

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

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

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel.: +420 485 151 398

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

Uzávěrka čísla 4/2012 dne 30. 11. 2012, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 11. 2012. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. Fotografie v tomto čísle jsou ze 14. konference psychosomatiky v Liberci 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/ABAO08/84989>

Psychiatrie
pro praxi

Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

PSYCHOSOM (X. ročník) 2012, číslo 4

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/ABAO08/84989>. 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 ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, 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., Technická univerzita v Liberci a 2. 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
Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah 4/2012

Editorial	259
<i>Chvála V.: Vánoční.....</i>	259
Kazuistika	261
<i>Bušková, J.: Neurolog před a po výcviku rodinné terapie.....</i>	261
Teorie	282
<i>Jániš M.: Kompliance (část IV.) – Faktory, které ji ovlivňují</i>	282
Filosofie	297
<i>Hogenová A.: Co je to časové tělo?.....</i>	297
Úvahy, eseje	304
<i>Honzák R.: Jak dosáhnout změny, kterou si přejeme.....</i>	304
Akce a diskuse.....	313
<i>Ohlasy psychosomatické konference v Liberci</i>	313
<i>Reakce MUDr. Máslové na konferenci.....</i>	315
<i>Iva Pivoňková.....</i>	315
<i>K recenzi Pavla Čepického na knihu Medicína založená na důvěře:.....</i>	310
Politika, koncepce	317
<i>Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatická medicína.....</i>	317
<i>Zápis ze setkání výboru SPPS.....</i>	334
Informace.....	335
<i>VÝCVIK INTEGRACE V PSYCHOTERAPII.....</i>	335
<i>VÝCVIK V RODINNÉ TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH.....</i>	335
<i>Otevření nového stacionáře.....</i>	336
<i>Vychází.....</i>	337
Poezie	340
<i>Z. Havlíčkovi.....</i>	340
Pokyny pro autory	342

EDITORIAL



CHVÁLA V.: VÁNOČNÍ

Poslední číslo Psychosomu v tomto roce je zakončeno poezií. 14. konference psychosomatické medicíny v Liberci byla naplněna tancem, byla zde i hodina zpěvu a všeobecně dobrá nálada. Je to dnes, v době plné špatných zpráv, očekávání konce a všeobecného zhroucení, nezvyklé? Ani hlavní téma dne – „korupce“ – se nás netýká. No nemáme se dobře?! Podle atmosféry liberecké konference bych hádal, že ano. A kdo chce v tomto rozpoložení pokračovat, může se pustit do čtení kazuistických zlomků neuroložky Jitky Buškové. Ta svou práci odevzdala na závěr svého komplexního vzdělávání v rodinné terapii a ukázala, jaký je rozdíl mezi tím, jak pracovala před výcvikem, a tím, jak nyní

poznatky z výcviku uplatňuje v lékařské praxi. Přesně o to také jde, lékaři nemusí provádět speciální systematickou psychoterapii. Výsledkem jejich vzdělávání v psychoterapii může přinést takovéto rozšíření obzoru, a v důsledku toho lepší navázání kontaktu se světem pacienta. Pacient si pak nemusí připadat jako neživý předmět, kterým si lékaři šoupají z ordinace do ordinace.

Teorie pokračuje už čtvrtým pokračováním Jánišovy práce o komplianci, tedy také o tom, jak jsme nebo nejsme úspěšní v domlouvání s pacientem. Tady se můžeme dovědět, proč nám to s pacienty nejde. Kdo chce vědět ještě trochu víc, ať zkusí

Hogenovou a její Časové tělo. Kdyby někomu nestačil psaný text, může si ji poslechnout, jak se s tématem vyrovnala přímo na konferenci, kde sklídila velký úspěch. Hledejte na www.lirtaps.cz/konference.htm, zde si lze stáhnout její přednášku v MP3 po zadání hesla. To vám ráda sdělí paní Menclová, ale věřím, že pravidelní čtenáři Psychosomu heslo uhodnou.

Novou rubrikou jsou ‚eseje a úvahy‘, to především pro ty autory, kteří se nevejdou do jiného žánru. Ostatně už Čepického recenze v minulém čísle byla spíš dlouhá esej. Tentokrát v téhle rubrice máme výbornou úvahu Radkina Honzáka. Vyzkoušejte si jeho návod. Já už to zkusil a není to jen tak!

I když politice nefandíme, v rubrice ‚Politika, koncepce‘ najdete zásadní materiál ke

koncepti oboru. Ten jsme vypracovali na žádost Ministerstva zdravotnictví jako materiál pro připravovanou novelu zákona o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Bylo by velkým úspěchem, kdyby se podařilo tento materiál prosadit do zákona. Zde ho ale uvádíme proto, aby se s ním mohli seznámit všichni, kdo se psychosomatickou medicínou zabývají. Podstatná část materiálu se věnuje tomu, jak mají vypadat pracoviště, která by mohla žádat o akreditaci podle zákona o vzdělávání. Byl by to ten nejlepší dárek pod stromeček, kdyby naše generace mohla předat těm mladším psychosomatickou medicínu zakotvenou v zákoně. Ať už to dopadne jakkoli, závěrečné dny roku si užijte ke své radosti a k radosti svých rodin.

To vám přeje

Vladislav Chvála

KAZUISTIKA



BUŠKOVÁ, J.: NEUROLOG PŘED A PO VÝCVIKU RODINNÉ TERAPIE

Bušková, J.: NEUROLOG PŘED A PO VÝCVIKU RODINNÉ TERAPIE, PSYCHOSOM, 2012;10(4), s. 261- 281

Souhrn: V odborné literatuře se prakticky neobjevují svědectví o tom, jak se změní práce odborného lékaře pod vlivem psychoterapeutického výcviku. Komplexní vzdělávací program rodinné terapie psychosomatických poruch přitom poskytuje nejen informace o systemickém způsobu myšlení, ale především sebezkušenost, která není součástí běžného vzdělání somatického lékaře. Reflexe vlastních prožitků při práci s pacienty je naopak samozřejmou součástí psychoterapeutického vzdělání. Předkládáme text, který se pokouší zachytit rozdíl v tom, jak by autorka jako neuroložka postupovala bez psychoterapeutického vzdělání a na jeho konci. Na pěti kazuistických zlomcích je vidět, že neurolog se systemickým způsobem myšlení je pacientovi s nevysvětlitelnými potížemi více k dispozici. Nemusí přitom pracovat jako psychoterapeut, stačí, že má pro situaci pacienta větší pochopení.

Klíčová slova: rodinná terapie a neurologie, sebezkušenost, medicínsky nevysvětlitelné symptomy (MUS)

MUDr. JITKA Bušková, PhD.: A NEUROLOGIST BEFORE AND AFTER FAMILY THERAPY TRAINING, PSYCHOSOM, 2012;10(4), pp. 261- 281

Summary: In the medical literature there is virtually no evidence of how the work of a specialist will change under the influence of psychotherapy training. Although the family therapy comprehensive training program of psychosomatic disorders provides not only the information on the systemic way of thinking, but primarily self-experience that is not a part of standard education of a somatic doctor. The reflection of own experience while working with patients is, on the contrary, a natural part of psychotherapeutic education. We present a text that attempts to capture the difference in how the author as a neurologist would proceed without psychotherapeutic training and at its end. The five casuistic fractions show that the neurologist with the systemic way of thinking is more available for the patient with unexplained problems. He/she does not have to work as a psychotherapist; it is sufficient that he/she is more sympathetic to the patient's situation.

Keywords: family therapy and neurology, self-experience, medically unexplained symptoms (MUS)

ÚVOD A JAK TO BYLO PŘED VÝCVIKEM

Moje potřeba účastnit se výcviku v rodinné terapii vznikla z otázky, kterou jsem si opakovaně kladla: „Proč jen ty léky neúčinkují?“ To, že jsem neznala odpověď, vedlo k mému velikému znejistění, zda „něco“ nedělám špatně.

Jak to tedy chodilo před výcvikem: Do ordinace často přicházeli pacienti, kteří byli svým způsobem „obtížní a obtěžující“. Byli to totiž pacienti, kteří na „nic“ nezabírali. Mohli jste třeba udělat desítky rentgenů, CT či MRI vyšetření, stovky odběrů, a ono tam nikdy nic nebylo a není tam nic ani teď. Držím v ruce fascikl vyšetření stejného objemu, jako výsledky kondiciogramu z filmu *Jáchyme, hoď ho do stroje!*, a říkám si: „Na co jsem nepomyslela? Zapomněla jsem snad udělat nějaký superspeciální odběr na nějakou superspeciální chorobu? Nebylo to zobrazovací vyšetření provedeno příliš brzy, nebo naopak příliš pozdě, když nic neukázalo? Co mu jen je? Mám si ho zvát raději obden na kontrolu? Co když se ta

základnost zhorší? Snažila jsem se vyšetřovat co nejpečlivěji a zároveň zachytit každou novinku v neurologické diagnostice i léčbě. Nadšeně jsem vítala nové generace stále selektivněji a selektivněji působících léků. Jak jen nám ta medicína jde krásně dopředu!

Jenže tenhle druh pacientů zůstal tam, kde byl. Prostě navzdory novinkám (nebo pokroku) dál na nic nezabíral, a zjišťovali to i jiní kolegové. Dokonce se z toho stal významný problém pod značkou MUS. (Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2001) O svém zmatku a bezmoci jsem se radila se staršími kolegy. Všichni do jednoho se shodli na tom, že příčina je „psychogenní“. Že mě to nenapadlo! Nic mu není! Jasně. – Bylo jednoduché dívat se na to takhle, přinášelo to úlevu. Navíc s novými atestacemi a funkčními specializacemi mi přibyla práce. Brzy jsem zjistila, že hektické pracovní tempo nejde s péčí o tyto pacienty dohromady. A tak jsem si v okamžiku, kdy sestra ohlásila příchod

dalšího pacienta, říkala spolu s ostatními: „Snad si jde jenom pro recept!“ Poučena kolegy tak, že jakmile má někdo v ruce několikacentimetrový svazek vyšetření (v horším případě má ten stoh vyšetření barevně rozlišený), je to psychopat a důležité je se s ním hlavně nebavit, jinak člověk ztratí spoustu času. Co tedy dělat (notabene když jsem po službě, nestihnu oběd a v čekárně už jsou tři další, *těm ale aspoň něco je*)? Je to jasné, výsledky jsou normální a neurologické to není. Tečka. Zbytek ať si domyslí sám.

Z ambulance rychle na oddělení. Na chodbě stojí příbuzní, snad celá rodina. Sakra. Stejný případ. Bolesti zad nepřestaly. Lytické infuze spolu se třemi dalšími druhy nejmodernějších analgetik nezabraly, odběry jsou normální, na rentgenu nález odpovídající věku. Starší kolega na telefonu radí: „Tak jim řekni, že ještě nemáme tu rezonanci.“ Aha, tam se všechno ukáže. „Taky jim řekni, že všechno budou mít v propouštěcí zprávě, ta jim přijde poštou.“ Ježíšmarjá, byla jsem dneska vůbec na vizitě?! Vlastně jo, vždyť jsme se domlouvali, že ji *proběhneme* hned v půl osmé.“ Zaneprázdnění bylo na vizitě asi zřejmé.

Dojem léčebných úspěchů u třetiny oddělení nemám. Utkvělo mi jen kývání hlavami, že je to trochu lepší, s evidentní snahou nezdržovat a neobtěžovat. A taky nenaštvat sestry.

Jak šel čas, začala jsem být také naštvaná, jako většina kolegů. Ale měla jsem pocit, že u nich se to naštvání obracelo spíš proti pacientům („*to vás tolik bolet nemůže*“, „*všem to zabralo*“, „*to přece nemůžete mít pořád, to není možný*“, „*to vy si myslíte, že nespíte, ve skutečnosti spíte*“). U mě to bylo také naštvání, ale na jakési míjení otázek a odpovědí. Měla jsem pocit, že mi něco podstatného uniká, a popravdě spíše snaha porozumět tomu, proč výsledky jsou normální a ten člověk přesto nevidí, neslyší, nespí, nemůže se narovnat, má záchvaty, při kterých se zraní, mě dovedla k psychoterapeutickému výcviku.¹ A tak jsem po tom začala pátrat. Spoustu odpovědí na otázky neurologa jsem našla v teorii rodinné terapie. (Trapková, L. & Chvála, V., 2004)

¹ LIRTAPS, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s. www.lirtaps.cz

KAZUISTIKA Č. 1: SLEČNA ANETA VÝBORNÁ, 26 LET

První kontakt: Důvodem, proč se na naše pracoviště obrátila, je nespavost. Svoje obtíže popisuje v dopise, ve kterém

píše: „...v žádném případě nejsem psychiatrický pacient...“

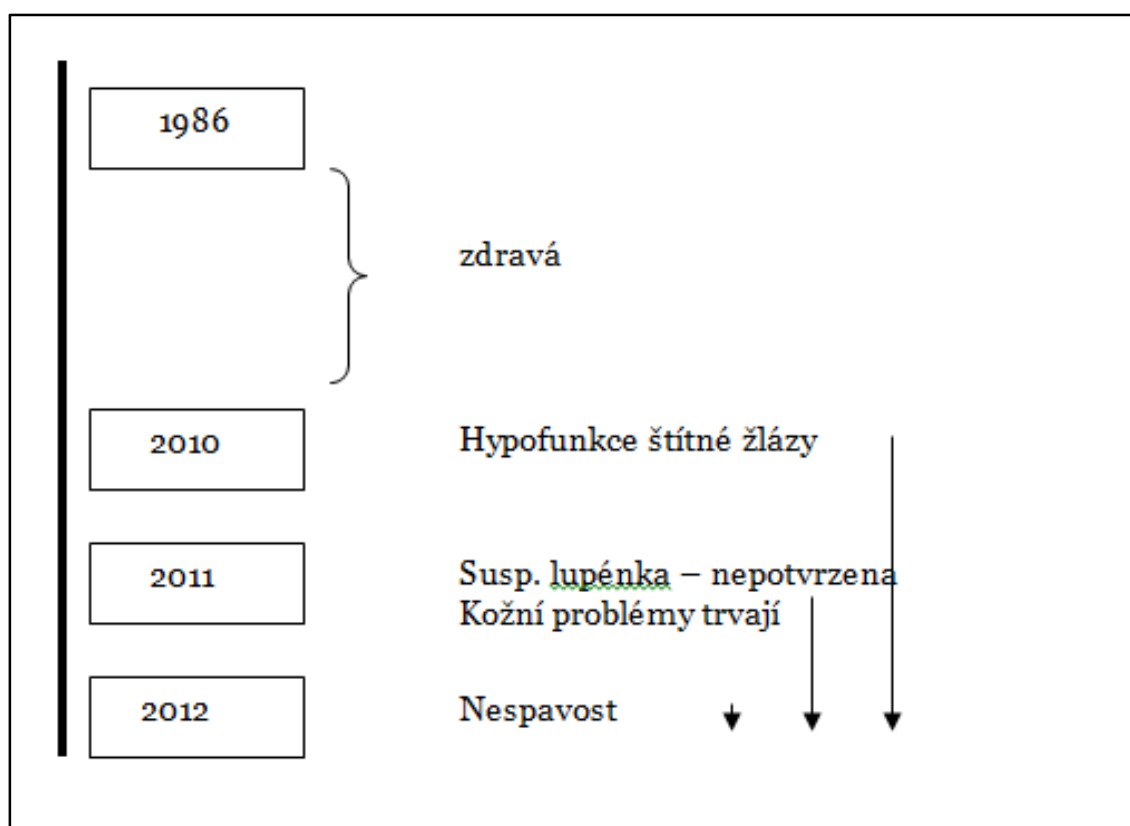
¹) První kontakt je v neurologii často jiný než u psychologa, je velmi těžké nějaký kontakt domluvit, a proto jsme při všech uvedených setkáních uvažovali zatím jen o další návštěvě, bez přesného stanovení, kolik takových návštěv bude. Jména a další detaily v této práci byly změněny.

Předpokládaný postup před výcvikem: Vedoucí našeho pracoviště ji ale na psychiatrii jednoznačně odkázal. Mým úkolem bylo zařídit odeslání jeho odpovědi. Před výcvikem bych to určitě udělala, místo toho jsem slečnu pozvala na sezení.

Úvodní rozhovor²⁾:

1) Symptom: Nespavost se u Anety objevila během několika dní v únoru 2012. První bezesná noc přišla doma u rodičů ve vzdáleném městě. Učila se tam na státnice (poslední ročník VŠ), nyní jsou to už 4 měsíce, nespavost se

zhoršuje, nespí už ani na vysokoškolské koleji. Usíná dobře, ale brzy se budí. Nově se objevily i bolesti hlavy ihned po probuzení. Je zvyklá pracovat na jedničky, jiná známka jí nestačí. Prohlašuje, že je perfekcionistka (na dotaz, co dostala z té zkoušky, když se nespavost objevila, kupodivu odpovídá, že za tři, profesor měl špatný den, chtěl někomu dát za tři).

2) Souběžné události/nemocnost¹⁾:

OBRÁZEK 1: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PACIENTA Č. 1

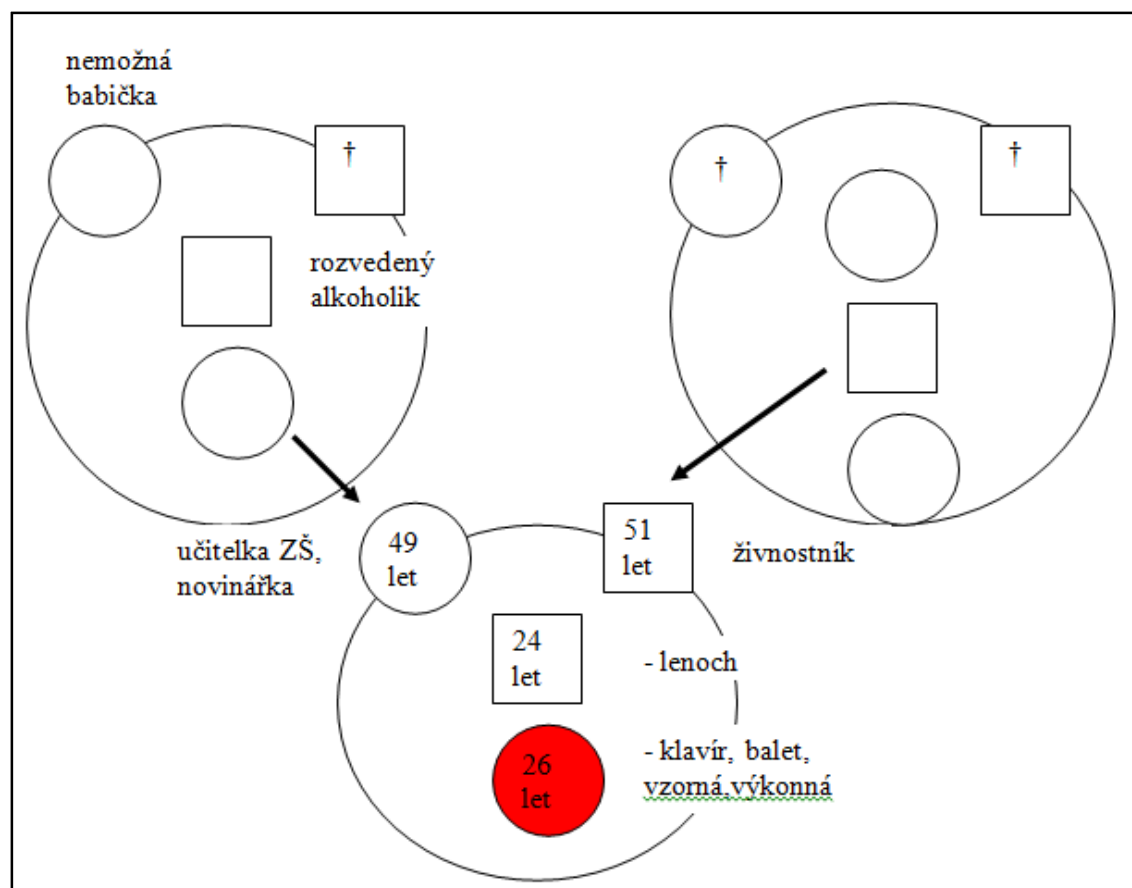
¹⁾ Oddíl Souběžné události/nemocnost: byl takto nazván, ačkoliv nese prvky časové osy, ale při prvním setkání jsem se často na vše nedoptala a pro název Časová osa se mi informace zdály nedostatečně kompletní. (Chvála V., 1995)

Do roku 2010 byla zcela zdravá, matka velmi dbá na zdravou výživu. Oba rodiče jsou zdraví.

3) Rodinný kontext:

Rodinná terapie se zabývá rodinným kontextem stonání mnohem podrobněji, než jsme zvyklí v neurologii. (Doherty & Baird, 1983) Jiné otázky nám umožňují jiný pohled. Přestože matka vyžaduje každodenní telefonáty, o nespavosti zakazuje mluvit doma i do telefonu. Podle matky jsou totiž horší věci (učitelka ZŠ, dříve novinářka oblastních novin). Další důvod, proč se o nespavosti nesmí mluvit, je ten, že jí trpí matka matky (Anetina babička). Anetina matka (tedy i celá rodina) babičku považuje spíše za nemožnou než za nemocnou. Užívá denně až osm tablet Hypnogenu, které kombinuje s alkoholem. Podobně neschopný je matčin mladší bratr a teď se ukazuje, že i Anetin bratr. Matka Anetě tajně podstrčila nějaké bylinky, ty ale nezabraly, Aneta už je úplně vyřízená. Nevyspí se, a pak nezvládá věci tak dobře, jak je zvyklá. Selhává. To ji děsí. Děsí ji i příběh nemožné babičky.

O významu rodinného cyklu pro výskyt symptomů v neurologii obvykle neuvažujeme, nevíme, že je to důležité. (Carter & Mc Goldrick, 1980) Je to škoda, možná proto nám uniká smysl některých záhadných symptomů. Aneta prožívá určitě náročné životní období, končí VŠ, neví, co bude dál dělat. Matka ji nutí, aby se vrátila domů. Aneta má asi rok přítele, je to cizinec (má ho proto, aby se naučila jeho jazyk, je to prý nejlepší způsob, ale je to náročné, nemůže při konverzaci relaxovat). Rodiče doufají, že se rozejdou (nechtějí, aby k nim jezdil, mají distanc, neumějí jeho řeč). Nyní Aneta plánuje s přítelem dovolenou, matka se o ni ale strašně bojí a nechce ji pustit („úplně mě vystresovala, že se teď taky bojím, jestli je to bezpečné“). Otec s ní nemluví, vlastně s ní nemluvil nikdy, nebyl čas. Maximálně tři věty v autě: „Co bylo ve škole? Dobrý. Co v práci? Dobrý. Vedro, co?“. Rodiče ji nutili jít studovat stomatologii, rozhodla se pro jiný obor. Otec tenkrát prohlásil, že to byla osudová chyba. Mocně to na Anetu zapůsobilo, pořád o tom přemýšlí. Na sezení by určitě nepřišel. Aneta si myslí, že matka by si výlet do Prahy udělala. Už to prý kolikrát chtěla udělat.



OBRÁZEK 2: SCHÉMA RODINY Č. 1

4) Hypotézy¹/kladené otázky: Matka Anety ví dobře, co je pro ni dobré, má to všechno načtené (hlásá to ve škole i v novinách). Nezlomně, ale s velkou vnitřní nejistotou a neklidem. Jakoby to sama od matky přirozeně nedostala. Vykvétá mi z toho důležitost vztahu Anetiny matky a její matky (Anetiny babičky). Anetina matka vidí svou matku jako neschopnou (Co nezvládla? Její obtíže jsou v rodině tabu), její bratr ji neměl šanci ve vzornosti dohnat. Přiblížil se své matce alkoholem, rozvedl se. Stejný model se vytváří také v rodině Anety (bratr je považován za

neschopného lenocha). Anetina matka funguje vůči Anetě současně jako ustaraná babička (není občas v roli své vlastní matky?), sama vzorně plnila úkoly a teď to chce od dcery. Rozumějí si dobře, ale Aneta už má dost každodenních telefonátů, nechce se ani vrátit domů. Anetu a její matku čeká vzájemná separace. Dochází mi, že bude možná obtížné získat Anetinu matku, může se bát útoku na své mateřské kompetence z mé strany? Co Anetin otec, nekomunikují, zatím ke vzájemnému sblížení nedošlo.² Otec je

¹ Hypotetizování je běžnou součástí rodinné terapie a liší se od toho, jak o případu uvažují běžně lékaři. Cílem je reflektovat, co všechno nás nad danými informacemi napadá. (pozn. red.)

² Sblížení dcery s otcem v této fázi považujeme za příznak dobře postupující separace dcery od rodičů. Pozorování, že k tomu „zatím“ nedošlo, by zcela jistě běžnému neurologovi uniklo, protože to není nic, co by měl z hlediska svého oboru pozorovat. (pozn. red.)

člověk s velkou mocí (učinil významné prohlášení o Anetině budoucnosti). Na Anetinu babičku má stejný názor jako manželka. Oženil se v 21 letech, jeho rodiče zemřeli mladí, on mezi 2 sestrami. Nevím nic o jeho otci.

5) Intervence: Anetu ujišťuji, že ji považuji za zcela zdravou a nevidím důvod, proč by měla skončit jako závislá na alkoholu a hypnotikách jako babička. Důvody její nespavosti jsou jiné. Domlouváme se, že na plánovanou dovolenou s přítelem pojede. S matkou se domluví, že jí pouze obden pošle krátkou SMS, že je v pořádku. Společně se zamýšlíme nad tím, co by přineslo

úlevu. Navrhuji, že si najde písničku, kterou má ráda, a při probuzení si jí pustí. Nápad se jí líbí, jen neví jakou, na hudbu čas nemá. Navrhuji zeptat se bráchy i přítele. Zvu ji na společné sezení s rodiči, nebo alespoň s matkou.

Odchází spokojená, prý to bylo moc zajímavé. Jsem jediná, s kým o tom mohla mluvit (to od doktora nečekala). Znovu opakuje, že léky na spaní nechce. Nechce ani nálepku psychiatrického pacienta. Znovu ji ujišťuji, že je zdravá, a přeji hezkou dovolenou.

KAZUISTIKA Č. 2: PAN ČERNÝ PETR, 28 LET

První kontakt: Odeslán obvodním neurologem k video-EEG monitoraci pro noční enurézu, k vyloučení epilepsie. Urologické vyšetření je v normě.

Předpokládaný postup před výcvikem: Popsala bych záznam se závěrem: nebyly zachyceny žádné iktální projevy, interiktální záznam v normě. O epilepsii nejde. Doporučila bych psychologické vyšetření, přestože je z prvního kontaktu jasné, že tento křečce vyhlížející chlapec k psychologovi nepůjde.

Úvodní rozhovor:

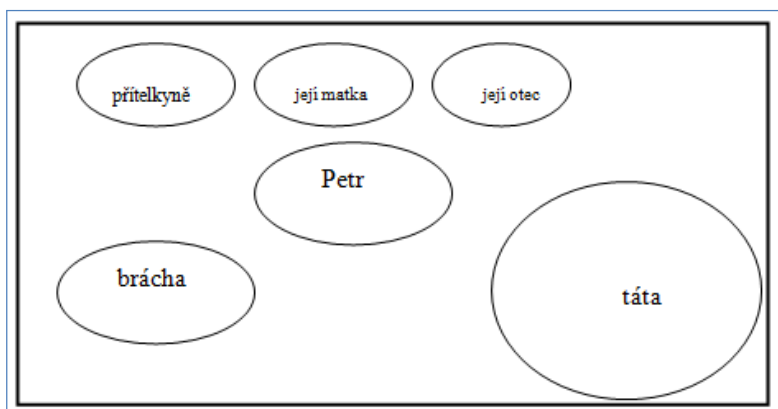
1) Symptom: Enuretik už jako dítě, v šesti letech měl jít do školy, pomočoval se, tak s ním šla matka na pediatrii, stačilo měsíc brát léky a bylo to úplně v pořádku. Žádný humbuk kolem toho tehdy nebyl. Nyní má znovu asi tři roky stejné obtíže, nejprve 1× za 2 měsíce,

nyní každý týden. Žádné souvislosti nevidí. Přichází nyní, protože pomočování vadí přítelkyni. Vadí jí, že Petr nejde k lékaři, že s tím nic nedělá. S přítelkyní je teď Petr spíše kamarád, což mu vyhovuje. Má rád auta, má dost času na odpočinek (dodávám pro sebe – a hraní si = *kairos*?)¹. Jinak by se těžko odhodlával přijít, stydí se. Mám dojem, že vypadá na ten... nástup do školy pořád (působí velmi mladě, křečce, zranitelně, mile se usmívá)².

