
PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

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

Adresa:

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

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

Uzávěrka čísla 1/2013 dne 31. 1. 2013, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 1. 2013.
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih
a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed.
ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené 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 praxí a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, PhD., Technická univerzita v Liberci a 2. LF UK Praha.
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Prof. PhDr. Michal Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., Oddělení somatopsychiky VFN v Praze
Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, PhD., Katedra fyzioterapie FTVS UK Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
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 1/2013

Editorial	5
<i>Chvála V.: Máme vědět víc, nebo spíš míň?</i>	5
Kazuistika.....	7
<i>Sušická L.: Nadechnout se</i>	7
Praxe.....	20
<i>Závěrková M.: Systemická práce s tělem</i>	20
Teorie	25
<i>Bartůšková L.: Spirituální dimenze nemoci.....</i>	25
<i>Jániš M.: Kompliance (část V) Povaha vztahu mezi pacientem a zdravotníkem jako faktor ovlivňující komplianci.....</i>	33
Úvahy, eseje	46
<i>Poněšický J.: Léčebný potenciál vztahu v psychoterapii</i>	46
Recenze	50
<i>Skorunka D.: Mysl, mozek, vztahy... a psychoterapie.....</i>	50
Akce, informace	58
<i>4. mezinárodní seminář psychomotoriky v Ústí n.L.....</i>	58
<i>Informace www.psychomot.cz.....</i>	58
<i>Mezinárodní seminář na téma DOZRÁVÁNÍ ve Žďáru n.Sázavou.....</i>	59
<i>Seminář s Harlene Anderson, Ph.D. v Brně.....</i>	60
<i>Seminář s Lucií Gattone, (Kalifornie, USA) v Praze</i>	62
<i>Informace o světovém kongresu psychosomatické medicíny v Lisabonu 12-14 září 2013.....</i>	67
Politika, koncepce	69
<i>Výroční zpráva Sdružení pro psychosomatiku – psychosomatické sdružení za rok 2012</i>	69
<i>Členská schůze SPPS, dne 11.1.2013</i>	70
<i>Zápis ze setkání výboru Sdružení pro psychosomatiku 18. 1. 2013.....</i>	71
Rejstřík Psychosom 2012; 10 (1-4).....	73
Pokyny pro autory	74

EDITORIAL

CHVÁLA V.: MÁME VĚDĚT VÍC, NEBO SPÍŠ MÍŇ?

Jak jsem tentokrát víc sledoval, než přednášel na kurzu základní psychosomatické péče na Budějovické, s potěšením jsem viděl, jak skvěle přednáší paní doktorka Večeřová Procházková o psychotraumatu, jaké má dychtivé posluchače, kteří toho chtějí vědět co nejvíce, trochu jsem se začal obávat. Aby oni toho nechtěli vědět příliš! To se může zdát divná starost, a přece mi takové myšlenky táhly hlavou. Ukázalo se to v Balintovské skupině, kde svůj případ prezentoval kolega rehabilitační lékař. Protože neměl s touto technikou skupinové práce žádnou zkušenost, očekával, že se dozví více informací o problému astmatického dítěte a jeho matky, které potkal ve své ordinaci. Bylo jasné, že je zvyklý se v rámci vzdělávání v medicíně dozvídat informace, které mu pomáhají být si více jist, vědět, „jak to je“ a podle toho pak radit, nebo navrhnout vhodnou léčbu. To je taky smyslem studia. I tady očekával, že se dozví více o tom, jak může souviset astma dítěte a vadné držení těla s napjatým vztahem mezi jeho rozvedenými rodiči. Jenže místo očekávaných informací, se dozvídal jen to, co si o tom kdo myslí. Místo zvýšení jistoty, větší nejistota. Ale tak to asi bude! Máme-li být psychosomatickým pacientům co platní, pak se musíme naučit snášet nejistotu, kterou jejich symptomy kolem sebe šíří. Nejen pacient a jeho rodina, ale i lékaři jsou nejistí, protože se nemají čeho chytit. Nejsou tady obvykle žádné vysvětlující nálezy, laboratoř, rentgeny... není se čeho chytit. Ale psychosomatická medicína nemá k tomu také nic pevného, jen nejrůznější teorie, názory, zkušenosti, často dokonce protichůdné. Nic víc. Dlouho jsem si myslel, že to je nějaká vada, že tady není jednotná teorie psychosomatiky. Nejen že to je nejspíš důvod k odmítání psychosomatického pacienta většinou lékařů, ale také psychosomatiky jako takové- kde není objektivita, jakápak věda! A tak jsem se začal o své kolegy, kteří se vzdělávají v psychosomatice, trochu obávat. Většina z nich studuje, aby věděla víc, ale budou se umět naučit také „vědět míň“? Totiž vlastně nevědět, jak to je, ale přesto s pacientem zůstat, klást mu otázky a nemít na ně odpovědi? Najednou mi to přišlo hrozně těžké.

Dobře je to vidět, jak doufám, v kazuistice v tomto prvním čísle Psychosomu roku 2013. Rodinná terapie v případě úporného kašle ilustruje, co mám na mysli. Otázkami obrací terapeutka pozornost rodičů k tomu, jak se jim spolu žije. Nejsou to názory, nebo rady terapeuta, co v tomto případě pomohlo uzdravit dítě. Nejsou to ani žádné léky nebo procedury. Jen proměna emočního pole, které nejen dítě, ale i všichni ostatní v rodině společně utvářejí a více, či méně se jim v něm daří. A samozřejmě, biologicky orientovaní kolegové mohou říci- a je tohle ještě vůbec léčba? Patří tohle do medicíny? Ale jakpak by ne? Kam jinam rodiče chodí s nemocným dítětem než k nám lékařům. Je na nás, jak budeme s pacientem či s jeho rodinou zacházet, aby se zbavil nepříjemného a někdy nebezpečného příznaku. Je-li to „jen“ rozhovorem, je to snad málo?

O podstatě toho, jak se dívá rodinná systemická terapie na problém, ať už jím je cokoli, třeba symptom nemoci, a jak s ním je možné zacházet, ukazuje také další práce v rubrice Praxe. Kolegyně Závěrková z děčinského pracoviště měla na toto téma dílnu na 14. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci. Zde je text k dispozici i těm, kdo nemohli na konferenci být.

V teorii jsou tentokrát dvě práce. Ludmila Bartůšková se zabývá spirituální dimenzí nemoci. To je téma, kterému jsme dlouho nevěnovali pozornost. Ono se ale prosazuje, a domnívám se, že případů, které budou vyžadovat od terapeuta znalosti z této oblasti, bude přibývat. Text byl také přednesen v Liberci na 14. konferenci, a můžeme doufat, že se stane základem diskuse na toto téma i na stránkách Psychosomu. Janišova přehledná studie o spolupráci pacienta a lékaře pokračuje pátou částí. Ukazuje se, že naše volba, publikovat tuto rozsáhlou studii na pokračování celou, byla dobrá.

Bohatá žeň textů, které zazněly na 14. konferenci, představuje také úvahu Jana Poněšického, prezidenta loňské konference, na téma léčebného potenciálu vztahu pacienta a lékaře. Dále tak rozvíjí Janišův teoretický článek z pozice své celoživotní praxe.

Recenze tentokrát pochází z pera Davida Skorunky. I když byl text už publikován v časopise Psychoterapie, se svolením redakce i autora si jej dovolíme přetisknout i zde. Argumenty pocházející z výzkumu mozku, které Daniel J. Siegel předkládá ve své knize *The Developing Mind*, by měly zaznít i v komunitě lékařů a psychologů, kteří se zabývají psychosomatikou. Jsem přesvědčen, že bychom se neměli uchýlovat k paranormálním výkladům, když chceme být bráni vážně. Za paranormální jevy samozřejmě nepovažuji jazykové fenomény a systémové síly, nebo jevy související se vztahem, přenos a protipřenos, které se samozřejmě nedají znázornit tradičními zobrazovacími metodami. Ale proč se uchýlovat k šamanství tam, kde existují dnes již solidní výzkumné práce, dokazující existenci jevů, se kterými v psychoterapii běžně počítáme.

Tentokrát máme bohatou nabídku seminářů a konferencí. Aspoň jednu z nich, pozvánku 22. světový kongres psychosomatické medicíny, prosím, nepřehlédněte. Při čtení pouhého seznamu témat, kterým se budou kolegové na tomto světovém shromáždění věnovat, nás může povzbudit v naší dosud ne příliš rozsáhlé činnosti. Nebo na nás taky může padnout děs, co všechno bychom měli ještě nastudovat, co všechno bychom měli ještě znát, abychom nakonec přeci jen tváří v tvář pacientovi „věděli spíše míň“. Aby nad všechno naše vědění, byl jedinečný příběh pacienta tím hlavním, co uslyšíme.



KAZUISTIKA

SUŠICKÁ L.: NADECHNOUT SE

SUŠICKÁ L.: NADECHNOUT SE. PSYCHOSOM, 2013; 11(1) s.7-19

SOUHRN: V předložené kazuistice je zachycena práce rodinného terapeuta s rodinou, kde matka trpí bolestmi zad a dítě (3,5) je chronicky nemocné. Trpí kašlem nejasného původu. Autorka podrobně popisuje průběh šesti sezení, během nichž se v rodině postupně měnila atmosféra. Konflikty, které pár značně zatěžovaly, měly své kořeny v minulosti obou rodin a v mylných nevyslovených předpokladech na obou stranách. Narativní terapie s respektem ke struktuře a genderové vyváženosti, kterou se autorka učila v rámci čtyřletého výcviku v institutu rodinné terapie psychosomatických poruch v Liberci, byla zde hlavním nástrojem léčby. Léčba se nemůže zaměřit přímo na symptom dítěte. Jde o symptom celého rodinného systému. Zjednodušeně řečeno, bylo třeba, aby se všichni mohli zase volně nadýchnout.

Klíčová slova: rodinná terapie, psychosomatická rodina, chronický kašel, narativní terapie, časová osa

SUŠICKÁ L.: TAKE A BREATH. PSYCHOSOM, 2013, 11 (1) p.7-19

SUMMARY: In the presented casuistry there is given a description of a family therapist's work with a family, where the mother suffers from backache and the child (3.5) is chronically ill suffering from cough of unknown origin. The author describes in detail the course of six sessions, during which the family atmosphere was gradually changing. The conflicts that significantly burdened the couple, had their roots in the past of both families and in wrong untold assumptions on both sides. Narrative therapy with respect to the structure and gender balance, which the author learned in the four-year training in the family therapy institute of psychosomatic disorders in Liberec, was the main tool of treatment. Treatment cannot be directly focused on the child's symptom. It is a symptom of the whole family system. Basically, it was necessary that everyone could breathe freely again.

Keywords: family therapy, psychosomatic family, chronic cough, narrative therapy, timeline.

ÚVOD

Začnu srovnáním. V denním stacionáři, kde pracuji, se setkávám s rodinami klientů závislých na alkoholu, lécích či hazardní hře nebo klientů těžce duševně nemocných. Práce s rodinou, jejíž příběh popíšu, byla pro mne příjemnou změnou. Nešlo o zvláštní patologii, proto jsem zvažovala, zda mám tento příběh pro závěrečnou kazuistiku použít¹. Práce s těmito lidmi mne ale natolik zaujala a bavila, že jsem se rozhodla o nich napsat. Docházeli za mnou na pracoviště, kde jsem jen jeden den v týdnu a zvu tam klienty s psychosomatickými obtížemi. Právě do této skupiny patří rodina, již budu v kazuistice říkat Coufalíkovi. Zdůrazňuji, že jak příjmení, tak jména jednotlivých členů rodiny jsou změněny. Se zveřejněním příběhu rodina souhlasila.

PRVNÍ KONTAKT S RODINOU

Prvním, kdo si vyžádal pomoc, byla matka rodiny. V polovině prosince 2011 se obrátila na rehabilitačního lékaře, aby ji vyšetřil a doporučil terapii. Trápily ji bolesti páteře v oblasti krční páteře a kostrče. Tyto bolesti ji omezovaly v pohybu a byly celkově nepříjemné. Lékař jí doporučil léčebný tělocvik a fyzioterapii, kam klientka začala docházet. Při rozhovoru s lékařem se zmínila i o zdravotních obtížích starší dcery Elišky, konkrétně o chronickém kašli, který velmi trápí a stresuje celou

rodinu. Lékař jí doporučil psychoterapii a vedoucí psycholog dobře odhadl, že by mělo jít o práci s celou rodinou. Proto jí navrhl rodinnou terapii a doporučil, aby na první sezení přišla společně s partnerem. To se uskutečnilo v lednu 2012.

PRVNÍ SETKÁNÍ

Luboš a Lenka dorazili sami, bez dětí, s pětiminutovým zpožděním. Působí klidně, uvolněně, oba milí, usměvaví, Luboš v obleku, Lenka ve sportovním oblečení. Slova se ujímá Luboš. Jsem zvědavá na jejich příběh. Oba už pětatřicátníci, znají se 13 let, studovali spolu VŠ, 10 žijí let spolu. Mají 2 děti, starší Elišce je 3,5 roku a mladší Žofii 1 rok. Lenka je na mateřské dovolené. V době narození starší dcery Elišky si koupili rodinný dům, který postupně i svépomocí opravovali. Asi 2 roky žili na staveništi. Poslední rok dům dokončují, ale v pomalejším tempu a s ohledem na provoz rodiny. Se stavbou jim pomáhal tchán (otec Lenky), který u nich přechodně pobýval. Ke změně stavebního režimu došlo i v důsledku tchánova onemocnění, kvůli němuž musel práce na stavbě zanechat a více pečovat o své zdraví.

Lenka sděluje, proč přicházejí. Hovoří o starší dceři Elišce, která mívá záchvaty kašle trvající celou noc až do dopoledne druhého dne. Kašel se objevil, když bylo dceři 8 měsíců a prodělala sérii zánětů průdušek, celkem 5x. Poté se záchvaty na rok ztratily a znovu se objevily, když Lenka čekala druhou dceru. Eliška byla vyšetřena na imunologii, kde diagnostikovali sníženou imunitu, což

¹ Práce byla napsána jako závěrečná kazuistika komplexního vzdělávání v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci v letech 2009–20012.

vzhledem k proběhlé ATB léčbě a věku dítěte není neobvyklé. Na alergologii nasadili léky, které přechodně užívala. Podle sdělení matky nepomáhaly a po jejich vysazení se nic nestalo. Roční Žofie je zdravotně v pořádku. Lenka nastoupila v dubnu 2011 do práce na 2 dny v týdnu. Přestala kojit a péči o malou Žofii převzali v těchto dnech matka Luboše a otec Lenky. Obě rodiny pocházejí z Moravy, prarodiče se na část týdne k rodině nastěhují. Pobývají u nich obvykle od středy do pátku, někdy se zdrží do neděle. V návštěvách se pravidelně po týdnu střídají.

Záchvaty kašle jsou nyní velmi intenzivní. Lenka nemůže spát, je ve stresu, cítí se velmi unavená a vyčerpaná. Eliška často prokašle celou noc a chvílemi se kašel zesiluje, někdy pokračuje ještě druhý den dopoledne. Lenka začala docházet na fyzioterapii, aby si ulevila od bolesti zad. To jí pomáhá, ale stejně se cítí velmi vyčerpaná. Luboš popisuje, jak Lence s dětmi pomáhá. Ráno Elišku obléká a vozí ji do školky. Večer přichází kolem 19. – 20. hodiny. Převlékne se a hraje si s dětmi, koupe je a často i ukládá k spánku. Většinou u nich únavou usne. Luboš mluví o tom, že je Lenka ve stresu a útočí na něj. To vede k hádkám, které se odehrávají i před dětmi, čehož oba litují. Lenka se „chabě“ obhajuje, že taková nebyvala. Znali ji jako optimistickou a veselou, ale teď je toho na ni příliš. Doptávám se více na jejich partnerskou historii. K tomu, že jsou partnery 10 let, dodávají, že společně hodně zažili, cestovali, byli spolu v Indii. Plánovali společnou budoucnost i rodinu. Luboš se vrací k otázce chronického kašle u Elišky a sděluje, že hledali pomoc i mezi alternativními přístupy a navštívili seminář Reiki. Tam jim bylo sděleno, že Eliščinu kašláni je

pravděpodobně důsledek její žárlivosti na mladší Žofii. Přes den se to v ní nahromadí a v noci to jde ven, proto kašle. Toto vysvětlení připadá Lubošovi logické a líbí se mu.

