastním slova smyslu, a už jen pro toto onemocnění, která počítáme často k vůbec nejčastějším, se nehodí tvrzení, že psychosomatická onemocnění nevykazují „žádné speciální, od psychiatrické kliniky diferencovatelné psychosomatické diagnostické spektrum“, jak tvrdí Berger (Berger, 2004a). Výzkumy ukazují, že něco kolem 30 % pacientů na psychosomatických rehabilitačních klinikách trpí funkčními tělesnými potížemi (Nübling a kol., 2000). Z pacientů ošetřovaných na psychosomatických klinikách podle

jiného výzkumu (Tritt et al. 2003) trpí až 58 % tělesnými potížemi s organickým podkladem a přes 25 % trpí somatoformní poruchou.

Také další skupiny pacientů musíme počítat k psychosomatické klientele. U značné části těch, kdo trpí depresivní nebo úzkostnou poruchou následkem traumatu, stojí zcela v popředí tělesné či tělesně prožívané symptomy (jako závrať, vegetativní neklid, oběhové symptomy, žaludeční a střevní potíže). Tito pacienti jsou mnohdy poprvé ošetřováni (např. psychotherapeuticky) až v situaci, kdy prožívají afektivní, emoční stranu své poruchy. Na jakém podkladě mají být takové případy psychosomatických poruch ošetřovány jinak než oborem či lékařem psychosomatické medicíny? Nikoli bez důvodu patří pacienti s nepsychotickými, reaktivními nebo neurotickými depresiemi, s úzkostnými poruchami jako následky traumatu nebo s poruchami příjmu potravy k psychosomatické klientele. Kolem 40 % pacientů psychosomatických rehabilitačních klinik prožilo nepsychotickou depresi (Nübling a kol. 2000). Na psychosomatickém oddělení nemocnice lze potkat 47 % pacientů – mezi jiným! – s depresivní poruchou (Tritt a kol. 2003). Tito pacienti, označování jako výjimky psychiatrie, představují skutečně jakousi „výzvu našim schopnostem“, jak to krátce formuloval dlouholetý předseda Německého spolku pro psychosomatickou medicínu (FGPM) Paul Janssen (Janssen, 2004). Jestliže se překrývají klinické obrazy psychiatrických a psychosomatických poruch více než v dřívějších letech, pak to není chyba nějakého vlastního psychosomatického diagnostického

spektra, nýbrž je to především tím, že psychiatrie jako obor svou orientaci v posledních 15 letech přehodnotila a zaměřila se na poruchy, které dost přesahují původní psychiatrickou oblast,

totiž psychózy, neuropsychiatrická onemocnění a organické mozkové poruchy. To není kritika, ale neopravňuje to v žádném případě k antipsychosomatické argumentaci.

LÉČEBNÉ POSTUPY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Další argument proti psychosomatické medicíně tvrdí, že „nemá žádné vlastní samostatné terapeutické strategie“ (Berger, 2004b). Jednu takovou zvláštnost ale psychosomatická medicína měla a bez pochyby ji stále má: primárně psychoterapeutickou orientaci. K tomu převažovala na mnoha klinikách hlubinně psychologická či psychodynamická orientace, pro kterou byla psychosomatická medicína pohrdlivě označována za nižší povolání klinických psychologů a psychoterapeutů Klausem Grawe, dlouholetým psychiatrickým kritikem. Po léta byl vzbuzován dojem, že hlubinná psychologie a dynamická psychoterapie je méně vědecky založená a méně efektivní než behaviorální terapie. Mezitím nové studie Hartmanna a Zepfa (Puschner a Kordey, 2002; Hartmann a Zepf, 2003a, 2004) a krátce také na předních místech publikovaná metaanalýza (Leichsenring a kol., 2004) vystavily hlubinně psychologické terapie a zvláště psychodynamickým psychoterapiím při srovnání účinnosti a

uspokojení pacientů stejně dobré vysvědčení jako terapii kognitivně behaviorální.

Ačkoli především psychosomatické stacionáře využívají zatím moudře multimodálně jak psychodynamicky orientované, tak behaviorálně založené terapie a metody, jsou psychodynamicky orientované školy a od nich odvozené tělově terapeutické postupy, jako je koncentrativně-pohybová terapie (KBT¹), na mnoha psychosomatických odděleních ještě dnes těžištěm psychosomatické terapie. Tak nabídly psychodynamicky orientované terapie v oblasti stacionární péče jedinečnou vlastní psychosomatickou léčebnou strategii. Efekty stacionární psychosomatické péče jsou doloženy mnoha studii (Schmidt, 1991; Schmidt et al. 1994, Nübling et al., 1995, 1999, 2000, Tritt et al., 2003).

¹ V českých zemích je zkratka KBT rezervována pro kognitivně behaviorální léčbu, což je něco jiného (pozn. red.).

K EFEKTIVITĚ STACIONÁRNÍ PSYCHOSOMATICKÉ A PSYCHIATRICKÉ LÉČBY

Jakmile byly publikovány výsledky nových studií o efektivitě léčby ve stacionářích (akutních) psychosomatických oddělení nemocnic (Tritt et al. 2003), byla předložena podobná studie ze strany psychiatrů (Härter et al., 2004), aniž však autoři

využili příležitost předložit k výzkumu také námítky z psychosomatické strany (Berger, 2004a,b). Mohlo být obtížné najít nějakého pacienta psychosomatické kliniky, který – vedle četných dalších terapeutických nabídek – neabsolvoval psychoterapeutickou léčbu. Tu mělo 100

% pacientů psychosomatických stacionářů dle Nüblinga a spol. (2000). Tady se ale situace v psychosomatice podstatně liší od situace na psychiatrických klinikách, jak se ukázalo v nové, již zmiňované studii o ošetřování v psychiatrických stacionářích psychiatrických nemocnic, do níž bylo zahrnuto 24 psychiatrických klinik (Härter et al., 2004). Přes 46 % psychiatrických pacientů stacionárně ošetřovaných pro depresi nemělo během svého společného pobytu žádnou osobní psychoterapii. Více než 32 % neabsolvovalo ani skupinovou, ani individuální terapii. K tomu více než 93 % všech depresivních pacientů užívalo psychofarmaka. Je pozoruhodné, že přes 26 % pacientů trpělo pouze lehkou a dalších 36 % střední depresí podle Hamiltonovy škály. Kléčbě farmaky u lehké deprese není podle dlouhodobých studií žádný důvod, u střední deprese

může být sice podána, ale v žádném případě není nařízena. Rychlejší nástup účinku při použití farmakoterapie v léčebném poli bývá vyvážen jejich nevýhodami. K těmto nevýhodám patří např. vedlejší účinky: 12,5 % pacientů má závažné vedlejší účinky (Härter a kol., 2004). Vedlejší účinky vyvstávají mimo jiné více při zanedbání individuálních, geneticky daných reakcí na medikamenty (10–30 % populace jsou tzv. pomalí metabolizéři, viz Bauer, 2003). K těmto nevýhodám se druzí také abstinenční příznaky při jejich vysazování na konci terapie. Velká studie v USA včetně takové NIMH poukázala konečně na to, že medikamentózní terapie deprese představuje riziko v podobě tendence k pozdním recidivám. Během psychoterapie je toto riziko signifikantně nižší (přehled viz Bauer, 2004a).