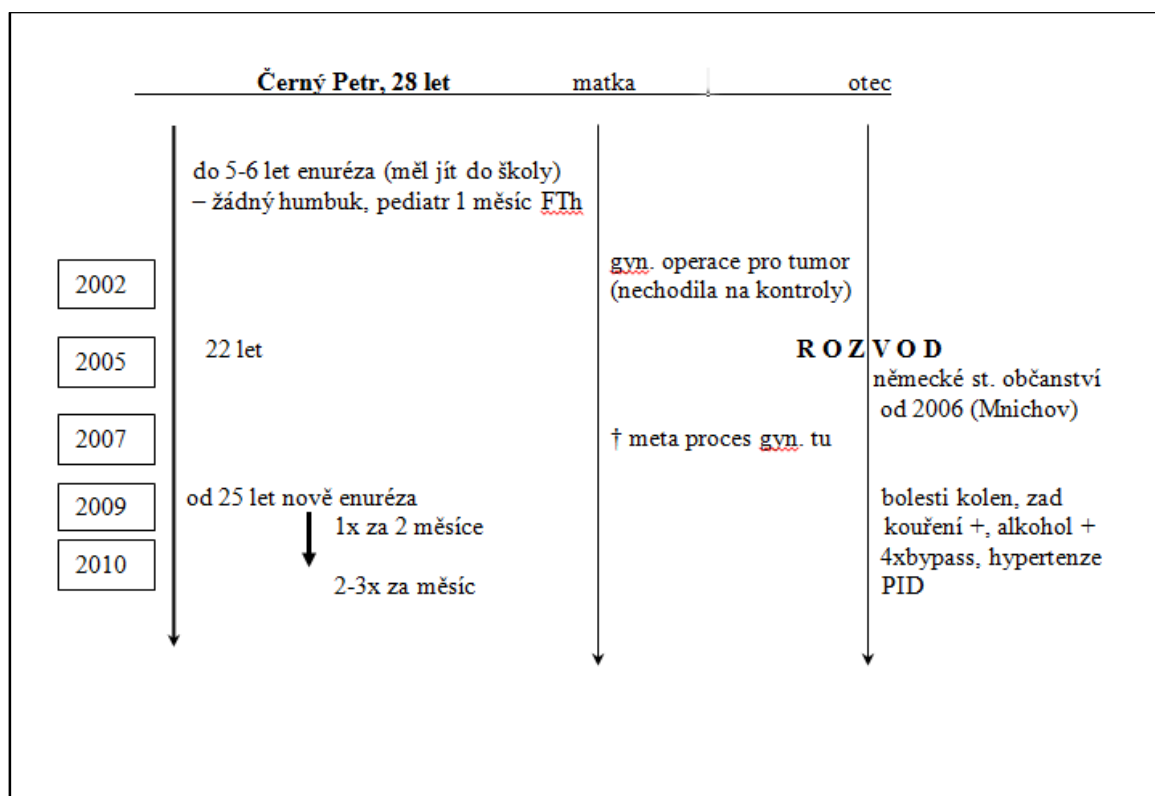
¹) Čas typu *kairos* je na rozdíl od času typu *chronos* nezbytný k tomu, aby procesy dozrály. Nelze je vynutit, je možné je pouze vyčekat. Typický je požadavek dětí na dostatek času typu *kairos* k tomu, aby si mohly hrát. (pozn. red.)

²) Povšimnutí si toho, jakým výrazem pacient působí na lékaře, může být významným faktorem při úvahách o tom, co se to vlastně ve světě pacienta děje. Znovu něco, co není v rutinní práci neurologa běžné. (pozn. red.)

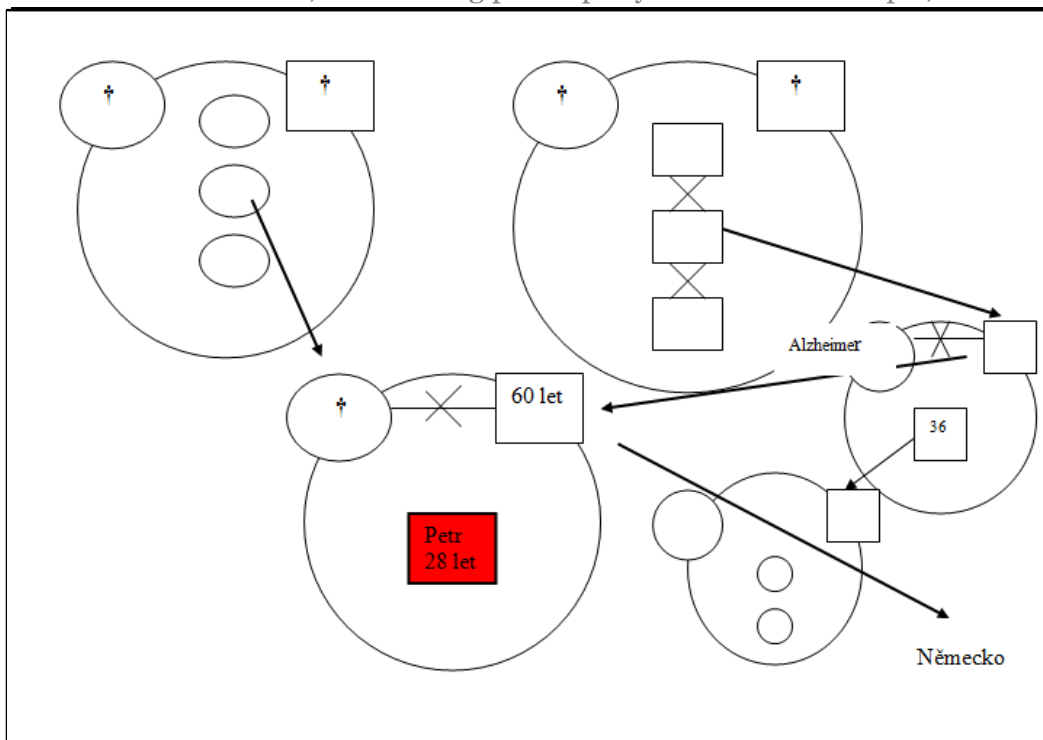
2) Souběžné události/nemoci:



OBRÁZEK 3: MAPA RODINY, PRÁCE S KAMENY



OBRÁZEK 4: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PETRA



OBRÁZEK 5: SCHÉMA RODINY

Petr pracuje jako skladník ve skladu náhradních dílů (vyučil se automechanikem), má rád auta a motosport (sleduje v TV), otci volá 2× týdně (volá on sám, protože to má levnější a také to uměl zařídit). Petr žije s přítelkyní, kterou poznal 3 měsíce před mamčinou smrtí (její matka je účetní v Petrově skladu, s celou rodinou své přítelkyně moc dobře vychází).

3) Rodinný kontext:

Ptám se na rodinu. Začíná slovy: „*Já jsem zůstal sám. Maminka zemřela a táta, ten žije v Německu, ale přijel dokonce i na její pohřeb.*“ Ptám se, jak se stalo, že je táta v Německu. Rodiče se tak tenkrát dohodli, táta pracuje na stavbách, v Německu víc vydělával, peníze matce posílal. Údajně tam žije sám (1× krátce s přítelkyní). Petr neměl nikdy pocit, že by to matce vadilo. Nemluvila s ním o tom. Matka (prodavačka v supermarketu) si řadu let stěžovala na bolesti zad, nakonec lékaři zjistili metastázy páteře. Mluvíme

dlouho, ale rodina pro mě stále nezískává jasné obrysy, tak navrhuji práci s kameny¹. (Štípek, P., 2010)

4) Hypotézy/kladené otázky: Kde bral tenhle chlapec bezpečí a řád? Matka si nikdy nikoho nenašla, byl příliš brzy pasován do role otce (a teď se vrací zpět)? Petrova matka byla již druhá žena, kterou otec opustil nemocnou a nechal na ní starosti o syna. Museli ho pak synové nahradit v jeho partnerské roli? Mám dojem, že se s otcem svým způsobem utkává (kontakt udržuje Petr, umí to prý lépe zařídit, otec je teď – po smrti matky – na tom hůř, horší se jeho zdravotní stav, ale Petrův taky). Otec je na piedestalu, je to těžký soupeř. Neztrácí ho Petr jako protihráče? Jejich vztah vidím jako souboj. Při práci s kameny dal nejbližší svou přítelkyni a její rodinu. Na místo své matky možná

¹ Práce s kameny je rychlá metoda, kterou lze získat přehled o vztazích v rodinném systému. Více viz Štípek, 2010

vtahuje matku své přítelkyně, kterou položil nejbližší ke svému kameni (je skladník, matka jeho přítelkyně dělá účetní v jeho skladu, seznámila Petra se svou dcerou jen 3 měsíce předtím, než jeho maminka zemřela). Přítelkyně stojí o rovnocenný vztah. Ona ten vztah jako funkční nevidí. Možná, že jí to pomočování vadí víc než jemu. Nikdo s ním moc nemluví (přítelkyně pracuje na směny a jezdí na koni, často se doma míjejí), Petr nemá velkou moc.

5) Intervence: Předně zdůrazňuji, že první věta, kterou řekl, bylo, že je sám,

ale že já ten pocit nemám (ukazují na kameny). Dále upravujeme pitný režim (je zvyklý vypít 2–3 sklenice vody před spaním), na tuhle intervenci jsem pyšná, protože jsem už poslední medicínská instance a zatím mu to nikdo neřekl. Dále začínáme „s vysazováním“ na nočník. Chodí spát ve 23:00 hod., nařídí si budíka za 1,5 hod. (po prvním spánkovém cyklu, aby to nebylo moc násilné) a dojde si na záchod. Dále bude psát, kdy a jak k pomočení došlo (což dnes nebyl schopen, nepamatuje si to přesně). Zvu i přítelkyni (mám dojem, že jestli jí na vztahu záleží, přijde).

KAZUISTIKA Č. 3: POLYKACÍ SNY VERONIKY, 31 LET

První kontakt: Karel objednal svou manželku Veroniku na vyšetření spánku, protože měl starost o dceru Terinku. Veronika se jí totiž snažila ve spánku ublížit.

Předpokládaný postup před výcvikem: Popsala bych polysomnografii se závěrem parasomnie vázaná na NREM spánek typu somnambulismu (náměsíčnost) a confusional arousal (probuzení se zmateností) – potud je postup stejný jako po výcviku. Doporučila bych clonazepam v dávce 0,5–1 mg na noc (asi bych tím zabránila výskytu parasomnie a „ochránila“ tak Terinku před nebezpečným chováním matky). Pravděpodobně bych ale také Veronice prohloubila spánek natolik, že by neslyšela, kdyby Terinka v noci něco potřebovala, pravděpodobně by byla utlumená i ráno po probuzení. Volila bych v tom případě menší zlo.

Úvodní rozhovor:

1) Symptom: Z hlediska poruch spánku patří tento symptom do kategorie nebezpečného chování ve spánku.

Veronice se opakovaně zdál sen, že spolkla něco zcela nepoživatelného: červy, chlupy, jehly, hřebíky, nůžky. Tento sen provázelo chování, kdy se posadila na lůžku a začala si manuálně vybavovat tyto domněle spolknuté věci z úst, a to velmi důkladně a hluboko, obvykle poté následovaly několik dní bolesti hrdla. Lékaři ji dovedl manžel, když se situace opakovala s 10měsíční dcerou. Veronika se asi po 2 hod. spánku probudila, zdál se jí sen, že malá Terinka spolkla mince a pacientka ve stavu náměsíčnosti se jí snažila předmět vybavit z úst. Chování vůči holčičce bylo velmi nebezpečné, pro bolest plakala, to probudilo manžela a Veroniku probudil. K epizodě došlo v době nachlazení Terinky, kdy spala výjimečně v posteli s rodiči. Tyto sny s navazujícím chováním se začaly objevovat v posledním roce s frekvencí cca 1–3× za měsíc. Žádné souvislosti Veronika nevyzpořovala.

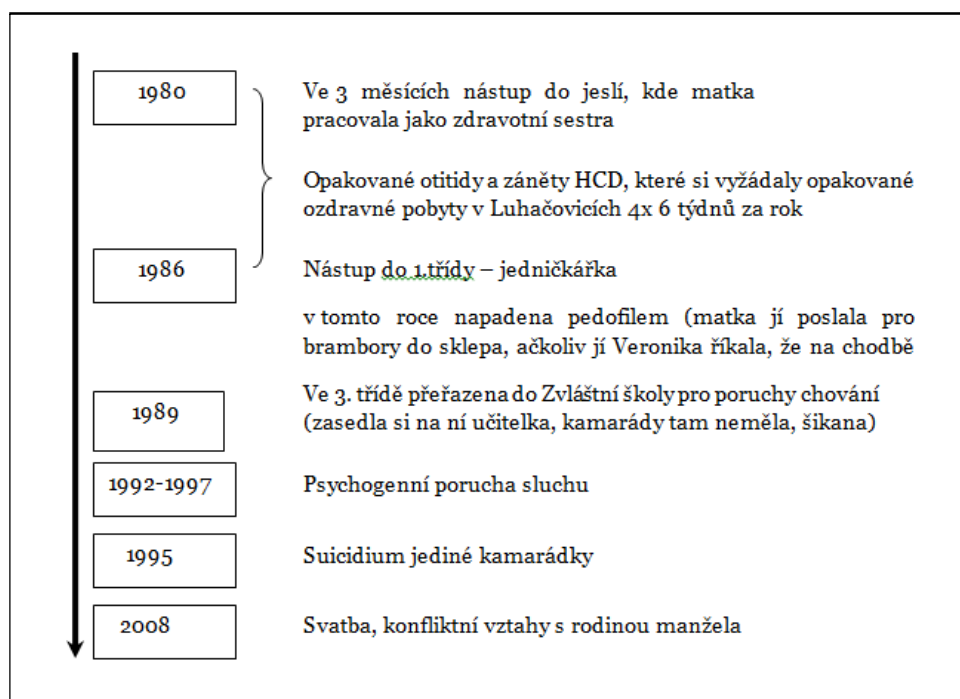
2) Souběžné události/nemocnost:

3. Rodinný kontext: Při rozhovoru s Veronikou se vracím k symptomu a říkám, že toho musela v životě „hodně

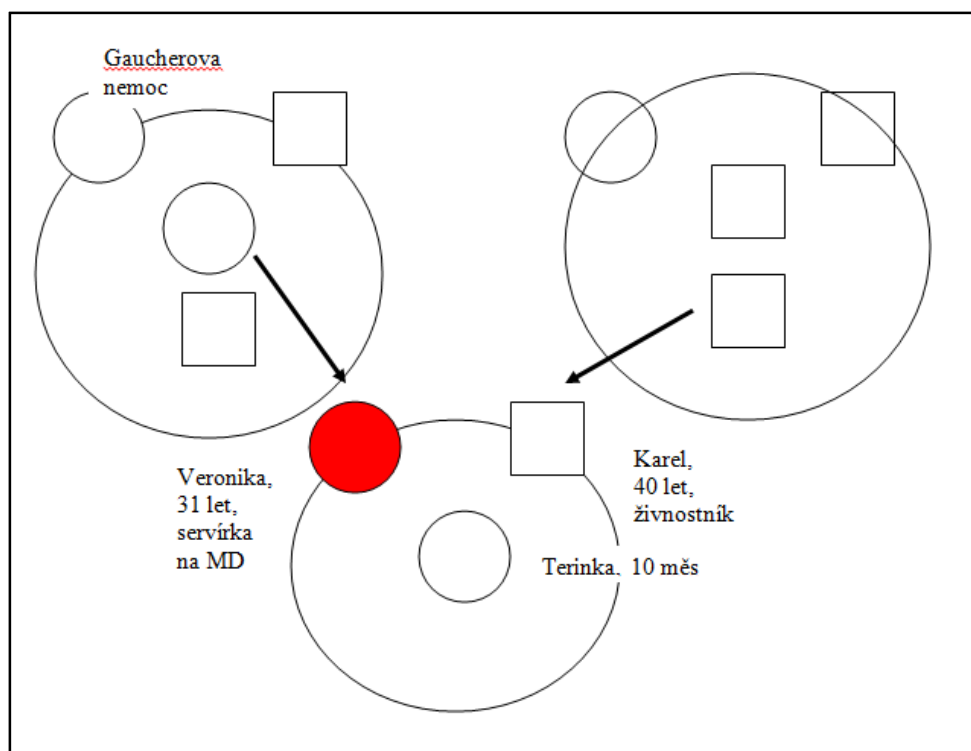
spolknout“. Odpovídá: „No to jo.“¹ Dostáváme se k tomu, jak se k událostem postavili rodiče pacientky. Všichni byli hodní, všichni se snažili (proběhl soud s pedofilem, rodiče šli i do školy, aby se zeptali, proč musí být Veronika přeřazena do Zvláštní školy, ale nemohli s tím nic dělat). Byli na ni o to hodnější, prý proto, že jsou vzdělaní a mohli by se za ni stydět, ale nestyděli se. Má staršího bratra (o 12 let, divadelní vědec), učil se s ní do školy. Ten má dítě

¹ Uvědomuji si, že o symptomu jako symbolu v neurologii příliš neuvažujeme. V přísně vědeckém světě nemá patrně ani své místo. (Dahlke, 2000) Ale zde vidíme, že otázka po symbolu symptomu („musela jste toho v životě dost spolknout“) otvírá docela nový pohled na život mladé matky. (pozn. red.)

s Američankou (jsou rozvedeni, bývalá manželka i s dcerou žijí v USA). Je u něj vidět obrovská vzdálenost mezi ním jako otcem a jeho americkou manželkou. Může to být v reakci na těsnou vazbu rodičů? Když bylo Veronice 15 let, maminka onemocněla tzv. Gaucherovou chorobou, objevilo se u ní vzácné metabolické onemocnění, které ji zcela ochromilo, téměř přestala chodit. Veroničin bratr tehdy zajistil pro jejich matku léčbu v Praze, nyní je schopna normálně fungovat, ale chodí o berlích. Tento Veroničin bratr žije v Praze, domů téměř nejezdí (údajně pro partnerství s jinou ženou, která má sociální fobii a OCD). Veroničin otec se v příběhu moc nevyskytuje. Po delším přemýšlení Veronika uvádí, že je také moc hodný, za maminku se vždycky postaví, jsou všude spolu, rozhodují oba. Vlastně si nepamatuje, že by někdy byla víc s mámou nebo s tátou. Nyní má trochu pocit, že se s matkou musí dohadovat o péči o Terinku, kdo je lepší matka.



OBRÁZEK 6: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PACIENTA Č. 3



OBRÁZEK 7: SCHÉMA RODINY Č. 3

4. Hypotézy/kladené otázky: Některé části příběhu mi připadají neuvěřitelné a ze strany Veroniky nějak „neprožívané“ (trochu jako na divadle), ale respektuji to, že do příběhu patří. Jen mě to nějak znepokojuje jako matku ne jako lékařku. Mám dojem, že se bojí o bezpečí Terinky, kterou miluje. Bojí se, že jí nechtíc ve spánku ublíží, že ani nebude vědět, jak moc jí ublížila. První co mě napadá: Měla to tak sama? Ublížila jí matka svými rozhodnutími, aniž to věděla? Že by ji to ani ve snu nenapadlo? Domnívám se, že příběh patří hlavně do vztahu s matkou. Veronika byla ve spárech institucí prakticky od narození (jesle, ozdravovny, přeřazení do zvláštní školy...) a událostem se nemohla bránit. Ochromila matku tahle skutečnost? Co Verončina separace? Mohla se mezi rodiči protlačit? Pokud ne, jak je obcházela? Jak spolupracují při výchově Terinky (pokud nikdy Veronika

s matkou nemluvily o tom, co se dělo Veronice v dětství a matka je přesvědčená, že chyby nedělala, a navíc je profesionálka z kojeneckého ústavu, možná nutí Veronice svoji představu o výchově a Veronika nechce, aby Terinka musela polykat to, co musela ona). Přitom si ale Veronika při výchově prvního dítěte nemůže být jistá, že dělá věci dobře (mladší matka potřebuje starší matku), může to pro ni být zdrojem velkého napětí.

Jaké bylo dětství Veroničiny matky? Byla z 8 dětí, je možné, že i jí chyběla matčina citlivá pozornost (jako by ona sama tak trochu vyrůstala v „jeslích“)? Víím, že tohle nejsou otázky, kterými bych si dříve jako neurolog lámala hlavu. Může se to zdát zbytečné, ale bez těchto úvah a otázek bych zůstala vůči symptomu mladé matky bezmocná, jako jsem bývala dříve. Přitom o vztahu dítěte a

matky bylo provedeno v minulosti tolik pozoruhodných výzkumů. (Bowlby, 2012) Jak to, že o tom v našem oboru dnes nic nevíme?

5. Intervence: Zdůrazňuji pravidelný režim spánku, předávám tištěná Pravidla spánkové hygieny. Doporučuji odstranit nebezpečné předměty z ložnice (aby se nezranila při jiných epizodách náměsíčnosti). Terinku chce mít Veronika v ložnici, doporučuji vlastní postýlku i v době nemoci. Domlouváme se na další schůzce, která se uskuteční v případě, že by se epizody opakovaly. Vzhledem k tomu, že se vyskytují sporadicky, nelze domluvit konkrétní termín. Veronika bude zaznamenávat okolnosti epizod (cca za 2,5 měsíce

telefonuje, že měla polykací sen jen v noci po našem setkání, jinak zatím ne, občas nadává ze spaní „kde je sakra ten dudlík“, 2× náznak somnambulismu s posazením na lůžku, ale jinak nic). Cítí se provinile za to, že nadává ze spaní, jinak mluví slušně. Odpovídám, že je to dobře, že vyjadřuje naštvání aspoň ve snu. Uvažuji i o vztahu s Karlem, budu se ptát příště, ale zatím nemám pochybnosti o jejich partnerském vztahu ani o jejich rodičovství.

Manžel s Terinkou na pacientku čekají na chodbě, moc hezky se oba k holčičce chovají. Doporučuji ještě Veronice, aby přijela s maminkou nebo s oběma rodiči, to však celkem důrazně odmítá, že maminka je nemocná, špatně chodí a nemůže to po ní chtít.

KAZUISTIKA Č. 4: LUKÁŠ ZASEKLÝ, 21 LET

První kontakt: Přichází s matkou na doporučení PL k vyloučení epilepsie. Obtěžují ho nepříjemné stavy, zárazy v činnosti v trvání 10 sec s frekvencí 15/den, intenzita mírně kolísá.

Předpokládaný postup před výcvikem: Indikuji čtyřdenní video-EEG monitoraci, záznam jsem vyhodnotila. Během této doby nebyl uvedený stav zachycen. Před výcvikem bych s pacientem dále nemluvila a poslala bych mu propouštěcí zprávu se závěrem, že o epilepsii nejde a že doporučuji péči psychologa (nedověděla bych se, že už tam byl, že mu psycholog nabídl relaxační metody pro „sklon k prožívání tenze při zátěži při mírných neurotických dispozicích“ a že tam už rozhodně nepůjde; byl také u psychiatra,

který mu nabídl antidepresiva, a ta rozhodně brát nechce).

Úvodní pohovor:

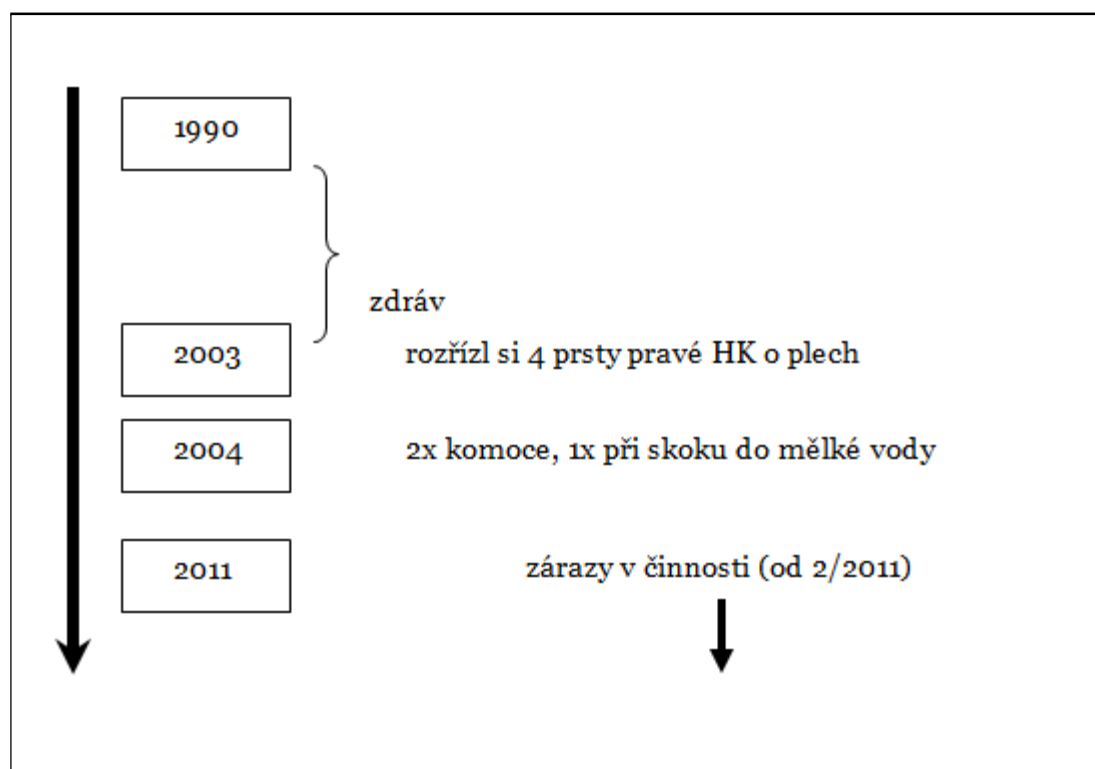
1) Symptom: při pečlivějším rozhovoru se dozvídám, že jde spíše než o záraz v činnosti o „zduhnutí“ až křeč, trvající velmi krátce, zato mnohokrát za den, ve třetině případů ji lze zastavit tlakem na stehno nebo do podlahy (má to tedy částečně pod kontrolou). O příznaku ví jenom máma, ta jediná je schopná to vidět, jinak nikdo, brácha ani táta ne, kamarádi ve škole taky ne.¹ Děje se to doma, ale i ve škole, když má jít např.

¹ Zjišťujeme, do jakého vztahu patří symptom. Obvykle se to pozná podle toho, kdo o příznaku ví a kdo se o něj stará, komu dělá starosti. (pozn. red.)