Nabídnu nakreslit časovou osu a komentuji to tím, že si potřebuji lépe prohlédnout, jak jednotlivé události probíhaly. S tvorbou časové osy mi pomáhají oba partneři. To, jak se některé události překrývají s nástupem obtíží, je zvláště nepřekvapilo, byli si vědomi toho, že stres kolem stavby zasáhl do jejich rodinného života. Tušili, že zdravotní obtíže dcery mohou souviset s rodinnou situací, atmosférou v rodině a způsobem zvládání nároků s tím spojených. Potvrzuje se, že nástup kašle u Elišky časově souvisí s přestěhováním do opravovaného domu (jaro až podzim 2008) a se soustředěním celé rodiny na přestavbu domu. Poté následovalo roční období relativního klidu (do podzimu 2009), kdy stavba probíhala poměrně rychle, změny bylo vidět. Když v září 2009 Lenka znovu otěhotněla, kašel se u Elišky objevil znovu. V té době začal mít tchán srdeční potíže, stavba byla zpomalena a více pozornosti se přesunulo na rodinu. Lenka hovoří o tom, že první dva roky stavby zvládala dobře, ale konec (podzim 2009) už byl kritický. Mluvila o tom, že rodinný dům prodají a nastěhují se do bytu. Od té doby se kašel průběžně objevuje. Přijde jim, že Eliška kašle téměř neustále, jen s krátkými přestávkami. Návštěvy u specialistů, alergologů a imunologů, proběhly na jaře 2011 bez efektu.

Během práce s časovou osou jsme se dostali k dalším důležitým údajům ze života partnerů – Lence zemřela před pěti lety matka na rakovinu a starší

sestra se vdala do Německa, kde nyní žije.

Pomalu se blíží konec prvního setkání. Chválím oba, že přišli, a také za jejich otevřenost a zájem situaci řešit. Nevyvracím hypotézu, kterou získali na semináři Reiki. Ptám se jich, co by podle nich mělo být výsledkem našich setkávání. Shodují se na tom, že by rádi, aby Eliška přestala kašlat, aby její záchvaty zmizely. Lenka by se ráda alespoň částečně zbavila stresu a pocitů únavy, které nyní intenzivně zažívá.

Přidávám k tomu návrh, abychom se věnovali také jejich partnerství a vzájemné komunikaci. Budeme se setkávat každé 3 týdny až měsíc. Plánujeme 6 setkání, po kterých zhodnotíme situaci a rozmyslíme si, co dál. Oba souhlasí.

Hypotézy k prvnímu setkání ²

Klienti jsou aktivní mladí manželé, kteří zažívají náročné životní období. Řeší bydlení (stavba), adaptují se na roli rodičů dvou malých dětí a snaží se věnovat své profesi a kariéře. Mají na všech stranách vysoká očekávání od sebe sama i od partnera. Se svou prací spokojeni. Nelitují svých rozhodnutí, jen nelibě nesou určitou míru dyskomfortu, který s sebou tyto vysoké nároky nesou. Oba jsou zaangažovaní na chodu rodiny způsobem, který je dostává na hranice fyzických i psychických sil. V důsledku velkého vypětí omezují vzájemnou komunikaci, sdílení toho, co prožívají. U Lenky se projevil somatické obtíže,

² Hypotetizování je samozřejmým nástrojem rodinného terapeuta. Nejde o diagnózu, nebo interpretaci pozorovaného. Jakékoli nápady nad setkáním s rodinou jsou dobré. Žádný z nápadů není ten pravý, jediný a správný. Jakoukoli hypotézu jsme ochotni kdykoli opustit, pokud ji další pozorování nepotvrzuje. (Pozn.red.)

starší dcera trpí záchvaty kašle, pro který lékaři nenacházejí dostatečné vysvětlení. Nabízí se otázka psychosomatického původu onemocnění, a tedy možnosti léčby psychologickými prostředky.

Již během setkání mi přišlo důležité časově srovnat události především posledních čtyř let a dát je do souvislosti s výskytem a projevem zdravotních obtíží u Elišky, Lenky a Lenčina otce. Současně jsem zjistila některé důležité informace ze života každého z partnerů. Důležitý mi připadá odchod blízkých žen ze života Lenky. Smrt matky ve věku, kdy zakládala své nové hnízdo a odcházela z domova. Odstěhování sestry do zahraničí.

Pod vlivem dojmu z prvního setkání jsem začala uvažovat nad možností obnovit a nastolit vzájemnou komunikaci mezi partnery. Lenka vyjádřila během sezení potřebu více komunikovat s Lubošem, který na to nijak nereagoval. Chtěla s ním mluvit o tom, co prožívá, co se děje v rodině. Mohou být nedostatek komunikace, konflikty a stres „živnou“ půdou pro urputný kašel, kterým si dítě získává pozornost?

Od prvního setkání s párem jsem měla dojem, že Luboš Lenku „válcuje“. Ujímá se slova jako první, nedívá se na ni, když mluví. „Hraje si“ s telefonem, když se má pozornost přesunula na Lenku. Luboš reaguje na mé otázky pohotově, ujímá se slova jako první, popisuje společné situace a mluví za oba. Lenka přitakává, někdy se zatváří, že zcela nesouhlasí, ale neprotestuje. Když něco popisuje, obrací se na Luboše, jako by hledala podporu. Nemluví v celých větách, jen nahazuje, věty nedokončuje. Místy se zajímá, červená. Hovoří o tom, že je to nezvyklá situace a neví, co má říkat. Tato

pozorování vedla k další hypotéze, že je třeba pracovat na posílení pozice Lenky v páru, podpořit ji ve vlastním sebevyjádření, vyslovení vlastních myšlenek a přání.

DRUHÉ SETKÁNÍ

Druhé setkání se koná za tři týdny. Partneři přichází se spící mladší dcerou, pokládáme ji na deku a necháváme spát. Oba jsou zaujati, vypadá to, že se těšili. Sdělují, že přemýšleli o komunikaci a zjistili, že na ni nemají čas. Večerní rituál uspávání jim zabírá hodně času a ubírá sil. Pak se oba „svalí“ a odpočívají nebo dodělávají, co je potřeba. Ptám se, zda existují témata, která by rádi spolu probrali, mluvili o tom, co se děje. Luboš s úsměvem poznamená, že se mu kolikrát mluvit nechce, že potřebuje odpočívat. Lenka už aktivněji sděluje, že ona s Lubošem mluvit chce, ale on ji často odbude. Luboš na to, že Lenka je někde po domě, on ani neví, kde. A to mu také vadí. Dostáváme se k řešení konkrétní situace. Mluvíme o tom, zda tomu nedat řád. Pokusit se vytvořit si společný čas poté, co děti usnou. Navrhují „desetiminutovku“, kdy se oba sejdou někde v domě, nechám na nich, ať se domluví kde, a budou mít na sebe čas.³ Lenka je spokojená. Sděluje, že o tohle stojí, jen nevěděla, jak si o to má říct. Ptám se Luboše, zda to vnímá jako reálné, on jen přikyvuje.

Ptám se, jak se mají, co se dělo mezi sezeními. Luboš se opět ujímá slova a

popisuje nedávnou hádku. Šlo o situaci, kdy ukládal obě dcery a Lenka do toho vstoupila a začala ho před dětmi kritizovat, že neudělal vše, co měl. Dostáváme se k tomu, jak probíhá večerní rituál a nakolik to oběma vyhovuje. Lenka je aktivnější a popisuje, jak jí Lubošova pomoc moc nevyhovuje, neboť nedodrží vše, co je zvyklá s dětmi před spaním dělat (zuby, léky, větrání, pohádka...). A pokud to Luboš nedělá, stejně si neodpočine, je s nimi nahoře a kontroluje, co se děje. Ptám se, jak to oba vnímají. Oba mluví o vzteku, frustraci, nepochopení. Ptám se, zda mají představu, jak by to mohlo vypadat, kdyby se jejich pocity mohly změnit. Při tomto hovoru Lenka ožívá, ujímá se slova. Zdá se, že využívá příležitost sdělit své pocity, vyjádřit své potřeby. Luboš se obhazuje tím, že je večer hrozně utahaný, že pomáhá, udělá, co zvládne. Ptám se, jak rozuměl tomu, co říkala před chvílí Lenka. Tedy jakou pomoc potřebuje. Luboš přiznává, že míru a způsob pomoci řídil dle vlastních možností a sil. Říká na adresu Lenky, že vlastně ani neví, co vše je potřeba s dětmi večer udělat. Lenka překvapeně uvádí, že pro ni to je jasné.

Ptám se, co se nyní v obou odehrává, jak to prožívají. Lenka je spokojená, je ráda, že se společně baví o detailech, že jí Luboš poslouchá. Ulevilo se jí, když si uvědomila, že ač jí Luboš pomáhá, není to pomoc, kterou potřebuje. Luboš sděluje, že se podobným hovorům vyhýbal, cítí se večer unavený a chce odpočívat a moc nemluvit. Zároveň si teď uvědomil, jak je to pro Lenku důležité. Ptám se, proč se mu nechce o provozu domácnosti mluvit, jak tomu rozumí. Luboš říká, že se bojí dalších nároků a požadavků. Dodává, že to zná z domova Lenčiny rodičů. Shodují se na tom, že jejich konflikty pramení ze

³ I když si pacienti často chodí „pro rady“, rodinný terapeut radí jen velmi nerad. Ani v tomto případě nejde o radu ale o pokus. Teprve příště uvidíme, zda se jim dařilo se scházet na desetiminutové porady, a co to s problémem udělalo. (Pozn.red.)

stresu, který prožívají. Ptám se na jejich minulost, co spolu prožili, jak fungovali. Oba se vyjadřují, že byli spolu dobře sžití, studovali společně, cestovali. Seznámili se jako studenti, oba pocházení z Moravy, bydleli na koleji. Lenka s lítostí sděluje, že bývala pozitivní a veselá. Vadí jí její současná proměna. Ptám se manžela, co si myslí, že by Lenka potřebovala. Souhlasí s tím, že si s ním Lenka chce večer povídat. Jemu se do toho často nechce a bývá protivný. Znovu zmíní, že se také obává dalších požadavků ze strany Lenky, jak tomu bývalo u jejích rodičů.

Blíží se konec setkání, domlouváme se, že se budeme jejich původním rodinám věnovat v příštím setkání. Rozcházíme se s úkolem na příští setkání. Mají si „vytvořit“ společný čas, kdy se budou setkávat a mluvit o běžných provozních věcech. Dále se vracíme k večerním rituálům. Ukázalo se, že Luboš přesně neví, co mezi ně Lenka řadí a zda je schopen akceptovat to, co Lenka „vyžaduje“. Ukazuje se, že mají na některé úkony odlišný názor. Nicméně Luboš připouští, že má-li to být vnímáno jako pomoc Lence, pak je ochoten se Lenčiným rituálům s dětmi přizpůsobit. Ptám se Luboše, zda ví, co vše do nich patří. Ukazuje se, že ne. Připouští, že pokud se na něj Lenka nemůže spolehnout, pak se efekt jeho pomoci ztrácí. A jeho snaha může být naopak i zdrojem konfliktů.

Z toho vyplynul další úkol, a sice sejít se a sepsat, co vše se kolem dětí večer děje. S čímž souvisí i diskuse o některých bodech. Během sezení se probudila Žofie, byla milá, klidná, přítulná k oběma rodičům. Vše proběhlo v klidu.

Hypotézy po druhém setkání

Domnívám se, že jde o funkční pár, který je nyní v těžké situaci. Osobnostní předpoklady, temperament i sociální status partnerů zřejmě dočasně potlačil partnerčinu schopnost sebeprosazení, suverenitu, schopnost projevit svůj názor. Stala se mlčenlivější, spíše trpělivě snáší osud, než by se pokusila věci uspořádat dle svých přání. Nespokojenost, která se v ní hromadí, se pak projevuje v nervozitě, špatném prožívání a ústí do somatických obtíží. Podobně na konfliktní a napjatou atmosféru doma může reagovat i Eliška.

Úkoly, které dostali, by mohly obnovit jejich utlumenou vzájemnou komunikaci. Dát především Lence více strukturovanou příležitost vyjádřit svá přání a podělit se s partnerem o to, co během dne prožívá.

Zmínka o původní Lenčině rodině otevírá příležitost věnovat se možným zdrojům vzorců chování, které oba partneři do vztahu přinášejí.

TŘETÍ SETKÁNÍ

Na třetí setkání přicházejí o 15 minut později, opět se spící mladší dcerou. Oba jsou ležérně oblečení, sdělují, že mají den pro sebe, manžel zůstal doma z práce. Hned na úvod mluvíme o desetiminutovkách, večerních společných setkáních. Luboš se ujímá slova, sděluje, že to první týden vázlo, ale pak se to zlepšilo. Dodává také, že se hned na poprvé pohádali. Ptám se Lenky, jak ona to vnímala. Červená se a říká, že je to pro ni těžké. Ptám se co přesně. Sděluje, že není zvyklá se o těchto věcech bavit. Ptám se, zda je to těžké přede mnou, ona na to, že jí naše setkávání pomáhají a že se věci mění. Ptám se, v čem jsou ty hlavní změny...

Zaměřuji pozornost na Lenku a podporuji ji ve vyjadřování jejích pocitů a názorů. Luboš si v tu dobu vyndává mobilní telefon a cosi vyřizuje. Lenka se vrací k uspávání a postupu, který Luboš nedodržuje... Luboš ji nenechá domluvit, pouští se polemiky, zda to, co Lenka požaduje, je nutné (například pravidelné inhalace se starší dcerou). Ukáže se, že právě inhalace je konfliktní téma, kdy Luboš je zastáncem přirozenějšího přístupu k léčení.

Necháváme to být, nabízím, abychom se věnovali tématu původní rodiny, a to především proto, abychom lépe porozuměli tomu, co se mezi nimi odehrává nyní. Oba souhlasí.

Luboš se opět ujímá slova jako první. Trochu váhavě popisuje svou rodinu. Tón hlasu a neverbální složka projevu sděluje, že se mu do toho moc nechce. Líčí svou mámu, bývalou učitelku v mateřské škole, jako velmi striktní a přísnou. Popisuje direktivní přístup k výchově. Z dětství si pamatuje hodně příkazů a zákazů, nemohl si například zvát kamarády domů. Vše muselo běžat podle mámy. Zároveň o všechny obětavě pečovala, poskytovala všestrannou péči. Celou rodinu obskakovala, až to Lubošovi začalo hodně vadit. Otec byl flegmatik, nešel proti své ženě. Když si chtěl nadělit rybářský prut k Vánocům, nechal ho raději ve sklepě a synům ho ukázal tam, než aby si ho dal pod stromeček. To je vzpomínka, kterou Luboš popis svého dětství dokreslil. Lubošovi stále vadí a zlobí se, když matka stejným způsobem „obskakuje“ jeho děti. Luboš ještě dodává, že se u nich doma o problémech nemluví. Jeho sdělení vyznělo celkově velmi negativně a kriticky, provázely ho silné emoce. Ptám se, co se s ním děje, co cítí, když o své rodině mluví. Luboš se zdá

být znejistěný, obrací se na Lenku, jako by nyní on hledal oporu u ní. Lenka přikyvuje a dodává, že u nich to naopak byla „Itálie“, rodiče se bouřlivě pohádali, všechno na sebe vykřičeli, a poté znovu nastala pohoda. Uvádí, že je zvyklá problémy řešit a mluvit o nich.

Luboš ještě dodává, že další možnou příčinou u nich doma mohl být otcův dvouletý služební pobyt v Mongolsku, kdy máma s nimi zůstala sama. Vše musela zvládat bez pomoci. Dodává, že byli s bratrem ve věku jeho dětí (4 a 2 roky). Ptám se, co mu běží hlavou. Luboš mluví o obdivu k mámě, že si teď uvědomuje, co musela sama zvládnout, že to není jednoduché. Možná i proto byla jejich výchova tak vymezující, aby to máma zvládla.

Mluvíme o tom, jak mohou být rodinné kultury odlišné a jak hluboce jsou v nás „zasety“. Co všechno spolurozhoduje o tom, co právě cítíme, jak vnímáme a hodnotíme současnost.

Dostáváme se k tomu, že jejich prarodiče s nimi tráví hodně času. Střídají se pravidelně v hlídání holek, ve dnech, kdy Lenka chodí do práce. Tráví v jejich domě vždy 2–4 dny (středa až víkend). Jeden týden hlídá Lenčin otec, druhý Lubošova matka. Ukazuje se, že času, kdy je rodina bez návštěvy, je velmi málo, někdy jen tři večery v týdnu. Ptám se, jak to oba vnímají. Lence návštěvy prarodičů nevadí, oba jí pomáhají s hlídáním a ukládáním dětí, ale i v domácnosti, na domě. Luboš vyjadřuje větší nespokojenost, daná situace mu nevyhovuje a chystá se ji změnit. Začal hledat pro mladší dceru soukromou školku. Luboš sděluje, že mu nevyhovuje ani jedna návštěva. Nepopírá, že pomoc je příjemná, ale jmenuje negativa, která s sebou návštěvy přinášejí. Lenčin táta je

prý bordelář a Luboš musí několik dní hledat své věci v garáži. Když ale přijede matka, pak se mu doma ani nechce být. Lenka potvrzuje, že se v tyto dny Luboš vrací později z práce a ona pak babičce vysvětluje, že je to jen výjimečně, že to tak obvykle není. Luboš se znovu vrací k výchově v dětství, před kterou „utekl“ z domova, a nyní ji znovu „zažívá“ na svých dětech. Je z toho podrážděný a naštvaný.