ROZDĚLENÍ FINANČNÍCH A PERSONÁLNÍCH ZDROJŮ PRO PSYCHICKÁ A PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Ze strany DGPPN bylo uváděno, že se – nikoli pouze na základě psychotherapeutického zákona PTG – nyní konečně dostane obyvatelstvu lepší psychotherapeutické péče, jasně se zvýší podíl výdajů při dojednávání s plátcí péče (Berger, 2004a). Fakt, že „52 % všech výdajů jsou vydány za výkony u psychických a psychosomatických onemocnění kvůli psychotherapeutickým směrnicím“, má být příčinou, že je pro nep psychotherapeutické psychiatry a pro Nervenarztz praxe (psychiatrie s neurologií)¹ k dispozici méně peněz (než pro pacienty v psychotherapii). Současně je zřejmé, že v praxích čistě

biologických psychiatrů a neurologů se praktikuje „medicína pětiminutového kontaktu“ (Berger, 2004a). Mezitím bude nařízeno, že v převažující základní psychiatrické péči jsou činní psychiatři, a obzvláště psychiatři-neurologové, kteří nemusí absolvovat ani nabízet žádnou psychotherapii (90% pravidlo). Vyčítat psychotherapeutům a psychosomatikům okolnost, že psychoticky nemocní pacienti nemají u svých psychiatrů, a zvláště nervových lékařů lepší péči, než měli dříve, byla a stále je jen velmi obtížná konstrukce. Ale třeba tomu protestující psychiatricko-nervová „medicína pětiminutového kontaktu“ porozumí jako znamením, že rozvoji nových (psycho)therapeutických strategií při léčbě psychotických pacientů věnovala v posledních letech méně

¹ Tedy pro čistě biologicky orientované kolegy (pozn. red.).

pozornosti, než by bylo třeba. Každopádně méně, než bylo snahy ze strany psychiatrie zpřístupnit pro sebe již dříve existující skupiny pacientů psychosomatické medicíny (úzkostné pacienti, pacienti s poruchami nálady, somatoformní pacienti)².

Další nedávno uváděný argument proti psychosomatice je, že se v oboru psychiatrie nachází nedostatek lékařů, což se dává za vinu sousedství s psychosomatikou. „Kvůli psychosomatickým oddělením hrozí vážné ohrožení povinné péče pro psychicky nemocné v psychiatrických léčebnách“ (Berger, 2004b). Na první pohled nás zarazí, že jmenované příplatky „za nedostatek lékařů“ nejsou

² Tento konflikt na české scéně má spíše podobu přetahování kompetencí mezi biologickými psychiatry a psychoterapeuty z řad psychologů o tyto skupiny pacientů, když psychosomatických lékařů je tak málo (pozn. red.).

sjednoceny (Fritze a Schauss, 2001; Berger 2004a). Je to jistě závažné, avšak fakt, že také v oboru psychosomatické medicíny je nedostatek lékařů, kteří pokrývají celkově malý počet lůžek a lékařských míst v psychosomatice, je ještě závažnější. Berger vychází z čísel, podívejme se, co z nich vyplývá: Z 8480 odborných lékařů a asistentů, kteří mají být k dispozici pro celkem 56 000 psychiatrických lůžek, chybí 1240 lékařů. K 900 lékařů, kteří mají na starost 19 000 psychosomatických lůžek (z toho asi 4000 akutních lůžek), chybí dalších 900 lékařů. Za nedostatek lékařů v psychiatrii by mohla být sotva odpovědná čistá existence psychosomatiky. To je jako by interní medicína vyčítala psycho-medicínským a dalším oborům, že jí odebírají internisty. Skutečný problém je hrozivý pokles psycho-medicíny všeobecně, a to není specificky německý problém, ale ukazuje se rovněž v jiných zemích včetně USA (Lipton, 2001; Hausmann, 2003; Appelbaum, 2003).

PROHLUBUJE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA STIGMA PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ?

Konečně byla ze strany DPGGN vyslovena výčitka, že psychosomatická medicína podporuje antipsychiatrické stigma. *V Německu je (ve spojitosti s tématem stigmatu) zvláště jeden problém: etablování druhého systému péče pod neutrálně užívaným jménem psychosomatika. Přitom jde o stejné diagnózy, často jen v nejslaběji vyjádřených formách. Palcovými titulky v nejčtenějších listech pak můžeme číst: „K psychiatrovi? To tedy raději nejprve na psychosomatickou denní kliniku!“ což vyostřuje problém vymezování se vůči těžkým nemocným a současně vede ke stigmatizování této skupiny pacientů* (Berger, 2004a, s.

204). To je možno v nejlepším případě vidět jako neznalost. Měli bychom se vyvarovat takových svědectví, která lze interpretovat jako cynické zanedbávání těžkého utrpení psychosomatických pacientů. Ve skutečnosti směřují předsudky proti psychickým nemocem stejnou měrou jak proti psychosomatické medicíně, tak proti psychiatrii. Uvnitř společnosti lékařů jsou předsudky proti psychosomatice silněji vyjádřené než proti psychiatrii.

Výčitku, že psychosomatika podporuje antipsychiatrické stigma, sleduje tato výhrůžka: *Společné vedení obou lékařských odborností by mohl být*

bezpochyby vhodný krok na cestě k odstranění stigmatu všech psychických onemocnění a ošetřujících institucí... Pokud by se nadále odborné skupiny psychoterapeutické/psychosomatické medicíny zdráhaly, byly by uvnitř společnosti DGPPN a zaměstnaneckých spolků alespoň diskutovány možnosti

omezení škod alternativním přejmenováním názvu oboru „psychiatrie a psychoterapie“ na „medicínu psychických nemocí“ (Berger, 2004a,s.2004). Lze si jen těžko představit, že by tón takového prohlášení mohl navodit dobré soužití pod jednou střechou.

DIFERENCOVANÁ NABÍDKA PRO PSYCHICKY, OBZVLÁŠTĚ PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÉ: NEBEZPEČÍ DOPORUČENÝCH POSTUPŮ A NOREM

Existence obou specializací – „psychiatrie a psychoterapie“ a „psychosomatické medicíny“ – nabízí v Německu pacientům diferencované spektrum léčebných postupů, což je celosvětově hodno následování. Místo aby v mnoha zemích zbytky psychosomatických odborností vedly boj proti německé psychosomatice, mohly by kriticky zvažovat, zda somatoformní pacient, např. s chronickými bolestmi bez organického nálezu, v jiných zemích dostává optimální péči, když je primárně psychiatrický, což znamená ve velké míře na prvním místě medikamentózní léčebnou strategii. Buď jak buď je faktem, že každoroční zpráva o světovém zdraví WHO somatoformní poruchy nezmiňovala jen jednou, v žádném případě je nehodnotila jako znamení německé zaostalosti, nýbrž jako znamení toho, že zde jedna z častých – pravděpodobně nejen u nás – zdravotních poruch celosvětově není dosud dostatečně brána na zřetel jako zvláštní skupina poruch.