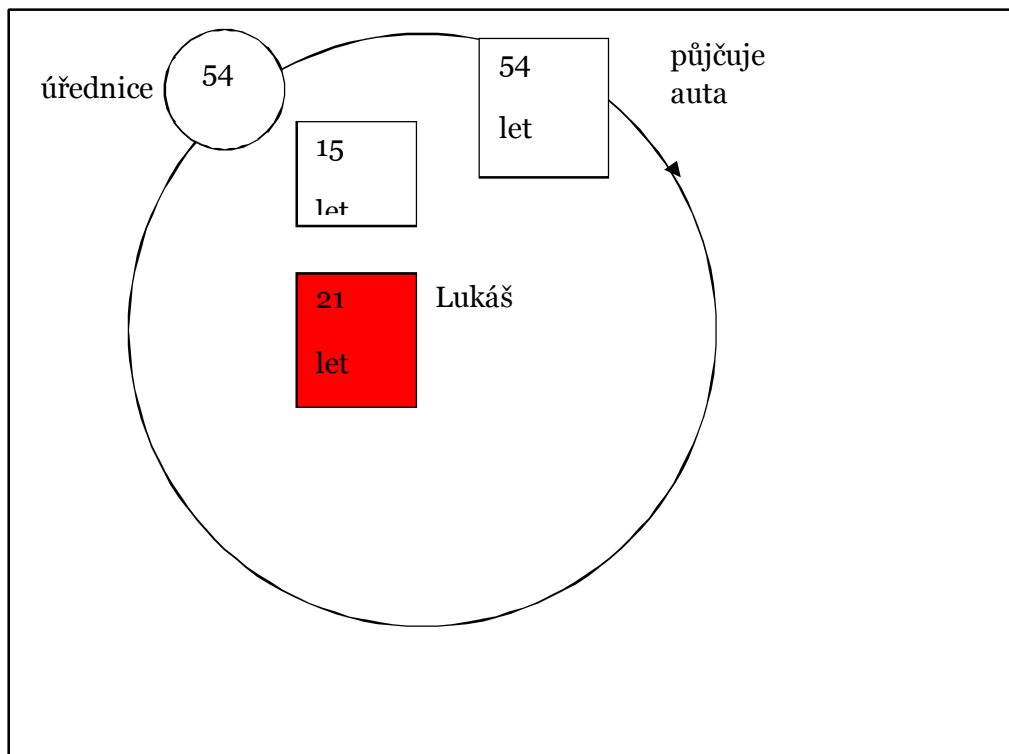
k tabuli, tak při vstávání ze židle. Táta si obtíží sám nevšimne, když mu Lukáš řekne, že to teď má, nereaguje na to vůbec. Zárazy se objevily v 2/2011, když přibýlo práce k maturitě. Součástí maturity byl projekt, na kterém Lukáš tvrdě pracoval několik měsíců a byl si jist, že je výborný, ale dostal trojku (nejhorší známka). U maturity nakonec propadl z matematiky, což nečekal, protože matematika mu vždycky šla, tak

se na ni ani moc neučil. Všem doma to bylo jedno, život jde dál. Opravnou maturitu udělal v 9/2011 (to zárazů trochu ubylo). Na ZŠ měl jen jednu dvojku, IQ má 120, střední školu informační technologie udělal na 3–4. Nyní se mu dál nic dělat nechce. Máma mu našla práci v kurýrní službě u svého známého. Nechce jí udělat ostudu, tak se snaží. Dál zatím nepřemýšlí, jestli chce na VŠ nebo dělat něco jiného.

2) Souběžné události/nemocnost:



OBRÁZEK 8: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PŘÍPADU Č. 4

3) Rodinný kontext:

OBRÁZEK 9: RODINNÉ SCHÉMA PŘÍPADU Č. 4

Matka je pečující, starostlivá, více nadává než otec. Otec bývá doma nepravidelně (někdy 1–2 dny, poté několik dní mimo domov). S bráchou se nebaví, protože nemá jeho respekt („neposlechne mě, když mu něco řeknu, rodiče poslouchá“). Brácha je rodiči lépe přijímán, i když se hůř učí. Kdyby kluci provedli stejnou věc, víc by dostal vynadáno Lukáš.

3. Hypotézy/kladené otázky: První, co mě zarazilo, je, že na vyšetření přichází ve svých 21 letech v doprovodu matky. Ptám se, jestli ji s sebou chtěl, nebo to bylo přání matky? „Mámy, to je v pohodě, on nikdo pořád neví, co to je, tak u toho chce být.“ Zajímavý je i typ příznaku, pomáhá, když zatlačí na stehno (když se zpevní?) nebo tlak na podlahu (když si dupne?). Je to volání o

pomoc, nebo nástroj vlivu? Nebo ho to táhne ven z rodiny, ale nejde to snadno? Zadržlo se jeho směřování k dospělosti? Nebo ještě předtím směrem k otci? Společný čas s otcem nikdy neměl, táta s ním nemluví (Lukáš nerozumí autům a táta nerozumí počítačům, tak není o čem mluvit). Pouští ho máma? Drží si tak pozornost matky? Stará se o mámu a o brácha? Domnívám se, že se nedaří sblížení s otcem a tam je zastavený pohyb, vrací se zpět pod křídla matky s tímto příznakem.¹ (Chvála, Trapková, & Skorunka, 2012)

¹ V medicíně umíme uvažovat o tzv. „sekundárním zisku“, což má jistý obviňující podtext vůči pacientovi, který si tím má zajišťovat nějaké, byť sporné, výhody. Málokdo si umí představit, že jde o společnou tvorbu celého systému kolem

4. Intervence: O epilepsii nejde, sděluji mu svůj názor, že je zdravý. Velmi oceňuji jeho práci na projektu, snažím se uznat jeho kompetence a také tím chci navázat dobrý kontakt. Mluvíme trochu o budoucnosti a podporuji ho v hledání vlastního směru, v pevnosti, odpovědnosti. Mluvíme o tom, že člověk zraje tím, že plní nároky a že je nutné

pacienta, a že symptom je v dané době tím nejlepším, co systém uměl vytvořit. Zde jsou úvahy nesporně vedeny znalostmi psychoterapeutického způsobu uvažování. (pozn. red.)

hledat vlastní zdroje podpory. Hledáme ale i společná témata s tátou (jak zvládal vojnu, Lukáš neví, jestli tam byl...). Lukášovi zárazy ale až tak nevadí, prostě to má a žije s tím, kdyby to pokračovalo: „Bylo by to blbý, ale život by šel dál, vlastně je to O.K.“ Domluvili jsme se, že přijde, když najde skutečně pádný důvod, proč to mít nechce. A já jsem připravená mu s tím pomoci bojovat. Přemýšlím o případné externalizaci (večer mám sen o kouzlu starých přeskakujících desek, o kouzlu starých časů, vlastně se nedivím, že se mu nikam nechce), asi potřebuje víc času.

KAZUISTIKA Č. 5: PANÍ LAPAVÁ, 48 LET

První kontakt: Doporučena PL pro noční stavy dušení k vyloučení poruchy noční ventilace.

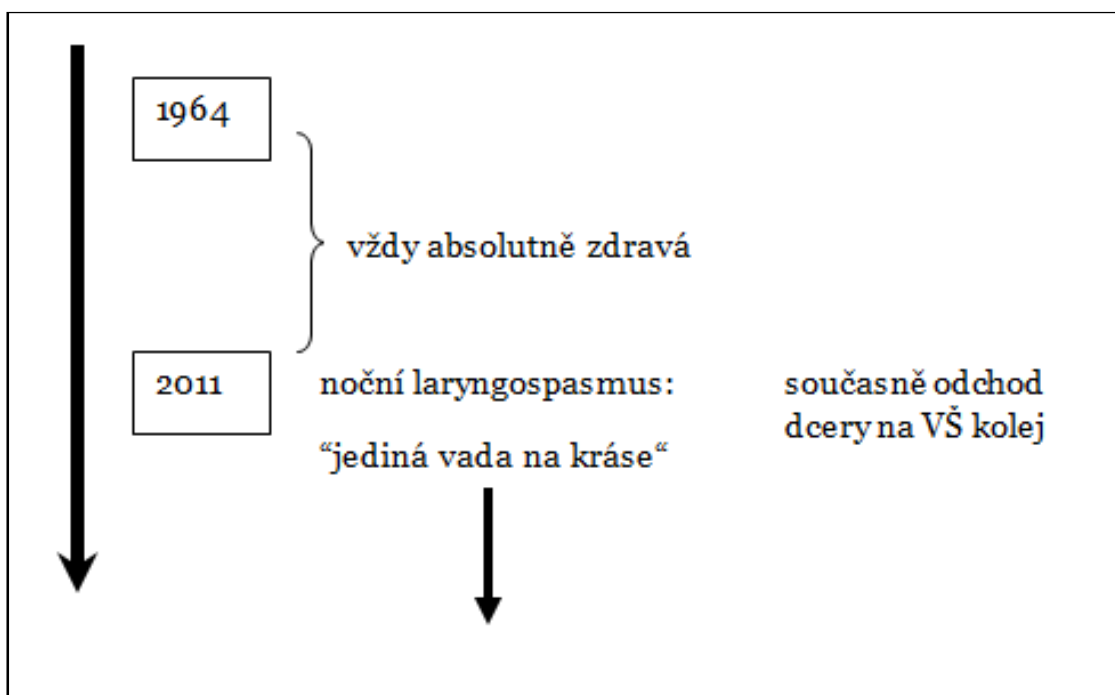
Předpokládaný postup před výcvikem: Indikovala bych limitovanou polygrafii k vyloučení spánkové apnoe. Závěr (po poradě s vedoucím oddělení): noční laryngospasmus. O spánkovou apnoe nejde. Doporučuji spát 1 měsíc v polosedě (nelze vyloučit noční projevy gastroezofageálního reflexu), 1 měsíc vleže + prokinetikum. V případě obtížného znovuusnutí anxiolytikum. Pacientka tato doporučení skutečně dostala, nicméně jsem si ji ještě pozvala na kontrolu po hospitalizaci.

Úvodní rozhovor:

1) **Symptom:** Občas, 2–3× za měsíc, se jí stane, že ji probudí pocit sevřeného hrdla, kdy se nemůže nadechnout, a ačkoliv jsou to asi sekundy, má pocit, že to trvá věčně, nakonec dech chytne, ale celá se třese a pláče. Na otázku, čemu patří ten pláč, odpovídá, že má strach ze smrti. Po dlouhé době se jí podaří znovu usnout. Tyto stavy se objevují až v posledním roce.

Byla na gastroenterologii, reflux nemá. Končí větou: „Nejspíš si teda všichni myslíte, že jsem blázen!“ (jako by říkala, vy jste ale amatéři, nic jste nenašli).

2) Souběžné události/nemocnost:



OBRÁZEK 10: ZLOMEK ČASOVÉ OSY PŘÍPADU Č. 5

3) Rodinný kontext:

Paní Lapavá nikdy nemocná nebyla. Byla vždy zdravá, silná, zdatná, stejně jako otec. Na rozdíl od její sestry, která byla naopak pořád nemocná. Paní Lapavá měla vždycky samé jedničky, byla chytrá holčička, odměňovaná za výkon. Otec zemřel o prázdninách, když měla jít na gymnázium. Bylo mu 40 let, dostal ve spánku akutní infarkt myokardu, lékaři řekli, že důvod je nejasný, nemocný nebyl. Byli zrovna celá rodina na dovolené. Matka se později znovu vdala. Všechno bylo dobré. Jak prožívala otcovu smrt, si nepamatuje. Šla zrovna na gymnázium a měla spoustu učení, nemyslela na to, učila se. Znali se s tátou dobře – hráli spolu totiž šachy, „tam poznáte svůj způsob myšlení“. Ztratila parťáka.

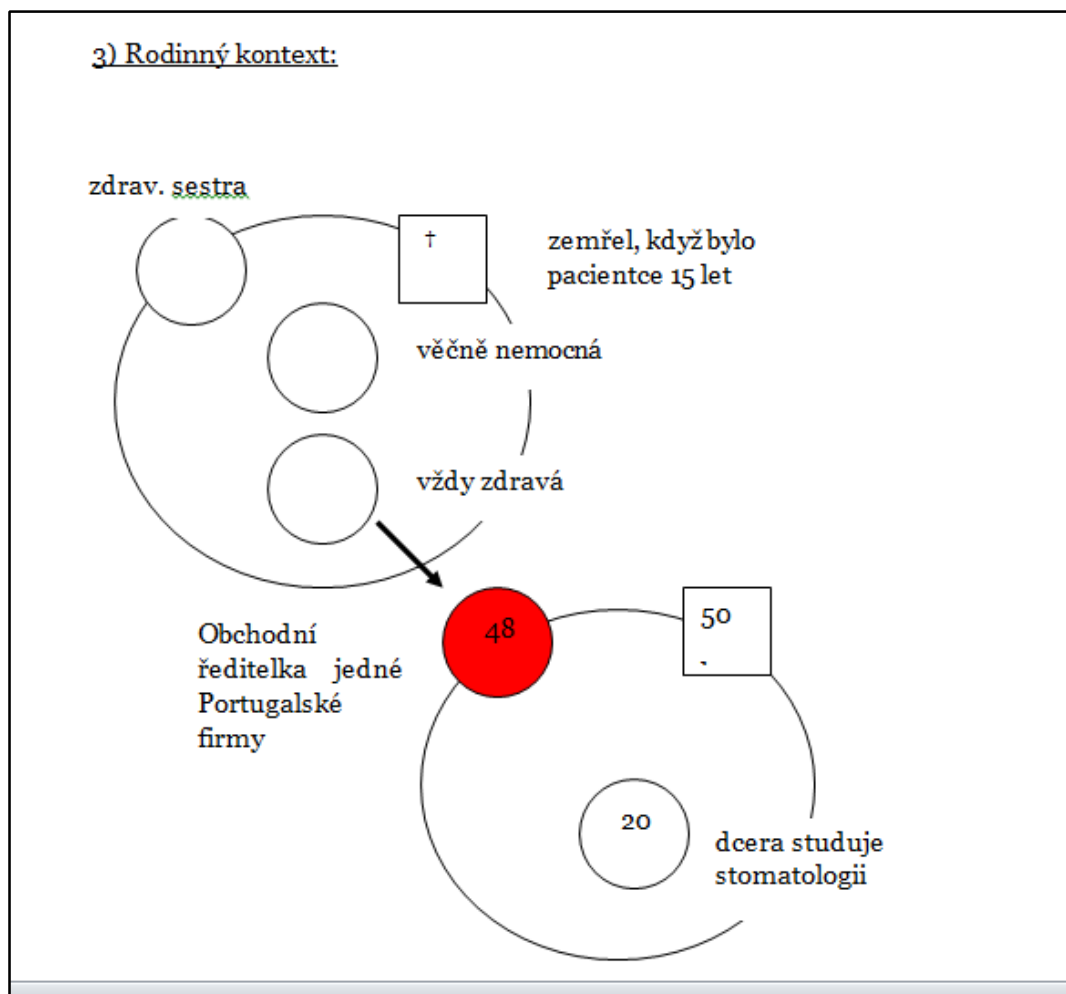
Nyní trošku při těle, ale velmi upravená, pěstěná. Pracuje několik let jako

obchodní ředitelka jedné portugalské firmy, obnáší to 3–4× za měsíc cestu do Tunisu, Maroka, Turecka. Je prý výhoda, že je žena, umí prý „...s těma chlapama jednat, oni tam ti chlapi kupodivu slyší na to, co řekne ženská“. Na otázku, co jiného dělá, odpovídá, že chodí 2× týdně na aerobik. Dostáváme se k relaxaci, na to říká: „To si pište, že umím relaxovat!“ (jako by to byl bůhvíjaký odvaz, zpětně si uvědomuji, že si ani netroufám ptát se dál). Určitě prý přetížená není.

Uvědomuje si, že to tempo nebude možné věčně, ale teď je v pohodě.

Noční stavy se objevily v posledním roce. Dcera v té době odešla z domova na VŠ kolej. Studuje stomatologii, kterou vybraly společně, protože bude zabezpečená, dobře ji to užití, nebude muset být na nikom závislá.

Doma v pohodě. S manželem nespí ve společné místnosti, protože on chrápe.



OBRÁZEK 11: SCHÉMA RODINY

4. Hypotézy/kladené otázky: Jsou šachy uvedením do mužského světa? Paní Lapavá se hodně svému otci podobá. Byla zdravá jako on a teď stůně jako on. Táta pro ni umřel brzo. Byla perfektní pro mámu? Sestra musela stonat, aby upoutala pozornost matky? Byla věčně nemocná, musela ji dost okupovat. Sestra se narodila v době, kdy šla p. Lapavá do první třídy. Jak pracovní tempo ovlivňuje rodinné soužití? S manželem nespí. Kdo dělá domácí práce? (vždyť není doma 20 dní ze 30 v měsíci). Laryngospasmus se objevil

v době, kdy dcera odešla na VŠ kolej? V okamžiku smrti otce zemřel ale také partnerský vztah rodičů. Neděje se něco podobného nyní paní Lapavé? Dcera studuje medicínu, zařizuje jí teď všechna vyšetření, nechce si dceru trochu přitáhnout (zpátky domů), jako to dělala její sestra u maminky? Nezůstala bez dcery sama? Kamarádky prý nemá, to nestihá. Přestává zvládat tempo a tělo promluví jako první? Ztrácí moc, nebo volá o pomoc? Příště bude nutné se ptát na vztahovou a tělesnou potenci. Také na to, kdy a jak se vlastně dostala k mámě.

5. Intervence:

Moc nechápe, proč s ní chci mluvit víc, než to lékaři obvykle dělávají. Odpovídám, že pokud se příčina nenašla, že asi máme málo informací a chci se na ně doptat, třeba nás to společně někam dovede. Odpovídá: „Ahá, tak vy jste takový doktor Hause!“ Tím mě naštvála, ale klidně odpovídám, že jestli jí náš závěr stačí, že o poruchu nočního dýchání nejde, tak je to naprosto v pořádku a můžeme to tak nechat. To prý tedy vlastně ne, ale absolutně si nemyslí, že je blázen. Opět, i tuto pacientku utvrzuji, že na tom se shodneme. Trochu mě válcovala, zkouším na to jít trochu oklikou. Protože existuje hypotetická možnost, že takovýto stav je projevem noční epilepsie (o tom jsem se radila se zkušeným epileptologem, který mi řekl, že 2× v životě to skutečně viděl, je to vzácný epileptický syndrom), objednáám ji k

třídenní video-EEG monitoraci. Přesně jsem ji informovala o tom, jak raritní nález by to byl. Ale vzhledem k tomu, že jsme univerzitní pracoviště, měli bychom diagnostiku dovést do konce a prověřit všechny možnosti. Nadšeně souhlasí, bude za to velice vděčná. Současně jsem se rozhodla její třídenní pobyt na našem oddělení využít k tomu, že se doptám na věci, které mě zajímají, a také chci vidět, jak dokáže relaxovat, jistě to pro ni budou dlouhé 3 dny. Do doby hospitalizace má za úkol sledovat a případně zapisovat okolnosti výskytu laryngospasmu. Zdá se, že důvěru mám. Rozhodně nakonec oceňuje zájem a děkuje za čas, který jsem jí věnovala. Jen žádá ještě ujištění, že se při tom stavu vždycky nakonec nadechne a neumře. To plně potvrzuji a vysvětluji reflexní ukončení spasmu.

ZÁVĚREČNÁ REFLEXE:

Na uvedených kazuistikách jsem se snažila ukázat, jak se změnilo moje uvažování o nemoci a jak se začaly lišit moje recepty před absolvováním výcviku a po něm. Naučila jsem se vnímat širší kontext stonání a nabízet přichozím úvahy o významu tohoto kontextu. Přestože všechny postavy z uvedených kazuistik pro mě byly zpočátku jednoznačně pacienti, po setkání s nimi a seznámení s jejich životním příběhem je pro mě obtížnější je pacienty nazývat. Jsou to pro mě najednou zdraví lidé s tělesnými signály, že se v jejich životě děje něco, na co zatím reagují spíše nevědomě. Svědčí to myslím o změně náhledu na to, co to ta nemoc vlastně je. Ta práce pro mě vůbec není jednoduchá, a to hlavně proto, že psychosociální kontext stonání není často zjevný přichozímu samotnému, i on spolu se

mnou postupuje od příznaku k uvědomování si souvislostí, a proto je na začátku tohoto procesu často nabízenými souvislostmi zaskočený.

Moje krátká zkušenost ale ukazuje, že řada nemocných chtěla porozumět tomu, co se děje. „Když nevím, co se mi to děje, tak se toho nemůžu zbavit.“ Takoví přicházeli včas, respektovali konec sezení, loučili se slovy, že velice děkují za čas, který jsem jim věnovala. Čas jsme potřebovali společně a domluva byla taková, že teď je čas určený výhradně tomu, co je trápí. Byli ochotni s potížením bojovat a byli ochotni vzít věci do vlastních rukou. Dělo se tak s vyvěšeným telefonem, mobilem na tiché vyzvánění, bez přítomnosti sestry, bez bílého pláště. Bylo vidět, že byli předtím často odmítnuti. Měla jsem ale dojem, že i oni

bojují s pochybnostmi, zda jsem jako lékař nezapomněla na nějakou supervzácnou chorobu. Možná i proto je důležitá osobnost terapeuta a z něj vyzařující jistota, že k tomu nedošlo.

Je ale pravda, že ne každý na hovory o souvislostech stonání slyšel, to je myslím potřeba dobře odhadnout a svým způsobem šetřit energií. Včera jsem vyšetřovala 34letého pacienta (mimo jiné s Crohnovou nemocí), který snídá 19 tablet a chce to tak rozhodně nechat. Kupodivu špatně spí. Chtěl by ještě lék na spaní, rozhodně ne nějaké hovory o tom, že svému zdraví spíše škodí, než prospívá. Tam, kde pacient psychoterapii odmítá, ji ani nenabízím. Chce být jen uznán nemocným, být pasován na nemocného. Touží být součástí medicínského systému. Chce, aby se mu dostalo přijetí tímto systémem, za absolutní výhru pak považuje přijetí k hospitalizaci. Tím více nechce psychoterapii na klinice, kde jsou přece ty super-dokonalé přístroje, které vše odhalí.

Dalším významným zjištěním při uvažování o psychosociálním kontextu pro mě osobně bylo, jak důležité je sociální zázemí, které může změnu zcela znemožnit. Jak významnou roli při vzniku nemocí má kromě významu rodiny také např. finanční situace, vliv médií včetně TV reklamy, obecně uznávané hodnoty ve společnosti. Na základě řady (nezmíněných) příběhů

mám pocit, že člověk je tak nemocný, jak nemocná je doba.

Kdybych ale měla zůstat u sebe a formulovat svoje přání a cíle v tom, jaké chci nabízet léčení, chtěla bych to dělat hlavně po svém. Chtěla bych učit lidi chodit podle vlastní mapy, ale tak, aby se uměli podívat na místo, kde stojí, mapu si zorientovat a vyhledat si spoj/způsob, jak dorazit svou cestou ke svým životním cílům. Tedy ne jim jednoduše vrazit do ruky předraženou dží-pí-esku, která jim nedává na výběr, nedává jim náhled na jejich situaci, nedává jim odstup, jen mechanicky vypočítá, kde jsou, aniž by se museli nad čímkoliv zamýšlet, a tím je víc zneschopňuje, jen je postrčí víc vpravo či víc vlevo (často i špatně), a oni už vůbec nevědí, kde jsou, jen se vezou.

Psychosomatický přístup aplikuji opatrně, spíše jsem jej zařadila do svých diferenciálně-diagnostických úvah. Zda to bude někdy někomu k užítku, ukáže čas. Každopádně díky tomuto výcviku jsem dostala odpověď na otázku, proč ty léky nezabírají. Je otázkou, zda k podobné změně v přístupu lékaře k pacientům s medicínsky nevysvětlitelnými obtížemi bude stačit pouhý kurz Základní psychosomatické péče. (Tress, Krusse, & Ott, 2004) Pro mne byla podstatnější změna myšlení než získané informace.

Do redakce přišlo: 2. 9. 2012

Recenzní řízení: 10. 10. 2012

K tisku přijato po úpravách 31. 10. 2012

POUŽITÁ LITERATURA:

- Bowlby, J. (2012). *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Carter, E. A., & Mc Goldrick, M. (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Dahlke, R. (2000). *Nemoc jako symbol*. (Z. Dan, Překl.) Praha: PRAGMA.
- Doherty, W. M., & Baird, M. A. (1983). *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
- Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext*, XI, č. 2,, stránky str. 26-31.
- Chvála, V., Trapková, L., & Skorunka, D. (5. May 2012). Social Uterus: A Developmental Concept in Family. *Contemp Fam Ther*, stránky 293–312.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*, stránky 767–769.
- Štípek, P. (2010). Využití terapeutického potenciálu projektivních technik v práci s rodinou. Technika Zakleté kameny (rukopis). *Diplomová práce*. Praha: FF UK Praha.
- Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

TEORIE



JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST IV.) – FAKTORY, KTERÉ JI OVLIVŇUJÍ

ABSTRAKT: JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST IV.) – FAKTORY, KTERÉ JI OVLIVŇUJÍ. PSYCHOSOM, 2012;10(4), s. 282-296

O vysvětlení ne/kompliantního chování (tedy chování, kdy se pacientovo jednání – např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn – neshoduje/shoduje s radami získanými od zdravotníků) se snaží několik teoretických přístupů. Vedle nich se objevuje řada výzkumů konkrétních faktorů, které mohou complianci ovlivňovat. Tyto faktory bývají povětšinou kategorizovány na charakteristiky pacienta, znaky dané nemoci, charakteristiky léčebného režimu, charakteristiky léčebného uspořádání – settingu, povahu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Z těchto výzkumů vyplývá, že nekompliance není trvalou osobnostní vlastností a že je terapeuticky ovlivnitelná. Ve výsledcích současných výzkumných studií je možno hledat příležitosti k větší spolupráci pacientů a zdravotníků.

KLÍČOVÁ SLOVA: compliance, adherence, faktory ovlivňují complianci

Jániš M.: Compliance (part IV) – Factors influencing compliance, PSYCHOSOM, 2012;10(4), pp. 282-296

ABSTRACT: Scientists think of various theoretical models explaining patients' compliance - the extent to which patient's behavior (in terms of taking medication, following diets, or achieving lifestyle changes) coincides with medical or health advice. In addition to these theoretical models there are many researches focusing on the specific factors, which can influence compliance. These factors are mostly put into five categories: patient characteristics, disease characteristics, treatment factors, factors of the treatment setting, and factors of patient-provider relationship. The researchers agree on the finding, that the noncompliance is not a persistent personal trait and that it can be therapeutically influenced. With the knowledge of the present research studies we are more capable of finding opportunities for better cooperation between patients and providers.

KEY WORDS: compliance, adherence, patient characteristics, determinants of compliance, factors affecting compliance

ÚVOD

O vysvětlení ne/kompliantního chování se snaží několik teoretických přístupů. Vedle nich se objevuje řada výzkumů konkrétních faktorů, které mohou komplianci ovlivňovat. Tyto faktory bývají povětšinou kategorizovány na:

- charakteristiky pacienta;
- znaky dané nemoci;
- charakteristiky léčebného režimu;
- charakteristiky léčebného uspořádání – settingu;

- povahu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem.

D. Meichenbaum a D. C. Turk (1987) upozorňují, že ačkoliv jsou zmiňované kategorie vykládány jako na sobě navzájem nezávislé, opak je pravdou. Navíc nekompliantní chování pacienta je ovlivňováno více faktory současně; to, co platí pro jednoho pacienta, nemusí platit pro jiného; a to, co platí dnes, nemusí platit zítra (Levensky, O'Donohue, 2006).

CHARAKTERISTIKY PACIENTA

Tabulka 1 shrnuje potvrzené faktory z této kategorie.

Je třeba si povšimnout, že takové sociodemografické charakteristiky, jako je pohlaví, věk, stav, vzdělání, sociální třída, vyznání, národnost či trvalé

osobnostní vlastnosti, v uvedeném seznamu chybí. To by naznačovalo důležitou skutečnost, že nekompliance není trvalou osobnostní vlastností a že je terapeuticky ovlivnitelná (Mohapl, 1991).