Blíží se konec setkání. Probouzí se Žofie. Všímám si, že Luboš mluví na svou dceru anglicky. Ptám se na to a oni shodně sdělují, že to považují za bonus pro děti. Lenka hovoří na děti česky a Luboš anglicky. A děti prý reagují na oba jazyky. Oba partneři se zdají být v souladu, že je to pro děti výhodné a dobré.

Nastává závěrečné shrnutí, kde se vracíme k tématu původních rodin a také k emocím, které toto téma přineslo. Chválím partnery za otevřenost a vyjadřuji názor, že naše minulé prožívání je s tím současným někdy spojeno více, než si myslíme, a že se tím i dále budeme zabývat. Oba partnery to zajímá, oba souhlasí.

Hypotézy po třetím setkání

Partneři přišli na terapii s tím, že budou řešit své současné neshody a rozdílné pohledy na události rodinného života. Jejich přesměrování do minulosti, zabývání se situací v dětství, jim nabídlo odstup a nový pohled na současné dění. Zdálo se mi důležité nic neuspěchat a nechat oba, aby si celou situaci prohlédli a pokusili se najít nějaká spojení se současným životem. Bylo zajímavé sledovat, že ačkoliv své příběhy vzájemně znali, k jejich propojení do současnosti jsme se pustili až na sezení, a tam vznikl příběh nový – společný.

Měla jsem dojem, že je to oba zajímá a baví.

Bylo důležité, jak v otázkách rodinných vztahů a vazeb Luboš znejistěl a hledal oporu u Lenky. Lenka se projevila jako stabilizující a klidný prvek jejich vztahu, a to v rámci celé širší rodiny.

Objevilo se další důležité téma, a sice obecně vysoké nároky v rodině a jejich dopad na jednotlivé členy rodiny. Zdá se, že oba partneři jsou velmi ambiciózní a kladou na sebe nároky. Otázkou je, kolik toho ještě vydrží rodina i její jednotliví členové.

ČTVRTÉ SETKÁNÍ

Na čtvrté sezení rodina přichází po měsíci. Tentokrát v plném složení, rodiče a obě dcery. Pokud jsou v ordinaci obě, jsou podstatně živější a nepokojnější. Všude šmejdí, moc neposlouchají. Mladší Žofie (1,5 roku) se drží u mamky, Eliška (3,5) to zkouší u obou rodičů. Vyžaduje, aby jí něco nakreslili, hledali hračky. Na rozhovor je méně prostoru. Je patrná rivalita mezi holčičkami. Pokud se Eliška dostane k mámě, Žofie na to reaguje křikem. Rodiče zůstávají klidní, vysvětlují, snaží se vyhovět. Luboš je k dispozici oběma dcerám. Nevstupuje do jejich pří. Lenka se zdá být situací frustrovaná a unavená. Dávám dětem k dispozici hračky a dcery se na chvíli zabaví. Lenka sděluje, že si se starší Eliškou neví rady. Je vzteklá a nechce ji poslouchat. Bývá problém, aby se oblékla, když to po ní Lenka chce. Luboš se přidává s tím, že jeho poslouchá. Že to s ní zvládá lépe. Vysvětluje to tím, že jí dopřeje více času. Je trpělivější. Lenka se cítí frustrovaná. Je ráda, že Luboš Elišku zvládá. Vyjadřuje bezradnost z toho, že ona tolik

ne. Luboš má tendenci jí radit. Vstupuji do diskuse s tím, že u Elišky probíhá přirozený vývoj, kdy se začíná vymezovat nejdříve vůči matce jako nejbezpečnější osobě. A je dobře, že má k dispozici tátu a může vstupovat do blízkého vztahu s ním.⁴ Co mi přijde důležité, aby tato skutečnost nebyla „škodlivá“ pro jejich vzájemný vztah. Znovu jsem je ujistila, že jde o přirozený zdravý vývoj. Lenka vypadá spokojeně, Luboš překvapeně.

Ptám se, jak to funguje, když je Lenka s Eliškou sama. Ta udává, že je to málo kdy. Většinou jsou společně ve třech i s mladší dcerou. Ale pokud k tomu dojde, probíhá vše dobře a v klidu. Holčičky se přesunuly s hraním do čekárny, a tím nám umožnily se bavit otevřeněji a konkrétněji. Lenka v souvislosti se zlobením Elišky mluví o pocitech únavy a stresu, které zažívá. Luboš poukáže na to, že on pomáhá. Je po práci unavený, a stejně se večer stará o děti. Opět má tendenci Lence radit. Na to Lenka sděluje, že by chtěla, aby ji Luboš tolik nekritizoval. Ptám se, za co ji ještě kritizuje. Lenka říká, že za její pomalost. Ptám se, zda si Lenka myslí, že je pomalá. Ona udává, že ne, jen dělá mnoho věci naráz a vše stojí čas a energii. Ptám se Luboše, co pro něj znamená Lenčina pomalost. On na to, že musí vše hlásit předem, pokud mají někam odjet. Lenka na přípravu potřebuje celý den a stejně není vše připravené. Lenka již odvážněji sděluje, že se současně s přípravami stará o obě děti a domácnost. Nedokáže tyto činnosti oddělit. Říká to klidně,

⁴ Rodinný terapeut může použít i „edukační vložku“, zde informace o tom, že dítě se chová přirozeně, přiměřeně svému věku. Rodičům může taková informace ulevit. Terapeut využívá informace cíleně, zde ke snížení úzkosti a napětí rodičů, nikoli k poučování a jejich výchově. (pozn.red)

neútočně. Obhajuje své stanovisko a Luboš ji poslouchá. Dostáváme se opět k původním rodinám.

Ptám se Luboše, zda jeho zážitky z dětství mohou nějak souviset s jeho nepohodou nyní. Luboš sděluje, že o tom přemýšlel, a myslí si, že ano. Uvádí příklad, kdy jejich matka vše připravovala sama, byla rychlá a výkonná, ale zároveň velmi direktivní. Vše probíhalo rychle. Obracím se na oba partnery, zda mohou říct, co na svých partnerech jako rodičích oceňují. Luboš jednoznačně vítá volnější a tolerantnější výchovu. A také velkou míru angažovanosti a investice energie do výchovy dětí ze strany Lenky. Lence Luboš jako táta vyhovuje. Líbí se jí, jak si s dětmi dokáže hrát. Děti se vrací do místnosti a pokračujeme ve čtyřech. Navazuji vztah s dětmi, dávám jim malovat obrázky. Obě holky jsou komunikativní, navazují kontakt, zajímají se. Ke konci sezení je pochválím, jak dobře to všichni zvládli, a domlouváme se, v jakém složení se příště potkáme. Rodiče navrhuji, že přijdou sami bez dětí. Souhlasím.

Na závěr domlouváme domácí úkol, který navazuje na poslední téma. Navrhuji zaměřit se na vzájemné oceňování a chválení. Zda se vůbec chválí, jak často a jaké to je. Tím jsou zaskočeni. Nechválí se. Ptám se, za co by se mohli chválit. Nic je nenapadá. Dostávají domácí úkol, aby přemýšleli, za co se mohou pochválit.⁵ A když je to napadne, ať to udělají. Také ať sledují, co to udělá s rodinnou atmosférou.

⁵ Takový úkol zaměří pozornost směrem, který rodině zatím unikal. Nejde ani tak o to, aby se chválili jako v amerických filmech, ale aby si uvědomovali, co dělá ten druhý dobře. To pak může vést ke změně. (Pozn.red.)

Hypotézy po čtvrtém setkání

Zdá se, že oba partnery naše setkávání baví a inspiruje. Těší se na úkoly, rádi zkoušejí nové věci. Důležité bylo, že se Lenka začala více prosazovat, častěji se ujímá slova, dokáže lépe formulovat svá přání a nepohodu. A Luboš ji poslouchá. Lenka se cítí spokojenější a sebejistější. Důležité bylo, že se otevřelo téma kritiky, jejíž míra Lence nevyhovuje. Pokusili jsme si toto téma více prohlédnout, v jakých situacích se objevuje, čeho se nejčastěji týká. Jak na ni partneři reagují. A také odkud může pramenit, co ji vyvolává, s čím souvisí. Na závěr dostali partneři obvyklý úkol podpořit vzájemné pozitivní hodnocení, pochvalami vyvážit dosavadní převahu negativního hodnocení.

PÁTÉ SETKÁNÍ

Na příští sezení přichází partneři s mladší dcerou, která si hraje a maluje. Je klidná. Poprvé se ujímá slova Lenka. Sděluje, že se pokoušeli navzájem se chválit a že to byla legrace. Nicméně došlo během té doby ke konfliktům, o kterých by ráda mluvila. Popisuje, jak ji Luboš kritizoval za její pomalost a jak jí to bylo nepříjemné. Sama si nepřipadá pomalá. Situace balení zvládá dobře, dokáže sbalit věci na cestu a při tom se starat o běh rodiny.

Ptám se na konkrétní situaci. Luboš je mírně netrpělivý, popisuje, jak se chystali do Německa za Lenčinou sestrou. Lence trvalo celý den, než vše sbalila, a stejně to nebylo hotové... To nedokáže pochopit a Lenku za to kritizuje. Ona to potvrzuje a znovu udává důvody, proč to nezvládá rychleji. Luboš popisuje další situaci, tentokrát už v Německu, kdy chtěli jít po dni stráveném

v bytě ven, a Lenka se několik hodin chystala. Luboš s dětmi na ni čekali. Mluvíme o tom, jak v Německu trávili čas, co si užili, jak to oba vnímali. Ukazuje se, že Lenka si přijela odpočinout a Luboš měl daleko aktivnější plány. Ptám se, zda o tom mluvili, co oba od návštěvy očekávají. Lenka, opět váhavě, sděluje, že neví. Nicméně svým chováním (loudáním) zřejmě dávala najevo, že se jí nikam nechce, že by raději zůstala doma. Vyjadřovala, co by ráda a co ne. Ptám se, zda dané situaci nyní více rozumějí, když o ní mluvíme. Oba se shodují, že ano. Lenka dodává, že situací, kdy svým chováním vyjadřuje svůj názor nebo záměrně zkreslí informace, je více. Uvádí příklad balení, kdy raději řekne, že to ještě nemá hotové, aby se vyhnula tlaku na odjezd nebo další kritice. Mluvíme o tom, zda to Luboš vnímá a jak na to reaguje. Sděluje, že tomu moc nerozumí. Označím to za hru, kterou spolu hrají. Což může být fungující součást jejich partnerského života, ale tady se zdá, že je to spíše zdrojem nepohody a konfliktů. Luboš má představu, jak by situace měla vypadat, Lenka od začátku ví, že to tak nepůjde, ale „nehraje“ přímo, kličkuje, aby se vyhnula kritice, která nakonec ale stejně přijde. Mluvíme o vzájemném respektu a vnímání toho druhého. Vracím se znovu k tématu pochval, k tomu, za co se vzájemně chválili. Povzbuzuji je, aby na tomto konkrétním případě našli důvody, proč by měli toho druhého pochválit.

Tímto způsobem pokračujeme, Luboš se znovu vrací ke své původní rodině a propojuje své chování se zkušenostmi z dětství. Matčin 100% servis ho postupně začal zahlcovat a musel z domova odejít. I nyní, když k nim matka přijede, má tendenci se jí vyhýbat, vyhýbá se konfliktu s ní. Ptám se Lenky, jak

s Lubošovou matkou vychází ona. Lenka, věrná své klidné povaze, se usměje a uvádí, že jí nevádí, vycházejí spolu dobře. Luboš to potvrzuje a současně sděluje, že je rád.

Vracíme se více do minulosti a bavíme o jejich seznámení a životě před tím, než měli rodinu. Oba si toto období pochvalují, vycházeli dobře, mají mnoho společných zážitků. Za kritické období považují dobu, kdy se rozhodli opravovat dům, ve kterém v současné době bydlí. Koupili ho, když se narodila starší dcera, tj. před čtyřmi lety. Rok jej opravovali, a poté se do staveniště nastěhovali. Vlastně stále žijí na staveništi. Ptám se, jaké to bylo. Lenka sděluje, že se hrozně těšila, ale když to trvalo dlouho, začala mít vztek a chtěla se raději nastěhovat do bytu. Luboš trávil víkendy na stavbě, stejně tak dovolené. Situace se změnila před rokem, kdy Lenčin otec, který celou stavbu řídil a bydlel u nich, onemocněl. Tím se průběh stavby výrazně zpomalil, dům dodělávají sami, pomalu. Mluvíme o vztahu Luboše s tchánem. Ten si stěžuje na to, že je tchán bordelář, nedává věci na místo. Dodává však, že tchánovu „hlídací“ návštěvu snáší lépe než matčinu. Znovu potvrzuji, že to bylo těžké období, stavba, život na staveništi, malé dítě. Téměř nepřetržitá přítomnost tchána, tedy ztráta soukromí. Ani nyní to není jednoduché, dlouhé návštěvy prarodičů, život v rozestavěném domě, nároky zaměstnání. Oba mají hodně naloženo, mám potřebu oba ocenit, jak to zvládají. Setkání končíme v dobré pohodě. Necháváme úkol z minula, a sice objevovat důvody k vzájemnému chválení a chválit se navzájem. Domlouváme se, že příští setkání bude poslední z naplánovaných. Měli bychom rekapitulovat, co se odehrálo, zda byla naplněna zakázka, se kterou přišli, a zvážit, zda budeme v terapii pokračovat.

Hypotézy po pátém sezení

Toto sezení bylo předposlední z plánovaných.⁶ Došlo na něm k prohloubení vhledu do stávající situace, částečně i k rekapitulaci některých již dříve zmíněných témat. Ukázalo se, že návštěvy prarodičů jsou pro Luboše silným zdrojem stresu. Jak návštěvy matky, která obnovuje jeho frustrace z dětství, tak návštěvy tchána, který může být vnímán jako konkurent, ohrožující ho v jeho vlastním teritoriu. Během setkání jsem měla pocit, že by Luboš potřeboval zpracovat některá témata v rámci individuální psychoterapeutické práce. Vzhledem k tomu, že naše následující setkání mělo být poslední z plánovaných, nechala jsem další možné návrhy až na příště.

ŠESTÉ SETKÁNÍ

Na setkání přicházejí partneři s mladší dcerou. Ta už mne zdraví a čeká, že dostane hračky a pastelky. Shodně sdělují, že se cítí lépe. Doma ubylo konfliktů, panuje více klidu a pohody. S úsměvem říkají, že praktikují večerní desetiminutovky. Také večerní ukládání se vyřešilo. Lenka sepsala seznam nezbytných aktivit před spaním a Luboš se seznamu drží. Pro Lenku je to úleva. Vyzývám je jednotlivě, aby za sebe řekli, zda a nakolik se naplnila jejich zakázka týkající se rodinné terapie. Nemohou se dohodnout, kdo začne. Nakonec začíná Lenka. Potvrzuje, že cílená pomoc je pro ni větším přínosem. Je ráda, že Luboš vyslechne její přání a požadavky. Že je nepovažuje za banality jako dříve. Ona

⁶ Časování patří ke strategii rodinné terapie. Fakt, že je domluven určitý počet setkání, může urychlovat sebeúdržavné procesy v rodině. (Pozn.red.)

se snaží být otevřenější a konkrétnější, více mluví o tom, co cítí a potřebuje. Uvědomuje si, jak se tomu vyhýbala, a nyní se cítí mnohem lépe. Pochvaluje si, že se méně hádají a více spolu mluví. Uvědomuje si situace, které jindy nechali být a vraceli se k nim v následném afektu, nyní se je snaží řešit dříve a více v klidu. Vstoupí do toho Luboš. Potvrzuje, že je doma větší pohoda a klid. Lenka tolik nekřičí, ubylo hádek. Uvědomuje si, že se to projevuje i na dětech, jsou také klidnější. Ptám se na kašel Elišky, kvůli kterému vyhledali rodinnou terapii. Oba se shodují, že už několik měsíců nekašle. ⁷Ptám se, zda je to jiné než loni. Oba potvrzují, že loni kašlala stále. Luboš znovu zdůrazňuje, že to souvisí s rodinnou atmosférou. Vypozoroval, že když se hádají, Eliščin kašel se znovu objeví. Potvrzují, že je to možné, a ptám se, co jim pomáhá, aby se nehádali. Luboš mluví o větší toleranci, více si uvědomuje, co na Lence oceňuje. Pomáhá mu to lépe tolerovat její nedostatky. Ptám se, co to znamená pro naši společnou práci. Zda ji ukončíme, nebo zda mají jinou zakázku, na které bychom mohli pracovat dále. Oba se shodují, že by v terapii rádi pokračovali. Sdělují, že si doma o probíhající terapii povídali, a oba mají pocit, že jim

⁷ Vymizení symptomu bylo cílem této rodinné terapie. Viděli jsme přitom, že kašel dítěte vůbec nebyl v centru pozornosti terapeuta. To by mohlo nezkušeného pozorovatele (čtenáře) vést k domněnce, že vlastně o léčbu vůbec nešlo. Na druhé straně by bylo chybou dávat kašel do kauzální souvislosti s rodinnou situací ve smyslu lineární kauzality (proto, že...mělo dítě kašel). Čím lepší je rodinná terapie, tím více vypadá jako běžný rozhovor. Laskavý čtenář si však může všimnout, že terapeut se především ptá. Je to léčba otázkami, nikoli tvrzeními. (Pozn.red.)

nadržují.⁸ To mne potěšilo a pobavilo. Dále mluvili o tom, že zároveň navštěvují výživovou poradkyni a praktikují Reiki. Nevědí, co jim nejvíce pomáhá, ale terapii by neradi ukončili. Nechávám to na nich s tím, že potřebují, abychom znovu definovali zakázku, na které budeme pracovat. Navrhují, aby o tom přemýšleli, po prázdninové pauze se znovu setkáme a budeme o zakázce mluvit. Oba souhlasí.