Kam tato cesta vede, ukazuje nedávno¹ psychiatrickou společností (DGPPN) vydaný „Rámcový koncept integrované péče o depresi“, který zavazuje praktické

lékaře při ošetřování psychické, popř. psychosomatické poruchy vyloučit možnosti psychosomatické medicíny (DGPPN, 2004). Oč jde? Tento koncept doporučuje vytvořit lékařskou pečovatelskou síť, ve které bude stanoven postup péče pro ambulantní pacienty s depresí. Vstup do takové sítě se uskuteční přes praktického lékaře. Doporučený postup pro léčbu deprese navrhuje tuto posloupnost: „Při lehké depresi a středně silné depresivní poruše může být podána *samotná medikamentózní terapie domácím lékařem*.“ Doporučení k lékařskému nebo psychologickému psychoterapeutovi, jak by mělo být nařízeno na základě skutečně dlouhodobých studií, se jeví nikoli jako prvořadé, nýbrž bohužel jako rovnocenná alternativa k farmakoterapii. Pozdější případné doporučení pacienta ke specialistovi – zde, jaký div, přirozeně k psychiatrovi, když psychosomatictí kolegové nejsou ani zmíněni – ukáže, oč ve skutečnosti jde. Vypadá to jako koncept dobrý k tomu, aby praktický lékař teprve o dva měsíce později (!) zjistil, že terapie neuspěla, a pokud vznikla již také další komorbidita, pacient splňuje kritéria ICD-10, aby mohl být léčen pro depresi těžkou.

¹ Před 5 lety (pozn. red.).

Léta byla také z psychiatrické strany kritizována péče o depresivní pacienty – jako i o jiné psychické a psychosomatické poruchy – že jsou jen v menšině případů rozpoznány praktickými lékaři a jen málokdy správně léčeny.² Stejní autoři, kteří předložili nyní „Rámcový integrativní koncept péče o depresi“, psali ještě před nedávnem: „Předkládané studie..., že ve všeobecné medicíně je výrazný problém diagnostikovat a léčit psychiatrické poruchy. To bylo zjištěno... zejména u deprese“ (Berger, 2004a, s. 197). Méně než 10 % pacientů s psychickou poruchou bylo praktickými lékaři odesláno k odborné psychoterapii (Hartmann und Zepf, 2003b). Zdá se, že za této situace máme za několik měsíců po vnitřní svobodě. Pro Rámcový koncept lze argumentovat nanejvýš tím, že praktičtí lékaři, pokud depresi vůbec rozpoznají, léčí depresivní pacienty tak jako tak v 52 % případů pouze antidepresivy (Hartman und Zepf, 2003b). Takže tedy podezření, že

² Totéž prokázali v dlouhodobých studiích také u nás psychiatričtí autoři již v osmdesátých letech minulého století (Škoda a kol., pozn. red.).

doporučený postup u léčby deprese DGPPN je nyní ekvivalentním doporučením proti psychoterapii, se tak jako tak už koná. Každopádně je už nyní domácí péče praktických lékařů o depresi ve výsledku hrazená a signifikantně vedená jako odborná psychoterapie, což mimo jiné ukázal výzkum Hartmannovy a Zepfovy studie (2003b) v rámci německé „Consumer report study“.

Že terapie od lehké po středně těžkou depresi může být prováděna podle doporučeného postupu DGPPN formou „medikamentózní monoterapie praktickým lékařem“, удивuje také proto, že až 62 % pacientů, kteří jsou ošetřováni pro depresi ve stacionářích psychiatrických oddělení nemocnic, mají, jak ukázala zmiňovaná studie, lehčí či střední depresi (Härter et al., 2004). Pokud depresivní porucha jako skupina představuje více než 30 % klientely psychiatrických nemocnic (Berger, 2004b), mohlo by se stát, že v důsledku respektování předloženého doporučeného postupu dojde k závažné redukci psychiatrických lůžek (asi o 15 %).

ZACHOVÁNÍ DIFERENCOVANÉ PÉČE O PSYCHICKY NEMOCNÉ JAKO MINIMÁLNÍ MEDICÍNA

Zmiňovaný doporučený postup (Leitlinien) odpovídá tomu, co v anglosaských zemích přineslo v podobě „Diseas Management Programme“ medicínskému zásobování dlouhotrvající obtíže. Jaké problémy z dlouhodobého pohledu „Diseas Management Program“ přinese psychicky nemocným pacientům, ukazují zkušenosti z USA. Takové jednotné programy, zaměřené bohužel jen na okamžité úspory definováním ošetrovacích postupů,

vedou plátce k tomu, aby platil jen za takové výkony, které odpovídají minimu toho, co bylo v programu plánováno. Následkem toho je v USA mimo jiné to, že počet lékařů pro psychická onemocnění radikálně klesl. Proslulý psychiatr Paul Appelbaum, mezi jiným dlouholetý předseda Americké Psychiatrické asociace (APA), tloukl na poplach pro tento implozivní vývoj (Lipton, 2001; Hausman, 2003; Appelbaum, 2003). Zvláštní nebezpečí

tkví v tom, že se plátcům ošetření může podařit v rámci konceptu orientovaného na doporučené postupy přesunout psychoterapii ze standardní péče do volené. Pokud si některá z obou profesí psychiatrie a psychosomatická medicína k tomu nepodají ruce, ztratí se psychoterapie brzy z obou oborů. To, co se pod povrchem v Německu v obou sousedních oborech psychiatrie a psychoterapie či v psychosomatické medicíně doporučuje, není nic jiného než sžíravý destruktivní konkurenční boj, místo toho, aby obory spolupracovaly a udržovaly až dosud příkladně diferencované spektrum

léčebných přístupů při medicínské péči o psychicky a psychosomaticky nemocné lidi.

Přeložil V. Ch.

Prof. Dr. Joachim Bauer
Uniklinikum Freiburg
Abteilung Psychosomatische Medizin
Hauptstrasse 8, 79104, Freiburg. E-mail:
Joachim_bauer@psysom.ukl.uni-freiburg.de

Literatura: u překladatele

**DOTAZNÍK PRO POTŘEBY STANOVENÍ POŽADAVKŮ NA
KVALITU, SPOLEHLIVOST A STRUKTURU POTŘEBNÉ PÉČE
NA POLI PSYCHOSOMATIKY V LŮŽKOVÉM A
AMBULANTNÍM SEKTORU V EVROPSKÝCH ZEMÍCH**

PREAMBULE:

Psychosomatika bere v úvahu subjektivní i objektivní aspekty stavu zdraví a nemoci, stejně tak vliv zkušenosti s uspořádáním vztahů mezi lidmi v průběhu života. Tato disciplína je jak svébytná, tak interdisciplinární. Různé diagnózy, terapeutické postupy a léčba jsou založeny na psychosomatických postojích. Psychosomatika zahrnuje kurativu, rehabilitační medicínu, prevenci a následnou péči.

DOTAZNÍK:

1. Jaké jsou trendy a vývoj na poli psychosomatiky – mimo disciplínu „psychiatrie“ nebo „psychiatrie a psychoterapeutické medicíny“ – v termínech výše uvedených v preambuli stran kvality odborné psychosomatické péče a strukturovaný budoucí vývoj v evropských zemích v lůžkovém a ambulantním sektoru?