TAB. 1: CHARAKTERISTIKY PACIENTA OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; LEVENSKY, O' DONOHUE, 2006)

<p>Pacientova vážná psychiatrická diagnóza (pokud z ní plyne snížená schopnost se o sebe postarat, zmatek, neschopnost zachovávat pravidla všeobecně, pocit životní energie navzdory nemoci, omezení ve vytváření vztahů, silná závislost na nekompliantní chování /abusus/).</p> <p>Pacientovo smyslové postižení.</p> <p>Pacientova porucha paměti.</p> <p>Pacientova neschopnost porozumět tomu, že potřebuje léčbu.</p> <p>Dostatek schopností pacienta potřebných k porozumění režimu (schopnost číst, mentální schopnosti).</p> <p>Pacientův copingový styl.</p> <p>Pacientovy schopnosti a dovednosti (ovládání většinového jazyka, schopnosti číst, psát, řídit, najít si práci, asertivně požádat o to, co pacient potřebuje, dovednost monitorovat své chování, relaxovat, odměňovat se za komplianci, vyhýbat se rizikovým situacím, zastavit relaps, schopnost řešit problémy atd.).</p>	<p>PACIENTOVY</p> <p>SCHOPNOSTI</p> <p>A</p> <p>DOVEDNOSTI</p>
<p>Pacientovo vnitřní pojetí nemoci (přesvědčení o tom, jaké jsou příčiny nemoci, jaké bude její trvání a jaký průběh, jaká je její vzdálenější prognóza, jaké budou její následky, jak bude nemoc reagovat na léčbu, jaká je zodpovědnost pacienta za propuknutí nemoci i jeho zodpovědnost za dodržení či nedodržení léčby).</p> <p>Pacientova odlišná zdravotní přesvědčení (např. o tom, že léky jsou potřeba jen při akutních potížích, jen když jsou vnímány symptomy nemoci atd.).</p> <p>Pacientovo jiné sociokulturní či etnické pojetí nemoci a zdraví (např. víra v to, že o nemoci se nemluví, je třeba se za ni stydět, nemoc znamená blížící se smrt, léčba je proti etice, je třeba se spíše modlit atd.).</p> <p>Pacientova nízká motivace k léčbě, apatie či pesimismus.</p>	<p>PACIENTOVA</p> <p>PŘESVĚDČENÍ</p>
<p>Pacientovo zázemí v nestabilní nebo neharmonické rodině.</p> <p>Negativní očekávání a postoje vůči léčbě ze strany pacientových rodičů.</p> <p>Podporování nekompliantního jednání pacienta ze strany jeho okolí</p> <p>Nepřítomnost asistence, která by pacienta v případě potřeby doprovodila na setkání se zdravotníkem, vysvětlila mu sociální systém atd.</p> <p>Obavy ze stigmatu spjatého s daným onemocněním.</p> <p>Pacientův nedostatek zdrojů (strava, peníze, možnost dopravit se, čas, bydlení).</p>	<p>PACIENTOVY</p> <p>ZDROJE</p> <p>A</p>

Pacient, který zažil v nedávné minulosti stresující životní události (smrt partnera, ukončení nějakého důležitého vztahu).	JEHO OPORA
Tlak dalších nároků života nebo dokonce konflikt s nimi (chudoba, nezaměstnanost).	
Pacientova nespokojenost se zdravotníkem či léčbou.	
Pacientovy dřívější nepříjemné zkušenosti s kompliancí (zážitek vedlejších účinků atd.).	
Pacientova dřívější nekompliance.	

Z výše uvedených faktorů je třeba podtrhnout pacientovu nespokojenost s léčbou, protože ta výrazně ovlivňuje nekomplianci. Navíc je v klinické praxi snadno zjištělná – a tudíž i využitelná pro případnou detekci těch, kteří budou pravděpodobně nekompliantní (Meichenbaum, Turk, 1987).

Jiné řádky tabulky zdůrazňují důležitost sociální opory. Není přitom vyzdvihováno množství sociálních kontaktů jako spíše jejich kvalita. Sociální oporou je v souvislostech compliance míněno vnímání vážnosti onemocnění ze strany blízkých, jejich otevřenost, když mají nemocnému sdělit vliv onemocnění (popřípadě ne/kompliance) na jejich vzájemný vztah, citová opora při léčbě, materiální výpomoc při naplňování nároků léčby, sdílení pozitivního pohledu na léčbu, připomenutí kompliantního chování, povzbuzení k němu i ocenění za něj.

Za zvláštní zájem stojí i řádky tabulky odkazující na pacientova přesvědčení o jeho zdraví a o léčbě. M. R. DiMateo a D. D. DiNicola (1982) považují zkoumání pacientových přesvědčení za nezbytnou součást práce zdravotníka, který se snaží léčit člověka s nemocí ve všech jejích rozměrech. Někdy jsou přesvědčení pacienta založena na (z pohledu zdravotníků) mylných předpokladech, nesprávných informacích, negativních myšlenkách, kulturních mýtech. Z nich pak vyrůstají obavy, pocity viny, studu, které přispívají k nekomplianci. V následující tabulce uvádíme nejčastější z těchto přesvědčení, týkající se nekompliance s medikací. Z uvedených přesvědčení vyplývá, že pokud zaujmeme perspektivu pacienta (ohledně příčiny nemoci, jejího spouštěče, způsobu, jak funguje, ohledně její vážnosti, možnosti léčby atd.), pak budeme jeho rozhodnutí k nekomplianci lépe chápat.

TAB. 2: NEJČASTĚJŠÍ PŘESVĚDČENÍ PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ, KTERÁ VEDOU K NEKOMPLIANCI S MEDIKACÍ (MEICHENBAUM, TURK, 1987; KŘIVOHLAVÝ, 2002; DIMATEO, DINICOLA, 1982; MORGAN, HORNE, 2005)

„FARMAKOTERAPIE JE PROTI LOGICE ZDRAVÉHO ROZUMU“:

„cítím se dobře – to znamená, že už léky víc nepotřebuji“; „budu brát léky, jen když mi bude špatně“; „nehrozí mi nebezpečí, když léky brát nebudu“; „nevidím rozdíl mezi stavem, kdy beru léky, a stavem, kdy je neberu“; „pokud chvíli vydržím, nemoc přejde“; „postará se o mě Pán Bůh – léky nejsou potřeba“; „nemoc je projevem toho, že mě Bůh trestá“; „cítím se zdravě – na mě nemoc nemůže“; „moje nemoc není vážná“; „nechápu, proč bych měl na tyto své potíže brát zrovna tyto léky“; „větší tablety jsou účinnější než ty malé“; „s tabletami jsem měl už dva záchvaty – teď to zkusím bez těch tablet a uvidíme“; „jak mám zjistit, že léky na mě ještě působí, ne-li tak, že je na chvíli přestanu brát?“ ...

„MÁM STRACH Z VEDLEJŠÍCH ÚČINKŮ“:

„jsem alergický na léky“; „vezmu si radši homeopatika“; „přírodní látky jsou bezpečnější než ty umělé“; „existují alternativy k farmakologické léčbě – dám přednost jim“; „léky jsou všeobecně přehnaně předepisovány, lékaři předepisují vždycky více léků, než je potřeba“; „léky všeobecně mají škodlivé jedovaté účinky“; „staré metody na tuto nemoc jsou lepší než ty nové“; „medikace je toxická, můžu ji brát jen krátký čas“; „musím dát svému tělu oddech od léků, jinak se na nich stanu závislým“; „když budu brát tyto léky, tak pak jejich účinky zamaskují mé skutečné potíže – a lékař nepozná, co mě trápí“; „už beru hodně medikace – už nepotřebuji brát více“; „časem se ztratí část efektivity léků – už na mě přestanou působit“; „když budu brát léky, nebudu se na sebe moci spolehnout“; „zřejmě se mě snaží otrávit“, „zbytečně moc přiberu“ ...

„LÉKY MĚ OMEZUJÍ“:

„medikace je dobrá, ale dostává se do kolize s mými aktivitami“; „když budu tyto léky brát, nebudu moci pít alkohol“; „když budu tyto léky brát, nebudu moci mít děti“; „léky mě dělají jiným, než jsou druzí“; „cítím se být méně tvořivý“; „je to otrava brát pravidelně léky“; „jsem pak méně přitažlivý pro přátele, manželku“; „chybí mi ty úžasné nálady, které jsem bez léků zažíval“; „chybí mi barevnost života – teď zažívám příliš velkou plochost“; „brání léků mě omezí v setkávání se s přáteli“ ...

„LÉKY MĚ PONIŽUJÍ“:

„moje nemoc je kvůli životním stresům – to se může stát každému“; „moje nemoc byla nervovým zhroucením – už jsem zase normální“; „nejsem nemocný“; „moje nemoc není vážná“; „nechci připustit, že bych měl chronickou nemoc“; „medikace mi připomíná mou nemoc“; „brání léků ze mě dělá blázna, nemocného, slabého, méněcenného“; „měl bych své problémy řešit sám – a nespoléhat se na léky“; „vždycky jsem se ze všech problémů dostal sám – nejsem zvyklý spoléhat na něco vnějšího (léky)“; „moje rodina byla vždy proti lékům“; „ostatní jsou psychiatricky nemocní – já nikoliv – ať oni berou léky“; „léky jsou důkazem toho, že jsem slabý, neschopný se o sebe postarat“; „kdyby se druzí dozvěděli o tom, že beru léky, měl bych problémy“; „je pro mě důležitější modlitba“; „jsem spíše pro alternativní léčbu“ ...

„STEJNĚ JE TO K NIČEMU“ + „NEMÁM NA TO“:

„léky mi stejně nepomůžou“; „moje onemocnění má organický podklad – cvičení mi nepomůže“; „ani mi nepomůže nějaká změna smýšlení“; „nemám na to vydržet brát léky“; „nezvládnou složitost a dlouhodobost léčby“; „je to příliš náročné“; „je to náročné – a stejně mi to nepomáhá“; „lékař se mě ptá na tolik věcí“; „radši budu nemocný, než abych podstoupil něco takového“...

Z našeho výkladu by mohlo vyplývat, že nekompliance je maladaptivním řešením situace. Tak tomu většinou je. V některých případech však – jak musíme spolu s D. Meichenbaumem a D. C. Turkem (1987) poznamenat – i jednáním adaptivním. A to tehdy, pokud pacient neklade zdraví na první místo mezi svými životními hodnotami. Pokud se pak compliance dostane do konfliktu s těmito hodnotami – zcela logicky dá pacient přednost nekompliantnímu chování. Např. mnozí pacienti zvažují, zda se budou účastnit léčby hemodialýzou, pokud ji porovnávají se změnami, které případná léčba přinese do jejich života; lidé s astmatem zase porovnávají hodnotu toho, že se jim pomocí medikace zmírní symptomy jejich nemoci, s tím, kolik budou muset vynaložit času i námahy, jaké se u nich objeví vedlejší příznaky a jaký budou mít pocit závislosti (Marks et al., 2000).

A tak zatímco mezi hlavní cíle a hodnoty zdravotníka bývá dosáhnout toho, o čem si myslí, že je v pacientově nejlepším

zájmu – tedy „nepřítomnosti nemoci“, a to prostřednictvím kompliantního chování, pacienti mají jiné cíle a jiné hodnoty: být schopen něco udělat, cítit se dobře, dosáhnout úlevy od nepříjemných pocitů, dosáhnout svých životních hodnot – kterými jsou peníze, láska, domov, zaměstnání, zachování postavení v rodině, soulad s rodinnými tradicemi, kontakt s přáteli, udržení vzhledu, získání vzdělání, zachování nezávislosti na druhých, naplnění toho, co od nich podle jeho názoru očekávají jejich nejbližší, zachování sebeúcty, zachování respektu druhých.

Vnímání těchto pacientových hodnot není krok od compliance – klíčovým faktorem při complianci je totiž spokojenost pacienta s nabízenou službou, která však nemůže být naplněna tehdy, když je pohled terapeuta trvale odlišný od pohledu pacienta. Podle A. Kleinmana, L. Eisenberga a B. Gooda (1978) se takové napojení na pacienta daří spíše lidovým léčitelům než oficiálním zdravotníkům.

ZNAKY NEMOCI

Je několik charakteristik nemoci, které ovlivňují (ne)komplianci. Shrnuje je následující tabulka.

TAB. 3: ZNAKY NEMOCI OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; HAYNES, 1979A)

Chronická nemoc bez přítomnosti zjevných (vnímatelných) symptomů.
Nemoc, jejíž příznaky jsou neměnné, a tedy i obtížně rozpoznatelné.
Vážná psychiatrická nemoc (pokud z ní plyne snížená schopnost se o sebe postarat, zmatek, neschopnost zachovávat pravidla všeobecně, pocit životní energie navzdory nemoci, omezení ve vytváření vztahů, silná závislost na nekompliantním chování).
Nemoc, která se projevuje i smyslovým postižením (např. zrakovým postižením), a tudíž (při nedostatečné kompenzaci handicapu) i sníženou schopností porozumět pokynům zdravotníka.
Nemoc, která se projevuje i poruchou paměti.
Nemoc, která způsobuje neschopnost pacienta porozumět tomu, že potřebuje léčbu.
Nemoc, z níž vyplývá, že není možné její zlepšení.

Kompliance je pravděpodobná zejména tehdy, když jsou příznaky nemoci snadno rozpoznatelné, nepříjemné a odstranitelné následováním zdravotních doporučení. Naopak je tomu v případě, když jsou doporučení jen preventivní a mají být prováděna v nepřítomnosti nepříjemných symptomů – jak je tomu kupříkladu při pravidelném preventivním čištění zubů (Meichenbaum, Turk, 1987).

Ke complianci vede nejen přítomnost nepříjemných příznaků, ale i – jak už bylo zmíněno – jejich rozpoznatelnost. K tomu dochází zejména tehdy, když ke zhoršení příznaků došlo nedávno. Jinak si může pacient na nepříjemné symptomy přivyknout, připadá si zdravý a jeho potřeba být kompliantní klesá. Tak je tomu např. u starších osob, které si během let přivykají na vzrůstající

tělesné potíže (Meichenbaum, Turk, 1987).

Některé symptomy přispívají ke snížení schopnosti pacienta se sám o sebe postarat (člověk s cukrovkou začne hůře vidět; nemocný se schizofrenií začne být dezorientovaný v čase) – což pochopitelně vede ke snížení compliance.

Vážnost nemoci sama o sobě ke zvýšené complianci nevede (ani pokud je potvrzována dlouhou hospitalizací) – je to spíše subjektivní vnímání vážnosti onemocnění, které takový vliv má. Navíc toto vnímání vážnosti onemocnění musí být doprovázeno vnímáním účinnosti doporučované léčby – proto mnozí pacienti s vážnou diagnózou rakoviny kompliantní nejsou, protože vnímají

marnost podobných snah (Marks et al., 2000).

CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO REŽIMU

Znaky léčebného režimu hrají významnou roli v souvislosti s nekompliancí. Je to zejména složitost léčebného režimu, invazivnost a náročnost navrhované či již aplikované léčebné metody, a také její dlouhodobost, které mají velký vliv na

(ne)komplianci (Haynes, 1979a). Někteří badatelé mluví spíše o absenci symptomů jako o stěžejním činiteli při vzniku nekompliance (Marks et al., 2000). Další faktory ovlivňující nekomplianci jsou uvedeny v následující tabulce.

TAB. 4: CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO REŽIMU A LÉČEBNÉHO USPOŘÁDÁNÍ OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; HAYNES, 1979A)

<p>Dlouhé trvání léčby – čím delší léčba, tím vyšší nekompliance (léčba chronického onemocnění, které se nezdá život ohrožující, má nejvyšší nekomplianci; podobně jako léčba profylaktická).</p> <p>Náročnost změny životního stylu, která je po pacientovi vyžadována (požadavky na jeho síly, zdroje, změnu chování).</p> <p>Takové účinky léků, které mají vliv na sociální svět pacienta (sedativní účinky, extrapyramidové účinky).</p> <p>Nepřítomnost „úspěchů“ v léčbě.</p> <p>Náklady na léčbu, cena léků (nebylo ale zjištěno, jak působí na nekomplianci náklady vzniklé z absence v zaměstnání, z nutnosti si najmout někoho, kdo by se postaral o dítě atd.).</p> <p>Charakteristiky léků (barva, velikost, způsob podání /tableta či kapsle/).</p> <p>Nevhodné štítky na lécích, které nepomáhají pacientovi pochopit způsob a smysl braní léků.</p> <p>Podivný vzhled balení léků.</p> <p>Obtížně manipulovatelný „bezpečnostní“ uzávěr lahvičky léků.</p>	<p>OKAMŽITÝ</p> <p>CHARAKTER</p> <p>LÉČBY</p>
<p>Nedostatečný dohled nad doporučovanými aktivitami ze strany profesionálů (absence návštěv u pacienta, chybění podpory zdravotních sester, stejně tak jako možnosti hospitalizace, ambulantních návštěv, služeb lékárníků atd.).</p> <p>Nemožnost (u rodičů) dohlížet nad podáním léků (pokud se jedná o léky pro děti).</p>	<p>ADMINISTRACE LÉČBY</p>

Absence návaznosti péče (např. pacient při opakované návštěvě téhož zdravotnického zařízení navštěvuje pokaždé jiného zdravotníka; absence jednoho zdravotníka, který by pacienta provázel). Chybující lékárník.	
Složitost léčebného režimu (např. užívání přílišného množství léků). Vedlejší účinky léků.	NÁSLEDKY LÉČBY

Nejvýznamnější je zřejmě souvislost náročnosti léčebného režimu a nekompliance. Čím

větší nároky klade léčebný režim na pacienta, tím je nekompliance vyšší.

Výsledky výzkumu M. Higbeeho, G. Dukese a J. Bossa (1982; in Maichenbaum, Turk, 1987) dokazují, že pacienti si často nezapamatují informace o léku, který mají brát. V tomto výzkumu pacienti dotazováni na základní otázky ohledně jediného léku, který brali (jak se jmenuje, jaký má účel, jak se bere, jak často, kdy, v jakém množství a jak dlouho jej mají brát). Pacienti v daném výzkumu správně odpověděli jen na 50 % otázek. V případě užívání více léků současně by bylo procento zapamatovaných údajů ještě nižší.

Ve stejném duchu i G. C. Stone (1979; in Maichenbaum, Turk, 1987) tvrdí, že v případě braní jednoho léku je nekompliance 15 %; v případě braní dvou nebo tří léků je nekompliance už o 10 % vyšší; v případě braní pěti léků dokonce o 20 % vyšší. B. Blackwell (1979a) sice uvádí odlišnou informaci (a to, že výrazný vzrůst nekompliance je patrný až tehdy, když počet léků užitých

během dne překročí číslo tři), přesto ale potvrzuje souvislost složitosti režimu s nekompliancí. Navíc, jak tvrdí tentýž autor, míra nekompliance vzrůstá podobně (ne-li více), jestliže se zvyšuje frekvence braní léků během dne. Podle B. Blackwella (1979a) je počet čtyř užití léku během dne hranicí – pokud frekvence braní léků je vyšší, nekompliance výrazně stoupá.

Pacienti jsou přetíženi množstvím informací, které dostávají. Některé informace tedy vůbec nepřijmou; jiné přijmou s chybami; odfiltrovávají ty, které nejsou ve shodě s jejich přesvědčeními; zmírní si nároky léčby; anebo jsou nekompliantní (Maichenbaum, Turk, 1987).

Zmatenost pacientů nemusí být dána jen složitostí léčebného režimu, ale i nejasností ve vyjadřování zdravotníků. I. K. Zola (1981; in Maichenbaum, Turk, 1987) uvádí některé z těchto nejasných výroků.

TAB. 5: PŘÍKLADY NEJASNÝCH VÝROKŮ ZDRAVOTNÍKŮ (ZOLA, 1981; IN MEICHENBAUM, TURK, 1987)

DOPORUČENÍ LÉKAŘE:	NEJASNOSTI V POROZUMĚNÍ U PACIENTA:
„Berte tento lék 4krát denně.“	„Mám to brát i v noci? A co mám dělat v případě, že zapomenu?“
„Nechte nohu ve zvýšené poloze po většinu dne.“	„Jak vysoko ji mám zvednout? Mám ji zdvihnout nad pás? Co to znamená ono „po většinu dne“?“
„Často se umývejte.“	„Co znamená často? Znamená to 4krát za den? Anebo jen jednou?“
„Vezměte si tyto tabletky, jakmile nebudete moci tu bolest vydržet.“	„Co znamená nebudete moci vydržet? Jak dlouho mám čekat? Je znamením slabosti, když si ty léky vezmu?“
„Přijďte, když se objeví nějaké komplikace.“	„Co to jsou komplikace? Jak mám rozlišit, jestli ten či onen pocit patří nemoci nebo léčbě? Kdo může za tu komplikaci? Co ta komplikace vlastně znamená?“

Vztah mezi vedlejšími účinky a nekompliancí by se na první zdání mohl zdát jednoznačný, a to ve smyslu přímé úměry: čím větší vedlejší účinky, tím vyšší nekompliance. Výsledky výzkumů v této oblasti však jednoznačné nejsou. Spíše nasvědčují tomu, že uvedená souvislost platí pro výrazné vedlejší účinky (v případě psychiatrických léků např. pro akathisii). V případě mírných vedlejších účinků tomu může být jinak: např. někteří pacienti vedlejší účinky vítají jako důkaz toho, že léky působí; jiní pacienti vnímají vedlejšími účinky jako podporu své nekompliance jediné tehdy, když tyto vedlejší účinky ovlivňují oblast, na které jim zvláště záleží (např. přibírání hmotnosti v souvislosti s léky je pro některé pacienty kritické, pro jiné nikoliv); další pacienti sice uvádějí vedlejší účinky jako příčinu své nekompliance, ale ty vedlejší účinky, které zmiňují, nemohou mít objektivně

původ v dané medikaci atd. Zajímavé je také zjištění, že léky s mírnějšími vedlejšími účinky mají podobnou míru nekompliance jako léky v této oblasti nedokonalejší (Buchanan, 1996; Haynes, 1979a).

Kupodivu malá souvislost byla odhalena také mezi kompliancí a množstvím informací, které pacienti mají o svém onemocnění. Více znalostí o onemocnění (např. o etiologii onemocnění) nevede automaticky ke zvýšení compliance. Přemíra informací vede naopak ke zvýšení nekompliance. Co však pozitivní účinek na komplianci dozajista má, jsou ve vhodném množství a vhodným způsobem podané informace o tom, jak zdravotnická doporučení integrovat do běžného dne konkrétního pacienta. Cílem takového podávání informací je pak nejen zvýšená compliance, ale zejména větší spokojenost pacienta se zdravotní péčí. Pacient tímto způsobem

více informovaný je totiž pacientem spokojenějším (Oser, 2006).

CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO USPOŘÁDÁNÍ – SETTINGU

Většina diskusí ohledně nekompliance se vede v souvislosti s povahou vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. I my budeme tomuto vztahu věnovat následující oddíl.

Nyní je však třeba se věnovat faktorům, které mohou tento vztah (a tedy i ne/komplianci) ovlivnit. Uvádíme je v následující tabulce.

TAB. 6: CHARAKTERISTIKY LÉČEBNÉHO USPOŘÁDÁNÍ (SETTINGU) OVLIVŇUJÍCÍ NEKOMPLIANCI (MEICHENBAUM, TURK, 1987; HAYNES, 1979A)

Nepohodlí cesty do zdravotnického zařízení (vzdálenost zařízení, špatná dopravní dostupnost).
Způsob, jakým je prováděno objednání pacienta (v případě pozvání na screeningové vyšetření: telefonát vede k větší nekomplianci než pozvání dopisem).
Způsob, jakým je prováděno doporučení návštěvy jiného odborníka (k nekomplianci vede také vnímání setkání jako „poslední štace“ namísto vnímání setkání jako obvyklé součásti poctivého vyšetření).
Dlouhá doba od objednání do samotného setkání (doba větší než týden podporuje nekomplianci; pokud je tato doba jeden až dva dny dlouhá, nekompliance je asi 5 % – pokud je tato doba dlouhá jeden až dva týdny, je nekompliance rovna 50 %).
Nepohodlí cesty do zdravotnického zařízení (vzdálenost zařízení, špatná dopravní dostupnost).
Léčba na jiném místě, než je místo zaměstnání daného pacienta.
Nevhodná doba setkání se zdravotníkem.
Pacient nemá domluvené setkání s konkrétním odborníkem na konkrétní čas; musí dlouho čekat.
Dlouhá doba čekání před ordinací (doba větší než hodina podporuje nekomplianci).
Chybění návaznosti péče (např. pacient při opakované návštěvě téhož zdravotnického zařízení navštěvuje pokaždé jiného zdravotníka; absence jednoho zdravotníka, který by pacienta provázel).
Negativní postoj personálu vůči léčbě a kompliantnímu chování, či nepříjemný personál (znesnadňující pacientovi navázat kladný vztah k danému zdravotnickému zařízení).
Špatná pověst léčebného zařízení.
Slabá spolupráce mezi hospitalizační a ambulantní sférou.
Malý dohled nad pacientem (absence návštěv u pacienta, podpory zdravotních sester, možnosti

hospitalizace, ambulantních návštěv, pravidelných kontrol, služeb lékárníků atd.)
Nepřízpůsobení podoby péče potřebám jednotlivce.
Přílišný tlak a požadavky na zdravotníky, které jim znemožňují se v klidu věnovat pacientům

POVAHA VZTAHU MEZI PACIENTEM A ZDRAVOTNÍKEM

Zkoumání povahy vztahu mezi pacientem a zdravotníkem je klíčovou záležitostí ve studiu kompliance.

Vzhledem k omezenému rozsahu této práce se jí budeme zabývat v dalším díle studií o komplianci.

ZÁVĚR

Kompliance – adherence – je míra, se kterou se pacientovo jednání (např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků (Haynes, 1979a). Zjišťujeme, že pacientovo jednání se s radami zdravotníků neshoduje, spíše než shoduje (Levensky, Donohue, 2006). Tato skutečnost se zdravotníkům často jeví jako nesrozumitelná.

Přibližně od šedesátých let 20. století se uskutečnila řada výzkumů konkrétních faktorů, které by mohly komplianci ovlivňovat. Cílem těchto výzkumů je více porozumět lidem, kteří se nekompliantně chovají, předpovědět toto jejich chování, popřípadě získat znalosti pro jejich ovlivnění.

Zjištěné faktory bývají povětšinou kategorizovány na charakteristiky pacienta, znaky dané nemoci, charakteristiky léčebného režimu, charakteristiky léčebného uspořádání – settingu, povahu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Meichenbaum, Turk, 1987).

Bylo zjištěno, že compliance pozitivně souvisí s funkčností sociální opory; se shodou přesvědčení pacienta o nemoci a léčbě s přesvědčeními o tomtéž zdravotníka; se shodou v hodnotách a cílech pacienta a zdravotníka; se spokojeností pacienta s léčbou; s vnímáním příznaků nemoci jako snadno rozpoznatelných, nepříjemných a odstranitelných následováním zdravotních doporučení; s jednoduchostí a srozumitelností nároků léčby; s absencí obav z vedlejších účinků léčby (DiMateo, DiNicola, 1982; Horne, 2007; Levensky, Donohue, 2006; Meichenbaum, Turk, 1987). To, že compliance pozitivně souvisí i s důvěryplným, opravdovým, vřelým a zajímavým se vztahem mezi zdravotníkem a pacientem, s jasnou komunikací a také s rovnoměrným rozložením moci mezi zdravotníkem a pacientem, je třeba podrobit důkladnějšímu zkoumání v další přehledové studii o spolupráci mezi pacientem a zdravotníkem.

Ze shromážděných poznatků vyplývá, že nekompliance není trvalou osobnostní

vlastností a že je terapeuticky ovlivnitelná. Ve výsledcích současných výzkumných studií je možno hledat

příležitosti k větší spolupráci pacientů a zdravotníků.