ZÁVĚREČNÝ KOMENTÁŘ

Kazuistika zachycuje rodinnou terapii v průběhu půl roku. Postupně proběhlo šest setkání v měsíčních intervalech. Ačkoliv jsme zprvu označovali naše setkání za rodinnou terapii, postupně jsme dospěli k párové terapii, která se v daném případě ukázala jako vhodnější. Během těchto setkání byla většinou přítomna mladší dcera a jednou přišla rodina v plném složení.

Klienti přišli na začátku terapie s jasnou zakázkou, a sice pomoci zmírnit zdravotní problémy starší dcery. Vzhledem k charakteru stonání (chronickému kašli) a také vysoké míře stresu u matky jsme se vydali cestou „ladění“ rodinného klimatu. Během sezení jsme se hodně zabývali rozborem jednotlivých situací, které klienti prožívají. Klienti byli velmi aktivní a otevření. Během sezení i mezi nimi pracovali a plnili zadané úkoly. Partneři měli tendenci věnovat se událostem, které aktuálně zažívají mezi sebou a spolu. Během sezení se nám podařilo vnést do náhledu stávající situace i rozměr generační a zabývat se minulými

⁸ Neutralita, nebo lépe stranění všem, je důležitá dovednost rodinného terapeuta. (pozn.red.)

rodinami obou partnerů. Na závěr bych ráda vyjmenovala témata, která podle mého názoru byla v rámci proběhlé terapie nejdůležitější: vzájemná otevřená komunikace, plná a ucelená sdělení, předpokládaná a reálná pomoc, způsob prosazení obou partnerů, možnost vyjádřit otevřeně vlastní postoj a nesouhlas, vzájemná očekávání, způsob hodnocení druhého partnera.

Společné hodnocení půlroční terapie ukázalo, že se podařilo nastolit určité

změny, které se pravděpodobně odrazily na zlepšení zdravotního stavu starší dcery a matky. Hodnotící sezení vyznělo velmi příznivě a otevřelo prostor pro další práci.



Do redakce přišlo 21.7. 2012
Upraveno po recenzi 1.9.2012
K tisku zařazeno 15.1.2013

Autorka: Mgr. Lucie Sušická

Studium jednooborové psychologie na katedře psychologie na FF UK absolvovala v roce 1996. V roce 1999 složila specializační zkoušku z klinické psychologie, která ji opravňuje k samostatnému výkonu práce ve zdravotnictví v oboru klinické psychologie. Absolvovala pětiletý výcvik ve skupinové dynamické psychoterapii a kurz Práce s tělem. V loňském roce dokončila výcvik v Rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci.

Pracovala v psychiatrické léčebně Bohnice na příjmovém oddělení a v občanském sdružení FOKUS jako psycholog. V současnosti pracuje v denním sanatoriu Ondřejov na oddělení pro léčbu závislostí a v CKP Dobřichovice jako klinický psycholog/psychoterapeut. Nabízí individuální, párovou a rodinnou terapii.

E-mail: lucie.susicka@ckp-dobrichovice.cz

PRAXE

ZÁVĚRKOVÁ M.: SYSTEMICKÁ PRÁCE S TĚLEM

ZÁVĚRKOVÁ M.: SYSTEMICKÁ PRÁCE S TĚLEM, PSYCHOSOM, 2013; 11 (1), S.20-24

SOUHRN: Cesta pacientů, kteří se stávají klienty v psychoterapii, bývá obvykle dlouhá, časově náročná, plná diagnostických vyšetření a zákroků. Důležité je, že po neúspěšných zdravotnických pokusech o diagnostiku či léčbu přicházejí zlepšit svůj somatický zdravotní stav prací se svou duší. Systemická terapie nabízí bezpečné a efektivní metody a nástroje, jak spojit léčbu tělesných a psychických potíží, a využívá při této spolupráci i samotné tělo klienta.

KLÍČOVÁ SLOVA: problém, konstrukt, jazykové konstrukce, předpoklady, externalizace, strategie na zvládnání každodennosti

ZÁVĚRKOVÁ M., SYSTEMIC WORK WITH HUMAN BODY, PSYCHOSOM, 2013; 11 (1), PP.20-24

SUMMARY: Patients, who become the clients of psychotherapy, have to usually pass a long and time demanding path including a lot of diagnostic procedures and medical interventions. Those unsuccessful ones, who did try hard with medical diagnostics or help finally come to improve their health conditions by working with their souls. And that is important. The systemic therapy offers safe and effective methods and instruments to combine physical and mental problems treatment as well as cooperation with the client's body as itself.

KEY WORDS: problem, construct, language structure, assumptions, prejudice, externalization, daily management strategy

ÚVOD

Tento text vychází z workshopu Markéty Závěrkové, prezentovaného na 14. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci Tělo-duše-vztah. Markéta Závěrková zde vystupovala za Institut pro systemickou zkušenost (ISZ-MC Praha). Díky dobrému zázemí a pomoci Vratislava Strnada a Honzy Hesouna vede 9členný psychoterapeutický tým,

který v programu Klinika Praha-Děčín poskytuje v těchto regionech psychoterapeutické služby a zároveň rozvíjí a dokumentuje systemický přístup. Klienti profitují z týmové spolupráce, pravidelných intervizí týmu a supervizí jednotlivých případů. Provádíme individuální, rodinou i párovou terapii. Velký důraz klademe na úzkou regionální spolupráci s lékaři.

Často se zabýváme také tělesnými příznaky a obtížemi.

Připojit se k tématu konference byla tedy pro mě příjemná a logická příležitost ukázat, jak konstruktivistické zaměření systemické terapie umí pracovat s tělesnými symptomy a jak při spolupráci s klienty využívám nejen teoretických východisek, ale také praktických zkušeností a dovedností, které utvářejí můj terapeutický styl a umocňují pokaždé to originální a neopakovatelné, co vzniká ve vztahu mezi mnou a klientem.

NAŠE PRAXE

Léty praxe a inspirací od mých zkušenějších a moudřejších kolegů jsem se při své práci ustálila v narativním směru, jehož zaměření využívá práci s předpoklady. Sledování předpokladů mi umožňuje vnímat vzorce myšlení klientů, které se odrážejí v každodenních životních strategiích a kterými se klienti snaží zvládat a překonávat život. Předpoklady se týkají jak mysli, tak těla. Transformované obtíže do tělesné oblasti odrážejí neefektivní životní strategie. Orientace na tělo je možností jak neefektivní strategie uchopit a změnit je.

PŘÍKLADY

Šestačtyřicetiletá klientka trpící tlakem v podbřišku, píchavou bolestí někdy ovlivňující mikci, opakovaně neúspěšně léčena zdravotníky (dg., operace), předpokládá, že může žít jen tak, že nebude cítit, prožívat, protože by trpěla (sebevražda matky, opakované sexuální zneužívání). Terapeutická strategie: pomoci zařít si bezpečí, ve kterém by si mohla dovolit cítit.

Devětatřicetiletá klientka, trpící velkými bolestmi na hrudi, dýchacími obtížemi (několik chirurgických zákroků), uzavřená doma, úzkosti, strachy. Má předpoklad, že být velká je nebezpečné, není to k žití. Nechce vyrůst, je zcela závislá na matce. Terapeutická strategie: pomoci jí najít odvalu samostatně se nadechnout a dýchat volně.

NAŠE VÝCHODISKA (STRNAD, ZÁVĚRKOVÁ)

1. „PROBLÉM“ je pojímán jako ŽIVOTNÍ KONSTRUKT / výtvar. Je pokusem o řešení důležitého cíle v životě klientů. Bývá nákladný, opakovaně neúspěšný, nedostatečný, s důsledky trápení a životního omezení, včetně somatických obtíží. Řeší zejména obavu, aby nebylo ještě hůře: Co je tedy v ohrožení, co hrozí? Co umožnilo stabilizaci určité životní strategie, sloužící zamezit něčemu ještě horšímu?

2. PROBLÉMY lze pojmovat jako JAZYKOVÉ KONSTRUKCE a jako takové je ve spolupráci s klientem verbalizujeme („ozvučujeme“). Detekujeme je jako stereotypní vnitřní jazykové hry (vnitřní řeč), stabilizované v gramatice: vždycky, nikdy, každý, nikdo, musí, nesmí, aby...

3. Každodennost je podřízena „návodům na používání a zvládání života“. Tyto stereotypy jakoby nedávají smysl. Proč trpíme, když cílem životní strategie bylo uniknout trápení?! To často vede k vyhledání terapie, i když nejprve somatické.

4. Tělo funguje jako psychická, somatická, duchovní a sociální jednotka. Neefektivní životní strategie – vnitřní návody – narušují rovnováhu

organismu. Organismus jedince informuje o porušení homeostázy prostřednictvím obtíží.

Intenzita a změna obtíží v jednotlivých oblastech může být vodítkem pro efektivitu terapie.

NAŠE TERAPEUTICKÉ STRATEGIE

1. Chceme řešit (tělesný) symptom klientů v souladu s naléhavostí jejich žádosti, očekávání kladených na terapii. Tento přístup může být efektivní, jestliže cíl spolupráce je definován jako přítomnost něčeho důležitého (hodnotného) v životě klienta, ne jako nedostatek něčeho. Požádáme klienta o krátký a konkrétní příběh, vedení naladěním v narativním směru. Pozor na přímočarý postup. Na řešení orientovaného přístupu (výjimky, škála), s blízkostí cíle se mohou hromadit vnitřní překážky, jak jej dosáhnout.

Společně se zabýváme narativním propracováním alternativních příběhů, podpořených vznikem nových předpokladů a nových životních strategií pro každodenní život.

Nezbytné je během spolupráce vytvořit prostor pro bezpečné uchopení a definování potíže. Tyto podmínky popisu splňuje technika externalizace. Lze ji uplatnit také jako efektivní způsob jak hledat řešení s využitím těla.

TŘÍSKOPRÁSK A VÍMCOAJAK

Devítiletý chlapec na terapii docházel 2 měsíce, proběhly 2 konzultace. Přichází s matkou, jako další možnost řešení jeho potíží s hyperaktivitou (ADHD-

Attention Deficit Hyperaktivita Disorder- Hyperaktivita s poruchou pozornosti a impulzivitou), zejm. s nesoustředěním a impulzivitou (souběžně navštěvuje pedagogicko-psychologickou poradnu), má individuální studijní plán.

Vyjasňujeme společný cíl, chtějí zmenšení obtíží, vědět, proč se to zatím dost nedaří. Pracujeme s předpokladem matky: „Lze, aby to udělal rychle a pořádně“ – sama se ptá, ale jak? Žádám J. i jeho matku o krátké příběhy, jak by zlepšení konkrétně viděli, mohou přidat i pohledy (další popisy) učitelů a kamarádů. V popisech se opakuje slovo porozumění, roztržitost a zbrklost. Externalizací se snažím dozvědět více. „Kde sídlí tvoje roztržitost a zbrklost?“ J. odpovídá: „V hlavě.“ „Jak se jmenují podle tebe?“ – „*Třískoprásk*. Když neudělám, co chce, mám bolest hlavy, břicha.“ Pokračuji dalšími otázkami (jak vypadá, co dělá a kdy, jaký má s tebou vztah...). J. přichází na to, že u něj je ještě jedna bytost v těle – „*Vímcoajak*. Ten je velmi chytrý a ví, jak dělat věci správně a jak věci mají být...“ J. má ohromný zážitek (matka také). „Bylo to zábavné, poučné, můžu s nimi komunikovat, jednou budu bez potíží, protože se s nimi domluví, oni mě poslechnou.“

2. Od počátku je důležité nepodlehout svodu, že symptom je problém. Zaměřujeme se na červenou nit vyprávění – za čím klient ve svém životě jde i za cenu symptomu a trápení. Postupujeme narativně – dekonstruuje problémový příběh klienta, sledujeme, co je zamlčeno. Ozvučujeme skryté motivy, potřeby a cíle. Jsme pozorní v rozlišování mezi prostředky a cíli. Jdeme přímo za životními předpoklady klienta, které jsou

základem problémového příběhu a přinášejí důsledky pro mysl i tělo. Rozvolňujeme totalitu výkladového rámce. Na řešení orientovaná práce není vyloučena, jsou-li propracovány detaily klientova alternativního životního příběhu.

OPRAVDU SAMO?

Dvaapadesátiletá, vdaná klientka trpící již 4 roky hlubokou depresí navštěvovala terapii 11 měsíců, 13 konzultací. Opakovaně byla zklamávána psychiatrickou ambulantní léčbou (4 roky) i léčebnými pobyty a psychoterapií, protože nevedly ke zlepšení zdravotního stavu. Přichází ve stavu, kdy prý dokáže žít jen ze dne na den, cítí se slabá, koktá, stěžuje si na špatné vidění, strach, napětí, také si nic nedokáže zapamatovat. Chtěla by žít jako dřív, nemít prázdno.

Prožila velmi těžké traumatické dětství – fyzické i psychické týrání otcem, matka ji neochránila. Její silný předpoklad je: „Nikdo mě nechce, nikam nepatřím.“

„Nepotřebuji lidi, od malička mě zklamávali.“ To, čím žije, jsou strategie, které zabraňují dalším zklamáním. Nutí ji stále přemýšlet, vyhodnocovat, být pořád ve střehu, hlídat každého, aby jí neublížil. Nedokáže mít cíl, plán jak žít, a to už od dětství.

Přestože žije s manželem již 34 let (v 16 letech ji zachránil před sebevraždou, v 18 odvedl od rodičů, vychovala s ním 2 děti), má stále velké pochybnosti, zda může být dobrá máma. Říká, že si nezaslouží mít šťastnou rodinu. Převládá u ní velký strach – nemám obranu před zlem (otcem) ani po jeho smrti, potrestá mě. „Nechci být slaboch, už to takhle

nechci, když se s tím snažím bojovat, vzepřít se tomu, je mi zle.“ „Ošklivé věci chci zapomenout a vracejí se mi, nemluvení mám jako trest, jen přežívám, potlačuji všechny emoce, žiji v izolaci.“

Bylo velmi důležité nejt přímo k jednotlivým symptomům a neposilovat ji k jejich přímému zvládnání. Jen velmi bezpečně a pomalu zkoumat zdroje a nacházet nové popisy. Ptala jsem se: Co vám pomáhá to vydržet? Jaká strategie?

Paní D. odpovídá: Obrana, hradby, boj, kontrola, napětí, pozorování, sledování. Je to velmi namáhavé a stejně to nestačí. To ji vede k přemýšlení a dalším popisům. „Jaký to má smysl? K čemu jsem na tom světě? Proč mě zplodili?“ Odvážuji se jí nabídnout nový pohled: „Pro co byste mohla žít jiného?“ Napadá ji babičkovství (vnučka jako sluníčko, zdroj, smysl). Dovolovaly jsme si i jiné narace: Co je to za ženu, o které je tento příběh, kapitoly. Díky dalším kapitolám jsme se mohly seznamovat s proměnou ženy, o které byly. Od té, která každé ráno musela najít sílu a důvody, proč vstát a jít do práce. Bojovat, protože, kdyby přestala, tak by nepřežila. Přes tu, která někdy zažila chvíle, kdy potíže nebyly tak velké, až po tu, která se odvážila postavit se zlu a zapudila ho třeba zpěvem, nějakou činností, příjemnou vzpomínkou. Odměnou za tuto odvahu a odhodlání jí bylo, že po 5 měsících terapie začala mít pocity. Začala je používat, dovolila si prožívat, mít city. Také zmizelo zlo, které jí dělalo ve snech. Mohla zase spát, ráno byla odpočatá. Připadala si, že se to odstříhlo, přestalo to, jakoby to ani nebylo. Neodpustila jsem si otázky: „Opravdu samo?“ „K čemu je dobré tímto projít, absolvovat tuhle životní cestu?“

„Poznám zlé lidi a minu je, mám teď jistotu, svěžest v duši, dokážu přijmout lichotku, ocenění, zlo mě ovládalo, já jsem nebyla špatná, nesmím se nechat ovládat, musím hledat cestu. Když se mě zlo dotkne, vím, co mám dělat – aktivně to ukončit, potlačit to, najít si radost pro sebe, řeknu svůj názor. Mám důvod zůstat naživu, mám okolo sebe lidi, kteří mě mají rádi.“

ODKAZY

1. G. Cecchin (1994), *The Cybernetics of Prejudices*, Karnac Books, London
2. J. Freedman, Gene Combs (1996), *Narative Therapy*, N.Y. Norton Publ.
3. V. Strnad, M. Závěrková (2011), *Narativní práce s předpoklady*, interní materiál ISZ-MC

Do reakce doručeno 26. 11. 2012

Úprava po recenzi 15. 1. 2013

Přijato k tisku: 31.1.2013

Autorka: Mgr. Markéta Závěrková

Absolventka Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační práce o postižené děti, dospělé a staré osoby. Systemická psychoterapeutka (výcvik ISZ Praha 800hodin, Cestou systemických terapií). V současnosti členkou ISZ – MC Praha (Institut pro systemickou zkušenost – Management centrum), supervizorka, junior lektorka systemických výcviků a seminářů. V r. 2011 založila projekt Klinika Praha –Děčín, ve kterém vede osmi členný tým, který psychoterapeuticky pracuje s klienty, metodicky rozvíjí systemický přístup a provádí výzkum. Sama má soukromou psychoterapeutickou praxi, kde pracuje s klienty individuálně, také s dětmi, rodinami nebo páry.