Česká a slovenská tradice odborné psychosomatické medicíny byla až do druhé světové války vázána na tradici německy mluvících zemí. Po roce 1948 se dostala do východního bloku, kde byla systematicky likvidována. Po odchodu předválečné generace lékařů již nebyla obnovena ani systematická výuka, ani výzkum na tomto poli. Psychiatrie, podobně jako v německých zemích, byla soustředěna na své hlavní úkoly – především na pacienty s psychotickým a organickým postižením – a až donedávna nebyla nakloněna rozvíjet psychoterapii, ovlivněna především biologickými teoriemi a farmakoterapií. Na rozdíl od

německých zemí zde téměř chybí psychosomatika v interních a dalších nepsychiatrických oborech, pouze v gynekologii a porodnictví lze mluvit o udržování jakési psychosomatické tradice v podobě psychosomatické sekce odborné společnosti. Na vysokých školách neexistují katedry psychosomatiky, donedávna chyběla odborná literatura a kvalitní respektované školení, jediné lůžkové interní oddělení fungovalo několik let začátkem sedmdesátých let v Třebotově. Tradici psychosomatiky přechovali a šířili kromě několika lékařů hlavně kliničtí psychologové, díky odlišnému studiu, které nebylo možno postavit jen na biologii, a psychoterapeutickým výcvikům různých terapeutických škol. Na druhé straně jim však plné medicínské vzdělání chybělo, tudíž rozvíjeli pouze psychodiagnostiku a psychoterapii. A tak přes rozvoj psychoterapie na jedné a biopsychiatrie na druhé straně dodnes není psychosomatická medicína psychiatrií ani ostatními klinickými obory plně respektována a rozvoji

psychoterapeutické medicíny jsou kladeny překážky. Díky České psychoterapeutické společnosti České lékařské společnosti J.E.P. (člen EAP) se psychoterapie emancipuje od začátku 90. let, ale psychosomatika, popřípadě psychoterapeutická medicína donedávna neměla samostatnou prakticky a mezioborově orientovanou společnost (s výjimkou Společnosti pro psychosomatické integrace ČLS, která sdružuje spíše fyziology a výzkumníky). Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS sice funguje nejméně 30 let, pořádá pravidelně konference, vydává odborný časopis, organizuje výuku psychosomatiky, ale zapojení akademických struktur je velmi slabé. Před rokem bylo otevřeno první lůžkové psychosomatické oddělení v kombinaci s rehabilitací na psychiatrii Nemocnice v Ostrově n. O., existují desítky

ambulantních pracovišť s velmi různým personálním vybavením a léčebnými postupy, ale pevnou podobu, např. metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví nebo dokonce stavovský předpis o zřízení oboru „psychoterapeutická a psychosomatická medicína“, nás teprve čeká. Tři roky existuje nezávislá organizace Sdružení pro psychosomatiku o. s. (www.sp-ps.eu), sdružující zájemce o psychosomatiku s nadějí na nezávislý rozvoj interdisciplinární psychosomatiky v ČR. Na LF UP v Brně je již 2 roky psychosomatická medicína zařazena také do výuky mediků. Chceme, aby psychosomatická medicína byla v České republice jak svébytným, tak interdisciplinárním oborem se sítí ambulantních i lůžkových pracovišť nezávisle na oboru psychiatrie.

2. Jaký druh kvalifikací, resp. kompetencí by měl kvalifikovaný psychosomatik mít, aby byl schopen diagnostikovat dle ICD 10 a léčit následující poruchy, nejen medicínskými ale i psychosomatickými prostředky.

Usilujeme o to, aby erudovaný psychosomatický lékař měl znalosti z uvedených oblastí na úrovni všeobecné medicíny a byl navíc schopen diagnostikovat také psycho-sociální aspekty těchto nemocí a diagnostických skupin (Základní psychosomatická péče). Na léčbě těchto poruch se v ČR podílí celá řada somatických oborů, zpravidla však jsou specialisté zcela bez znalostí psychosociálních aspektů fyzicky se projevujících nemocí a jen málokdo je vedle svého oboru absolventem sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku, který je

pro lege artis léčbu většiny uvedených poruch nezbytný. U mnoha poruch bude nezbytná týmová spolupráce, např. v onkologii, neurologii, gastroenterologii, kde se vedle lékaře specialisty bude na léčbě spolupodílet psychoterapeut. Některé speciální oblasti jsou v ČR pokryty úzce zaměřenými specializacemi, např. poruchy příjmu potravy (F50) psychiatrií, chronické bolestivé stavy (F454) algesiologií či sexuologické poruchy (F52) sexuologií. Většina oborů se rozvíjela bez kontaktu se znalostmi z psychoterapie či rodinné systemické terapie.

SEZNAM:

Diagnózy (nekompletní seznam) z hlediska psychosomatiky poslali rakouští autoři:

Porucha dle MKN 10	Obor v ČR*
Endokrinní, nutriční a metabolické poruchy (E10): diabetes mellitus, diabetes insipidus, hyperthyreosis...	Interna
Novotvary (C00-, D48) v termínech psycho-onkologie	Onkologie
Neurotické, stresem podmíněné a somatoformní poruchy (F40-F48) agorafobie, sociální fobie, specifické (izolované fobie)...	Psych/psychol
Další úzkostné poruchy (F41): panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha...	Psych/psychol
Obsesivně-kompulzivní porucha (F42) Predominantní nutkavé akty (obsesivní rituály)	Psych/psychol
Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43): akutní stresová reakce, posttraumatická stresová porucha, porucha přizpůsobení, souvislosti lobbingu se somatickými symptomy...	Psych/psychol
Disociativní (konverzní) poruchy (F44): disociativní motorické poruchy, asociativní záchvaty, asociativní poruchy čítí...	Psych/psychol/ neurol
Somatoformní poruchy (F45.0: nediferencovaná somatoformní porucha (F45.1), hypochondrická porucha (F45.2) somatoformní autonomní dysfunkce, persistující somatoformní bolestivá porucha...	Psych/psychol/ léčba bolesti
Poruchy chování spojené s fyziologickými poruchami a fyzikálními faktory (F50-F59)	Psych/psychol
Poruchy příjmu potravy (F50): anorexia nervosa, bulimia nervosa, přejídání spojené s dalšími fyziologickými poruchami...	Psych/psychol/ spec. jednotky
Neorganické poruchy spánku (F51): neorganická nespavost, neorganická hypersomnie, noční děsy	Psych/psychol/ spec. jednotky
Sexuální dysfunkce, neorganické poruchy (F52): ztráta sex. touhy, selhání genit. odpovědi, orgasmická dysfunkce, předčasná ejakulace, neorganická dyspareunie	Sexuol/ gynekol/ urol
Poruchy chování spojené s šestineděním (F53)	Psych/psychol
Psychologické a behaviorální faktory spojené s poruchami či chorobami klasifikovanými kdekoli jinde (F54,55)	Psych/ psychol
Zneužívání látek netvořících závislost	Psych/psychol
Poruchy osobnosti u dospělých (F60-F69): syndrom bolestivé osobnosti (F62.8) rozvoj fyzických symptomů z psychologických důvodů (F68.0), neorganická enuréza (F98.0), neorganická enkopréza (F98.1)	Psych/psychol/ léčba bolesti/ urol./ GIT
Další mentální poruchy po organickém poškození mozku, reakce na organické onemocnění (F06)	Psych/ psychol
Organická emoční labilita (astenie) (F06.6)	Psych/psycho
Onemocnění nervového systému (v MKN 10-G): chronický únavový syndrom	?
Onemocnění očí a očních adnex (v MKN 10-H): amorosis fugax, glaukom, myopie	Oční
Onemocnění uší (MKN 10-H): tinitus, vertigo, hypacusis	ORL
Onemocnění oběhového systému (v MKN 10-I): hypertenze, infarkt myokardu, onemocnění periferních cév	Interna
Onemocnění dýchacího systému (v MKN 10- J): astma, chronická choroba bronchopulmonální	Plicní
Onemocnění zažívacího traktu (v MKN 10- K): duodenální vřed, dráždivý tračník, kolitis ulcerosa, Crohnova choroba	GIT