Do redakce přišlo: 15. 1. 2012

Po recenzi přijato 31. 12. 2012

Do tisku zařazeno: 31. 1. 2012

Práce je rozdělena do 7 částí, které postupně uveřejňujeme

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Charakteristiky pacienta ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Levensky, O´Donohue, 2006)	284
Tab. 2: Nejčastější přesvědčení psychiatrických pacientů, která vedou k nekomplianci s medikací (Meichenbaum, Turk, 1987; Křivohlavý, 2002; DiMateo, DiNicola, 1982; Morgan, Horne, 2005)	286
Tab. 3: Znaky nemoci ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Haynes, 1979a)	288
Tab. 4: Charakteristiky léčebného režimu a léčebného uspořádání ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Haynes, 1979a).....	289
Tab. 5: Příklady nejasných výroků zdravotníků (Zola, 1981; in Meichenbaum, Turk, 1987)	291
Tab. 6: Charakteristiky léčebného uspořádání (settingu) ovlivňující nekomplianci (Meichenbaum, Turk, 1987; Haynes, 1979a).....	292

LITERATURA

Blackwell, B. (1997a). From compliance to alliance: A quarter century research. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). Treatment compliance and the therapeutic alliance. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Blackwell, B. (Ed.) (1997b). Treatment compliance and the therapeutic alliance. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Buchanan, A. (1996). Compliance with treatment in schizophrenia. East Sussex: Hove.

DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner´s role). New York: Pergamon Press.

Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.

Haynes, R. B. (1979a). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Higbee, M., Dukes, G., & Bosso, J. (1982). Patient recall of physician's prescription instructions. Hospital Formulary, 17, 553-556. In: Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine, 1978, 888, 251-258.

Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing.

Levensky, E. R., & O'Donohue, W. T. (2006). Patient adherence and nonadherence to treatments: An overview for health care providers. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.

Marks, D. F., et al. (2000). Health psychology: Theory, research and practice. London: SAGE Publications.

Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Mohapl, P. (1991). Vybrané kapitoly z klinické psychologie II. Olomouc: UP Olomouc.

Morgan, M. & Horne, R. (2005). Explaining patients' behaviour. In: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.(2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Brighton: Centre for Health Care Research. [Retrieved the 12th March 2011 from www.medslearning.leeds.ac.uk/.../76-final-report%5B1%5D.pdf.]

National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.(2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Brighton: Centre for Health Care Research. [Retrieved the 12th March 2011 from www.medslearning.leeds.ac.uk/.../76-final-report%5B1%5D.pdf.]

Oser, M. L. (2006). Patient education to promote adherence to treatments. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.

Stone, G. C. (1979). Patient compliance and the role of expert. Journal of Social Issues, 1979, 35(1), 34-59. In: Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Zola, I. K. (1981). Structural constraints on the doctor-patient relationship: The case of non-compliance. In: Eisenberg, L., & Kleinman, A. (Eds.) (1981). The relevance of social science of medicine. New York: D. Reidel. In: Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Poděkování

Děkuji doc. Bohumile Baštecké za její cenné inspirativní připomínky k textu.

O autorovi

PhDr. Martin Jáníš (nar. 1976 ve Zlíně) vystudoval Cyrilometodějskou teologickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a později i Filozofickou fakultu téže univerzity, kde působí ještě jako externí doktorand, probíhající doktorandská práce: „(Ne)kompliance pacientů se schizofrenním onemocněním“; vedoucí: prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc. Absolvoval rovněž psychoterapeutický výcvik ve skupinové, dynamicky orientované psychoterapii (na Pražské psychoterapeutické fakultě). Od roku 2006 pracuje v Psychiatrické léčebně Kroměříž jako psycholog.

Kontaktní údaje

Oddělení klinické psychologie, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova ulice 1265, Kroměříž 767 40; tel. 573 314 406; email: martinjanis@centrum.cz

Acknowledgment

I thank to Doc. Bohumila Baštecká for her valuable inspirational comments.

About author

PhDr. Martin Jáníš (born in Zlín in 1976) graduated the Theological Faculty of Saint Cyril and Method in the Palackého University in Olomouc and later also the Philosophic Faculty of the same university, where he takes part in doctoral course in a clinical psychology (doctoral thesis: “(Non)Compliance of patients with schizophrenia”; supervisor: Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.) . He passed the training in the group dynamic oriented psychotherapy (at the Prague Psychotherapeutic Faculty). Since 2006 he has been working in the Psychiatric Hospital in Kroměříž as a psychologist.

Contact

Oddělení klinické psychologie, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova ulice 1265, Kroměříž 767 40; tel. 573 314 406; email: martinjanis@centrum.cz

FILOSOFIE



HOGENOVÁ A.¹: CO JE TO ČASOVÉ TĚLO?

SOUHRN: Aristotelický a heideggerovský čas, tělo z hlediska temporality

SUMMARY: Time from Aristotelian's and Heideggerian's point of view, body and temporality

Klíčová slova: čas, sukcesivita, koexistence, tělo, temporalita

Keywords: time, succesivity, coexistence, body, temporality

¹ PVSPS a UK PedF Praha

Věda popisuje tělo prostorové, velmi přesně. Uvažuje o čase, ale to je především čas aristotelský, sukcesivní, dopředný a rozfázovaný na minulost, přítomnost a budoucnost. Daleko důležitější je však porozumět temporalitě ve vztahu k tělu. Co je to temporalita? V této publikaci již několikrát vysvětleno, temporalita je přítomností, obsahující podstatnou minulost, jež v propojení s palčivou přítomností rozvrhuje budoucnost. Tělo je temporální, tzn. má v sobě podstatnou minulost (die Gewesenheit), která s přítomností nám předem rozvrhuje budoucnost. Na první pohled je to přehnané. V těle si nosíme v podobě protencí a noeží své minulé výtěžky jako filtr, přes který se nám otevírá naše vlastní budoucnost. Jinými slovy, stane-li se nám, že spadneme ze skály, na kterou často lezeme, protože jsme horolezci, není to tak úplně náhoda, ale je to něco, co je předpřipraveno v naší touze zdolávat skalní bloky a tak se vlastně dostávat do optimální životní polohy, nám náležející. Stejně jako si nosíme v sobě pád ze skály, nosíme si v sobě i zárodky budoucích nemocí. Nejsou to důsledky příčin, které nastaly až v dané přítomnosti. Již dávno jsme předurčení k tomu, že nás tato nemoc dostane. Naše tělo ve spojení s duší je na nemoc předpřipraveno. Proč? Protože i rozvrh do situací je v nás už předem určen ve svých podstatných směřováních. Možná že i rakovina je nemocí, kterou si v sobě jako ideální možnost nosíme celý náš dosavadní život. Duše mluví, tělo je říkající, tj. vstupuje do dialogu beze slov. Ale obě části, duše i tělo, neustále se světem souvisí, a to jinak než jako souvislost založená v příčině, která je ve světě a v důsledku v nás samých. Není to jen kauzalita, co spojuje nás samé s celkem světa kolem nás.

Propojení člověka s celkem světa není jen kauzalita, jde o prapůvodní logos, od řeckého „legein“, což znamená „usebrat“ do původní jednoduché jednoty. Věda hledá především kauzality, hledá příčiny, mluví o kauzách a etiologii (aitia je řecky příčina). „Pří-čina“ je vždy při činu a čin je jen v aristotelské časovosti, je sukcesivním příkladem. Jinak řečeno: hrůza, která vyplňuje můj pobyt (Dasein), není jen výsledek právě probíhající přítomnosti. Je už dávno ve mně jako kořen, který jen roste do větší velikosti. I tělo si pamatuje. Jak? Celek světa kolem nás je režisérem našeho vlastního dramatu. Svět nás vyvolává, bytí nás hledá. Jak o tom víme? Z nedostatku, který pociťujeme celým tělem a celou duší. Tento nedostatek je privací a tato privace je otázkou. Koneckonců je toto chybění jen otázkou, která čeká na své provalení do slov, na své pojmenování, na svou nominalizaci. Mnohdy to není jednoduché. Chybění, které nás naplňuje od kořínků vlasů po poslední buňky našeho těla, nelze „odít“ tak jednoduše do slov. Ale i mlčení je dialogem.

Tělo si pamatuje, že se spálilo o roztopená kamna, pamatuje si to hlouběji, než si myslíme. Odrhne se od zdroje horkého dřívě, než si uvědomíme, co je tímto zdrojem. Sešlápneme brzdu v autě dřívě, než nám dojde, co by se mohlo stát. Tělo si ale pamatuje i hrůzy, kterých se mu dostalo před padesáti lety, všichni víme, jak je obtížné tyto protence, tyto noeze z těla odstranit. Osobně jsem přesvědčená, že to úplně nejde nikdy.

Hoelderlin se toulá podél Ister, podél Rýna a nechává na sebe přicházet „Nordost“, severovýchodní vítr. Prodlévá v tomto náporu, vydrží tento nápor. Nachází v tom poselství „Schicksal“ (osud). Poslouchá toto poselství. Co mu přináší? Otázky, kterými se dostává

básník Hoelderlin ještě blíže k tomu, co je podstatné. Je v tomto dialogu jen jeho mysl? Nikoliv, je v tom i jeho tělo. Celou bytostí se nachází v napětí otázky. Kam jej přivádí tato otázka? Na to je jednoduchá odpověď, přivádí jej domů. Co je to myšlení? Jeho zbožností jsou otázky, ale myšlení je vždy „Andenken“, je vždy rozpomínáním se na to, co je podstatnou minulostí (die Gewesenheit). Vzpomínky má duše, vzpomínky má tělo, obojí je v jednotě. Na co si asi vzpomíná tělo nemilovaného dítěte, z něhož je dospělý člověk?

Tělo i duše není jen posobnost, sukcesivita, ale daleko více jest koexistencí, simultaneitou, a co je ještě větším zázrakem, obojí se děje v jednoduché jednotě, které staří Řekové říkali „legein“, od toho pak „logos“. Jak pochopit tuto neskonale složitou jednotu, která ale není adicí, sčítáním, není konstrukcí, ale ohniskem, jež se svou jednoduchostí podobá paprsku. Život je takovým paprskem, takovým vyzářením. Není skládkou. „Solve et coagula“ není tím nejlepším prostředkem k porozumění.

Naše tělo je v každém okamžiku knihovnou minulé podstatné zkušenosti, nikdy není jen holou přítomností, v níž by přicházející příčina ze situace byla jediným pramenem nemoci, jak se to obvykle rozumí, hledá a nalézá. V tom nejčastěji chybujeme. Ukazuje se, že lékař nemůže hledat jednoduché kauzality, které nacházíme v přírodních vědách. Jak dokonalý byl v tomto ohledu Aristoteles, když pochopil, že energie (uskutečňování) možnosti vychází z arché (počátku), ze situace (dynamis-možnosti, z telos – z představy o účelu, o konci). Vůbec zde nejde o jedinou příčinu, kterou musíme odstranit, a vše se napraví. Karteziánská kauzalita spolu se subjekt-objektovou figurou napáchala už mnoho škod na lidském zdraví, pokud

byla pochopena jako klíč k pochopení nemoci.

Člověk je bytostí, ve které se najednou odehrává sukcesivita i simultaneita, tj. následnost i současnost. Právě toto pochopit patří k propojenosti těla a duše. Spojení tohoto druhu činí člověka jednoduchostí podobající se paprsku, jež vyzařuje směrem do světa jakožto intence „zur-Welt-sein“. V současnosti je v nás více zdrojů, které rozvrhují naši bezprostřední i vzdálenou budoucnost. Ve hře jsou počátky (podstatné minulé obsahy – die Gewesenheit). Neuvědomujeme si je, Aristoteles jim říkal arché, jde o to, co je v nás nejstarší, co je počátkující jen proto, že se vždy poprvé a naposled rodí, počíná, zkrátka počátkuje.

Počátky jsou pro zdraví člověka naprosto rozhodující, i když se o tom zatím nikde nepíše. O co jde? Zdraví samo má definici, která při bližším zkoumání odporuje přirozenosti tohoto fenoménu, stav dynamické pohody v osobní a sociální sféře nemůže založit fenomén zdraví v celém jeho obsahu a rozsahu.

I zdraví je jakýsi počátek, který se musí vždy znovu a znovu narodit v těle člověka, pokud toto počátkování selže, pak se objevují buňky, které se řídí jinými „rozkazy“. Udržovat se v nezměněném stavu znamená udržovat i prapůvodní příčinu, z níž tento stav vznikl, narodil se. To byla jistota samého Descartesa. Zůstat stejným znamená rodit stejnost, počátkovat stejnost, počátkovat totéž. Nejde o proces analytický, jedná se o rození, které nelze pojmut aditivně, ale jako náhlý vstup do světa, který nelze učinit řemeslným provozem. Všechna mystéria, včetně olympijských her, byla zasvěcena právě počátkování, vždy se v nich něco rodilo, tzn. nevyrábělo se, ale počínalo, počátkovalo. To nejzáhadnější na

člověku je to, že funguje jako celek, jako ohnisko jednoduché životní síly, která z něj vychází směrem do světa. Na tuto otázku se soustřeďuje fenomenologie. Jak je to možné? Pojítka mezi tělem a duší je intencionalita, a ta se zakládá prostřednictvím času. Je to čas, co vytváří tuto ohniskovou jednoduchost. Proto je nevyhnutelné pochopit, jak se časovost ustavuje v lidské bytosti. Časovostí se v těle vytváří tělesné schéma, které je pozadím, celkem, z něhož vyvstává možnost přítomnosti (urimprese). Pokud tělesné schéma, o němž nejlépe hovoří Merleau-Ponty, není vytvořeno, člověk nerozliší přítomnost od nepřítomnosti. Právě zde se nachází zdroj pro mnohé deficiencie psychického typu. Retence a protence jsou součástí tělesného schématu, můžeme říci, zde se setkává podstatná minulost s možností rozvrhovat budoucnost, protože jsou zde i protence. Bez této podmínky není možné si uvědomit „přítomnost“ jakožto přítomnost. Klíč k pochopení leží v problematice vyvstávání, tj. existence. Ukazovat, vyvstávat může jen to, co je propuštěno pozadím, celkem. Právě pozadí tělesného schématu je místem pro pochopení heideggerovské temporality, která je přítomností, v níž je obsažena i podstatná minulost (Gewesenheit) a rozvržená budoucnost současně. Protože vědy se zakládají výhradně na časovosti aristotelského typu, tj. na sukcesi, uniká jim tato podstatná souvislost. S tím souvisí i využívání kauzality jako jediného souvislosti pro vědu typickou, s tím souvisí i optika subjekt-objektové figury v současném vědeckém myšlení. Tomuto celku, pozadí, říká Merleau-Ponty také horizont. Jen proto, že pacient má v sobě celek svého těla, můžeme se někdy setkat s fenoménem s fantomového údu. Proto je anosognosie, jakožto ignorování nemocné části těla, možná. Merleau-

Ponty spolu s Goldsteinem, Gelbem uvažují, že jen v této souvislosti je možno pochopit deficiencie jako apraxie, afázie, agnosie, afonie, alexie, dokonce i mentální anorexii dávají do souvislosti s „rozbitým tělesným schématem“.

Merleau-Ponty je přesvědčen, že teorie tělesného schématu je implicitně teorií vnímání. Vnímání je propojení s pohybem. Základem možnosti pohybu je čas. Tělesné schéma je předlogickou záležitostí, nepředmětnou. Tělo jakožto pexis, jakožto implikátní fenomén je tak blízko, že o něm nevíme. Kdy ví ryba o tom, že její prostředí tvoří voda? Jen na suchu. My pochopíme tělesné schéma až tehdy, když se nám rozbije. Přesně tak docházíme k tělesnému schématu. Nevíme o něm. Tělesné schéma je základem pro temporalitu, jež umožňuje současně provádět sukcesi i simultaneitu. Výsledkem je pak jednoduchost v podobě starořeckého logu, původního logu, nikoli toho, kterého se zmocnili logici, kteří žijí jen v aristotelské sukcesivitě. Tělo není sumou vedle sebe položených orgánů, je synergickým systémem, **je daleko víc, není jen systémem, je intencionální ohniskovou jednotou**, k níž směřuje jen epimeleia. Proto péče o tělo souvisí se starostí o duši, nejde je od sebe oddělovat. Pokud člověk nemá jednoduchý smysl života, musí být nemocen, řekli bychom s jistou dávkou zjednodušení, abychom si mohli dobře porozumět. **Nemoc není jen důsledek systémových poruch, jde i o to, kam život nemocného člověka směřuje.** Jde o porušení základního vztahu, který umožňuje život lidský a jenž vědě uniká. Jde o intenci „zur-Welt-sein“, jde o ten paprsek, který v podstatě odůvodňuje náš život jako celek, o propojení s celkem světa, o propojení s bytím vůbec. Zde se nedá nic měřit, a tak je zde věda slepá. Je to

fenomenologie, která si všímá těchto podstatných souvislostí se zdravím člověka. „*I slepý vlastní zkušenost prostoru.*“¹ Smysly spolu komunikují, vidění a slyšení jsou v jednotě. „*Počitek vždy patří určitému poli.*“² Jaké je to pole? Vnitřním polem je tělesné schéma, vnějším polem je horizont, v němž se počítované ukazuje. To, co schází v našem promýšlení těla, je jeho propojení s psychikou a se světem. Jde o ohniskový paprsek, kterým člověk je neviditelně provázán s celkem světa, s bytím vůbec. Tento aspekt lidského života zůstává nevytěžen, protože je nedotázán.

„Seit ein Gespräch sind wir,“ zní nám v hlavě Hölderlinova a Heideggerova často užívaná věta. Ovšem tento rozhovor nevede jen naše duše, ale i naše tělo, dotýká se a je dotýkáno v aktu vidění a slyšení, všemi smysly k nám přichází svět.

Simultaneita a sukcesivita se v našem těle konají současně, otázka zní, jak je to možné? „*Rozumět znamená uchopit totální intenci.*“³ Sóna je tvar těla, sarx je maso pod kůží, obě těla jsou objektivní, předložená k deskripci, tělu ve smyslu pexis se musí porozumět. Porozumět znamená jediné: pochopit, jak se ukazuje sobě samému i světu kolem. Jak pochopit celek, jenž zakládá funkčnost těla i duše v jednoduchosti, která se podobá ohnisku, paprsku vcházejícímu do světa, zcela v podobě heideggerovského „zur –Welt – sein“. Jak pochopit muzikanta, který dělá něco jiného levou rukou, něco jiného pravou rukou a ještě poslouchá ostatní hráče v orchestru a překládá slyšené do hmatového? Jak pochopit simultaneitu

tak odlišných činností v lidském těle a duši, které nacházíme u řidiče auta v přeplněné Praze: dívá se, vyhodnocuje, co je vpředu, vzadu a kolem auta. Řídí rukama, nohama ovládá spojku, plyn a brzdu, levou rukou řídí, pravou velmi často odpovídá na dotazy v mobilu. Dělá spoustu funkcí naráz, simultánně. To vše je provázáno nesčetnými procesy, které se dějí v těle nezávisle na těchto činnostech atd. Jak pochopit tyto rozdílné pohyby, které nejsou skládkou vyplňující „rozkaz“, vyplývající z právě prožívané situace, jež je problematická.

Velkou hádankou je právě simultaneita – koexistence spolu se sukcesivitou, a to v těle i v duši. Pojtkem mezi tělem a duší je časovost ve smyslu heideggerovské temporality, nejde zde o aristotelské pojetí času, které saturuje smysl vědeckého empirického bádání prostřednictvím použité kauzality a subjekt-objektového figury, fungující v myšlení vědce jako nedotázaný předpoklad, umožňující celou jeho vědeckou práci, zakládající její celkový smysl.

Temporalita znamená, že v současnosti se objevují počátky z minulosti i rozvržená budoucnost. Jak pochopit tuto podivnost? Není to možné jinak než přes intencionalitu. Co je to intencionalita? Je to mentální inexistence, zní nám v myslí Brentanova definice, z doby, kdy žil Masaryk a Husserl. Intence je zaměřenost, jde o paprsek, který má svou noezi (cestu k cíli) a své noema (cíl samotný). Noeze nese v sobě předznačené noema. Co to znamená? Nic jiného než to, že v noezi jsou obsaženy výtěžky z minulosti v podobě protencí, vzniklých syntézou retencí. To je Husserlova práce. Heidegger pak k tomu přidává temporalitu jako název pro jiný druh časovosti, než je nám všem přirozeně samozřejmé

¹ Merleau-Ponty, M. *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin : Rudolf Boehm, 1966, s. 259.

² Tamtéž, s. 254.

³ Tamtéž, s. 15.

z aristotelského rozvrhu času jako fenoménu. Je to čas, co je největším problémem v promýšlení těla. Zůstává nedotázán. Čas propojuje tělo a duši. **Zdá se, že největší chybou je setrávání v aristotelském čase, kde je čas jen číslem pohybu, predikuje liniový čas, popisný čas, vývoj jako jediný přístup k problému, upřednostňuje sukcesivitu před simultaneitou, zapomíná na počátky, vše nivelizuje jen na procesy, jdoucí za sebou.**

Tělo umí dělat, mnoho věcí najednou, v jednotě je koexistence (simultaneita) i sukcesivita. Tuto schopnost těla a duše (těla ve smyslu pexis) nelze vysvětlit posloupností jednotlivých funkcí, kroků, částí procesu. Není to jen posloupnost, je to i koexistence. Tento moment byl pro Husserla naprosto rozhodující, když se přiklonil k tezi, že lidskou bytost lze vysvětlit jen intencionálně. Každá noeze má v sobě spoustu protencí. Protence jsou výtěžky z minulosti. Nejsou to ale ledajaké výtěžky, vznikly variováním a představují to, co je relativně podstatné; můžeme říci, co je podstatné „více a méně.“ Noeze, jak jsme předeslali, nesou v sobě svá noemata v základním obrysu. Proto se naše minulost projikuje do budoucnosti a nemůže to být jinak. Náš čas je temporální, přítomnost v sobě obsahuje i minulost i budoucnost. Noeze nese v sobě intence vzniklé z minulých obsahů našeho toku cogitationes. Přítomnost je založena minulostí a očekávanou budoucností. Lidský čas není linie vytržených přítomností, jež se propadnou do minulosti. Žijeme v jiném rozvrhu, říkáme mu Dasein (pobyt, tubytí).

Heidegger řekne: Musíme se snažit pochopit nemoci z nich samých, ale nemoci jsou založené v lidském pobytu, v celém pobytu, tzn.

v Dasein, kde je minulost, přítomnost i budoucnost. Zvláštní úlohu zde hrají počátky. Rodí se vždy poprvé a naposled, a přesto se opakují, ale vždy jde o počátek počátečnější, než byl ten předcházející. Slavíme Ježíška každý rok, přesto je to vždy poprvé a naposled. Tyto počátky jsou před námi. Posloupnost, kterou potkáváme u historiků a vývojářů veškerého typu, není u člověka tím nejpodstatnějším. Spíše se jedná o násilí kauzality, která byla pochopena jako jediná a nejdůležitější souvislost mezi jsoucný, a ta byla pochopena jako jediná ontologická podstata vůbec, zcela ve smyslu aristotelských představ o jednotě mezi materií a formou.

U lidské bytosti je nejdůležitějším fenoménem celek, není skládkou karteziánských částí vzniklých násilnou prostorovou analýzou, jak je tomu nejčastěji. Tělo je především temporální entita. Co to znamená? Znamená to, že je jakousi časovou konzervou, v níž se stýká minulost, přítomnost a budoucnost. Z minulého se to týká jen obsahů, které byly „vyvariovány“ v syntéze krytí retencí z interesů. K tomu musíme rozumět Husserlově fenomenologii vnitřního časového vědomí. Musíme porozumět intencionalitě jako mentální inexistenci a musíme porozumět noeticko-noematické jednotě, jinak nám tato souvislost bude temná. Tento čas nazval Heidegger temporalitou a vysvětluje jej ve svých pozdních pracích. Noeze v sobě nese intencionality různé hloubky, mluvíme o protencích. Všechny tyto podstatné minulosti, patřící do „die Gewesenheit“, vstupují do noematu jako jejich determinační zdroj. Jsme předurčení noezemi, ovšem to zná každý fenomenolog.

Intence je virtuální pohyb a každý nový pohybový návyk je rozšířením existence.

Teprve po pochopení těchto souvislostí je možné rozumět časovému tělu. Časové tělo je „pexis“, je propojením těla a duše. Duše je časováním, přítomněním, „je tak nějak vším“, jak nás poučuje Aristoteles. To, co je pro nás karteziánsky naprosto nepochopitelné, je tělesné schéma, které je pozadím, celkem, z něhož vystupuje urimpresa jako z filmového plátna. Urimpresa je přítomnost. Tato původní přítomnost se ukazuje jen na pozadí toho, co přítomností zásadně není. Pokud by pozadím byla přítomnost, nemohla by se nová přítomnost ukázat jako přítomnost. Je dost dobře možné, že právě insuficience tohoto druhu zakládá možnost a skutečnost mnoha psychických nemocí, o nichž vlastně toho moc nevíme. Tělesné schéma je pozadí, které si můžeme představit jako intencionální oblouk, vycházející z nejbližší retence a z nejbližší protence a obsahující v sobě úplně všechny protence a retence. Nejlépe se o něm zmiňuje Maurice Merleau-Ponty ve své slavné knize „Phänomenologie der Wahrnehmung“. Jde o souvislosti, které stále zůstávají nedoceny a nevyužity v medicíně i v jiných oborech. Nerozumí se jim, předpokládají totiž rozumět fenomenologii jinak, než je to běžné. Dnešní fenomenologové jsou příliš rychlí, příliš instantní; čtou Husserla, pokud jej vůbec čtou, jen popisnými karteziánskýma očima. To se děje nejčastěji. A to je základní chyba. Je nutné se vrátit k imperativu rozumění na základě toho, jak se věc ukazuje „býti věcí“. Časování je ta největší záhada.

Odkazy:

- Aristoteles, *Metaphysik*. Leipzig : Dür, 1904.
 Heidegger, M. *Parmenides*. Frankfurt am Main : Vittorio Klostermann, 1982.
 Merleau-Ponty, M. *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin : Rudolf Boehm, 1966.
 Husserl, M., *Přednášky k fenomenologii vnitřního časového vědomí*. Praha : SPN 1970.

„Naše tělo je systémem možností pohybu a vnímání, není žádným předmětem pro „já myslím“; je hledajícím celkem, prožívajícím významy.“⁴

Je-li intence virtuální pohyb, pak veškeré naše vnímání je pohybem, pak se ale vše musí dít v čase, ovšem tento čas není jen aristotelský (číslo pohybu), ale je to i přítomnost vzniklá na pozadí všech retencí a protencí, tzn., jde o přítomnost ukazující se na pozadí celku, na pozadí tělesného schématu. Tak totiž Merleau-Ponty pojmenoval toto pozadí. Celek je největší záhada těla, jak funguje současnost mnoha procesů s těmi, které jsou po sobě, co je řídí, jak je možné, že naše tělo je jednoduché jako paprsek, vycházející ze zdroje. Jsme ohnisky jednoduchých paprsků, necítíme samy sebe jako skládku, adici a součet, jak to Cartesius založil ve své metodě. Je to jinak!

Přednáška zazněla na 14. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci 11. 10. 2012

K tisku zařazeno 15. 10. 2012

⁴ Tamtéž, s. 184.

ÚVAHY, ESEJE



HONZÁK R.: JAK DOSÁHNOUT ZMĚNY, KTEROU SI PŘEJEME

Někdy se vyplatí jít na věci nikoliv od začátku, ale od úplného konce. Naprosto jistou konečnou událostí našeho života je smrt, která se však odehraje v nejistém čase. Rádi na ni zapomínáme (jako na smrt) a všechno, co s ní souvisí, zakrýváme. Dokonce svátek nazvaný lidově Dušičky raději oslavujeme s křečovitým šklebem Halloweenu.