Tato slova mi ukázala, že klientka má hodně svých nových a dobrých strategií ke zvládnutí každodennosti i řešení obtížnějších situací. A mohly jsme ve vzájemné shodě terapii ukončit.



TEORIE

BARTUŠKOVÁ L.¹: SPIRITUÁLNÍ DIMENZE NEMOCI

BARTUŠKOVÁ L.: SPIRITUÁLNÍ DIMENZE NEMOCI, PSYCHOSOM, 2013; 11 (1), s.25-32

ABSTRAKT: V současné době je v odborných publikacích věnována stále větší pozornost spirituální dimenzi člověka. Rostoucí zájem o spiritualitu je možno pozorovat zhruba od 80. let minulého století, kdy došlo k rozšíření tohoto pojmu do psychologie a zdravotnictví. Pojem spiritualita se objevil poprvé v teologii v 16. století, jeho praktické užívání v dnešním slova smyslu pochází však až ze začátku 20. století. Spiritualitu je nutno odlišovat od religiozity. Spiritualita může mít svůj konkrétní projev v religiozitě, může se však také manifestovat i jinými způsoby. „Přirozená“ spiritualita je běžnou součástí života, projevuje se ve schopnosti reflektovat sebe i okolní svět, angažovat se ve vztazích a v realizaci hodnot, v hledání a nacházení smyslu svého života i života vůbec. Nemoc může být obdobím, kdy si člověk více než kdy jindy uvědomuje svoji spirituální dimenzi. Je důležité, aby součástí péče o nemocného byla i spirituální péče. Tato péče však musí být vysoce individualizovaná, aby pacienta nepoškozovala. Non lege artis postupem je jak opomíjení tohoto typu péče, tak jeho násilné vnucování.

KLÍČOVÁ SLOVA: spiritualita, religiozita, nemoc, spirituální péče

BARTUSKOVA L.: THE SPIRITUAL DIMENSION OF ILLNESS. PSYCHOSOM, 2013;11 (1), PP.25-32

SUMMARY: Over recent years, specialist publications have been increasingly focusing on the spiritual dimension of man. This growing interest can be traced back to the 1980s, when the concept of spirituality expanded into psychology and health care. Although the term spirituality first appeared in 16th century theology, its usage in today's sense of the word originates in the early 20th century. Spirituality must be distinguished from religiousness. Spirituality may find its specific expression in religiousness, but can also be manifested in other ways. A „natural“ spirituality is an essential part of everyday life, demonstrating itself in the ability to reflect both on oneself and the outside world, to get involved in relationships and apply values, as well as in searching for and finding the purpose of one's life and the meaning of life in general. An illness may represent a period in life when a person more than ever before becomes aware of his / her spiritual dimension. It is important that caring for an ill person also includes spiritual care. This care, however, needs to be highly individualised so that it wouldn't harm the patient.

¹ 1. LF UK a KTF UK, bartuskova.ludmila@seznam.cz

Neglecting this type of care or forcibly imposing it should both be considered a non lege artis practice.

KEYWORDS: spirituality, religiosity, illness, spiritual care

POTÍŽE S VYMEZENÍM POJMU SPIRITUALITA

Spiritualita je pojem, který se vyskytuje v poslední době v odborné psychologické a zdravotnické literatuře stále častěji. Dle Eltica de Jager Meezenbroek a kol. (2012) se počet publikovaných prací o spiritualitě a zdraví zvýšil za posledních třicet let o 688 %. Většina prací o spiritualitě však hned v úvodu udává, že pojem „spiritualita“ je velmi obtížně definovatelný, zejména pro jeho mnohoznačnost (Říčan a Kocourková, 2008). Smékal (2002, s. 18) udává, že: „Slovo spiritualita“ se dnes stalo tak mnohoznačným, že už neznamena nic. Slovo spirituální se používá ve všech možných souvislostech – od interpretace snů určitého člověka až po pokojné procházení se po zahradě. Vztahuje se dnes na všechno, co nemůže být redukováno na svalové stahy“. Vojtíšek zdůrazňuje (2012, s. 10), že „mluvit a psát o spiritualitě je v současné době v obecné řeči i odborných diskusích natolik módní, že není dost dobře možné tento pojem vymežit tak, aby jeho uchopení vyhovovalo všem uživatelům“.

Na Mezinárodní konferenci o spiritualitě v Praze v roce 2007, které se zúčastnilo přibližně 70 přednášejících ze čtyř kontinentů světa a asi 30 zemí, opakovaně zaznělo, že je asi „tolik druhů spirituality, kolik existuje lidí, protože je to tak jedinečná kvalita každého člověka, že je pro něj vždy značnou měrou individuální“ (Kalvínská, 2008, s. 522).

I přes tato skeptická (či realistická) vyjádření je přece jen možno výraz spiritualita z několika aspektů přiblížit, i na základě jeho etymologie a praktického používání.

NĚKOLIK POZNÁMEK K ETYMOLOGII A VÝVOJI POJMU SPIRITUALITA

Podle religionisty Štampacha je základem pojmu spiritualita latinské slovo spiritus, které bývá překládáno jako duch, ale též proud vzduchu, dech. Slovo spiritus souvisí s latinským pojmem označující dýchání – spirare (dýchat). Také české slovo duch a duchovno (lidový novotvar pro spiritualitu) jsou blíže příbuzná s dechem. Původ související s dýcháním je patrný i u hebrejských slov pro ducha – „ruah“, popř. i „nešema“. Sanskrtské slovo „átman“ má ve starších literárních vrstvách hinduistického kánonu význam dech, výraz je jazykově podobný německému slovu „der Atem“ (dech) a řeckému „atmos“ s významem dech, vzduch (Štampach, 2012). „Dech je pokládán za projev, ba i princip života. V tomto smyslu by spirituální bylo vše živé, tedy vše, co podle filosofické tradice má zdroj pohybu (změny) v sobě“ (Štampach, 2012, s. 5.) S tímto výkladem souhlasí i Smékal, když říká, že „mluvit o duchu znamená mluvit o tom, co dává život a oživuje“ (2002, s. 20).

Používání pojmu spiritualita „je silně historicky podmíněno, v západní kultuře

zejména židovsko-křesťanskou tradicí“ (Prokop, 2008, s. 211). Spiritualita je v tomto pohledu životem víry, tím, co oživuje, oduševňuje život věřících. Spiritualitu je možno také definovat jako pěstování citlivosti k duchovním hodnotám. Většinou však jde o prožívání a vyjadřování vztahu k Bohu uvnitř určitého strukturovaného náboženství nebo náboženského hnutí. Spiritualita je často chápána jako synonymum duchovního života vůbec (Smékal, 2002).

Stríženec (2001, s. 120) upozorňuje na to, že „termín spiritualita se objevuje poprvé v teologii v 16. století, ale k jeho skutečnému používání dochází až začátkem 20. století“. Dle Sheldrakeho (2003) se slovo duchovní (spiritualis) začalo používat v 5. století, v průběhu dějin mělo různá zbarvení. Až v 17. století se slovo „spiritualita“ ve Francii prosadilo jako termín aplikovaný ve vztahu k duchovnímu životu. V kladném smyslu se ho užívalo k vyjádření osobního, emocionálního vztahu k Bohu. Na počátku 18. století se slovo spiritualita téměř přestalo užívat, v 19. století se toto označení omezovalo převážně na samostatné náboženské skupiny působící mimo rámec církví. V prvních desetiletích 20. století se pojem spiritualita znovu objevil mezi katolíky ve Francii, a poté se díky překladům dostal i do angličtiny. Dle Říčana (2006, s. 120) se „pod pojmem spiritualita – z hlediska původní křesťanské nauky – rozumí výsledek působení božího Ducha v lidské duši a jednání“.

Podle Stríženice (2001, s. 119) považují autoři zabývající se touto tematikou spiritualitu za způsob existence a zkušenosti, ke kterým dochází prostřednictvím uvědomění si transcendentní dimenze osobnosti.

Spiritualita byla považována za jádro zralé religiozity a duch („ruah“, „pneuma“, „spiritus“) za místo komunikace s božstvem.

PRONIKÁNÍ POJMU SPIRITUALITA MIMO OBLAST NÁBOŽENSTVÍ

Koncem 20. století dochází k masivnímu pronikání pojmu spiritualita mimo náboženskou oblast. V 80. letech 20. století, tedy v době nástupu náboženského hnutí Nového věku (New Age), které „očekávalo a v jedné své části stále očekává příchod blaženého věku, k němuž mělo či má dojít právě díky rozšíření spirituality“, vstoupil pojem spiritualita do psychologie (Vojtíšek a kol. 2012, s. 10). Americká psychologická asociace zařadila tento pojem do databáze psychologických termínů v roce 1988 (Vojtíšek a kol., s. 11). Po celé století se psychologie, včetně psychologie náboženství, obešla bez pojmu spirituality. Mluvílo se pouze o náboženství, přičemž ze souvislostí bylo jasné, kdy je míněna náboženská zkušenost či prožitek (tedy spiritualita) a kdy určitá sociální realita, nauky, obřady, instituce atd. Ke konci minulého století došlo k obsahovému zúžení pojmu náboženství, omezení na vnější skutečnosti; zároveň tento pojem získal negativní konotace. Prožitkové jádro náboženství, včetně prožitků stejné či podobné kvality, ale bez vazby na konkrétní nauky či instituce, se začalo označovat jako spiritualita (Říčan a Kocourková, 2008).

SPIRITUALITA A RELIGIOZITA

Odborníci pracující s termínem „spiritualita“ mimo oblast teologie a náboženství upozorňují na to, že spirituální dimenze lidské osoby se netýká jen příslušníků jednotlivých náboženství: „Ukazuje se, že je velmi důležité odlišovat spiritualitu člověka od religiozity, protože spirituální přesvědčení může, ale nemusí být religiózní povahy. I u nereligiózních lidí můžeme objevovat hlubokou spiritualitu a spirituální potřeby“ (Kalvínská, 2008, s. 523).

Podobně píše ve svých publikacích i Říčan (2010, s. 226), když udává: „Charakteristické bylo heslo šedesátých let I am not religious, but I am spiritual. Náboženství je chápáno jako něco rigidního, zastaralého až reakčního, moralistického, pokrytecky vnějškového, zatímco slovo spiritualita slibuje niternost, autenticitu, svobodu, nedogmaticnost, hloubku citu, originalitu atd.“

Kalvínská (2008, s. 523) cituje definici Murraye a Zentera a říká: „Zdá se, že v každé lidské bytosti je spirituální dimenze, hodnota, která usiluje o inspiraci, úctu, respekt, smysl a účel, dokonce i u těch, kteří nevěří v Boha. Spirituální rozměr se pokouší o to být v harmonii s univerzem, snaží se odpovídat na otázky ohledně nekonečnosti a dostává se do popředí především v obdobích emočního stresu, fyzické (a duševní) nemoci, bolestné ztráty, či úmrtí.“

Podle Říčana (2010) obecné psychologické definice spirituality vyzdvihují zpravidla jediný znak, který je u jednotlivých autorů základem pojmu spiritualita, např. hledání posvátna (Pargament a Otto), prožitek nejvyššího významu (Stifoss-Hanssen), věc velké

hodnoty (Reich), přesvědčení o vyšší síle přesahující člověka (Corveleyn a Luyten), vztah k transcendenci (Belzen), hledání smyslu, jednoty, propojenosti, transcendence a nejvyššího lidského potenciálu (Emmons a Crumpler).

SEDM ROVIN SPIRITUALITY

Vojtíšek (2012, s. 22) zdůrazňuje, že pojem spiritualita je nutno chápat komplexně. „Spiritualita není jen názor, přesvědčení či intelektuální koncept. Nejde jen o rozumové pojetí světa (jen o jeho vysvětlení), tím méně o nauky či dogmata, ale i o emoce vyvolané zkušenostmi a zážitky, osobně důležité příběhy, o mravní soudy a o mnoho dalšího. Spiritualita je tou složkou osobnosti, která umožňuje vnímání řádu světa, struktury vztahů a zákonitostí a prožití světa jako smysluplného“. Vojtíšek (2012) rozeznává sedm rovin spirituality, které chápe jako sedm různých způsobů vyjádření vztahu k Posvátnu. První rovinou spirituality jsou tzv. předpoklady, tedy naukové a filosofické koncepce, pomocí kterých si člověk vysvětluje svět, poskytují mu orientaci v něm a dávají jeho život smysl. Druhou rovinou jsou obřady, které je možno chápat jako „praktický odraz těchto koncepcí do života jednotlivce i jeho společenství“ (Vojtíšek a kol., 2012, s. 20). Tyto obřady mohou mít nejen kolektivní, ale i individuální podobu (např. meditace, modlitba, poutě). Třetí rovinu tvoří posvátné normy a hodnoty, které jsou chápány jako dané „odjinud“ (např. přikázány Bohem), a tedy nepocházejí z pouhé lidské konvence. Člověk má pak sklon takto chápané normy nadřazovat normám, které považují za platné zase jiní lidé. Čtvrtou rovinou spirituality vytvářejí tzv. posvátná vyprávění, tedy mýty, příběhy slavných osobností, legendy o svatých, zázračné a

hrdinské příběhy apod. Zážitky (tzv. „doteky Posvátna“) tvoří dle Vojtíška pouze jednu, pátou, rovinu spirituality. Šestou rovinou spirituality je vědomí příslušnosti k určitému společenství, které je pro rozvoj spirituality velmi důležité. „Nauky, příběhy a etické normy jsou duchovním společenstvím uchovávané a rozvíjeny, obřady jsou v něm prováděny, společenství umožňuje i jedinečné a intenzivní duchovní zážitky“ (Vojtíšek a kol., 2012, s. 21). Poslední, sedmou rovinou, kde se projevuje vztah k Posvátnu, je umělecká či materiální tvořivost, která zahrnuje tvorbu nejrůznějších uměleckých děl (hudebních, malířských, tvorbu různých předmětů), „které se mohou stát osobně posvátnými nebo posvátnými pro celé společenství, a sehrát tak roli v obřadech“ (Vojtíšek a kol. 2012, s. 21).

„PŘIROZENÁ“ SPIRITUALITA

Podle Belzena (2009) neexistuje tzv. obecná spiritualita. Existují zcela konkrétní projevy spirituality – určitá praxe, tj. činy a aktivity, které jsou projevy lidí jako výraz jejich oddání se tomu, co oni sami považují za transcendentní; proto by bylo možná lepší hovořit o spirituálních činech a aktivitách místo o spiritualitě. „Lidská spiritualita se projevuje v potřebě tvořit, prožívat krásu, poznávat a uskutečňovat dobro, dotknout se transcendentálních skutečností“ (Slabý, 2000, s. 60). Být spirituálním člověkem v tomto pojetí tedy neznamená mít nějaké mimořádné zážitky, srovnatelné s tím, co je možno prožít ve změněném stavu vědomí; spiritualita není ani – jak bylo uvedeno výše – doménou nábožensky založených lidí. Jak konstatuje Chesterton (Smékal, 2002, s. 21): „Skutečně spirituálně živý

je člověk, který neztratil schopnost žasnout“.

Velmi důležitou oblastí, v níž se projevuje spiritualita člověka, jsou mezilidské vztahy. Ve vztazích překračuje člověk své „já“, své zaměření pouze na sebe“. Jak zdůrazňuje Midgley (Smékal, 2002, s. 24): „Respektovat spirituální dimenzi života znamená být si vědom, že kolem nás je toho víc než jen to, co vidíme svými očima, že kromě přirozeného světa, v němž usilujeme o sebeuspokojení a smyslové potěšení, je zde též svět duchovní, kde jsou podstatné láskyplné vztahy a sebeodevzdání“.