Poruchy kůže a podkoží (v KMN 10-L): neurodermatitis, psoriasis...	Dermatol
Poruchy muskulo-skeletálního aparátu a pojivových tkání (v KMN 10-M): bolesti v zádech, myalgia, bolesti kloubů, tenzní bolesti hlavy, fibromyalgia	Revamtol/ neurol/ rehabil
Onemocnění s minimálním klinickým nálezem: hypochondria (?)	?
Funkční poruchy	Všechny obory
MUS (medicínsky nevysvětlené fyzické symptomy)	?
Osoby trpící běžnými fyzickými nemocemi s poruchou spolupráce: invalidita, malformace, chromosom. abnormality	?
Medicínská péče o pacienty orgánové či buněčné transplantaci	?

* Doplněno českými autory odpovědí

3. Jaký obsah tréninku, jaká vstupní kritéria a rozsah doporučujete pro oblast psychosomatické a psychoterapeutické medicíny, aby zahrnoval výše zmíněné diagnostické okruhy?

Pro vzdělávání v psychosomatice navrhujeme dva stupně vzdělání. Oba navazují na pregraduální vzdělání.

1. stupeň: základní psychosomatická péče: 90–120hodinový kurz pro lékaře všech klinických oborů i klinické psychology. Kurz obsahuje z 1/3 informacemi o bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci a konkrétních oblastech psychosomatiky, z 1/3 dovednost rozhovoru s pacientem, z 1/3 sebezkušenost v balintovských skupinách. Kompetence absolventa: diagnostika psychosomatické problematiky v rámci vlastního oboru.

Toto vzdělání již je na celostátní úrovni poskytováno.

2. stupeň jen praktické lékaře i specialisty všech oborů: ke své odbornosti přidává komplexní sebezkušenostní výcvik se zaměřením na psychosomatickou medicínu různých psychoterapeutických škol (min. 500 hodin) + supervizi případů výcvikovou + celoživotní. Kompetence absolventa: diagnostika a terapie, eventuálně psychoterapie psychosomatických případů. Kapacita vzdělávacích psychoterapeutických institutů je již dnes dostatečná, ne všechny se orientují na psychosomatiku.

4. Jak se díváte na možnosti nabízet ve vaší zemi odborné medicínské vzdělání na poli psychosomatiky a psychoterapeutické medicíny, jako je tomu již v zemích EU – Německu a Litvě.

Pro nedostatek respektovaných autorit v psychosomatice musíme spoléhat na pozvolný vývoj. Nelze předpokládat aktivitu ze strany pojišťoven nebo odborníků Ministerstva zdravotnictví, kteří by chtěli zavést psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu v rámci úspor, protože zde nejsou. Mladí lékaři, nejen psychiatři, projevují o dialogickou či psychoterapeutickou

medicínu více zájmu a část veřejnosti vyžaduje zlepšení kontaktu mezi lékařem a pacientem, nebo větší možnosti při výběru terapie. Specifický vývoj medicíny v českých zemích v posledních 50 letech může vést k tomu, že se psychosomatická a psychoterapeutická medicína bude rozvíjet rovnoměrně napříč obory včetně spolupráce s psychoterapeuty

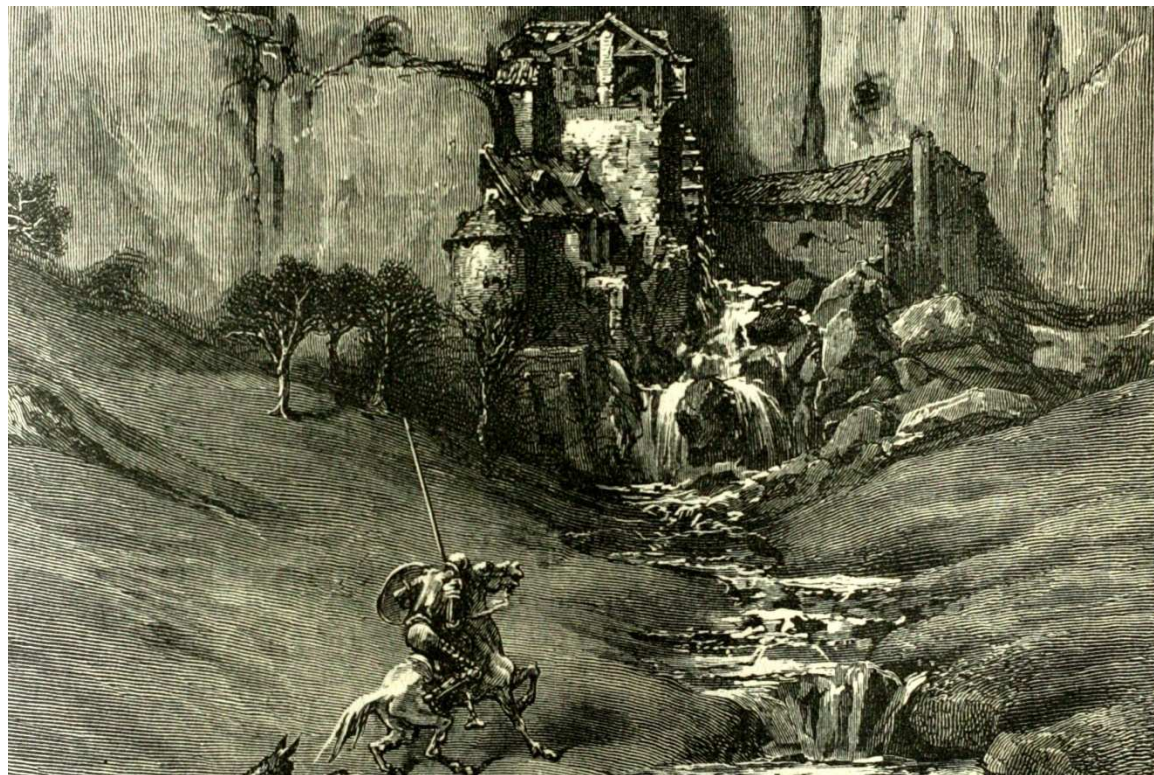
z řad psychologů, pokud tomu nebude některý z medicínských oborů (včetně psychiatrie) mocensky bránit. Procesu

11. 8. 2010

MUDr. Vladislav Chvála
Předseda psychosomatické sekce PS ČLS J.E.P.

by velmi prospělo, kdyby existovala spolupráce a vzájemná podpora na poli psychosomatiky v zemích EU.