Jiří Šotola kdysi napsal hezkou báseň nazvanou Muži v restauraci a smrt, která mi utkvěla v paměti a snad ji zde bezchybně zreprodukuji. Obsahuje také

otázku, kterou si – asi ne přesně těmito slovy – občas položí každý:

*Co že jsme vlastně chtěli?
Co vám přítelkyně povím,
až na mě nalehnete tělem
mramorovým?
Peníze? Slávu? Na hrob zlatou desku?
A pohřeb s maršem, ve věncích a
třesku?
Anebo sladké ticho, chlívek husí
a štěstí, které omotá a dusí?*

Na konci života, pokud k tomu dostane čas, většina lidí bilancuje. Měla by to být

bilance pozitivní a do jisté míry radostná, abychom se mohli jako po úspěšném pracovním dnu uložit ke klidnému spánku. Jako doktor vím, že tomu tak vždy není. Někdy je nad vzpomínkami rozprostřen závoj deprese, který pomáháme odstranit, často však je tam i pocit nesplněného přání, pocit nespokojenosti nad tím, co člověk v životě nestačil udělat.

Australská pečovatelka v hospici (to je v této chvíli nejpodstatnější z jejích mnoha životních rolí, je ale také úspěšná matka a zpěvačka) Bronnie Ware napsala o svých zkušenostech knihu *Top Five Regrets of Dying*, která je světovým bestsellerem a nedávno vyšla také u nás. Osudy lidí, které se nutně prolínají s jejím životem, jejich životní příběhy, jimž pomáhala dát konečný smysl, nesou v sobě nezdělanou lítost nad tím, co se dalo v proběhlém životě stihnout a naplnit. Konec života ostře nasvětluje hodnoty, které nám během něj unikaly.

„Lidé obrovsky vyrostou, když najednou čelí své vlastní smrti. Naučila jsem se nikdy nepodceňovat nikoho s ohledem na kapacitu duchovního růstu. Proměny u některých lidí jsou doslova fenomenální. Každý zažíval spoustu emocí, popírání, strach, hněv, výčitky, lítost, více popření a nakonec přijetí. Každý pacient našel svůj mír těsně před smrtí, každý z nich. Víím, jak silný pocit je, když člověk stojí na konci života a něčeho lituje, něco si vyčítá, ale už s tím nemůže nic udělat. Proto jsem se rozhodla varovat ty, kteří s tím ještě něco udělat můžou,“ tvrdila Ware v interview pro list *Sydney Morning Herald*.

Autorka shromáždila pět nejčastějších povzdechů:

1. Kéž bych měl odvalu žít skutečně podle sebe, ne podle toho, co ode mě

očekávali druzí. To byl nejčastější povzdech vůbec. Když si lidé představili svůj život, uvědomili si, kolik snů zůstalo nesplněných. Většina si nesplnila ani polovinu z toho, co chtěla. Zdraví přináší svobodu, kterou si málokdo uvědomuje, dokud o zdraví nepřijde.

2. Přál bych si, abych tak tvrdě nepracoval. Všichni muži, o něž pečovala, vyjádřili tuto lítost. Přišli o mládí svých dětí a společnost svých partnerek. Ženy litují také, ale méně, protože většinou byly ze starší generace, kdy ještě nebyly životelkami rodiny.

3. Přál bych si, abych měl v životě odvalu vyjádřit své city. Mnoho lidí své city potlačuje, aby zachovali povrchně bezkonfliktní vztahy s ostatními. Někdy to mívá za následek nespokojený život nebo hořkost ve vztazích k druhým. Též řada nemocí souvisí s trpkostí a pocity nespokojenosti, jež z toho plynou.

4. Přál bych si, abych zůstal v kontaktu se svými přáteli. Lidé si často až v posledních dnech uvědomí, jak bylo důležité mít v životě přátele. Na konci lidského života ale není vždy možné stará přátelství obnovit nebo staré přátele kontaktovat. Mnozí byli tak zaujati vlastními životy, že nechali stará přátelství stranou, a později litovali, že přátelství neposkytli čas a úsilí, které by si zasluhovalo.

5. Přál bych si, abych byl šťastnější. To je překvapivě časté. Mnozí si až do konce neuvědomují, že štěstí je volba. Zůstali připoutáni ke starým vzorcům chování a zvykům. Zvyk a pohodlí zaběhaného života překryly jejich vlastní emoce a pozměnily jejich život. Obava ze změny je vedla k tomu, aby předstírali sobě i druhým, že jsou spokojeni, zatímco hluboko uvnitř tomu tak nebylo.

Transakční analýza nabízí terapeutickou metodu, která umožňuje srovnat si

životní priority už nyní a nečekat, až budu litovat, že už nic nemohu změnit. Není to zdaleka tak morbidní, jak by se na první pohled mohlo zdát, protože smrt zde funguje pouze jako virtuální zrcadlo, v němž můžeme spatřit své omyly, odklony od skutečných cílů a něco s nimi udělat. Pokud chcete něco ve svém životě změnit, popusťte na chvíli uzdu své fantazii a udělejte si tento malý kvíz. Nespolehejte ani na krátkodobou paměť, vezměte si tužku a papír a запиšte si odpovědi na následující otázky:

- Až přijde ta chvíle, kdy přestanu zdobit povrch této planety, kde bude moje poslední lože?
- Kdo bude okolo něj?
- Kdo mi tam bude chybět?
- Jak se sluší a patří, zanechám světu nějaký odkaz. Jaká budou moje poslední slova?
- Kdo všechno mi přijde na pohřeb? A kdo ne?
- Co o mně budou povídat cestou na hřbitov (do krematoria)?
- Ačkoliv o to nestojím, někdo bude řečnit. Kdo to bude a co o mně bude říkat?
- Co bude napsáno na mém náhrobku?
- Co budou o mně povídat lidé, až se budou rozcházet z pohřbu, nebo až zasednou v hospodě?
- Až někdo přinese na hrob květiny, zjistí, že je něco načmáráno ne mém náhrobním kameni zezadu; co tam je?
- Co se na mě prozradí až po mé smrti?
- Po létech někdo otevře tajnou zásuvku mého psacího stolu. Co v ní najde?

Odpovědi přinášejí informaci o vaší sociální síti, a to jak o těch, s nimiž prožíváte vzájemnou blízkost, tak o těch, s nimiž byste chtěli být v lepších vztazích. Reprezentují poslední slova váš současný názor, nebo životní plán?

Řečník často představuje osobu, která jistým způsobem ovlivňuje váš život a možná vám nabízí, až vnucuje něco, s čím tak úplně nesouhlasíte. Co o vás budou povídat cestou na hřbitov a napíše na náhrobek, je vaše persona, ta charakteristika nebo tvář, kterou nastavujete světu, nápis na náhrobním kameni vzadu a řeči pozůstalých po pohřbu jsou často tím, s čím ani vy v duchu nejste spokojeni. Neměli byste čekat na to, co se po vaší smrti prozradí, ale racionálně a čestně si to vyřídit, nebo se s tím srovnat. A vaše tajemství v tajné zásuvce velmi často naplňuje obsah pozdních přání a stížností popsaných Bonnií Ware; neotálejte tedy s jejich plněním, uskutečňováním, dokud k tomu máte možnost!

Pro změnu k lepšímu jsme se rozhodli mnohokrát. Novoroční předsevzetí, podobně jako mnohá jiná, většinou berou za své (nebo je správně „za jejich“?) už do Hromnic. Úporná snaha shodit tři kila je následována dvojnásobným váhovým přírůstkem. A to jsou prkotiny. Což potom tak závažná věc, jakou je nesporně pootočení kormidlem celého života.

Poznal jsem spoustu lidí, kteří se rozhodli, že budou pravidelně denně deset minut cvičit. Jejich volba už nebyla tak úplně svobodná; dohnaly je k ní obtíže, často na hraně bolesti a zhoršené pohyblivosti. Medicína by řekla: bylo to plně indikované. Přesto opustili tuhle zdravou cestu po několika týdnech. Když jsem pátral po příčinách jejich selhání a vyloučil prostou lenost, došel jsem k závěru (a po mně došla k témuž řada různých manažerů a koučů, a dokonce mých vážených předchůdců, kteří to ode mne evidentně opsali), že si nespočetli, co všechno bude tahle malá změna v jejich životě obnášet. Že odebraných deset minut denně představuje na konci měsíce už pět hodin, že malá změna má

domino-efekt, který ovlivní plno dalších věcí. Protože jsme v zásadě konzervativní, je jednodušší vrátit se k zaběhanému pořádku, než si komplikovat život nepřehlednou řadou různých posunů a přesunů.

Hrdina Meyrinkova románu Anděl západního okna dostane na počátku děje středověkou truhlu, která se od prvního dne stává významnou rekvizitou v jeho příběhu. Starožitník, který mu ji prodal, mu při své návštěvě sdělí, že k truhle se váže pověst – pravidlo – příkaz, že vryp na jejím víku má být nastaven v poledníku, tedy od severu k jihu. Hrdina ho poslechne, truhlu pootočí a náhle zjistí, že truhla sice stojí správně, ale celý zbytek pokoje už ne. Přemístí proto všechny nábytek tak, aby byl v harmonickém postavení k truhle.

To je princip každé změny, dokonce i té zdánlivě nepatrné, a to, že spolu s ní je třeba změnit plno jiných věcí a postupů. Rozhodnu-li se pro denní desetiminutové cvičení, je zřejmé, že těch deset minut musím ukousnout z jiné aktivity, protože čas nenatáhnu. Buď si jej lépe zorganizuji, nebo musím na něco jiného rezignovat. Zaznamenal jsem, že pokud takovéto „desetiminutové“ změny vydrží a přežijí své šestinedělní (tedy interval šesti týdnů, což odpovídá magickým čtyřiceti dnům uváděným často ve Starém zákoně a dalších posvátných textech mnoha náboženství), mají naději na delší setrvání.

Ve větším a mnohem závažnějším rozsahu i důsledcích to platí třeba o společném soužití dvou lidí v manželství. Každý, kdo do takového svazku vstupuje, by si měl uvědomit, že se tím implicitně vzdává poloviny svých práv a přibírá si navíc něco kolem poloviny dalších povinností. Jak říkala moje chytrá spolupracovnice Bohunka Baštecká,

navíc se lidé musí naučit jak si vzájemně překážet tak, aby jim to nevadilo. Mají na to sice osudem vyměřenou delší dobu, něco kolem jednoho roku, navíc jištěnou chemií zamilovanosti, ale pokud během této doby neobrousí své návyky, zvyky a zlozvyky tak, aby ze vzájemného překážení nelétaly jiskry, bývá další společný život dost problematický; svědčí pro to třeba první vrchol rozvodovosti, který se dostavuje (epidemiologicky ověřeno) po roce od uzavření manželství (další je až po sedmi letech, ale to už je jiná pohádka).

Jak mocnou čarodějkou může být přitom láska, nebo prostě jen zjištění, že mě má někdo rád, ukazuje vyprávění, které jsem si pro svou potřebu nazval zen-křesťanskou bajkou Anthonyho de Mello:

Byl jsem neurotický celá léta. Míval jsem úzkosti a býval jsem sklíčený a taky sobecký. Každý mi říkal, abych se změnil.

Měl jsem na ně vztek a zároveň jsem s nimi souhlasil a chtěl jsem se změnit, ale nešlo to, ať jsem se snažil sebevíc.

Nejvíce mě mrzelo, že i můj nejlepší přítel na mě naléhal, abych se změnil. Cítil jsem se bezmocný, jako bych byl v nějaké pasti.

Pak mi jednoho dne řekl: Neměň se, mám tě rád takového, jaký jsi.

Ta slova pro mne byla rajskou hudbou. Neměň se, neměň se, neměň se... mám tě rád takového, jaký jsi.

Uvolnil jsem se. Obživil jsem. A najednou jsem se změnil.

Teď vím, že jsem se nemohl doopravdy změnit, dokud jsem nenašel někoho, kdo mě má rád, ať už jsem se změnil, nebo ne.

K tomu mám optimistický dovětek pro ty, kteří se cítí opuštění, neúspěšní při hledání osob, které by je měly rády, ztracení, samojediní ve světě a bez naděje na pomoc. Stejně jako platí, že nejjistější pomocnou ruku každý z nás najde na konci svého pravého ramene, je neoddiskutovatelnou skutečností, že nejbližší osoba, která nám může pomoci tím, že nás bude mít ráda, jsme my sami. Nemám na mysli narcistní sebeobdiv, ani „rozmazlování se“, jak mi často pacienti namítají, ale zdravý pozitivní vztah k sobě samému.

Nejhůře se nám všem mění zvyky a zlozvyky táhnoucí se s námi od časného dětství, vštípené nám rodiči, tedy osobami, o jejichž nekonečné moci, včetně možnosti nás zničit, ani o jejich nekonečné lásce, jsme tehdy nikdy nezapochoybovali. Mají větší sílu než Desatero a další předpisy, navíc o nich vůbec nepřemýšlíme a považujeme je za nedílnou součást a výbavu vlastní osobnosti. Máme je pod kůží a říkáme při jejich projevení, že to je přece „normální“, že „jsme takoví a nikdy jiní nebudeme“. Dokonce jsme ochotni tvrdit, že to máme zapsáno v genech a s těmi přece nikdo nepohne.

Když na mě lidé vyrukují s genovou výbavou, nabídnu jim jednoduchý pokus: ať si dají na týden hodinky na druhou ruku a že se s nimi vsadím o sirotčí peníze, že v tísní či nervozitě je stejně budou hledat tam, kde jsou zvyklí. A gen na nošení hodinek ještě nikdo neobjevil!

Bez legrace; je nutno sebrat hodně odvahy, aby si kdokoliv z nás troufl začít přestavovat dlouholeté stereotypy, které jsou sice nesplnitelnými a zničujícími neurotickými příkazy (pospěš si, musíš být dokonalá, musíš se snažit, buď silný, vycházej druhým vstříc!), ale protože „maminka to tak řekla“, je to správné. A

normální! Silní a dokonalí adepti vyhoření cítí ohrožení, kdyby slevili, mají dojem, že by byli slabí, neschopní, či dokonce k ničemu. Je proto dobrá alespoň krátkodobá pomoc někoho druhého, nejlépe profesionálně zblhlého v této problematice. Neříkám ale, že to člověk při správném postupu nezvládne sám.

Ku pomoci slouží prověřený postup, který vede k vypracování závazku (v případě spolupráce s terapeutem je to dokonce terapeutická smlouva) a je postaven tak, aby co nejvíce a nejúčinněji zamezil možnosti torpédovat změnu, ke které se adept chystá. Předložím zde stručnou demonstraci postupu, a protože jsme zaměřeni na prevenci vyhoření a hypotetický klient zatím pracoval pokud možno pětadvacet hodin denně, soustředíme se v tomto případě na úpravu pracovního tempa a výkonu. Protože si trochu „hrajeme na doktora“, budu svému zákazníkovi – zájemci o změnu – říkat pane paciente. (Jen počkej, paciente!)

1) Jaké změny chce pacient konkrétně dosáhnout?

Tady nestačí obecné prohlášení, že chce méně pracovat a cítit se svěží, nebo dokonce nebýt unavený. Je potřeba jasně specifikovat, jak bude vypadat jeho pracovní doba v relaci s odpočinkem a co během ní udělá. V případě Freudenbergera bych směřoval k požadavku, aby byl v osm večer už doma a tam se věnoval něčemu jinému než své práci, třeba by mohl jako Sherlock Holmes hrát na housle, nebo by mohl vzít paní Freudenbergovou občas do divadla, na večeři, či před výplatou na zdravou procházku na zdravém vzduchu.

2) Pečlivě zkontrolovat dikci; musí mít jasnou a pozitivní formu (žádná „ne“ nebo „ale“, ani „pokusy či snažení“).

Každé NE je poňoukadlo k činu. Ta dívka v pohádce o třinácté komnatě by se byla do ní nesápala, nebýt toho, že ji zaměstnavatelka, pohádková babička, důrazně upozornila, aby tam nevstupovala. Mám demonstrační příběh ze svého dětství, který jsem poskytl též kroužku mediček a mediků, jenž projevoval větší zájem o výcvik v komunikaci. Naši rodiče – inspirovaní zřejmě čerstvou historikou – nás při odchodu z domova nabádali: „Děti, ne aby vás napadlo strkat si fazole do nosu!“ Do té doby nás to opravdu ani ve snu nenapadlo, jen za nimi bouchly dveře, stáli jsme u kredence. Byli učenliví, moji hodní žáci. Asi dva roky na to jsem od několika z nich, kteří se kdesi sešli, dostal pohlednici s textem: „Milý tatínku, posíláme ti pozdrav, máme se dobře a právě si strkáme fazole do nosu.“

Každé ALE de facto jako spojka odporovací škrta předchozí část věty. Máš krásné šaty, ale kdyby byly červené, byly by ještě hezčí. Pochválil? Ani omylem. Každé ale je blokadou, stejně jako „bychy“ představující způsob podmiňovací, tedy obsahující jakési nevyřčené podmínky. A těch se může vynořit! Prohlásí-li někdo, že by rád, ale..., je jasné, že z toho nic nebude. Proto, když dávám dohromady smlouvu, musí být podle Bible řeč moje, „ano, ano, ne, ne, co nad to jest, od zlého jest“.

Totéž platí o každém SNAŽENÍ a POKOUŠENÍ SE. Lidé jsou venkoncem poctiví, a když slíbí, že se budou snažit, slibují, že se budou snažit, nikoliv že něco udělají. Končívá to povzdechem: Já jsem se snažil, ale...

V této chvíli by měla být jasně vymezena aktivita, která bude probíhat jinak než dosud. Ve Freudengerově případě: půjdu v osm do práce, pak na dvě hodiny páchat dobro, a pak půjdu domů na večeři na osmou hodinu a po ní se budu

věnovat své rodině a ušlechtilým koníčkům. Spát půjdu nejpozději o půlnoci.

3) Je takový úkol reálný? Je splnitelný?

V tomto okamžiku se otevírá diskuse, buď s terapeutem, nebo se svým druhým já o tom, jak široce zasáhne změna do ostatních aktivit pacientova života. Zvenčí se požadavek na omezení a jasné vymezení pracovní doby jeví jako rozumný, postiženému (zažil jsem to ve výcviku a vím, že člověk se v takové chvíli cítí skutečně postižený, jako by mu něco amputovali, sebrali, jako by ho soukali do svěrací kazajky, do níž se mu zatraceně nechce) už tolik ne. Zde navržené hranice by živý Freudenger podle mého nevydýchal a tak musel počkat až na to, kdy mu jeho organismus tvrdě oznámí, že je bude muset přijmout.

Dá se říci, že tento moment můžeme označit za krizi, mírněji řečeno bod obratu, kdy bude nutné v zájmu změny něco obětovat. To je velice nemilé. Současně zde je klíčový moment, proč řada dobrých předsevzetí zmírání na úbytě do již zmíněných několika týdnů: slibující si nespočítá, co všechno změna obnáší.

4) Specifikovat změnu v behaviorální rovině (co a jak bude patrné).

Upřesnění tohoto požadavku je dnes naprosto snadné a už si nemusíme vypomáhat božím okem a dalšími nadpřirozenými úkazy, protože stačí říci: co uvidí skrytá kamera v časosběrném záběru? Ráno pacienta u snídani, dopoledne a odpoledne v zaměstnání, do sedmi hodin v pachatelně dobrých skutků, v osm u večere a v devět s houslemi pod bradou na zdravotní procházce. A je to! Postižený to ale musí schválit a přijmout nejen racionálně, ale i srdcem. Pokud to nevezme za své, je to všechno na draka.

5) Jak se na změnu dívá pacientův RODIČ?

Transakční analýza pod tímto pojmem chápe všechny osobnostní charakteristiky převzaté od rodičovských figur. Obsahuje základní normy, zákazy, příkazy, pravidla i postupy, ať už jsou užitečné (buď na sebe hodný), nebo přímo škodlivé (buď dokonalý!).

Zde může dojít ke konfliktu mezi vštípenými pravidly a novými požadavky. Freudenberger měl zřejmě příkazy nařizující mu, aby byl dokonalý (nesplnitelné), silný (stačil na všechno sám), neunavitelný a k tomu patrně některé další neurotické zákazy. Proto také pracoval způsobem, který lze označit za sebedestruktivní. Považuje-li člověk pak tyto vlastnosti za navěky dané a nezměnitelné, je třeba s ním dojít k poznání, že to sice bylo myšleno dobře, ale provedeno velmi zle. Je to na delší diskuse a někdy lpění na těchto vlastnostech brzdí dost dlouho práci na dohodě-smlouvě.

6) Jak bezpečně se cítí jeho DÍTĚ?

Zde je úkol ještě obtížnější. Dítě v nás si můžeme představit jako sami sebe ve věku kolem pěti až šesti let, se všemi emocemi, v té době zdravým, ale nebrzděným a v dospělém věku ne vždy výhodným egocentrismem, hedonismem, neodpovědností a značnou schopností manipulace. Zatímco Rodič je do jisté míry rigidní struktura, je Dítě živé, flexibilní a schopné kreativním způsobem torpedovat to, co se mu nelíbí.

V modelu, v němž v roli pacienta vystupuje Freudenberger, můžeme předpokládat značnou paličatost. Když se byl ochoten porvat s malými Hitlerčíky o kolo a riskovat opravdu smrtící odvetu, na kterou v té chvíli vůbec nepomyslel, bude v Dětské pozici schopen dost úspěšně trucovat.

7) Jakou ochranu mohu DÍTĚTI poskytnout?

V souvislosti s očekávanou nepohodou, plynoucí z nových povinností, bude mít Dítě tendenci změny bojkotovat. Je potřeba je přesvědčit, umluvit, uklidnit a nabídnout mu bezpečí. Někdy trochu ve stylu: když nepůjdeme na pouť, dostaneš panenku. Je třeba vědět, že to malé Dítě v nás stále žije, má své strachy, svou absenci logiky a místo logiky magické myšlení. I ve velkém dospělém člověku je kus psychiky, která nedosáhne na úvahu, že očkování je nezbytné, ví jenom, že to bolí a že se toho bojí. Pro tyto obavy je třeba mít pochopení a umět je utišit.

8) Pro koho změnu pacient podniká?

Pokud ne pro sebe, nemá to cenu. Jestli je ochoten ke změně jen „kuli manželce, aby nebrblala“, stojí všechno úsilí na písku. Člověk musí převzít plnou odpovědnost za své jednání nejen nyní, ale i do budoucna (a změna má přinést jinou budoucnost) a stát si za svým sám. Neváží-li si sám sebe natolik, aby prospěšnou věc udělal pro sebe, může se celá konstrukce velmi snadno zřítit, když se osoba, pro niž to podniká, zachová jinak, než si představoval. A to nelze nikdy vyloučit.

Jak vyplývá z hrdinova reálného příběhu, byl nakonec (když už jinak nemohl) nucen začít na sobě pracovat. Za zmínku stojí, že to dělal jen způsobem, který sám – pravda kreativně – zvolil a tak zachoval alespoň zčásti věrnost Rodičovským příkazům, v čemž konečně pokračoval i poté, co se vzpamatoval. Jenom v mírnějším tempu.

9) Porozumí osmileté dítě této dohodě?

Tohle pravidlo má v sobě dvojitou pojistku. Zaprvé srozumitelnost dohody brání jakýmkoliv pseudoprávníckým

kličkám a zadruhé, počítáme-li se spoluprací všech struktur pacientova „já“, nesmíme vypustit jeho Dítě, které může být tím nejúspěšnějším destruktořem, jestliže nebude spolupracovat.

10) Co bude tato změna stát? Není to mnoho?

To je doslova otázka do pranice. Cena se totiž může pohybovat ve všech Popperových světech, od materiálních ztrát, přes pocit psychické újmy až po frustrované ambice, pocit zmařené kariéry aj. Ten problém se vynořil už u třetí otázky a teď se hlásí samostatně s velkou naléhavostí. Je to otázka hodnot a životních priorit, v níž se střetnou snadno napadnutelné (kdo mi to zaručí?) logické úvahy se stejně – co do budoucnosti a životnosti – nejistými idejemi, tradicí, konzervatismem, pohodlím a dalšími, ne vždy plně uvědomovanými vlivy. Ono se dá snadněji říci „No tak co? Prodáme auto a budeme chodit pěšky! Vždyť jsme to předtím dělali také...“ než to naplno realizovat. A pokud si při dohadování o změně tuto otázku, navíc jasně formulovanou, nepoložíme, může se stát, že pozítří bude se všemi plány konec.

11) Jaká bude odměna za ztráty?

Logika nám napovídá, že určitě menší než ty ztráty. Na druhé straně i velké investice do projektu, který se vyplatí, nemusí být vždy marné, přestože dnes, teď a tady se to tak nezdá.

Freudenbergerovi (kdyby to byl kamarád) bych řekl: „Ty vosle, spočítej si to na prstech jedné ruky. Teď jedeš ve stresu a dalších několik týdnů takovéto aktivity tě žene přinejmenším k infarktu. Lepší živej pes, než mrtvej lev! Mysli hlavou (tu on nepochybně měl). Chceš ještě něco dokázat, a při tomhle tempu se dokážeš jedině zničit. Dokonale a

sám, jak to máš napsáno ve scénáři. Není tě škoda?! Jsi přece Freudenger, šikovnej chlap, tak pro sebe něco dělej!“

12) Kdo mi v tom pomůže?

Ortodoxní transakční analytici říkají, že to mají být živoly, ale já se nevyhýbám ani dobrým duchům zemřelých, kteří konečně patří do podpůrné Rodičovské struktury. S živými to může být někdy problematické, pokud se s nimi jasně nedohodneme, jakou podporu od nich potřebujeme a jaký bude výsledek naší změny. Není například žádným tajemstvím, že pokud alkoholici definitivně přestanou s pitím, plná třetina manželek – které na tom předtím úpěnlivě trvaly – se s nimi rozvede. Takového chlapa prostě nečekaly a takového nechtějí, protože podvědomě jim partnerovo pití z mnoha důvodů vyhovovalo a přinášelo psychologické a někdy i materiální zisky.

13) Pět věcí, které je potřeba pro zdar podniku udělat.

Již Descartes nám zanechal (na rozdíl od své filosofie prospěšné) doporučení: každý velký úkol je možné zvládnout lépe, rozložíme-li jej na několik menších. Aby bylo možné zajistit všechny dominové změny, které se odehrají v důsledku změny základní, je nutné tyto okolnosti řádně ošetřit. To je součást každého strategického plánování, a přestože můžeme být nad detaily povzneseni, tahle aktivita se vyplácí.

14) Vybrat první z nich a začít s ní TEĎ!

Co k tomu dodat? Snad jen to, že dnes tak oblíbené a často užívané slovo prokrastinace zásadně nepatří do slovníku těch, kteří chtějí žít, a ne živořit. Ostatně našel jsem výstižný krátký dialog charakterizující ukázkově tohle zvěrstvo v kostce:

- Co budeš dělat dneska?

- Nic.

- To už jsi dělal včera.

- Ano, ale nejsem s tím ještě hotov.

Ani nejgeniálnější analytik nedokáže předpovědět budoucnost přesně, člověk rozhodnutý k zásadní změně má právo na skotomy, slepé skvrny. Také život přináší změny, které nikdo nečekal. Proto je nutné i po nejlepším vypracování po několika týdnech celý projekt vzít a zkontrolovat, eventuálně upravit, nikoli tak, aby změnil smysl, ale aby lépe fungoval v podmínkách, s nimiž se nepočítalo.

AKCE A DISKUSE



OHLASY PSYCHOSOMATICKÉ KONFERENCE V LIBERCI

Rozhovor s MUDr. Vladislavem Chválou o 14. celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, lékařském sebevědomí, hravosti, spiritualitě a sexu.

Text: Iveta Kučerová, Živá radost

Říkáte, že když terapie přestává být hravá, začíná být únavná. Platí to i o konferencích?

Naprosto. Konference jsou obvykle úmorné, protože na nich účastníci soutěží, předhánějí se, kdo toho víc přečetl, a vůbec se snaží zvítězit nad soupeřem. Naším záměrem naopak je,

aby na setkání lékařů, terapeutů a příznivců psychosomatické medicíny byla příjemná atmosféra, která podporuje hravost a je svým způsobem hojivá. Skupina, která nesoutěží, je i víc tvořivá.