Spirituální dimenze je pro každého jednotlivého člověka jinak důležitá. Pro někoho je běžnou součástí života vědomí, že jeho život má jakýsi smysl, že má ve světě své poslání, je schopen se zastavit, reflektovat svůj život, uvažovat o existenciálních otázkách i během všedních dní, je schopen se nasadit pro dobro druhých, pro rozvoj světa. „Existují patrně jedinci, v jejichž osobnosti spiritualita hraje rozhodující úlohu a této úlohy se stále znovu ujímá, většinou přes četná selhání a za cenu vnitřních konfliktů. Jejich pudovost je integrována, harmonicky sladěna s životním posláním, jemuž se věnují cele a radostně“ (Říčan, 2010, s. 234). Existují však i jedinci, kteří si svoji spirituální dimenzi uvědomují teprve tehdy, když dojde k narušení jejich životního stereotypu, např. nemocí. Tehdy si začínají klást otázky po smyslu, přehodnocují svůj hodnotový žebříček, reflektují svůj dosavadní život, kladou si existenciální otázky.

Zároveň je však nutno zdůraznit, že někteří lidé nemají potřebu během nemoci řešit existenciální otázky,

neotevřívá se u nich spirituální dimenze, a proto by bylo non lege artis postupem jim spirituální péči jakýmkoliv způsobem vnucovat.

SPIRITUALITA ČLOVĚKA A NEMOC

Pojem spiritualita se stále častěji vyskytuje též ve zdravotnictví, zejména v oblasti komunikace s pacientem, v ošetrovatelské péči. Původní bio-psycho-sociální model nemoci byl rozšířen i o složku spirituální. Již v roce 1990 Světová zdravotnická organizace ve svém prohlášení uvádí následující definici spirituality ve zdravotnictví: „Spirituální aspekty péče o pacienty jsou takové stránky lidského života, které se nějakým způsobem vztahují k zážitkům, přesahujícím smyslový fenomén. Nejsou stejné jako náboženské prožitky, ačkoli pro mnoho lidí je náboženství vyjádřením jejich spirituality. Na spirituální rozměr lidského života můžeme nahlížet jako na něco, co propojuje fyzické, psychologické a sociální složky života jedince. Často se spiritualita chápe jako zabývání se smyslem a účelem života a pro lidi na sklonku života je běžně spojována s potřebou odpuštění, usmíření a s potvrzením jejich hodnoty a užitečnosti“ (Kalvínská, 2008, s. 523.)

Podobnou definici vytvořili psychologové, lékaři, sestry a teologové, členové různých církví a náboženských společností, ale i lidé bez vyznání, členové Sekce krizové intervence Společnosti lékařské etiky ČLS JEP: „Nemoc a umírání vede k naléhavějšímu kladení otázek o smysluplnosti života, platnosti hodnot a důvěry v tyto hodnoty. Spirituální péče se týká člověka jako celistvé bytosti. Nabízí možnost

pomoci porozumět příběhu života, lidsky důstojně zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možno důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky, přiměřené zvyklostem klientů“ (Kalvínská, 2008, s. 523).

O spiritualitě a spirituální péči se často mluví v souvislosti se závažnými chronickými nemocemi a stavy, ohrožujícími život. Jak již však bylo uvedeno, existenciální otázky může vyvolat jakákoliv nemoc; naopak ani závažné onemocnění a terminální stav nemusí vést k tomuto typu přemýšlení a tázání.

RIZIKA POSKYTOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍ PÉČE

Vnímání spirituální dimenze pacienta a jeho možných spirituálních potřeb je výrazným krokem kupředu v realizaci celostního přístupu k nemocnému. Je však nutné upozornit na to, že nekritické, nadšené zavádění tohoto přístupu by mohlo napáchat značné škody; stejně jako jeho opomíjení na straně druhé.

Zavádění spirituální péče do zdravotnické praxe bývá doprovázeno řadou různých těžkostí a předsudků. Jedním z nich je přesvědčení, že spirituální péče se týká jen lidí tzv. věřících, tudíž je jejich soukromou, intimní záležitostí, kterou si mohou a mají řešit v rámci své církve nebo náboženské společnosti; jinými slovy že tzv. nenáboženský, nevěřící člověk spirituální potřeby nemá. Svoji roli zde hraje i strach z toho, někdy bohužel oprávněný, aby církve a náboženské společnosti nezneužívaly zvýšenou

sugestibilitu nemocných a nemanipulovaly jimi. V současné době se však spíše setkáváme s dalším problémem – a sice s praxí opomíjení důležitosti tématu spirituality.

S potěšením je však nutno konstatovat, že i v naší republice se již na různých pracovištích postupně zavádí spirituální péče s vyškolenými „nemocničními duchovními“ nejen pro nemocné, ale i pro jejich příbuzné a pro personál a že i v psychoterapiích je věnována větší pozornost těmto typům otázek.

Při poskytování spirituální péče je velmi důležitá vstupní diagnostika pacientových potřeb, která se děje zejména empatickým nasloucháním a naladěním na pacientův současný stav i jeho způsob myšlení a prožívání. Jako nezbytný předpoklad prospěšné spirituální péče se jeví respekt k pacientovým hodnotám, popř. k jím chápanému posvátnu a k používání

slovníku i terminologie, které jsou pacientovi vlastní.

ZÁVĚR

Spiritualita je důležitým rozměrem lidské osobnosti, kterou je nutno brát v potaz při celostním přístupu k pacientovi. Netýká se jen mimořádných situací a mimořádných zážitků, i když nezřídka si člověk tuto svoji dimenzi uvědomuje právě v době zpochybnění jeho základních jistot (Opatrný, 2010). Spirituální dimenzi je ovšem dobré rozvíjet a kultivovat již v době, kdy se dotyčný necítí ohrožen; je známo, že zdravá spiritualita zvyšuje kvalitu lidského života. Žít duchovně, spirituálně, totiž „znamená tady být zde pro druhé, jednat s vědomím zodpovědnosti za svět... vnášet do světa něco, co zvyšuje hodnotu bytí“ (Smékal, 2002, s. 24).

LITERATURA

1. Belzen, J. A. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. *Československá psychologie*, 53, 4, 396–407.
2. Kalvínská, E. (2008). Spirituální péče ve zdravotnictví. *Praktický lékař*, 88, 9, 522–524.
3. Meezenbroek, E., Garssen, B., Berg, M., Dierendonck, D., Visser, A., Schaufeli, W. (2012).
4. Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51, 2, 336–354.
5. Opatrný, A. (2010). Odras nemoci a bolesti v životě člověka. In: Martinek, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: Jabok.
6. Prokop, J. (2008). Spiritualita v medicíně. In: Fialová, L., Kouba, P., Špaček, M. *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Galén; Karolinum, s. 210–223.
7. Říčan, P. (2006). Spiritualita jako klíč k osobnosti a lidským vztahům. *Československá psychologie*, 50, 2, 119–137.

8. Říčan, P., Kocourková, J. (2008). Základ spirituality ve vztazích raného dětství: psychoanalytická perspektiva. *Československá psychologie*, 52, 1, 90–100.
9. Říčan, P. (2010). Spiritualita v centru struktury osobnosti. In: Blatný, M. a kol. *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 225–238.
10. Sheldrake, P. (2003). *Spiritualita a historie. Úvod do studia dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
11. Slabý, A., Slabý, J. (2000). Spirituální aspekty zdraví a nemoci. *Trendy v medicíně* 2, 1, 89–94.
12. Smékal, V. (2002). Spiritualita v denním životě člověka. In: Galvas, Z. ed. *Homo religiosus. Vybrané aspekty psychologie náboženství*. Praha: Českomoravská psychologická společnost ve spolupráci s Psychologickým ústavem AV ČR.
13. Stríženec, M. (2001). Psychologické aspekty spirituality. *Československá psychologie*, 45, 2, 118–126.
14. Štampach, I. (17. 11. 2012). Nahradila spiritualita náboženství?
15. <http://www.sekty.cz/www/stranky/studie/Spiritualita.pdf>
16. Vojtíšek, Z., Dušek, P., Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

INFORMACE O AUTORCE

Mgr. et Mgr. MUDr. Ludmila Bartůšková pracuje jako rodinný terapeut a psychiatr pro děti a dospělé. Absolvovala výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch v SKT Liberec u MUDr. V. Chvály a PhDr. L. Trapkové. Má funkční specializaci v systemické psychoterapii a osvědčení o psychosomatickém vzdělání. Vyučuje na 1. LF UK a KTF UK. Zabývá se teoreticky i prakticky spirituálním rozměrem nemoci (vystudovala obor náboženské nauky na KTF UK a obor teologie na CMTF UP Olomouc). V rámci postgraduálního studia psychologie na 1. LF UK se zabývá tématem vlivu víry na interpretaci a řešení psychických obtíží subjektem. Je soudním znalcem v oblasti dětské psychiatrie.



Do redakce přišlo 4. 11. 2013

Po recenzi upraveno 20. 11. 2013

Do tisku přijato 15. 1. 2013

JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST V) POVAHA VZTAHU MEZI PACIENTEM A ZDRAVOTNÍKEM JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ KOMPLIANCI

JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST V.) POVAHA VZTAHU MEZI PACIENTEM A ZDRAVOTNÍKEM JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ KOMPLIANCI, PSYCHOSOM, 2013; 11(1), S.33-44

SOUHRN: Existuje řada 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. Právě vztah mezi pacientem a zdravotníkem je klíčovou záležitostí ve studiu kompliance. „Vztah“ však může být obtížně uchopitelným (a tudíž i ovlivnitelným) pojmem. Více jasnosti může vnést uvažování o tom, čím je povaha vztahu mezi zdravotníkem a pacientem utvářena: o spokojenosti pacienta s léčbou, o rozvržení moci mezi zdravotníkem a pacientem, o otevřené komunikaci mezi nimi, o sdílení informací, o rovnováze aktivity pacienta a zdravotníka i o zájmu zdravotníka o to, co si pacient o léčbě myslí a jak ji prožívá. To vše jsou příležitosti k větší spolupráci pacientů a zdravotníků.

KLÍČOVÁ SLOVA: kompliance, adherence, faktory ovlivňují komplianci, vztah mezi pacientem a zdravotníkem

JÁNIŠ M.: COMPLIANCE (PART V) PATIENT-PROVIDER RELATIONSHIP AS A FACTOR INFLUENCING COMPLIANCE. PSYCHOSOM, 2013; 11 (1) PP.33-44

ABSTRACT: There are many 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. Just this patient-provider relationship is a key figure in the study of compliance. However, „relationship“ may be a term difficult to be understood (and influenced, as well). Considering the patients' satisfaction with treatment, the power between providers and patients, the open communication between them, sharing information, balanced activity of both parties, providers' interest in patients' beliefs and experiences may make the term „relationship“ clearer. In all of these issues new opportunities for better cooperation between patients and providers can be found.

KEY WORDS: compliance, adherence, patient characteristics, patient-provider relationship

ÚVOD

V předchozí studii o komplianci jsme zkoumali charakteristiky pacienta, znaky dané nemoci, charakteristiky léčebného režimu, charakteristiky léčebného uspořádání – pettingu ve vztahu ke komplianci. Nyní se zaměříme na vztah mezi pacientem a zdravotníkem jako dalšího ovlivňujícího faktoru s vědomím, že zkoumání povahy vztahu mezi pacientem a zdravotníkem je klíčovou záležitostí ve studiu kompliance (Marks

et al., 2000). Je však třeba poznamenat, že povaha tohoto vztahu je velmi obtížně uchopitelná a měřitelná. Ověřené komponenty vztahu, které ovlivňují komplianci, jsou shrnuty níže v tabulce. Bereme-li pacienta v kontextu jeho rodinných vztahů, pak můžeme v některých položkách tabulky zaměnit doplnit slovo „pacient“ za sousloví „pacient a jeho blízcí“.

Tab 1 Ověřené způsoby, kterými může zdravotník vytvořit dobrý vztah s pacientem a přispět tak k větší komplianci (Marks et al., 2000; Křivohlavý, 2002; Edelmann, 2000; Haynes, Taylor, Sackett, 1979, Meichenbaum, Turk, 1987, Gajdošík et al., 2007; Vymětal, 2003)

„MATERIÁLNÍ“ SKUTEČNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ VZTAH MEZI PACIENTEM A ZDRAVOTNÍKEM
<ul style="list-style-type: none"> dobrovolné přijetí pacienta do nemocnice či léčebny → větší kompliance
<ul style="list-style-type: none"> zdravotník má na pacienta čas, není během tohoto času vyrušován, může klidně ukončit sezení → větší kompliance
(více viz kapitolku o léčebném uspořádání a jeho vlivu na komplianci v předchozí studii o komplianci)
POSTOJ PACIENTA KE ZDRAVOTNÍKOVÍ A JEHO LÉČBĚ
<ul style="list-style-type: none"> Schopnost zdravotníka vytvořit vztah s pacientem, kde by měl pacient důvěru ve schopnosti zdravotníka → větší kompliance pacienta
<ul style="list-style-type: none"> zdravotníková možnost být s pacientem delší dobu, aby ho mohl pacient více poznat → větší kompliance
<ul style="list-style-type: none"> větší důvěra zdravotníka v léky → větší kompliance
POSTOJ ZDRAVOTNÍKA K PACIENTOVÍ
<ul style="list-style-type: none"> zdravotníkově vidění pacienta jako nadějného a léčitelného → větší kompliance
<ul style="list-style-type: none"> zdravotníkově vidění pacienta jako nezávislé, hodnotné osoby, jejíž názory jsou vítány → větší kompliance

<ul style="list-style-type: none"> vřelý, empatický, otevřený a čestný přístup k pacientovi (zdravotník se představí, má o pacienta zájem; je schopen mluvit i o věcech, které se netýkají přímo léčby; dovolí pacientovi mluvit jeho vlastními slovy; je schopen dát pacientovi zpětnou vazbu); ne nepřátelský, nepodezřívavý, nemoralizující, neobviňující, nenadřazený, ne necitelný přístup → větší compliance
ZÁJEM ZDRAVOTNÍKA O TO, CO PACIENT PROŽIVÁ, ČEHO SE OBÁVÁ A CO OČEKÁVÁ
<ul style="list-style-type: none"> zájem o pacientovy zkušenosti (co ho přivádí, co bylo tou „poslední kapkou“, po níž se rozhodl vyhledat zdravotníka, co mu vlastně dělá největší potíže, co již vyzkoušel za účelem uzdravení, co mu pomáhá; kdo má starosti o jeho stav ... – ovšem bez zbytečného vyptávání a tlaku na sdílení těchto zkušeností) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> zkoumání pacientových přesvědčení a norem (co jim vlastně podle jejich názoru je, v čem vidí příčinu, jak si nemoc vysvětlují, čeho se v souvislosti s ní bojí; čeho si cení) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> zdravotníkově porozumění pacientovi (porozumění jeho starostem; souhlas s tím, že je obtížné některé nároky léčby zachovávat; uvažování nad plusy i mínusy léčby, schopnost zdravotníka pochopit pacientovy důvody pro nebrání léků atd.) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> zdravotník ví, co pacient očekává, za jakých okolností by byl pacient aspoň minimálně spokojen, jaké problémy očekává, jakou pomoc by si přál atd.) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> zájem zdravotníka o to, jak pacient vidí své schopnosti a možnosti ve vztahu ke complianci (zda a jak „se cítí“ ohledně zvládnutí nároků léčby, co je pro něj nejobtížnější, jak dalece věří v účinnost léčby, jak je pro něho cíl léčby důležitý) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> zájem zdravotníka o to, zda je pacient kompliantní (a zjišťování míry a bariér compliance) → větší compliance
JASNÉ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI ZDRAVOTNÍKA VŮČI PACIENTOVÍ
<ul style="list-style-type: none"> vytvoření prostoru k tomu, aby pacient mohl naslouchat → větší compliance pacienta
<ul style="list-style-type: none"> pozitivní slovní projev terapeuta (představení se, ujištění, podpora, ocenění) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> zdravotníková nabídka informací o léčbě, poskytnutí odpovědí na otázky, které si klade pacient sám, anebo mu je kladou jeho blízcí (včetně uvažování o přínosech i nevýhodách léčby) → větší compliance pacienta
<ul style="list-style-type: none"> schopnost zdravotníka srozumitelně vysvětlit smysl léčby (nevyhýbání se ani tématu diagnózy a příčiny nemoci) → větší compliance pacienta
<ul style="list-style-type: none"> schopnost zdravotníka odhadnout, co bude pro pacienta asi nejobtížnější, těmto tématům se ve svém vysvětlování věnovat → větší compliance pacienta

<ul style="list-style-type: none"> • ověření toho, zda a jak pacient rozuměl vysvětlení → větší compliance pacienta
<ul style="list-style-type: none"> • poskytnutí prostoru, aby se pacient ptal, jak potřebuje (nikoliv však tlak na kladení otázek) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> • schopnost zdravotníka uvolnit napětí během konzultace → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> • komunikace bez zbytečné zlosti a úzkosti ze strany pacienta (může mluvit vlastními slovy, uvádět své představy o léčbě, nápady k ní a názory), ovšem bez tlaku na taková vyjádření; bez případného odmítnutí pacienta za něco atd. → větší compliance
SPOLUPRÁCE MEZI ZDRAVOTNÍKEM A PACIENTEM
<ul style="list-style-type: none"> • větší zapojení pacienta do rozhodování o léčbě → větší compliance pacienta
<ul style="list-style-type: none"> • souhlas pacienta s plánem léčby → větší compliance pacienta
<ul style="list-style-type: none"> • společná práce na cíli, který je pro pacienta důležitý (jak velký význam klade vůbec pacient léčebnému cíli?) → větší compliance
DALŠÍ DŮLEŽITÉ SKUTEČNOSTI
<ul style="list-style-type: none"> • větší spokojenost pacienta s léčbou (časem, prostorem, informacemi, vztahem...) → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> • naplnění očekávání, se kterými pacient k léčbě přichází → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> • spokojenost zdravotníka s vlastní prací → větší compliance
<ul style="list-style-type: none"> • větší compliance zdravotníka (v tom, jak dodržuje to, co slíbil, jak se drží odborných standardů atd.) → větší compliance pacienta

Položky ve výše zmíněné tabulce se dotýkají tématu zásadního pro pochopení compliance. A to je rozvržení moci a odpovědnosti mezi pacientem a zdravotníkem. V této souvislosti se rozlišuje způsob (styl) „zaměřený na autoritu“ (tj. model zaměřený na zdravotníka, ve své krajní podobě model dobročinný, paternalismus) a způsob „zaměřený na pacienta“ (ve své krajní

podobě model autonomní). Mezi těmito dvěma póly je ještě mnoho jiných, méně výrazných způsobů. Hlavní rozdíly obou způsobů shrnuje následující tabulka. Naznačuje současně, že cesta od paternalismu k přístupu zaměřenému na pacienta je součástí „empowermentu“ – zplnomocnění. Tedy procesu, kdy pacient získává vládu nad svým životem (Marks et al., 2000).