RECENZE



ERLEND LOE: FAKTA O FINSKU

VAKÁT, BRNO, 2009, 176 S, CENA NEUVEDENA. ISBN: 978-80-87317-01-3

Hrdina románu, nezávislý novinář, má sepsat na objednávku finského velvyslanectví brožuru o Finsku, která by do této země přilákala norské turisty. Ujme se tohoto úkolu, přestože o Finsku zhola nic neví, zato nutně potřebuje peníze. Nový vztah s mladou ženou mu nabízí cestu z celoživotní osamělosti, současně ale komplikuje život starostmi a vnucenou péčí o adolescentního a poněkud nestandardně se chovajícího bratra nové partnerky.

Zatímco hrdina klopotně dává dohromady eintopf „vše o Finsku“, autor postihuje řadu vlastností, nectností i

dobrych stránek, zbabělosti, ale také občanské statečnosti nás všech. Bez ohledu na to, že autor stejně jako hrdina jsou doma v Norsku, jejich osobní i sociální bolavé problémy, včetně neonacistické lůzy, nacházíme beze zbytku také u nás doma. Široký tok vyprávění zachycuje nejen realie a atributy globálního konzumního stylu, ale i způsob, kterým konzumní styl ovlivňuje naše jednání, myšlení a osobnost.

V akváriu malého hrdinova strachu (hydrofobie) je reflektován větší a zásadní existenciální strach z osamělosti,

z plynutí a jeho nevyhnutelného konce. Přestože příběh ke katarzi zákonitě spěje, její objev i charakter je trochu z rodu „deus ex machina“ (Saturnin to není) a nutně nastoluje otázku, jak se po životním kotrmelci bude hrdina vyvíjet a chovat dále. Použitá ich-forma s dlouhými, ale čtivými, až půlstránkovými větami plnými asociačních meandrů připomíná projev pacienta z psychoterapeutické pohovky. Je to zatím „jen“ potenciální pacient, je

dosud schopen fungovat (nikoli naplno žít) v současném světě, ale na úkor základních psychosociálních potřeb.

Výtečné prokreslení psychologie jednajících hrdinů i epizodních postav pasuje knihu nejen na vynikající četbu, ale na cenný doplněk učebnic psychologie osobnosti.

30. 5. 2010 MUDr. Radkin Honzák, CSc.

NIGEL C. BENSON & PIERO: PSYCHIATRIE

PRAHA, PORTÁL, 2010, 176 s. ISBN 978-80-7367-671-1, CENA 259 Kč

Knižní edice INTRODUCING (do češtiny překládaná vydavatelem jako Seznamte se...), charakterizovaná jako grafický průvodce obsahující text a ilustrace, vznikla v 70. letech minulého století po fantastickém úspěchu knížky mexického kreslíře Riuse o Marxovi. Její motto je věta Alenky (té v říši divů): „Na co je knížka bez obrázků a bez rozhovorů?“ Do dnešních dnů vyšlo asi čtyři sta titulů, jak obecných (např. Etika, Sociologie), tak biografických (Jung, Kafka). Další svazky, které již potěšily české čtenáře, jsou Freud Richarda Appignanesiho, který je také hlavním redaktorem edice, a nedávno Bensonova Psychoterapie. Teď se objevuje na pultech od zmíněného autora publikace **Psychiatrie**.

Je to půvabná a přitažlivá knížka seznamující stručnou formou encyklopedických hesel, podaných však

lidsky a „nesucharsky“, jak s vývojem, tak se stavem moderní psychiatrie. Expresionistické černobílé perokresby a koláže dodávají vtipnému textu další šťávu a z didaktického hlediska pomáhají hned na první čtení upevňovat paměťovou stopu.

Po krátkém, téměř bleskovém seznámení s posláním psychiatrie následuje anamnéza tohoto oboru, odvíjející se od filozofů a prvních antických lékařů přes církevní vlivy, návrat k démonologii, následné osvícenství a počátky vědecké medicíny. Logický oblouk pokračuje od Mesmera a Charcota přes Freuda, Junga, Kraepelina až k dnešní podobě oboru s jeho naznačenou dichotomií orientace biologické a psychosociální.

Obdivuhodným způsobem je na malé ploše probrána problematika příčin duševních poruch, způsobů jejich léčení, toho, kdo je pacient, kdo psychiatr a co

dnešní psychiatrie nabízí. Tento oddíl je vzorovou ukázkou populárně naučné literatury. Čtenář se dozví o psychiatrově postupu při vyšetření, problematice detence, kladech a záporech systému léčeben a seznámí se s terminologií.

Následuje přehled psychiatrických jednotek od poruch osobnosti přes neurotické obtíže, psychózy, organické poruchy, poruchy příjmu potravy, až po závislosti na návykových látkách, přičemž těmto posledním je věnován přiměřený prostor, odpovídající rozsahu problematiky, který dnes představují. Vždy je představen klinický obraz, předpokládaná etiologie a rámcově doporučená léčba.

Závěr patří představení antipsychiatrického hnutí a rozvoji psychiatrie, který lze v dohledné době očekávat. České vydání je aktivně doplněno seznamem doporučené literatury a webovými adresami některých center, kde je možné hledat radu a pomoc. Celý text je laděn více dynamicky, psychosociálně, než biologicky, léky však rozhodně nejsou

opomenuty a jejich přehled je dostatečný.

Autor, stejně jako ilustrátor, patří ke špičkám tohoto oboru. Více údajů lze najít spolu s dalšími zajímavými informacemi o celé edici na adrese <http://www.introducingbooks.com/book>. Knížku mohu vřele doporučit jako přehled historie jednoho zajímavého lékařského oboru a za sebe mohu jen litovat, že jsem ji nepoznal v době, kdy všechny uváděné skutečnosti byly aktuální. Od vydání knihy se však posunula psychiatrie o něco dále, takže některé její klinické části se ve srovnání s dnešními názory jeví jako překonané (hysterie, psychologické teorie schizofrenie a nakonec také antipsychiatrická vlna se zklidnila). Tyto drobné změny však neubírají nic na kvalitě publikace, i když uvedené části patří spíše do historie než do žhavé současnosti, která se pro změnu historií stane už zítra.

4. 5. 2010 MUDr. Radkin Honzák, CSc.

AKCE, AKTUALITY

INFORMACE O PSYCHOSOMATICKÉ SEKCI PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J-E.P.

Název sekce: Psychosomatická sekce PS ČLS J.E.P

Jméno předsedy sekce: prim. MUDr. Vladislav Chvála

Jména členů výboru sekce: prim. MUDr. Martin Konečný
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD., zástupce předsedy
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.
Doc. MUDr. Jiřina Pánková, CSc.