Vnímám vaši hrdoost na to, že konferenci pořádáte bez finančního příspěví, a tedy i vlivu farmaceutických firem.

Ano, nechceme být zavázáni žádnému podnikateli ve zdravotnictví, tedy k tomu, abychom byli nuceni používat jeho metody, léky či přístroje. Tento přístup je důležitou součástí našeho zápasu o nezávislost, nebráníme se ale partnerům z jiných oborů. Letos nás například znovu podpořila Nadace Zdraví Preciosy, a. s.

Je možné pokračovat při organizaci způsobem, který je založen na nadšení týmu a sympatiích přednášejících? Zaznělo, že jste našel cestu na ministerstvo.

Rád bych dál postupoval oficiálním způsobem, přestože vím, že naše společnost do velké míry funguje na principech „já na bráchu, brácha na mě“. V tuto chvíli záleží na poptávce veřejnosti. My pečujeme o zdroj, výchovu a vzdělání kvalitních odborníků, tak aby byli k dispozici v případě většího zájmu veřejnosti o psychosomatickou medicínu. Je důležité si uvědomit, že na rozdíl od léku, který lze vyrobit relativně rychle, zrání lékařů a terapeutů trvá mnoho let.

Jaké jsou novinky a trendy v české psychosomatické medicíně?

Na konferenci bylo cítit mnohem větší profesionalitu, otevřenost a sebevědomí – dříve jsme se cítili ustrkování většinou medicínou. Nyní přibývají nové osobnosti, které přinášejí ze svých oborů pro lékaře cenné zkušenosti a často objevené poznatky – letos především z oblasti tělové terapie. Při

výběru lektorů přibližně z jedné třetiny experimentujeme, tak abychom obměnili základní sestavu osvědčených přednášejících. S nadšenými ohlasy se setkalo například vystoupení Angličanky Andrey Malé na téma tělového protipřenosu při práci s dětmi nebo taneční terapie MUDr. Radany Syrovátkové.

Dobrá zpráva pro pacienty tedy je, že ...

V České republice přibývá odborníků schopných pomáhat a odvádět kvalitní psychosomatickou práci. Existuje víc a víc možností jak řešit zdravotní problém bez nutnosti podstoupit pouze klasickou verbální psychoterapii.

Blesklo vám už hlavou, o čem bude příští, 15. konference psychosomatické medicíny v Liberci?

Ano. V průběhu letošního setkání začalo krystalizovat téma sexuality, spirituality a nemoci – pro svou blízkost a vzájemnou provázanost. Například komunikace lékařů s pacienty o sexu je velmi zanedbaná – nabídli jsme toto téma účastníkům psychosomatického výcviku a ukázalo se, že si s ní téměř nikdo neví rady. Přestože jsme médií zahlceni sexuálními symboly a obscénností, tak skutečná intimita je vzácná a spojená se studem – což právě tak platí o našem vztahu ke spiritualitě.

Jaké je vaše nejodvážnější přání, týkající se dalších konferencí?

Aby se jich alespoň z poloviny účastnili řadoví lékaři.

Natočila a sepsala Iveta Kučerová, Živá radost, Liberec 12. 10. 2012

REAKCE MUDR. MÁŠLOVÉ NA KONFERENCI

Velmi Vám děkuji za energii vloženou do organizace Psychosomatické konference, jsem ráda, že se koná. Bylo to pro mne zdrojem mnoha silných impulzů. Ráda bych se Vám svěřila s jedním dojmem a budu Vám vděčna za zpětnou vazbu. Zapůsobila na mě (až tísnivě) výrazná převaha psychologů a „psychologizace“ psychosomatiky. Našla jsem zázemí v psychosomatice především pro léčení nemocí. Tady jsem měla dojem, jakoby somatická nemoc úplně vypadla ze hry a zbylo jen psycho. Byla jsem např. překvapená, že psychosomatika zajímá i posudkové psycholožky, jejichž práce je sice užitečná, ale není ani trochu terapeutická a k léčení čehokoliv má opravdu daleko. Mám v hlavě takové schéma (možná nesprávné), že soma (medicína) je propojené především s psyché (psychologie), ale i se socio (sociologií),

spirituálním (teologií), filozofií, ekonomikou, demografií, ekologií, geologií (příběhy krajiny) atd. Tady se mi toto schéma rozpadlo. Byla jsem pak po tomto prvním dojmu nesmírně vděčná za přednášku o psychospirituální krizi a za sobotní přednášku s teologickým aspektem Mgr. Kaminské, které to přece jen posunuly alespoň k teologii. Je i v Německu psychosomatika podobor psychologie nikoliv medicíny? Stejně jako konvenční medicína shrnula všechny stesky pacientů, které nelze doložit laboratorně či zobrazovací technikou, do zkratky „psycho“ (a pak střelí od boku diagnózy jako deprese, neurastenie, astenie, anxiozita, apod.), podobně psychologie zjednodušila veškerou medicínu do označení „somatické obtíže“. Paní, co trpí tenzní cephaleou nebo amenoreou pak nalézá dva přístupy, které se bohužel stále ještě minimálně protínají.

IVA PIVOŇKOVÁ

Dobrý den, konference byla skvelá a velmi inspirativní! Setkala jsem se i s lidmi, kteří by měli zájem spolupracovat na výzkumu. Téma je zatím jeste v mlhách, ale pro mě je důležité, že je o tuto spolupráci principiálně zájem a doufám, že to casem dostane nějaký konkrétnější tvar. Jsem moc ráda, že je tady u nás prostor na sdílení takovéhoho přístupu k nemoci, ke svetu, k lidské přirozenosti. Citila jsem se jako doma. Doufám, že se mi podaří napsat tu zprávu z konference v Cambridge, neboť

je evidentní, že mezi myslenkovým psychosomatickým kvasem u nás doma a v Evropě jsou navzdory drobným rozdílum značné paralely. Je evidentní, že jsme regulérní součástí většího intelektuálního-prožitkového) těla kontinentální Evropy, že se vztahujeme k tématu tělesnosti ve vztahu (v diádě, rodině, společnosti) podobným způsobem. Těším se na další setkání s Vámi, s Psychosomem a na případnou další spolupráci...

Srdečně zdraví Věra Pivoňková

K RECENZI PAVLA ČEPICKÉHO NA KNIHU MEDICÍNA ZALOŽENÁ NA DŮVĚŘE:

Zařazení Čepického textu do Psychosomu je výborné rozhodnutí, protože je to skvělá recenze. Přiznávám sice, že když mi to přišlo – taková bichle!, která na knížce nenechala chlup suchý – zdeptalo mě to. Ale po druhém a třetím čtení jsem si uvědomila, že těžko by text mohl být lépe oceněn než tím, že ho recenzent třikrát přečte a napíše tak dlouhou a tak fundovanou recenzi. Blbé texty obvykle odkládáme po pár stránkách a recenzi odbudeme dvěma větami. Náš text je kontroverzní
S pozdravem PhDr. Hana Konečná

a provokativní, a přesně taková je i recenze. Chtěli jsme vyvolat diskusi, a možná se to i povede. Hrozně si té recenze vážím. (Mimochodem, Galénu jsem doporučila dr. Čepického já a mnohé z jeho výhrad jsme při závěrečných úpravách textu akceptovali.) Ptala jsem se paní Menclové, co bych mohla udělat pro to, aby knížka byla k dispozici na konferenci (to jsem ještě nevěděla o obsahu Psychosomu).

POLITIKA, KONCEPCE



VZDĚLÁVACÍ PROGRAM NÁSTAVBOVÉHO OBORU ¹ PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Na žádost ministerstva zdravotnictví jsme vypracovali v urychleném režimu (byl na to zhruba týden) materiál k projednání a zařazení do novely zákona 185/2009 o vzdělávání zdravotnických pracovníků. Materiál jsme stihli konzultovat s několika odborníky z této oblasti a se zástupci České psychoterapeutické společnosti a odeslat do (šibeničního) termínu. Jak to s ním bude dál, záleží teď na úřednících MZd. Držme mu palce. Uveřejňujeme ho zde proto, aby se k němu případně ještě diskutovalo (i když byl již podán), ale také proto, aby se nově vznikající pracoviště mohla řídit nějakými (zatím nepřijatými) předpisy. (pozn. red.)

¹ Certifikovaný kurz (název „nástavbový obor“ vyplývá z legislativní zkratky dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů).

PREAMBULE

Tímto materiálem, jenž obsahuje náplň vzdělávání certifikovaného kurzu v psychosomatické medicíně na úrovni základní psychosomatické péče, splácíme dluh, který máme ke svým pacientům, ale i k pojišťovnám i k výzkumným týmům, které už v osmdesátých letech minulého století zjistily, že až 20 % pacientů v ordinaci praktických lékařů potřebuje komplexnější péči v duchu Engelova bio-psycho-sociálního modelu nemoci. (Baudiš, 1986)² Doháníme tím také vzdělání, kterého se německým kolegům dostává již od 80. let min. století. *Základní psychosomatická péče*, jak je definována v německém zdravotnictví, je určena té části veřejnosti, která využívá služeb veřejného zdravotnictví pro *somatické* projevy svých neuvědomovaných psycho-sociálních problémů ve stále složitější společnosti. Počet takových pacientů prudce stoupá také u nás. Pokud není medicínský systém kompetentní pracovat s psychickými a sociálními aspekty tělesných nemocí (a to bez příslušného vzdělání není), velká část těchto pacientů zbytečně chronifikuje a neúměrně zatěžuje náš zdravotnický systém a finance pojišťoven. Základní psychosomatická péče je míněna jako zvýšení kompetence somatických lékařů s ohledem na bio-psycho-sociální model nemoci. Bezpodmínečnou základnou je aktivní, kontinuální a důvěru zprostředkovávající formování vztahu mezi lékařem a pacientem. Tímto způsobem pokrývá základní psychosomatická péče potřebu léčby většiny těch psychogenních nemocí, pro které není zapotřebí žádná rozsáhlá a dlouhodobá psychoterapie prováděná odborným psychoterapeutem a umožňuje včasnou a správnou indikaci pacientů pro segment péče psychotherapeutické.

CÍL SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVY

Psychosomatická problematika je mezioborová. V oblasti postgraduálního vzdělávání v základním rozsahu je součástí specializační průpravy v psychiatrii případně v jiných klinických oborech. Specializace v psychosomaticce představuje větší rozsah požadovaného vzdělání v této oblasti, než je požadováno v jednotlivých oborech (psychiatrie, vnitřní lékařství a další).

Cílem této specializace v psychosomaticce je získat teoretické a praktické znalosti v psychiatrii, somatické medicíně a v psychoterapii a tyto mezioborově integrovat. Psychosomaticky vzdělaný lékař bude mít větší erudici při diagnostice a léčbě pacientů s funkčními obtížemi/somatizačními poruchami a dále u nemocných, kde je patrná výrazná příměs psychosociální problematiky. Tedy v oblasti, která nemůže být kvalifikovaně řešena bez použití těchto přístupů. Odborník v psychosomaticce je schopen vykonávat samostatně léčebně preventivní činnost v této oblasti zdravotnictví. S ohledem na současný stav znalostí této problematiky mezi zdravotnickými pracovníky a vzhledem k rozsahu požadavků na adepty tohoto oboru je vzdělávací program rozpracován jako Základní psychosomatická péče. Ta obsahuje především teoretické znalosti a dovednosti

² Baudiš P., Mudra M., Škoda C., Tomášek L., Kožený J., Traugottová D.: Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře, Sborník referátů a diskuse, vydala Psychiatrická léčebna v Kroměříži v r. 1986.

komunikace. Na ni pak navazuje možnost vzdělávání k erudici psychoterapeuta, které není náplní tohoto oboru.

Specializace lékařů v psychosomatice neomezuje účast klinických psychologů v péči o psychosomatické pacienty. Jejich podíl v péči o tyto pacienty je přínosný. Společná účast lékařů a klinických psychologů na vzdělávacích akcích je rovněž vhodná, vzhledem k tomu, že ve většině případů bude potřebná úzká spolupráce lékařů a klinických psychologů, kteří se častěji než lékaři mohou věnovat hlubšímu studiu a provádění psychoterapeutických metod, které jsou v indikovaných případech k léčbě psychosomatických pacientů potřebné. Pro dosažení kompetencí psychoterapeuta musí v dalším vzdělávání lékaři splnit stejné požadavky jako kliničtí psychologové.

POŽADAVKY NA SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVU

Do specializační přípravy může být zařazen lékař s odbornou specializací psychiatr, praktický lékař, pediatr, ženský lékař, internista, neurolog, rehabilitační lékař, imunolog nebo v dalším somatickém oboru, popřípadě lékař v přípravě na takový obor. Celková délka specializační přípravy v psychosomatice je minimálně 36 měsíců (a uchazeč může tuto přípravu absolvovat paralelně se specializační přípravou v základním oboru). Praxe v psychiatrii ev. v jiném klinickém oboru medicíny a v psychoterapii musí být vykonána pod vedením příslušného odborníka.

- a) Povinná praxe 36 měsíců v oboru psychiatrie nebo v jiném oboru klinické medicíny (vnitřní lékařství aj.).
- b) Doplnková praxe pro psychiatry 2 měsíce na oddělení některého z klinických oborů (vnitřní lékařství aj.). Pro nepsychiatry 2 měsíce na psychiatrickém oddělení nebo v PL.
- c) Účast na balintovských skupinách v rozsahu 26 hodin. Vhodný je i kratší sebezkušenostní program. Doporučené odborné akce: IPVZ, ČLS JEP, ČLK, AKP, atd.

SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK

Příprava se soustředí na tyto okruhy:

- a) Teoretické znalosti
Uchazeč musí prokázat dobré teoretické znalosti psychosomatické a behaviorální medicíny, ve smyslu bio-psycho-sociálního pojetí zdraví a nemoci, znalosti psychiatrie, psychoterapie a musí být orientován ve vnitřním lékařství (je-li psychiatr). V případě lékaře jiného klinického oboru se požadují rovněž dobré teoretické znalosti psychosomatické a behaviorální medicíny, psychoterapie, vlastního klinického oboru a orientace v psychiatrii. Uchazeč musí být seznámen

s etickými principy v medicíně (včetně psychoterapie). Musí se orientovat v oblasti výzkumu v psychosomatice.

b) Praktické dovednosti

Uchazeč musí být schopen diagnosticky zařadit pacienta s psychosomatickým onemocněním (somatické onemocnění s významnou psycho-sociální složkou), navrhnout terapeutický postup a samostatně jej léčit³ nebo v rámci týmové spolupráce se podílet na jeho léčbě.

c) Povinnou praxí na vhodných pracovištích

d) Seznam požadovaných úkonů (logbook)

Uchazeč o závěrečnou zkoušku v specializaci Psychosomatická medicína musí předložit seznam následujících výkonů. Výkony z klinického oboru musí být potvrzeny lékařem se specializací v daném oboru.

a) **účast na vzdělávacích aktivitách – povinná**

Kurzy, semináře	Počet hodin
kurz Základní psychosomatická péče ⁴	84
balintovská skupina	26 hodin
kurz Práce s časovou osou	20 hodin

Pokud výše uvedené kurzy byly absolvovány v době až 5 let zpátky, nemusí být absolvovány znova, započítají se.

b) **účast na vzdělávacích aktivitách – doporučená (alternativně)**

Kurzy, semináře	Délka trvání
kurz relaxačních metod, hypnózy či focusingu	v rozsahu min. 20 hod.
kurz tělově-terapeutických technik	v rozsahu min. 20 hod.

³ Léčbou v dosaženém stupni vzdělání v základní psychosomatické péči rozumíme především léčebné výkony dané specializace rozšířené o rozhovor lékaře s pacientem (nad běžný rámec), edukace pacienta a rodiny, výkony z oblasti relaxačních a hypnotických technik nebo akupunktury (tělové techniky v psychosomatice).

⁴ Kurz katedry psychiatrie IPVZ.

kurz komunikace	20 hod.
kurz neverbálních technik	20 hod.

c) povinná praxe⁵

Akreditované pracoviště		Počet měsíců
Pracoviště vlastního oboru dle zařazení do specializace		36
Doplňkové pracoviště		4
z toho	psychiatrie (pro somatické lékaře)	2
	somatický obor (pro psychiatry)	2
	akreditované psychosomatické pracoviště ⁶	2

Lékařům, kteří absolvovali některou z výše uvedených praxí v rámci specializačního vzdělávání v některém z uvedených oborů, je tato praxe uznána.

ROZSAH POŽADOVANÝCH TEORETICKÝCH ZNALOSTÍ A PRAKTICKÝCH DOVEDNOSTÍ, SEZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ

Nedílnou součástí vzdělávacího programu je vedení záznamu o provedených výkonech (logbook) a průkazu odbornosti lékaře (odborný index). Potvrzené výkony musí být doložitelné ve zdravotnické dokumentaci. Počet výkonů uvedený v logbooku je stanoven jako minimální. Předpokládá se absolvování nebo asistence u takového počtu výkonů, aby školenec zvládl danou problematiku jak po teoretické, tak i po praktické stránce.

Teoretické znalosti

Somatické aspekty psychosomatické medicíny	<ul style="list-style-type: none"> • Patofyziologie, klinický obraz a typický průběh chronických onemocnění s významnou psycho-sociální složkou • Bolest, její diagnostika a léčba především z hlediska psycho-sociálních aspektů • Patofyziologie, diferenciální diagnostika a klinika symptomů provázejících psychosomatická onemocnění • Spánkové poruchy a jejich léčba
--	---

⁵ Praxe na akreditovaných pracovištích, která disponují náležitým personálním vybavením a zázemím pro školence. Doporučená doplňková praxe probíhá na příslušných pracovištích téže nebo i jiné nemocnice, která získala akreditaci.

⁶ S postupným zvyšováním počtu těchto pracovišť bude stoupat i jejich kapacita

	<ul style="list-style-type: none"> • Patogeneze a salutogeneze • Možnosti somatických oborů v léčbě chronických onemocnění s významnou psycho-sociální složkou a jejich komplikace • Somatické projevy emočních reakcí a somatizace • Somatické projevy psychiatrických onemocnění • Možnosti tělové terapie psychosomatických poruch • Edukace pacienta a rodiny
Psychosociální aspekty psychosomatické medicíny	<ul style="list-style-type: none"> • Vývoj psychosomatických teorií a základní teoretická východiska • Komunikace a nemoc- cyklický maladaptivní vztahový kruh • Symptom jako výraz interpersonálních procesů • Somatické symptomy definovaných psychiatrických poruch především emočního spektra • Manifestace komunikačních napětí v tělesných, duševních a sociálně-komunikačních interpersonálních symptomech • Rodinný systém a jeho vliv na vznik a udržování somatického symptomu • Zapojení rodiny do léčby pacienta, stupňovitý model • Vývojový model rodiny a indikace rodinné terapie při léčbě psychosomatických onemocnění • Hlubinné zdroje psychosomatických příznaků a možnosti individuální či skupinové dynamické psychoterapie • Komunikační dovednosti ve specifických klinických situacích • Reflexe vlastních reakcí na pacienta (přenos, protipřenos) • Spolupráce s jinými specialisty; sociální a ekonomické obtíže pacienta • Plán péče a jeho realizace; etické problémy výzkumu v psychosomatické medicíně, etické standardy.
Diagnostika a indikace léčby	<ul style="list-style-type: none"> • Základní psychosomatické vyšetření (bio-psycho-sociální)- práce s časovou osou. • Hypotetizování a stanovení léčebného plánu. Týmová spolupráce. • Rozpoznání příznaků závažných život ohrožujících stavů a jejich řešení

Praktické dovednosti

- Komunikační dovednosti: rozhovor s pacientem a jeho rodinou
- Komunikace s kolegy v týmu
- Reflexe a sebereflexe v rámci balintovských skupin a v supervizi

Minimální počty výkonů a klinických zkušeností v psychosomatické logbook

Výkony	Počet
úvodní rozhovor s pacientem, klinický rozbor, formulace hypotézy o	15

problému, pacienta a stanovení terapeutického plánu. (časová osa)	
konziliární vyšetření (intervence) u pacienta s psychosomatickou problematikou	15
lčba psychosomatického pacienta (buď samostatná, nebo v rámci tčmové spolupráce) v trvání minimálně 10 návštčv	20
zpracování a prezentace kazuistiky pŕípadně ve spolupráci s psychoterapeutem	1

HODNOCENÍ SPECIALIZAČNÍ PŕÍPRAVY

Vzdělávání probíhá pod vedením pŕíděleného školitele na akreditovaném pracovišti⁷.

- a) Průběžné hodnocení školitelem
 - školitel pravidelně a průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti školence a svá hodnocení zapisuje do pŕukazu odbornosti v šestiměsíčních intervalech. V závěru vzdělávání školitel zapíše celkové hodnocení školence a doporučí pŕistoupení k závěrečné zkoušce,
 - hodnocení po skončení praxe.

- b) Vzdělání v Základní psychosomatické péči vyžaduje složení závěrečné zkoušky, ke které lze pŕistoupit po splnění dalších pŕedpokladů:
 - absolvování požadované praxe potvrzené všemi školiteli se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí,
 - pŕedložení potvrzení o provedených kompletních výkonech v loogbooku,
 - doporučení školitele,
 - vypracování písemné práce / projektu včetně rozboru kazuistiky – 10–15 stran nebo práce publikovaná v recenzovaném časopise,
 - potvrzení o absolvování kurzů, vědeckých a vzdělávacích akcí (viz tab.).

- c) Vlastní závěrečná zkouška
 - 3 odborné otázky
 - Prezentace pŕedložené kazuistiky

⁷ Platí po ukončení pŕechodného období, ve kterém je vzdělání v psychosomatice pŕiznáno tčm lékařům, kteří již splnili požadovaná kritéria v minulosti (mají potvrzení o absolvování zkoušky z psychosomatické problematiky IPVZ, doc. Beranem). Dokud nebude dostatečná kapacita akreditovaných pracovištč, určí školitele vedoucí katedry psychiatrie IPVZ.

CHARAKTERISTIKA ČINNOSTÍ, PRO KTERÉ ABSOLVENT VZDĚLÁVÁNÍ V NÁSTAVBOVÉM OBORU ZÍSKAL ZVLÁŠTNÍ ODBORNOU ZPŮSOBILOST

Absolvent vzdělávání Základní psychosomatická péče je oprávněn provádět samostatně (nebo v rámci týmu) léčebně preventivní (popř. konziliární) činnost u pacientů s psychosomatickou problematikou v rámci svého specializačního oboru. Vedle kódů výkonů svého oboru využívá kódu 09507 (psychoterapie podpůrná vykonávaná lékařem nepsychiatrem), 09525 (rozhovor lékaře s rodinou) nebo 35117 (rozhovor psychiatra, pedopsychiatra, klinického psychologa nebo sexuologa s rodinou a dalšími osobami) s frekvencí maxim. 1× za měsíc, nebo 09523 (edukace pacienta a jeho rodiny) s frekvencí 1× za půl roku. Absolvent certifikovaného kurzu Základní psychosomatická péče není oprávněn provádět systematickou psychoterapii.

CHARAKTERISTIKA AKREDITOVANÝCH PRACOVIŠŤ

Pracoviště zajišťující výuku školenců musí být akreditováno (ustanovení §13 zákona č. 95/2004 Sb.). Pracoviště musí zajistit školenci absolvování vzdělávacího programu nebo jeho podstatnou část. K tomu slouží řádné a plné zapojení školence do práce pod dohledem školitele, a umožnění studia a pobytu na jiném akreditovaném pracovišti, poskytujícím další část přípravy, která není dostupná na vlastním pracovišti. To je důležité především s ohledem na multi-disciplinární charakter psychosomatické medicíny. Vzhledem k rozdílnému rozsahu poskytované odborné péče a výuky se rozlišují následující typy pracovišť. Minimální kritéria akreditovaného pracoviště jsou dána splněním odborných, provozních, technických a personálních předpokladů.

Nedílnou součástí žádosti o udělení akreditace je plán přípravy školence⁸.

AKREDITOVANÁ PRACOVIŠŤE (AP)

1.1.1 AKREDITOVANÉ PRACOVIŠŤE – PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA⁹

Personální požadavky	<ul style="list-style-type: none"> • Vedoucí lékař/školitel má nejméně 10 let výkonu povolání lékaře v oboru specializace, specializovanou způsobilost v oboru psychosomatická medicína (nebo adekvátní vzdělání, například specializace v systematické psychoterapii) z toho min. 5 let praxe od získání specializované způsobilosti nebo zvláštní odbornou způsobilost v oboru PM a s min. úvazkem 1,0 • Poměr školitel/školence – 1:2 • Nutná spolupráce dalších zdravotnických pracovníků, jejichž zařazení a činnost vyplývá ze vzdělávacího programu oboru psychosomatická medicína:
-----------------------------	---

⁸ Do doby, než bude dostatečná kapacita akreditovaných pracovišť, ujímá se této funkce katedra psychiatrie IPVZ (viz vyjádření vedoucího katedry v příloze).

⁹ Lůžkové či ambulantní zdravotnické zařízení specializované na psychosomatickou problematiku s víceoborovým týmem, zaměřené na klinickou práci, výuku a výzkum. Může být přiřčeno k fakultní nemocnici či k vysoké škole se zdravotnickou výukou (LF, FTVS, VŠ s oborem ošetřovatelství atp.).

	<ul style="list-style-type: none"> - psychiatr, - klinický psycholog - psychoterapeut - rehabilitační pracovník (vysokoškolák) - sociální pracovník, - a další nezdravotnické profese dle potřeby pracoviště <ul style="list-style-type: none"> • Školitel dokládá svou způsobilost při žádosti o akreditaci pracoviště profesním životopisem a přehledem svých odborných a pedagogických aktivit v posledních 5 letech. • Spolu se žádostí je nutno předložit plán plnění povinností stanovených vzdělávacím programem. Pokud pracoviště zajišťuje více než jednu část, vždy výukový plán předkládá. • Supervize týmu (žadatel dokládá smlouvou o supervizi se supervizorem (např. Český institut pro psychoterapii- ČIS)
Materiální a technické vybavení	<ul style="list-style-type: none"> • Vybavení pracoviště dle standardů personálního a přístrojového vybavení odpovídající pasportizaci zdravotnického zařízení • Součástí podílející se na činnosti pracoviště: <ul style="list-style-type: none"> - ambulantní pracoviště, popř. lůžka - zázemí pro školence, přednáškový sál (institut)
Vědecko-výzkumná činnost	<ul style="list-style-type: none"> • Školenec by se měl seznámit během své přípravy se zásadami vědecké práce, měl by mít možnost seznámit se s výzkumnou činností pracoviště, případně se i na ní podílet • Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení)

1.1.2 AKREDITOVANÉ PRACOVIŠTĚ – STŘEDISKO KOMPLEXNÍ TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH¹⁰

Personální požadavky	<ul style="list-style-type: none"> • Vedoucí lékař/školitel nebo klinický psycholog/školitel má nejméně 10 let výkonu povolání lékaře/klinického psychologa v oboru specializace, specializovanou způsobilost v oboru PM, z toho min. 5 let praxe od získání specializované způsobilosti (k systematické psychoterapii nebo psychosomatiky), s min. úvazkem 1,0. • Poměr školitelů/školenců – 1:2. • Nutná spolupráce dalších zdravotnických a nezdravotnických pracovníků, jejichž zařazení a činnost vyplývá ze vzdělávacího programu oboru PM, například: <ul style="list-style-type: none"> - lékař s různou specializací v somatické medicíně, - lékař psychiatr s orientací na psychosomatiku a psychoterapii, - klinický psycholog a psychoterapeut, - rehabilitační vysokoškolák,
-----------------------------	---

¹⁰ Ambulantní pracoviště s multidisciplinárním týmem, případně stacionář zaměřený především na práci s psychosomatickým pacientem.