Tab 2 Hlavní rozdíly mezi přístupem „zaměřeným na autoritu“ a přístupem „zaměřeným na pacienta“ (upraveno podle: R. J. Edelmana /1999/), M. R. DiMatteo, D. D. DiNicola /1982/)

přístup zaměřený na autoritu (paternalismus)		přístup zaměřený na PACIENTA
léčba je založena na autoritě zdravotníka, zdravotník je v nadřazené pozici (má vyšší status, má informace o léčbě, rozhoduje), pacient je na něm závislý; podobu léčby určuje zdravotník, on ví, co je pro pacienta nejlepší	→	léčba je založena na partnerství zdravotníka a pacienta; pacient nevidí zdravotníka jako nezpochybnitelnou autoritu; zdravotník zjišťuje pacientovy plány ohledně uzdravení a směřuje je s těmi svými
je třeba, aby byl zdravotník oddaný službě pacientovi (podoba služby je předem daná), využil pro ni všechny své schopnosti, řídil se předem danými pravidly	→	je třeba, aby zdravotník ctil svébytnost pacienta i svébytnost svou; zdravotník sladuje to, co může pacientovi nabídnout, s jeho hodnotami a potřebami
zdravotník sbírá od pacienta informace	→	zdravotník naslouchá a dává pacientovi najevo, co slyšel
zdravotník se dotazuje (klade přímé dotazy, uzavřené otázky, otázky, na které si sám odpovídá); týkají se „faktických“ údajů pacientova zdraví.	→	zdravotník říká pacientovi, co pozoruje, povzbuzuje, objasňuje, ptá se na pacientovy představy, dává najevo, když pacientovi porozumí
zdravotník rozhoduje, dává pacientovi pokyny	→	zdravotník uvádí pacienta k účasti na rozhodování o léčbě
za znalého, za experta je považován zdravotník, on ze zkušenosti ví, co pacient potřebuje; pacient takové zkušenosti nemá, je v roli „nemocného“	→	i pacient je expertem (jedině on dokáže popsat zdravotníkovi svá přesvědčení o léčbě, sladit je s názory svých blízkých; jediné on rozhoduje o tom, zda přilne k navrhované léčbě)
od pacienta se očekává, že bude pasivní, bude klást jen málo otázek, nebude ovlivňovat průběh setkání se zdravotníkem; pacient je v roli „nemocného“ (není mu přičítána vina za to, že onemocněl; je zbaven některých povinností běžného života, musí se ale prokázat svou vůlí být zdravý, být před zdravotníkem zcela	→	od pacienta se očekává, že bude aktivní, bude se ptát, bude ovlivňovat průběh setkání se zdravotníkem

otevřený, co se týče léčby, a podvolit se navrhované léčbě) (Parsons, 1951; in DiMateo, DiNicola, 1982)		
mezi důležité zdravotnickovy vlastnosti patří vedle profesionálních kompetencí i schopnost zůstat ve vztahu s pacientem emocionálně neutrální, schopnost udržet si důvěru pacienta a s tím spojenou autoritu (u paternalismu je předem dána, podobně jako je dána autorita ve vztahu rodič-dítě; u méně extrémních forem vztahu je dána především převahou profesionálních znalostí zdravotníka)	→	mezi důležité zdravotnickovy vlastnosti patří vedle odborných znalostí a dovedností i zájem o pacienta, přátelskost, připravenost poskytnout prostor, aby pacient mohl mluvit, empatie, otevřenost, ochota sdílet znalosti; důvěru si zdravotník získává komunikací s pacientem
fyzicky se tento přístup projevuje vizuálním (či jiným) odlišením zdravotníka od pacienta (bílý plášť, odborné vyjadřování, mezi zdravotníkem a pacientem je velká bariéra, zdravotník sedí výše atd.)	→	fyzicky se jednání zdravotníka projevuje očním kontaktem, úsměvem, nakloněním směrem k pacientovi, sezením na stejné úrovni, bez bariéry mezi zdravotníkem a pacientem; blízkostí ve vzhledu či způsobu vyjadřování
je třeba, aby pacient usiloval o uzdravení, důvěřoval zdravotníkovi, otevřeně s ním mluvil o svých potížích, naslouchal jeho pokynům, léčil se	→	je třeba, aby pacient převzal odpovědnost za případnou léčbu, snažil se jí porozumět a informovaně se rozhodl, zda a jak ji podstoupí (ve své krajní podobě je tento model přirovnáván k obchodnímu vztahu – pacientovi je předloženo „zboží“ a on se rozhoduje, zda ho koupí, či ne); v případě, že se nechce rozhodovat, aby se snažil porozumět, proč zdravotník volí právě tento typ léčby a svolil se zdravotnickovým rozhodnutím
předpokládá se, že řešení navrhované zdravotníkem je jediné správné	→	počítá se s tím, že vzhledem k volbě správné léčby může existovat více názorů, více přístupů
je třeba, aby se pacient podřídil prostředkům i cílům léčby (cílem léčby je zdraví, zabránění nemoci, vyléčení, úleva od bolesti a utrpení, vyhnutí se zdravotnímu omezení, prodloužení života)	→	v jednání mezi zdravotníkem a pacientem dochází (vzhledem k jejich rozdílným přesvědčením, perspektivám, hodnotám) k nesouladům, o prostředcích i cílech léčby je pak třeba vyjednávat; pacient je pro hodnoty zdravotnictví získáván rozumnými způsoby, popřípadě respektován, chce-li si ponechat ty své

kompliance je úspěchem	→	kompliance nemusí být totožná s úspěchem; úspěchem je, když zdravotník pomůže pacientovi, aby se více přiblížil ke svým životním cílům
→ EMPOWERMENT →		

Paternalismus byl hojně zastáván v minulých desetiletích (Parsons, 1951; in DiMateo, DiNicola, 1982; Novotný, 2008). Dnes je použitelný jen v některých případech (Curtis, Diamond, 1997). Zejména tehdy, když je pacient neschopný jednat ve vlastním zájmu (je v kómatu, je vážně zraněn, není schopen porozumět nebezpečí, které mu hrozí); když je třeba rychle jednat (z důvodu blízkosti výrazného nebezpečí pro něj nebo pro druhé); když prostředí neumožňuje jinou formu pomoci; když vyjádří potřebu, aby ho někdo vedl; když nevidí užitek z toho, že by se sám zapojil do léčby; když dlouhodobé přínosy nynější paternalistické intervence výrazně převáží její současná negativa.

Je třeba zvážit, zda by současná paternalistická intervence mohla zabránit budoucímu ještě výraznějšímu vpádu do pacientových práv (zda současné přinucení k užívání medikace u psychiatricky nemocného pacienta zabrání jeho budoucí dlouhodobé nedobrovolné hospitalizaci). Pokud se rozhodneme pro současné paternalistické jednání, musíme jej vyvážit zjištěním, jak si sám představuje svou autonomii a jak chce získat co největší vládu nad sebou (existují totiž pacienti, kteří považují vynucené užívání medikace za větší invazi do svých práv než dlouhodobou hospitalizaci). Toto bývá často opomíjeno (Curtis, Diamond, 1997). Podobně je třeba zvážit, zda

současná paternalistická intervence neohrozí dlouhodobější blaho pacienta (např. když přinutíme pacienta, aby dnes užil léky, můžeme způsobit, že je z odporu vůči tomuto tlaku odmítne brát poté, co nad ním nebudeme mít „moc“ – dlouhodobé užívání medikace by mu mohlo pomoci daleko více) (Curtis, Diamond, 1997).

V jiných případech jeho využití nemá podporu současných výzkumů – bývá nahrazován přístupem zaměřeným na pacienta. Ovšem i ten má svá úskalí (Marks et al., 2000):

- pacient pak bývá obviňován ze své nemoci a z neúspěchu léčby, zatímco zdravotník je zbaven zodpovědnosti;
- pacient (místo zdravotníka) bývá zatěžován zbytečnými rozhodnutími, na která mu pro nemoc nezbývají síly;
- je popřena vzájemná závislost mezi pacientem a zdravotníky.

Model paternalismu využívají např. pracovníci v terénních službách psychiatricky nemocným lidem na ulici. Snaží se zprostředkovat své služby lidem, kteří by z nich mohli mít užitek, ale kteří takové služby vlastně nechťejí. Při více „na osobu zaměřeném přístupu“ by hrozilo opuštění těchto osob (Curtis, Diamond, 1997).

Pro komplianci bývá přínosem pozitivní vztah mezi zdravotníkem a pacientem.

Ten se obvykle charakterizuje slovy, jako je důvěra (přesvědčení pacienta, že se může spolehnout na zdravotníka; přesvědčení, že bude přijat se svými názory ohledně léčby i se svými pocity ohledně ní); zdravotníkův zájem o to, jak nemoc zasáhla pacienta jako osobu, jaké má očekávání a přání; schopnost zdravotníka porozumět pacientovým přesvědčením a pocitům; zdravotníková opravdovost, upřímná sdílnost (ohledně neúspěchů léčby, ohledně pochopení obtížnosti léčby i pro zdravotníka, kdyby byl na místě pacienta); schopnost mít spolu s pacientem reálný, ale i nadějný pohled do budoucnosti.

Někteří autoři (DiMatteo, DiNicola, 1982) se věnují i dalším charakteristikám zdravotníka, které přispívají k NEKOMPLIANCI pacienta: Je to např. „terapeutický pesimismus“ – tj. pesimismus zdravotníka ohledně toho, zda může pacient změnit své chování (tento pesimismus je často spojen i s hostilitou vůči pacientovi); přesvědčení (nemající oporu v současném vědeckém stavu poznání) o tom, že nekompliance je trvalým osobnostním rysem; přesvědčení, že zdraví je spíše výsledkem náhod než lidského úsilí; nereflektované nesympatie vůči pacientovi; vyčerpání a vyhoření zdravotníka; nespokojenost s prací; přesvědčení zdravotníka, že nemá dostatek schopností přispět ke změnám chování pacienta; že podobné snahy jsou příliš náročné a vlastně se ani nevyplatí atd. Dobrým lékem na některé z těchto charakteristik je zjištění D. Meichenbauma a D. C. Turka (1987), že samotní zdravotníci (pokud jsou v roli pacientů) nejsou navzdory svým znalostem o nic víc kompliantní, než je všeobecný průměr – a přesto nejsou považováni za beznadějně. Lékem na jiné z uvedených charakteristik může být

naopak povzbuzení zdravotníka, že se snaha o komplianci vyplatí i jemu osobně a že se může ve snaze o komplianci opřít o své kolegy – posun v komplianci pacienta je totiž záležitostí celého zdravotnického týmu.

Výše použité termíny (zájem, opravdovost, porozumění, upřímná sdílnost) odkazují k výrazům, které označoval Carl Rogers jako nezbytné součásti vztahu mezi terapeutem a klientem (DiMatteo, DiNicola, 1982). Podle A. S. Watermana (1978; in DiMateo, DiNicola, 1982) tento pozitivní vztah (se všemi svými charakteristikami) snadněji vzniká v prostředí, kde se pacient necítí ohrožený, nýbrž naopak kompetentní a sebevědomý, kde má vládu nad situací, kde cítí osobní zodpovědnost. Takto vzniká pozitivní vztah (důvěra, naděje atd.) u stylu na pacienta zaměřeného. U stylu zaměřeného na autoritu je pozitivní vztah (a tedy i důvěra, naděje) předpokládán.

Pozitivní vztah neznamena vyloučení nesouladu mezi zdravotníkem a lékařem. Ten je naopak častý. Zdravotník a pacient se ze začátku léčby mnohdy neshodnou na tom, co je vlastně hlavním problémem, pro který pacient do léčby přichází, co je jeho příčinou, co je cílem léčby. O tom všem se vyjednává v průběhu léčení. Terapeutická práce by měla směřovat k větší vzájemné shodě (DiMatteo, DiNicola, 1982).

Zmiňované rozvržení moci a odpovědnosti se projevuje např. i v podobě komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Znalosti pacientů týkající se doporučení, která jim zdravotníci dávají, jsou nečekaně nízké (Svarstad, 1976; in DiMateo, DiNicola, 1982). Příčinu vidí M. R. DiMatteo a D. D.

DiNicola (1982) jednak v tom, že zdravotníci nevysvětlují základní body léčby a pacienti často vysvětlení ani nepožadují, a také v tom, že pacienti si slova zdravotníka často mylně vyloží a naopak zdravotníci se neptají, zda jim pacienti porozuměli.

K tomuto tématu shrnují D. Meichenbaum a D. C. Turk (1987) výzkumy osvětlující realitu předávání informací ve zdravotnictví:

- V USA má 12 milionů dospělých schopnosti porozumět čtenému textu maximálně na úrovni čtvrté třídy – přičemž letáky jsou psány na úrovni střední školy; 60 % lidí proto nedokáže správně pochopit informace na letáčcích u léků; 21–51 % je vůbec nečte.
- 35–92 % pacientů nerozumí, co jim zdravotníci říkají; průměrně rozumějí jen 40 % z toho, co jim lékaři říkají; do 5 minut po odchodu z ordinace zapomínají 50 % z toho, co slyšeli (především pokyny, co mají dělat, aby se správně léčili), zejména to, co slyšeli v druhých dvou třetinách rozhovoru. A tak podle Svarstada (1976; in DiMateo, DiNicola, 1982) 50 % pacientů neví, jak dlouho má léky brát, 17 % neví, jak často je mají brát, 23 % nemá představu o smyslu braní medikace.

M. R. DiMatteo a D. D. DiNicola (1982) uvádějí další detaily o výzkumech studujících styl komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Tyto výzkumy mluví i o nesrozumitelnosti odborného vyjadřování zdravotníků (většina pacientů jejich „žargonu“ nerozumí, ze 100 slov, která zdravotníci považují za srozumitelná, rozumějí pacienti jen 60, např. slovu „hypertenze“ nerozumějí). Pacienti nerozumějí

odborným termínům, smysl léčby však pochopit dokážou. Pokud něčemu nerozumějí, ostýchají se zeptat (jejich otázky zaberou zhruba 7 % času konzultace se zdravotníkem), svou zmatenost dávají najevo jen nonverbálně.

Tyto výzkumy dosvědčují podcenění množství času, který je třeba věnovat vysvětlování požadavků léčby pacientovi (zdravotníci si myslí, že tomu věnují 75 % času, ve skutečnosti tím tráví jen 5 % času). Stejně tak je podle těchto výzkumů podceňováno množství času, který je třeba věnovat naslouchání pacientovi (zdravotníci si myslí, že většinu času hovoří pacient, ve skutečnosti je tomu naopak). Je ovšem třeba, aby to byl čas efektivně využitý – např. čas věnovaný zbytečným sporům, hádáním o slovíčka atd. vede spíše k nekomplianci.