Zápisy ze schůzí výboru: jsou umístěny na adrese: <http://www.lirtaps.cz/sekce.htm>, stejně tak jako další dokumenty a kontakty na život psychosomatiky v České republice.

Připravované akce 2010/2011:

1. Purkyňka v Praze 1.9.2010, 1.psychiatrická klinika, program zde: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/program_purkynky_zari_2010.htm
2. Akce společné se Sdružením pro psychosomatiku zde: <http://www.sp-ps.eu/>
3. Průběžně: Diskuse o možnosti zřídit obor základní psychosomatická péče pro praktiky a specialisty po vzoru německého systému více zde: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/pracovni_skupina_ZPP.htm
4. Projekt: Překlad a vydání učebnice Üexkülla a kol. Psychosomatische Medizine zde: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/projekt_uexkull.htm
5. Postgraduální vzdělávání v psychosomatice: Kurz Základní psychosomatická péče IPVZ zde: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/kurz_IPVZ.htm

Aktuální problémy a dění v sekci:

Psychosomatická sekce PS ČLS J.E.P. usiluje o rozvíjení psychosomatického myšlení v naší medicíně, nikoli jen na půdě psychiatrie. Proto nabízíme spolupráci všem odborným lékařským společnostem ČLS J.E.P., ale také společnosti psychoterapeutů ([ČPS](#)), a dalším organizacím rozvíjejícím obor psychosomatická medicína a psychoterapie, jako [Sdružení pro psychosomatiku](#) nebo společnost rodinné terapie [SOFT](#). Naším cílem je napravit škody, které na naší medicíně nadělalo socialistické školství na následně výhradní orientace na biotechnologie a biomedicínu a obrátit pozornost lékařů všech oborů také na psychosociální případně duchovní aspekty zdraví a nemoci v rámci nejmodernějších vědeckých poznatků. Vydáváme odborný časopis PSYCHOSOM na kterém se podílí většina lékařských fakult a někteří zahraniční kolegové (www.psychosom.cz), usilujeme o to, aby byl zařazen do seznamu odborných recenzovaných časopisů v ČR, protože splňuje potřebná kritéria. Zorganizovali jsme kurz Základní psychosomatické péče IPVZ, kterým by měli projít praktičtí lékaři i specialisté, usilující o rozvoj bio-psycho-sociálního modelu nemoci (WHO) ve své praxi. Pracujeme na schválení metodického pokynu MZd pro psychosomatická pracoviště, protože rozvoj sítě takových pracovišť povede k výrazným finančním úsporám, jak bylo prokázáno v Německu (jedno vložené Euro vede k úspoře 3 Eur). Vítejte všechny zájemce o psychosomatickou problematiku, podporujeme jejich členství v nezávislém Sdružení pro psychosomatiku o.s. V organizaci psychosomatiky nám pomáhá Institut rodinné terapie a

psychosomatické medicíny v Liberci (www.lirtaps.cz), na kterém lze najít potřebné informace.

MUDr. Vladislav Chvála, předseda sekce, V Liberci 7.8.2010

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SPPS (SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU, O.S.) 10.6. 2010

(PROBĚHLO NA NA PSYCHOSOMATICKÉ KLINICE V PRAZE)

Přítomni: MUDr. Z. Hánová, Mgr. E. Kravarová, MUDr. O. Masner, MUDr. E. Rys, PhDr. Z. Vondřichová.

Host: MUDr. I. Vondřich

Výbor Sdružení schválil přijetí nových členů: MUDr. I. Sgallové a MUDr. J. Šavlíka

Další setkání proběhne ve sklípku v Kobylí 2.- 3. 10. PhDr. Roubal rozešle výzvu zájemcům o zaplacení poplatku za ubytování a pohoštění, platba ať proběhne nejdéle do poloviny července 2010.

Původně plánované zářijové setkání – 21. 9. se ruší.

Diskuse o programu na 11. 11. 2010, možní přednášející – MUDr. Vondřich, PhDr. Roubal, MUDr. Hánová, MUDr. Šavlík, MUDr. Masner osloví MUDr. Krejčovou. Velmi bychom uvítali aktivní účast dalších členů Sdružení. Další zájemci o aktivní účast se mohou hlásit na info@sp-ps.eu

Další schůzka výboru Sdružení proběhne v pracovně MUDr. Rysa (Kořenského 11, Praha 5) 5. 10. v 18:15. Program: vize pro rok 2011, uzpůsobení času setkávání členům žijícím dále od Prahy, definitivní podoba setkání 11. 11. 10.

Informace o stavu financí, na opakovanou výzvu o zaplacení čl. příspěvků zatím zareagovalo 5 členů.

Diskuse o čerpání peněz získaných v rámci ceny Dr. Poněšického – možnosti využití: příspěvek na konf. poplatků zahr. konference, platbu zahraničním přednášejícím, překlady odborných článků, supervizní skupina. Předplacení zahraničního internetového časopisu o psychosomatice se nezdá být vhodné.

Logo. Schválena smlouva s autorem, proběhne podepsání smluv a platba za logo.

Webmaster František Hána vytvoří nové administrativní rozhraní webu. Poté bude mít správu webu na starosti Mgr. Jandourková. Nyní má Dr. Masner na starosti Fotogalerii,

Dr. Roubal Akce, Dr. Rys celkovou podobu webu. Mgr. Kravarová domluví s F. Hánou honorář za správu webu a vytvoření rozhraní.

PhDr. Roubal zkontroluje adresář členů a příznivců Sdružení.

Zápis ze setkání SPPS 10. 6. 2010 na Psychosomatické klinice v Praze

Další setkání Sdružení: 2. -3. 10. výjezd do sklípku v Kobylí, další info na www.sp-ps.eu

11. 11. 2010 opět na Psychosomatické klinice, program bude upřesněn na začátku října.

Původně plánované zářijové setkání (21. 9. v 18 hod) zrušeno.

Další schůzka výboru Sdružení proběhne v pracovně MUDr. Rysa (Kořenského 11, Praha 5) 5. 10. v 18:15. Program: vize pro rok 2011, uzpůsobení času setkávání členům žijícím dále od Prahy, definitivní podoba setkání 11. 11. 10.

Přednáška MUDr. Eduarda Rysa: Psychosomatika v neurologii

a/ Psychosomatika a psychoanalýza - pár teoretických poznámek

b/ Paní K – kasuistika pacientky s bolestmi zad

Pro živou diskusi, která se v průběhu přednášky rozběhla, jsme se nedostali k plánované třetí části přednášky c/ Paní M – ukázka ze vstupního interview s pacientkou s bolestmi hlavy. Tato je přislíbena na některá z dalších setkání.

Návštěva Psychosomatické kliniky ve Zhořelci v pátek 18. 6. 2010. Jde o jednodenní akci. MUDr. Masner nabízí odvoz na akci, v případě zájmu jej kontaktujte na tel. 777069106.