	<ul style="list-style-type: none"> - další nezdravotnický pracovník dle potřeb pracoviště. • Školitel dokládá svou způsobilost při žádosti o akreditaci pracoviště profesním životopisem a přehledem svých odborných a pedagogických aktivit v posledních 5 letech. • Školitel dokládá existenci supervize týmu (smlouvu se supervizorem). • Spolu se žádostí je nutno předložit plán plnění povinností stanovených vzdělávacím programem. Pokud pracoviště zajišťuje více než jednu část, vždy výukový plán předkládá.
Materiální a technické vybavení	<ul style="list-style-type: none"> • Vybavení pracoviště dle standardů personálního a přístrojového vybavení. • Součástí podílející se na činnosti pracoviště: <ul style="list-style-type: none"> ○ Klinická část (ambulance, stacionář). ○ Výuková část (institut). • Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení).
Vědecko-výzkumná činnost	<ul style="list-style-type: none"> • Školenec by se měl seznámit během své přípravy se zásadami vědecké práce, měl by mít možnost seznámit se s výzkumnou činností pracoviště, případně se i na ní podílet. • Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení).

1.1.3 AKREDITOVANÉ PRACOVIŠTĚ- INDIVIDUÁLNÍ ORDINACE PSYCHOSOMATIKY¹¹

Personální požadavky	<ul style="list-style-type: none"> • lékař/školitel nebo klinický psycholog/školitel má nejméně 10 let výkonu povolání lékaře/klinického psychologa v oboru specializace, z toho min. 5 let praxe od získání specializované způsobilosti (k systematické psychoterapii nebo psychosomatiky), s min. úvazkem 1,0. • Poměr školitelů/školenců – 1:1. • Je možná spolupráce dalších zdravotnických a nezdravotnických pracovníků, se kterými školitel spolupracuje na základě vzájemných dohod a se kterými má pravidelný klinický seminář či balintovskou skupinu: <ul style="list-style-type: none"> - lékař s různou specializací v somatické medicíně - lékař psychiatr s orientací na psychosomatiku a psychoterapii - klinický psycholog a psychoterapeut - rehabilitační vysokoškolák • Školitel dokládá svou způsobilost při žádosti o akreditaci pracoviště profesním životopisem a přehledem svých odborných a pedagogických aktivit v posledních 5 letech. • Školitel dokládá existenci balintovských skupin (smlouvu s vedoucím balintovských skupin) • Spolu se žádostí je nutno předložit plán plnění povinností stanovených vzdělávacím programem pro školence. Pokud pracoviště zajišťuje více než jednu část, vždy výukový plán předkládá.
Materiální a technické	<ul style="list-style-type: none"> • Vybavení pracoviště dle standardů personálního a přístrojového vybavení. • Součástí podílející se na činnosti pracoviště:

¹¹ Individuální ordinace lékaře s psychosomatickou erudiicí v některém ze somatických oborů či v psychiatrii.

vybavení	<ul style="list-style-type: none">○ Klinická část (ambulance, stacionář)
Vědecko-výzkumná činnost	<ul style="list-style-type: none">• Školenec by se měl seznámit během své přípravy se zásadami vědecké práce, měl by mít možnost seznámit se s výzkumnou činností pracoviště, případně se i na ní podílet.• Přístup k odborné literatuře, včetně el. databází (zajištění vlastními prostředky nebo ve smluvním zařízení).

PROGRAMY POVINNÝCH VZDĚLÁVACÍCH AKTIVIT A PERSONÁLNÍ A TECHNICKÉ VYBAVENÍ PRO JEJICH REALIZACI

CHARAKTERISTIKA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVIT

1.1.4 PROGRAM KURZU ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE

	Předmět	Minimální počet hodin
Úvod do problematiky	Úvod do psychosomatické medicíny, historický přehled	2
	Interpersonální medicína, bio-psycho-sociální pojetí zdraví a nemoci (Patogeneze a salutogeneze; komunikace a nemoc- cyklický maladaptivní vztahový kruh; symptom jako výraz interpersonálních procesů; manifestace komunikačních napětí v tělesných, duševních a sociálně- komunikačních interpersonálních symptomech)	4
	Rámcové podmínky a teorie lékařského rozhovoru, Práce s časovou osou, praktické ukázky, rozbor	4
	Psychosomatické aspekty klinických obrazů nemoci	1
	Somatoformní porucha obecně	1
Onemocnění s primárně-tělesnou symptomatikou	Oběhový systém (koronární srdeční onemocnění, srdeční neuróza, esenciální hypertenze)	1
	Dýchací orgány (hyperventilační syndrom a astma bronchiale)	1
	Trávicí trakt (funkční abdomin. Potíže, žaludeční a duoden vřed, colitis ulcerosa, Morbus Crohn)	2
	Poruchy příjmu potravy	2
	Sexuální dysfunkce, rozhovor s pacientem o sexu	2
	Dermatologie: Pokožka jako hraniční orgán a vztahové pole (neurodermatitis, urticaria, psoriasis, akné, artificiální dermatózy)	3
	Pohybový aparát v bio-psycho-sociálním pohledu (bolesti zad a kloubů)	3
	Onemocnění v oblasti ušní, nosní, krční (Psychosociální souvislosti u: tinitu, poruch hlasu, poruch sluchu, poruch řeči, zánětů HCD a zánětů středouší či dyskomfortu v krční oblasti)	2
	Časté neurologické klinické obrazy nemoci a jejich psycho-sociální kontexty	2

	Psychosociální kontexty některých gynekologických onemocnění (poruchy krvácení a cyklu, dysmenorea, klimakterický syndrom, chronický recidivující bolesti v podbřišku, pruritus vulvy a fluor, uro-gynekologické poruchy, sterilita)	2
	Sexuální zneužívání, následky, rozpoznání, léčba, rozhovor s pacientem a s rodinou	3
	Trauma, akutní a chronický posttraumatický syndrom, diagnostika, léčba	2
	Chronicky nemocný pacient s malignitou a nevléčitelně nemocný (Zpracovávání a vypořádávání se s onkologickým nebo s chronickým nezhoubným onemocněním). Edukace a doprovázení.	2
Onemocnění s primárně vnitřní duševní symptomatikou	Úzkostné a nutkavé poruchy	2
	Deprese a sebevražednost <ul style="list-style-type: none"> • symptomatika, • etiologie a systematika depresivních poruch • těžká deprese • kombinace farmakoterapie a psychoterapie • sebevražednost • protisuicidální kontrakt 	2
	Závislostní onemocnění: <ul style="list-style-type: none"> • symptomatika • alkohol, sedativa, hypnotika, drogy • etiologie a psychodynamika • práce se závislými osobami, systém péče v ČR 	2
	Obtížný pacient- problémy ve vztahu mezi lékařem a pacientem: <ul style="list-style-type: none"> • Vyžadující a závislý pacient • Problémy ve vztahu s pseudozávislými pacienty • Problémy ve vztahu s pasivně agresivními pacienty 	2
	Systemická rodinná terapie	2
životní cyklus, péče o sebe, léčba, péče o sebe	Rodina jako sociální děloha, životní cyklus a somatizace	2
	Starší pacient	2
	Umírající pacient a smrt <ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor s umírajícím • Poslední úkoly a práce ke smrti • Péče o umírající v praktické rodinné péči • Kontakt s umírajícími 	2
	Všeobecná psychoterapie v rámci zákl. psychosomatické péči <ul style="list-style-type: none"> • Indikace a prognóza • Psychoterapeutický rozhovor 	2

	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinace somatických a psychoterapeutických metod • Přehled odborných psychoterapeutických metod, indikace 	
	Psychosomatika lékaře a burning-out syndrom <ul style="list-style-type: none"> • Role lékaře a konflikty rolí • Pracovní zatížení lékaře a zdraví lékaře • Vypořádávání se se zatížením v lékařské profesi 	2
	Alternativní postupy vhodné pro ZPP <ul style="list-style-type: none"> • Akupunktura z pohledu rodinné terapie • Tělová terapie, hypnoterapie 	4
	Etika a terapie	2
	Psychoanalýza a její postavení dnes	2
	Balintovská skupina celkem	14 ¹²
	Celkem	84

Personální a technické zabezpečení kurzu Základní psychosomatická péče

Personální zabezpečení
<ul style="list-style-type: none"> • Lékaři se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí v oboru psychosomatická medicína či psychoterapie a praxí nejméně 5 let v oboru, případně se specializovanou způsobilostí ve vyučované problematice. • Garant kurzu má nejvyšší vzdělání v oboru a nejméně 10 let praxe výkonu povolání lékaře v oboru specializace. • Program je postaven na lokalizované učebnici Základní psychosomatická péče německých autorů Tres, Krusse, Ott, ze které lze studovat. Přednášející jsou zkušení klinici, kteří staví témata na svých zkušenostech a teoretických poznatcích, proto je nezbytné čerpat také z aktuálních přednášek.
Technické zabezpečení
<ul style="list-style-type: none"> • Učebna pro teoretickou výuku s příslušným vybavením. • Učebna pro balintovskou skupinu (sezení v kruhu)

¹² Tento kurz poskytuje jen 14 hodin balintovských skupin (vždy 2 hodiny na konci každého ze 7 setkání), proto je třeba hledat v okolí možnost zapojit se do setkání balintovské skupiny a doložit ještě dalších 12 hodin.

1.1.5 PROGRAM KURZU PRÁCE S ČASOVOU OSOU (SEBEZKUŠENOSTNÍ SEMINÁŘ)*

Předmět	Minimální počet hodin
Úvodní skupina	1,5
Teorie časové osy	1,5
Praktická ukázka časové osy	1,5
Skupina, reflexe	1,5
Vlastní práce s časovou osou, sběr dat, práce ve dvojicích	3
Rozbor časové osy jednotlivých účastníků s výkladem teorie	6
Skupina, reflexe	1,5
Praktické aplikace časové osy účastníků na možnosti jednotlivých oborů	2
Závěrečná skupina reflexe	1,5
Celkem	20

Personální a technické zabezpečení kurzu Práce s časovou osou (sebezkušenostní seminář)

Personální zabezpečení
<ul style="list-style-type: none"> Lektoři se znalostí práce s časovou osou, pracují s ní nejméně 10 let v klinické praxi, specializace v PM a systematické psychoterapii nejméně 5 let
Technické zabezpečení
<ul style="list-style-type: none"> Učebna pro teoretickou výuku s příslušným vybavením; poskytnutí studijních textů

*Pokud byl kurz vykonán až 10 let zpátky, bude započítán.

1.1.6 BALINTOVSKÁ SKUPINA

Obsah a metoda
<ul style="list-style-type: none"> K péči o vztah lékař- pacient, k jeho reflexi a sebereflexi zdravotnického pracovníka slouží metoda práce ve skupině podle dr. M. Balinta, kterou vedou vyškolení lektoři (seznam na www.psychoterapeuti.cz) Skupina zdravotníků se schází s lektorem na 2 hodinový strukturovaný seminář nad vlastními případy 1x za 1-2 měsíce
Technické zabezpečení
<ul style="list-style-type: none"> Učebna pro teoretickou výuku s příslušným vybavením; poskytnutí studijních textů

Personální zabezpečení
<ul style="list-style-type: none"> • Lektoři se erudovaní ve vedení balintovských skupin s klinickou zkušeností nejméně 5 let.
Technické zabezpečení
<ul style="list-style-type: none"> • Místnost pro práci 10-20 osob

DOPORUČENÁ LITERATURA

Doporučená literatura
ANDERSON H.: <i>Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Postmoderní přístup k terapii.</i> Brno NC Publ. 2009, 235 s., ISBN: 978-80-903858-6-3
BAŠTECKÝ J., ŠAVLÍK J., ŠIMEK J. A KOL.: <i>Psychosomatická medicína.</i> Praha: Grada, 1993, 363 s., ISBN 80-7169-031-7
BERAN, J. <i>Základy psychoterapie pro lékaře.</i> Praha: Grada, 2000. 155 s. ISBN 80-7169-932-2.
BOSS M.: <i>Včera v noci se mi zdálo.</i> Praha, Grada, 1994, 177 s., ISBN 80-85424-74-6
DANZER G.: <i>Psychosomatika. Celostýný pohled na zdraví těla i duše.</i> Praha: Portál, 2001, 244 s., ISBN 80-7178-456-7
DÖRNER K., PLOG U.: <i>Bláznit je lidské.</i> Praha: Grada, 1999, 253 s., ISBN 80-7169-628-5
ERIKSON E.H.: <i>Dětství a společnost.</i> Praha, Argo, 2002, 383 s., ISBN 80-7203-380-8
FALEIDE A. O., LIAN L.B., FALEIDE, E.K.: <i>Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika.</i> , Praha: Grada, 2010, 240 s., ISBN 978-80-247-2864-3
CHROMÝ K., HONZÁK R. A KOL.: <i>Somatizace a funkční poruchy;</i> Grada, Praha 2005, 216 s., ISBN 80-247-1473-6
KŘÍŽOVÁ E.: <i>Proměny lékařské profese z pohledu sociologie;</i> Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2006, 142 s., ISBN 80-86429-57-1
KALVACH, Z., aj. <i>Geriatric a gerontologie.</i> Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
KELEMAN S.: <i>Ztělesněná zkušenost. Procesuální práce s tělem.</i> ; Praha: Portál, 2010, 108 s. ISBN 978-80-7367-664-3
KLIMPL P.: <i>Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci.</i> Praha: Grada, 1998, 167 s., 80-7169-324-3
KRATOCHVÍL, S.: <i>Základy psychoterapie;</i> 6. aktualizované vydání, Portál, Praha 2012
MIOVSKÝ M.: <i>Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.</i> Praha: Grada, 2006, 332 s., ISBN 80-247-1362-4
PAPEŽOVÁ H.: <i>Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.</i> Praha: Grada, 2010, 424 s., ISBN 978-80-247-2425-6
PONĚŠICKÝ J.: <i>Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie;</i> Praha: Triton 1999, 215 s., ISBN 80-7254-459-4
PROCHASKA J. O., NORCROSS J.C.: <i>Psychoterapeutické systémy;</i> Praha: Grada, 1999, 479 s., ISBN 80-7169-766-4
SCHLIPPE A., SCHWEITZER J.: <i>Systemická terapie a poradenství.</i> Brno: Cesta, 2001, ISBN 80-7295-013-4
TRAPKOVÁ L., CHVÁLA V.: <i>Rodinná terapie psychosomatických poruch;</i> Praha: Portál, 2004, 248 s., ISBN 978-80-7367-391-8
TRES W., KRUSSE J., OTT J.: <i>Základní psychosomatická péče;</i> Praha: Portál, 2008 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3
VYBÍRAL Z., ROUBAL J. (EDS.): <i>Současná psychoterapie.</i> Praha: Portál, 2010, 743 s., ISBN 978-80-7367-682-7

WETZIG- WÜRTH H. MÜLLER P.: *Psychoterapeutický rozhovor*; Trenčín: Vydavateľstvo F, 2004, 223 s., ISBN 80-88952-11-5

WATZLAWICK P., BEVELASOVÁ J. B., JACKSON D. D.: *Pragmatika lidské komunikace*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, ISBN 80-86088-04-9

Odborné časopisy

PSYCHOSOM, časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu; www.psychosom.cz, ISSN 1214-6102

ČESKÁ S SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE, ISSN 1212-0383

PSYCHOTERAPIE, ISSN 1802-3983

PSYCHIATRIE PRO PRAXI, SOLEN ISSN 1213-0508

PRAKTICKÝ LÉKAŘ, ISSN 0032-6739

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SPPS

Datum: 7. 9. 2012

Přítomni: Z. Hánová, Z. Vondřichová, O. Masner, G. Seidlová, R. Plchová, T. Debef, pí Debefová, A. Paloušová (lektorka balintovské skupiny)

1. Program na září, říjen a listopad:

20.9. 20:00 – 21:30, – Z. Hánová pořádá schůzku zaměřenou na koordinaci výuky psychosomatiky na 3. LF, přihlášeno 29 studentů.

22.9. Konference společnosti pacientů s Crohnovou chorobou – společnost požádala SPPS o účast na konferenci – možnost pro členy SPPS, zaslat email s nabídkou pro ty, kdo by se toho mohli ujmout (Míša Štěpánová?), případné info u Ondřeje Masnera, který se v minulosti konference účastnil (masnerovi@quick.cz). Místo konání je Konferenční centrum City, Praha 4.

4.10. Setkání příznivců psychosomatiky (R. Plchová), neformální setkání na téma salutogeneze, ve volné spolupráci se SPPS, čas a místo: 19:30, kavárna Nová scéna

5. 10. setkání SPPS odpadá

11. 10. – 13. 10.: Psychosomatická konference v Liberci, téma „Tělo – duše – vztah“, více na http://www.lirtaps.cz/14_konference.htm

6. 11. v 17:30, setkání SPPS: hostem je Mgr. Pavel Ruml, vojenský kaplan ÚVN, Praha, – prostory své pracovny nabídla Zuzana Vondřichová (adresa: Šimáčkova 11, Praha 7)

Další:

2. O. Masner/Z. Hánová pracují na odpovědích na otázky pacientů ze Sdružení pacientů s Crohnovou chorobou. Z odpovědí sestaví Sdružení pacientů brožuru (obsahující i informace ze somatických oborů), která má zvýšit informovanost pacientů s Crohnovou nemocí či ulcerózní kolitidou o jejich onemocnění a možnostech léčby.

3. Členská schůze stanovena na pátek 11. 1. 2013 + plánovaný společenský večer.

Výbor upozorňuje na fakt, že Členská schůze slouží mimo jiné i k zvolení nového výboru, a proto důrazně vyzývá členy sdružení k aktivní účasti na schůzce. Výbor vyslovuje obavu, že by mohly nastat potíže s naplněním výboru.

4. Setkání příznivců psychosomatiky – organizuje R. Plchová, souhlas s uvedením toho, že je setkání pořádáno ve volné spolupráci se SPPS, setkání bude anoncováno také na stránkách SPPS.

5. Ve fotoakci s tématem: Psychosomatické zdraví, jsme nedostali žádný obrázek. Shodli jsme se, že výstižný obraz je těžké najít, natož zachytit.

7. Přijata nová členka: Lucie Hornová.

zapsala R. Plchová a výbor

INFORMACE

Komplexní pětiletý

VÝCVIK INTEGRACE V PSYCHOTERAPII

*Výcvik je zaměřen na posilování schopnosti terapeuta **vědomě integrovat poznatky z různých směrů, budovat si vlastní terapeutický styl a procvičovat základní praktické terapeutické dovednosti.***

Tým lektorů: PhDr. Stanislava Dudová, Mgr. Radim Karpíšek, PhDr. Markéta Rokytová, MUDr. Jan Roubal (vedoucí výcviku), MUDr. Markéta Skálová, Mgr. Milan Stiburek.

Plánovaný začátek 2. běhu výcvikového programu: **podzim 2013**

Termín odevzdání přihlášek: 17. únor 2013

Další informace: <http://psych.fss.muni.cz/integrace/>

e-mail: psychoterapie-integrace@seznam.cz

Komplexní čtyřletý

VÝCVIK V RODINNÉ TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

bude v příštím roce otvírat Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatiky (LIRTAPS). Výcvik je zaměřen na změnu myšlení – z individuálního na systemické – při práci především s psychosomatickými pacienty, ale i dalšími fenomény, které doprovází vývoj rodinných systémů. Jedná se již o 5. běh oblíbeného komplexního vzdělávání, který je určen především zdravotníkům, lékařům, klinickým psychologům, ostatním vysokoškolákům pracujícím ve zdravotnictví. Více informací na www.lirtaps.cz.

Tým lektorů: PhDr. Ludmila Trapková, MUDr. Vladislav Chvála, Mgr. Jan Knop, MUDr. Aleš Fürst

Plánovaný začátek 5. běhu výcvikového programu je září 2013.

Podmínkou přijetí je absolvování semináře Práce s časovou osou. **Termín podání přihlášek**, resp. potvrzení, že trvá Váš zájem o přijetí do tohoto běhu našeho výcviku, je **1. 6. 2013** na adresu menclova@sktlib.cz, nebo poštou Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Jáchymovská 385, Liberec 10, psč. 46010, tel. 485151398

OTEVŘENÍ NOVÉHO STACIONÁŘE

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rádi bychom vás informovali o otevření dalšího běhu frakcionovaného stacionáře pro pacienty s neurotickými, depresivními a psychosomatickými obtížemi.

Bude probíhat v pondělí, středu a čtvrtek v době od 17 do 20 hodin. Sestává z dynamicky vedené skupinové psychoterapie, doplněné nácvikem autogenního tréninku, arteterapií a taneční terapií. Celý stacionář bude trvat 10 týdnů.

Termín otevření stacionáře: 24. 9. 2012

Terapeutický tým:

Mgr. Renáta Hegedušová,
Jana Vlachová,
Rena Milgrom

Jsme smluvním zařízením následujících zdravotních pojišťoven:

VZP, OZP, VOZP, ČPZP, ZP Škoda, ZP Metal-Aliance, ZP MV ČR

Před převzetím pacienta do stacionáře je zapotřebí:

doporučení příslušného ambulantního psychiatra či praktického lékaře
objednání pacienta ke vstupnímu diagnosticko-motivačnímu pohovoru telefonicky či emailem.

kontakt: 241444198 nebo 775707002

email: renata.hegedusova@ondrejov.cz nebo osobně na adrese:

DPS Ondřejov, Klánova 62, Praha 4

Těšíme se spolupráci

Mgr. Renáta Hegedušová

prim. MUDr. Martin Jarolímek, vedoucí stacionáře

VYCHÁZÍ

název: **Psychopatologie**

autor: Orel Miroslav a kolektiv

ediční řada: Psyché

formát: B5

vazba: V2

rozsah: 264 stran

prodejní cena včetně DPH: 399 Kč

ISBN: 978-80-247-3737-9

anotace:

Psychopatologie se zabývá psychickými poruchami. Věnuje se jak příčinám, průběhu a prognóze, tak diagnostice, třídění, léčbě a prevenci duševních poruch a stavů.

Počty lidí s nějakou formou narušení psychického stavu mají celosvětově stoupající tendenci. Znalost základů psychopatologie tak dnes patří k nepostradatelným předpokladům pro práci ve všech pomáhajících profesích (u psychologů, sociálních pracovníků, zdravotníků, pedagogů apod.). Poznatky o duševních poruchách jsou nezbytné pro studující příslušných oborů, mohou však být k užitku i zájemcům z řad širší veřejnosti.

Moderní a přehledná publikace přibližuje základní témata obecné i speciální psychopatologie. Vychází z klinické praxe i z výuky v rámci univerzity, a tvoří tedy kompendium širokého oboru.

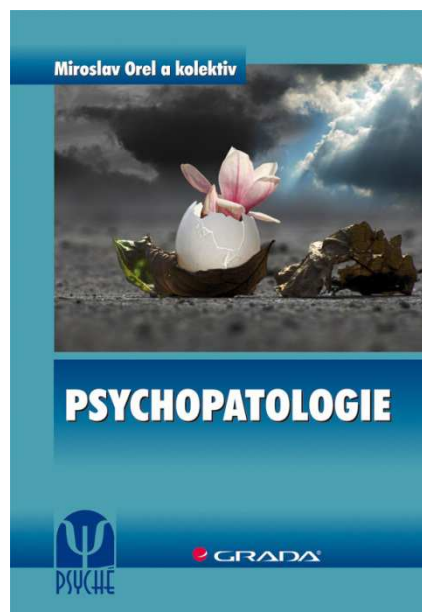
Grada Publishing, a. s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: 234 264 401-2

fax: 234 264 400

www.grada.cz



název: **Psychologie mezilidských vztahů**

autor: Willerton Julia

ediční řada: Z pohledu psychologie

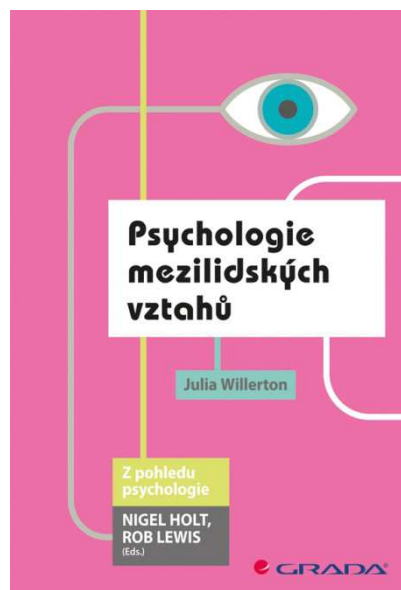
formát: B5

vazba: V2

rozsah: 160 stran

prodejní cena včetně DPH: 289 Kč

ISBN: 978-80-247-3924-3



anotace:

Učebnice nabízí komplexní přístup k mezilidským vztahům, provází čtenáře všemi jejich fázemi. Široký tematický záběr je ilustrován četnými studiemi a výzkumy, které zasazují teoretický rámec do praktického kontextu. Autorka neopomíjí mezikulturní aspekty a velkou pozornost věnuje též homosexuálním párům, jejichž vztahy porovnává se vztahy heterosexuálními. Zabývá se dále vlivem vztahů na nejrůznější aspekty našeho života, poskytuje velký prostor psychologii zdraví a zamýšlí se nad tím, v čem se liší určité životní aspekty jedinců, kteří žijí ve vztahu, od těch, kteří jsou sami.

Publikace bude přínosem nejen studenty, ale i pro odborníky v oboru, protože téma vztahů rozšiřuje nad běžně pojímaný rámec.

Grada Publishing, a. s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: 234 264 401-2

fax: 234 264 400

www.grada.cz

POEZIE

KAREL ŠEBEK

Z. HAVLÍČKOVI

Ty jsi bílý psycholog
A my jsme blázni
Vyleptáváš nám ornamenty na zduřelé mozky
Bereš nám naše Tajemství
Červená brada jako erotický nástroj
Černá brada nůž jímž porcuješ naše srdce
Rozmotáváš námořnické uzle našich duší
Bereš do rukou hypnotické oči výlupky inteligence
Procházíš se v našem světě jsi cizincem bez mapy
Ty jsi psycholog
Noříš svůj medový sosák do kurvích popelnic našich lásek
A my blázni s fialově chorýma očima
Hledáme své štěstí na stezičkách nového světa
Stejně nás neprobudíš i kdyby ses rozkrájel svými šoky
Prodíráme se křovím každý trn z něhož si pleteme věnec
Pláče barevné slzy do spektra tvé alchymie
Někdy nás poleješ cukrovou polevou
Abys nás oslepil a zakrátko vyhnětl nové podoby
Lížeme s přiblblým úsměvem sladkou šťávu
Uniká nám hudba pod leskem celkového slunce
Neurčité melodie si přehráváme na žabích blanách smyslů
Nás kůrovec nervů už dávno prožral do naha
Nás vyhnali z Ráje překousli jsme hada místo jablko
Benzinové páry nám vycházejí z úst tvořice mlhavé obrazce na brýlích budoucnosti
Silnice jimiž jsme chodívali zůstaly protaženy pavoučími vlákny
Někdy nám závidíš nedefinovatelné štěstí
Létáme s lampiony vysoko
Ještě jsme nevytili všechny nádoby vícebarevného života
Neboť my žijeme několikrát
My blázni

1960

Zbyněk Havlíček (nar. 1922, zemřel na leukémii 1969)

významný analyticky orientovaný psycholog (Dobřany, Sadská), surrealistický básník a teoretik, jeden z nejvýznamnějších českých básníků vůbec (*Otevřít po mé smrti*, *Skutečnost snu*, *Dopisy Evě – vše až posmrtně*)

Karel Šebek (nar. 1941, od roku 1995 nezvěstný, nevrátil se z propustky z psychiatrické léčebny) surrealistický básník (*Ruce vzhůru*, *Dívej se do tmy*, *je tak barevná*, *Probud' se anděli*, *peklo spí*) a psychiatrický pacient (schizofrenie), bratranec Z. Havlíčka

POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

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

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

Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.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“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