MUDr. Vondřich přednášel na setkání rodinných poradců na téma „Somatizace a vztah k rodinnému systému“

Zapsala E. Kravarová

MEDICÍNA JAKOŽTO MATHESIS SINGULARIS A MATHESIS UNIVERZALIS: KONFERENCE 5. 11. 2010 V JINONICÍCH

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolujeme si Vás pozvat na konferenci s názvem „Medicína jakožto mathesis singularis a mathesis universalis – Od Hippokrata po současnost“, která se uskuteční v pátek 5. 11. 2010 na FHS v Praze Jinonicích. Naším cílem je představit medicínu i lékařskou tradici jakožto specifický obor, který se už od svých antických počátků (přínejmenším v evropské tradici) pohybuje v napětí mezi zkoumáním všeobecného a léčbou individuálního, mezi sférou přírody a sférou lidské kultury, mezi diskurzem deskriptivním a diskurzem preskriptivním (příp. normativním či deontologickým). Toto zcela jedinečné místo medicíny mezi ostatními disciplínami zároveň umožňuje (a svým způsobem vynucuje) kladení otázek týkajících se člověka, jejichž povaha překračuje a zároveň problematizuje hranici mezi přírodními a humanitními vědami.

Na konferenci uvítáme příspěvky týkající se této specifické povahy lékařství a lékařské tradice od antiky přes arabskou a renesanční medicínu až k současné reflexi vztahu mezi zdravím a nemocí, mezi pacientem a lékařem, mezi medicínou a ostatními vědami, mezi teorií a terapií, mezi individuálním terapeutickým přístupem založeným na osobní zkušenosti, empatii a intuici a „nezaujatým“ či „objektivním“ přístupem biomedicínské vědy. S ohledem na interdisciplinární povahu takto vymezené diskuse bychom rádi představili různé metodologické přístupy: z pohledu filosofie a historie lékařství (případně vědy obecně), antropologie, lékařské etiky, a také z pohledu lékařské praxe.

Prosíme, abyste nám v případě Vašeho zájmu o aktivní účast na konferenci poslali nejpozději do 30. 8. 2010 krátkou anotaci (max. 200 slov) navrhovaného příspěvku na adresu: hynek.bartos@centrum.cz

Příspěvky na konferenci budou maximálně 30 minutové, o finálním programu Vás budeme informovat na konci září. Mimopražským přednášejícím z ČR můžeme po domluvě uhradit dopravu. Vybrané konferenční příspěvky budou publikovány v roce 2011 v kolektivní monografii editované prof. M. Petříčkem a dr. S. Fischerovou.

Konference je součástí grantového projektu Corpus Hippocraticum ve světle současných věd o člověku (GAČR 401/09/0767).

S pozdravem, Sylva Fischerová (FF UK) a Hynek Bartoš (FHS UK).

POZVÁNKA NA PSYCHIATRICKÉ SYMPOZIUM HLAVOLAM II

Pořadatel: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, Lípy 15

Odborný garant: prim. MUDr. Veronika Kotková

Datum a čas konání: 14. 10. 2010 od 16:15 hod. do 19:30 hod.

Místo konání: Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Program:

16: 30-16: 50 Nekuřácká psychiatrická péče - cíl nebo utopie? MUDr. Eva Králíková, CSc.

16:50-17:10 Je slušné sexuálně žít i v domově důchodců? MUDr. Zlata Mistoleroová

17:10-17:30 Korekce těžkých obličejových vad a dopad terapie na psychiku pacientů.
MUDr. René Foltán, Ph.D.

17:30-17:50 Umíme léčit pacienty s demencí? MUDr. Richard Krombholz

17: 50-18: 25 Přestávka

18:25-18:45 Umíme léčit hlavní příčiny slepoty? MUDr. Zdeněk Mazal

18:45-19:05 Mohou přispět psychologové a lékaři k bezpečnosti silničního provozu u řidičů? PhDr. Mgr. Dana Švingalová, Ph.D.

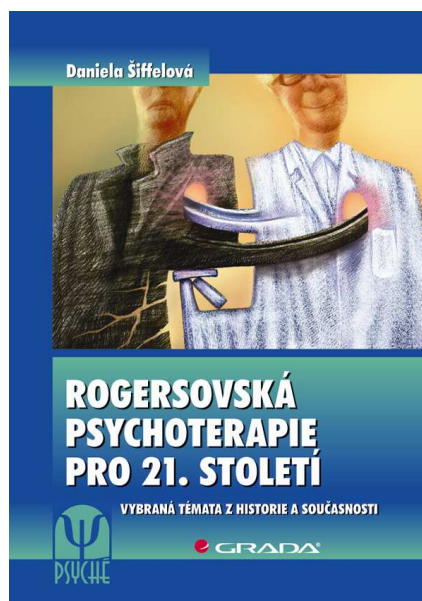
19:05-19:25 Ateliér - vstup se zapovídá!? MgA. Michal Segert

19:25-19:55 Diskuze, zakončení symposia

19:55-21:00 Občerstvení

Akce bude ohodnocena kredity ČLK JEP, ČAS a AKP.

NABÍDKA:



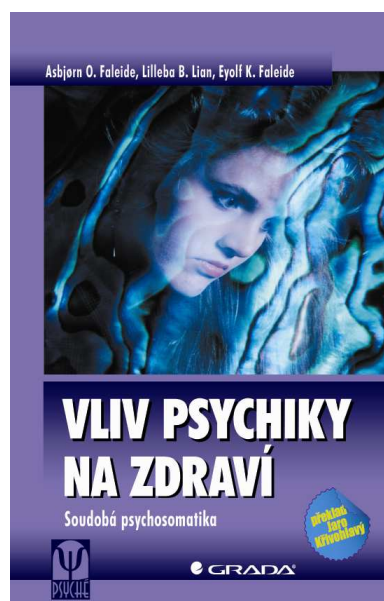
název: Rogersovská psychoterapie pro 21. století
podtitul: Vybraná témata z historie a současnosti

autor: PhDr. Šiffelová Daniela
formát: B5 (167 x 240 mm)
vazba: V2
rozsah: 192 stran
prodejní cena včetně DPH: 329 Kč, 14,15 €

anotace:

Kniha Rogersovská psychoterapie pro 21. století představuje na našem knižním trhu jedinečnou odbornou publikaci, která zachycuje vývoj a proměny tohoto významného směru humanistické psychoterapie. Carl Rogers, jeden z nejvlivnějších psychologů a myslitelů 20. století, hluboce ovlivnil pojetí celého oboru i vztahu mezi terapeutem a klientem. Jak ukazuje autorka, i v dnešní době si tento originální přístup, zaměřený na člověka, ponechává svůj radikální ráz a nenásilnou cestou boří tradiční myšlenky o poskytování pomoci druhým lidem. Díky tomu kniha nabízí alternativní pohled i na problémy současné společnosti. Je určena pro psychoterapeuty, psychology a psychiatry, pro studenty těchto oborů, ale i pro další zájemce, kteří chtějí hlouběji porozumět sobě samým a mezilidským vztahům v jejich složitosti a s ohledem na jejich význam pro plnohodnotný život.

http://www.grada.cz/rogersovska-psychoterapie-pro-21-stoleti_5211/kniha/katalog/





Gustave Doré: Don Quijote de La Mancha



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 WORDu (.doc), 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“ použijte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový

odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratkou 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