Je třeba však poznamenat, že v posledních letech (spolu s rozvojem internetu) rostou možnosti, jak může pacient získat potřebné informace. Zdravotník již není jediný, od koho mohou pacienti získat názor na svou léčbu.

Pasivita pacientů, kterou bývá často ospravedlňován paternalistický přístup, je možná dána tím, že pacienti jsou navyklí na pasivní roli nemocného, jsou ve svém nemocném stavu ochromeni úzkostí (ta omezuje jejich schopnost zapamatovat si to, co jim bylo řečeno), nemají potřebné znalosti, nemají energii na vyjednávání se zdravotnickým personálem ani na převzetí další odpovědnosti. Někteří se obávají, že budou zdravotníky považováni za příliš náročné, nepříjemné, nedůvěřující, popř. hloupé pacienty. Nedostatečná

komunikace v tomto případě způsobuje nekomplianci.

Jindy nekompliance způsobuje nedostatečnou komunikaci, a to tehdy, když je „pasivita“ pacientů „aktivním“ projevem snahy vyvážit nerovnováhu moci mezi zdravotníky a pacienty (zdravotníci jsou tak zanecháni v nejistotě o tom, co si pacienti myslí, co cítí a co hodlají udělat – pacienti si uchovávají moc nad podobou, jakou bude mít jejich život, a vyhýbají se závislosti na zdravotnících).

Podobné nejasnosti panují i o tom, proč zdravotníci více nezasvěčují pacienty do „tajů“ léčby. M. R. DiMatteo a D. D. DiNicola (1982) zvažují, že to může být tím, že si prostě neuvědomují, co všechno pacienti nevědí, dále neochotou či nemožností se více angažovat ve vztahu s pacientem; snahou předejít možným komplikacím (rozrušení pacienta a nutnosti tento stav zvládnout, pacientovu nepochopení a jeho zbytečným starostem; stížnostem, že léčba byla jiná, než být měla; snížení autority zdravotníka potřebné k zachování režimu léčby v případě změny pacientova stavu, tudíž i změny názoru zdravotníka); oboustrannou dohodou mezi pacientem a zdravotníkem, že se vyhnou úzkosti a frustraci obsažené v nejistém výsledku léčby; představou, že informování by stálo příliš mnoho času apod.

Co se týče dalších komponent vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, potvrdila se zřetelná souvislost mezi kompliancí a spokojeností pacienta s léčbou. V kontextu pacientovy spokojenosti pacienta je dáno i množství informací, které je třeba pacientovi poskytnout – pacient potřebuje takové informace, které mu pomohou

odpovědět na otázky, jež si sám klade (např. jestli si sám zavinil nemoc), popřípadě které mu kladou jeho blízcí. Informace jsou pro pacienta vhodné tehdy, když buď snižují tíživost jeho situace, nebo zvyšují jeho vědomí, že může nemoc ovlivňovat, popř. nabízí možnosti, jak to učinit. Někdy pacient potřebuje podávání informací ani ne pro ně samé, ale proto, aby lépe poznal, že se zdravotník zajímá o jeho blaho. I proto je lepší, když je zdravotník podává sám – bez toho, aby jej o to musel pacient žádat. Přemíra nepotřebných informací naopak pacienta zahlcuje a vede k snížené spokojenosti s léčbou – a tedy i k nekomplianci (DiMatteo, DiNicola, 1982).

Zajímavé jsou také výzkumy odhalující souvislost mezi kompliancí a zdravotnickovou spokojeností v zaměstnání. Zmiňovaná souvislost spočívá zřejmě ve větším pocitu bezpečí, které prožívá spokojený zdravotník, a tedy i v jeho větší jistotě a pocitu kompetentnosti. Takový zdravotník pak lépe, klidněji a nekonfliktněji komunikuje s pacientem, což vede k větší komplianci (Marks et al., 2000).

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, 1979). Od přibližně šedesátých let 20. století byla uskutečněna řada výzkumů konkrétních faktorů, které by mohly komplianci ovlivňovat. Zjištěné faktory bývají většinou kategorizovány na charakteristiky pacienta, znaky dané nemoci, charakteristiky léčebného

režimu, charakteristiky léčebného uspořádání – settingu, povahu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (Meichenbaum, Turk, 1987).

Pokud se zaměříme jen na poslední jmenovanou determinantu compliance, zjišťujeme, že pro complianci bývá přínosem pozitivní vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Ten se obvykle charakterizuje slovy: důvěra; zdravotníkův zájem o to, jak nemoc zasáhla pacienta jako osobu; schopnost zdravotníka porozumět pacientovým přesvědčením a pocitům; zdravotníková opravdovost, upřímná sdílnost; schopnost mít spolu s pacientem reálný, ale i nadějný pohled do budoucnosti. Pozitivní vztah však neznamená absenci nesouladu mezi zdravotníkem a lékařem. Terapeutická práce by měla vyjednáváním směřovat k větší vzájemné shodě.

Uvedená povaha vztahu vzniká spíše v prostředí, kde je moc rovnoměrně rozvržena mezi zdravotníka a pacienta. Koncentrace moci v „rukou“ zdravotníka (paternalismus) – předem nevyjednaná – je možná jen tehdy, pokud by jiný postup znamenal opuštění pacienta, jeho přílišné zatížení, popř. když dlouhodobé přínosy paternalistické intervence výrazně převáží nad jejími negativy.

Zmiňované rozvržení moci a odpovědnosti se projevuje např. i v podobě komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Znalosti pacientů o doporučeních, které jim zdravotníci dávají, jsou nečekaně nízké (Svarstad, 1976; in DiMateo, DiNicola, 1982). Příčinu vidí M. R. DiMatteo a D. D. DiNicola (1982) jednak v tom, že zdravotníci nevysvětlují základní body léčby a pacienti ovšem často takové vysvětlení ani nepožadují; a také v tom,

že pacienti si slova zdravotníka často mylně vyloží – zdravotníci se však na druhé straně neptají, zda pacienti porozuměli tomu, co jim řekli. Mezi informovaností a compliancí jsou ještě „vymezené“ determinanty, a těmi jsou pacientova spokojenost, naplnění jeho očekávání. K těm by mělo informování směřovat.

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 Ověřené způsoby, kterými může zdravotník vytvořit dobrý vztah s pacientem a přispět tak k větší complianci

Tab 2 Hlavní rozdíly mezi přístupem „zaměřeným na autoritu“ a přístupem „zaměřeným na pacienta“

LITERATURA

1. 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.
2. Curtis, L.C., & Diamond, R. (1997). Power and Coercion in mental health practice. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). Treatment compliance and the therapeutic alliance. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
3. DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role). New York: Pergamon Press.
4. Edelman, R. J. (2000). Psychosocial aspects of health care process. Harlow, Prentice Hall, Pearson Education Limited.
5. Gajdošík, J., et al. (2007). Poznáme dostatečně ochotu pacienta dodržovat pokyny lékaře? *Praktický lékař*, 87, 103-107.
6. Haynes, R. B. (1979). 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.
7. Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: The John Hopkins University Press.
8. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
9. Marks, D. F., et al. (2000). *Health psychology: Theory, research and practice*. London: SAGE Publications.
10. Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Press.
11. Novotný, T. (2008). Co ovlivňuje dnešní vztah lékař – pacient. *Medical Tribune*, IV, 8, s. A12.
12. Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe: The Free Press. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role). New York: Pergamon Press.
13. Svarstad, B. (1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In: Mechanic, D. (Ed.) (1976). *The growth of bureaucratic*

- medicine. New York: John Wiley and Sons. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.
14. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. (3. vyd.) Praha: Portál.
15. Waterman, A. S. (1978). Individualism and interdependence. *American Psychologist*, 36 (7), 762-763. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.

Contact

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



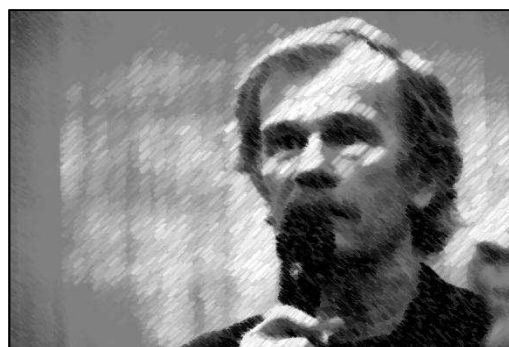
ÚVAHY, ESEJE

PONĚŠICKÝ J.: LÉČEBNÝ POTENCIÁL VZTAHU V PSYCHOTERAPII

Opakované výzkumy týkající se léčebných faktorů v psychoterapii udávají, že ze 70 procent se podílejí na úspěchu či neúspěchu tzv. nespecifické faktory, čímž se míní osobnost terapeuta a fakt, že jeho terapeutický postup se nehodí, neslučuje s osobností pacienta. (Specifickým faktorem je vliv určité psychoterapeutické metody, který se většinou přeceňuje).

Proto jsem se v posledních letech zaměřil na studium dynamiky vztahu mezi terapeutem a pacientem, na kterém se podílejí osobnosti obou aktérů.¹

Nejdříve je třeba si představit, s jakou vztahovou problematikou přicházejí pacienti s psychogenními poruchami do terapie. Ve všech psychoterapeutických školách existuje shoda v tom, že příčinou psychogenních poruch jsou nezvládnuté frustrace a traumatizace vitálních potřeb, a to jak po jistotě a spolehlivosti ve vztazích, tak i po individuaci, růstu a rozvoji. Tomu jsme vystaveni všichni, stačí se zamyslet nad tím, zda náš politicko-hospodářský systém zprostředkovává občanům pocit existenciální jistoty a zda mu jde v prvé řadě o růst a vývoj lidského potenciálu. To znamená, že další přídatnou podmínkou je nižší vrozená či získaná



frustrační tolerance, či schopnost nastolit opět homeostatický stav. To záleží na dosavadních zkušenostech s důležitými vztahovými osobami, např. zda se komunikace, týkající se frustrace a reakce na ni či snaha o uspokojení těchto potřeb spojila s podporou či odmítnutím, popř. hrozbou, tudíž s afekty úzkosti, studu či viny (jak to pozorujeme u autoritativní výchovy, zesměšňování za slabost apod.). Nejzhoršivější následky mají tyto frustrace v dětství (v době utváření osobnosti), neboť je pro dítě vitálně důležitý emocionální vztah k rodičům, pro který je ochotno vše obětovat, vše, co jej narušuje z jeho strany, „uzamknout“, vytěsnit, a tím se situaci přizpůsobit.

Úplné potlačení však není možné, vytěsněné tendence si hledají cestu k vyjádření oklikou (či nacházejí výraz v symptomu); hlavně jde o to, jak zajistit vztah, když se ukázalo, že prosté spontánní a autentické, otevřené bytí k tomu nevedlo. Dítě pak vyvine vzorce

¹ Úvaha byla přednesena na 14. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci 2012

chování, které nabízí či odměňuje rodina, naše kultura (a které si mohou i odporovat) jako je podřízení se, obětování pro druhé, či naopak imponování, zajištění přízně výkonem. Poněvadž jde o náhražky přirozené autentické interakce, nejen nevedou k plnému uspokojení, nýbrž se posléze vyčerpají, ukážou jako neefektivní, dokonce kontraproduktivní, což vede ke krizi, vývinu či zesílení symptomů, nejčastěji k depresi. Právě jí často předchází nenaplněná touha po harmonii, kterou se snaží budoucí (depresivní) pacient dosáhnout přizpůsobením, splňováním potřeb ostatních, někdy se hovoří v této souvislosti o syndromu pomáhajících profesí. Tím je, často jen krátkodobě, dosaženo bezkonfliktnosti, resp. uspokojení např. partnera. Ten je tím však pouze zhýčkán, a tím méně myslí na to, aby dělal to samé pro svou partnerku. Dokonce si ji přestane za její přizpůsobivost vážit. Ta reaguje ještě větším úsilím a trpí čím dál více nespravedlností, neboť stále více do vztahu investuje a stále méně dostává. Neuvědomuje si, že svou touhou po (absolutní) mateřské lásce dělá svého partnera bezmocným. Nakonec se zhroutí s představou, že není milování hodná. Není náhoda, že bývá deprese spojena s bolestmi.

Jiným příkladem je muž, který si myslí, že dělá vše pro rodinu, když pracuje jako zběsilý, pohybuje se na hranici infarktu, a posléze dekompenzuje, když jej manželka, na kterou měl málo času, opustila.

Nyní se vrátím do situace takovýchto pacientů, kteří se dostanou do psychoterapie, tudíž do vztahu s psychoterapeutem. Jejich obvyklé, byť sociálně nežádoucí vztahové strategie

jim poskytovaly potřebné minimum důvěrně známé jistoty, což preferují tím více v nové, pro ně neznámé situaci. To je pochopitelné: Obávají se opětne traumatizace, zklamání atd. pakliže by se ve vztahu k psychoterapeutovi otevřeli a narazili na neporozumění. Přesto si otevřenost přejí, přejí si zhojení svých ran, přejí si nový začátek, být sami sebou v atmosféře přijetí a podpory.

Psychoterapeuti hovoří v této souvislosti jak o počátečním odporu proti odkrývající psychoterapii, tak o testování terapeuta ve dvou směrech:

- a. zda pozná a vycítí, že za rouškou obvyklého chování, které si zpočátku přejí jen perfekcionizovat, se skrývá nouze či utrpení, nežitý život, strach, pocity méněcennosti apod., a
- b. zda poskytne oporu a podporu.

Terapeut by se měl otevřít jak pro onu starou, náhražkovou vztahovost, kterou samozřejmě zpochybňuje, tak pro novou vztahovou možnost. Teprve když terapeut v sobě poskytne prostor pro to, aby se do něj mohl pacient vztáhnout novým, dosud zasutým či zakázaným způsobem (např. protestovat, projevit zlost, slabost apod.), je možno očekávat pokrok v léčbě. Tím se dostáváme ke zdánlivému paradoxu, že se změna během psychoterapie musí udat napřed u terapeuta, změna v jeho hlubším porozumění pacientovi, a dání se mu k dispozici.

Nacházíme se tudíž v situaci dekonstrukce (dosavadního defenzivního „přenosového“ vztahového chování), během níž zprvu u pacienta převažuje pocit vydanosti a bezradnosti. Co dělat dál? Čekat na to, jakou cestou nás povede naše nevědomí, jak doporučují analytici, či doporučit jiné způsoby chování, což praktikují

behaviorální psychoterapeuti? Domnívám se, že nejspolehlivějším rádcem je oboustranná otevřenost, autentické setkání (Stern, Balint), jež vyzývá ke spontaneitě. Z toho vyplývá závěr, že zabývání se tzv. přenosem není samoúčelné, nýbrž že jeho překonání otvírá cestu k bezpředsudečnému setkání.

Zde je důležitý pro úspěch terapie psychoterapeutův postoj, který ozřejmím:

Anamnézy našich pacientů stále znovu potvrzují pravidlo, že tak jak rodiče a další významné osoby jednaly s dítětem, tak začalo dítě – a později i dospělý – jednat sám se sebou i s ostatními; jaký k němu okolí zaujalo vztah, takový vztah si dítě vytvořilo samo k sobě. Stejně tak má tendenci převzít obraz o sobě od obrazu, který si o něm vytvořilo jeho okolí (viz zrcadlové neurony). Je dobře, když mají rodiče adekvátní obraz o svém dítěti, o jeho nadání, o jeho možnostech a podporují jej v tomto směru. U našich pacientů jde spíše o vnučování subjektivity rodičů, jež je dítěti cizí.

Výše zmíněný proces formování osobnosti podléhá v dalším vývoji přepisování, modifikacím dle toho, jak s ním jednají další důležité vztahové osoby, parta, spolupracovníci atd. Analogicky se děje to samé v interakci s psychoterapeutem, kde tudíž hraje rozhodující roli způsob, jak psychoterapeut zachází se svým pacientem, jak jej respektuje, jaký k němu navazuje vztah, jaký obraz si o něm vytváří a jaké šance mu dává. To vše pacient podprahově vnímá, to vše spolurozhoduje o úspěchu terapie. To opět znamená, že terapeut musí porozumět svému přenosu i protipřenosu a překonat je, aby mohlo

dojít k bezpředsudečnému setkání a nové zkušenosti. Tak když v jedné balintovské skupině oslovil narcistický pacient narcistické tendence atraktivní terapeutky podat perfektní výkon a po čase nastala v terapii stagnace, nemohly pomoci žádné rady, neboť se změna musela odehrát na obou stranách (oba aktéři nebyli schopni připustit slabost, nedostačivost či nejistotu). Plným právem lze hovořit o terapii postojem, jde o důležitý nespecifický léčebný faktor.

ZÁVĚR

- Jak léčí autentické setkání? Pacient zjistí, že je takováto interakce, takovýto vztah přece jen možný, je to pro něj silný osvobozující zážitek, který bude vyhledávat i mimo terapii. Obohacuje a umožňuje růst.
- Proto je třeba pacientovi v terapii zprostředkovat následující zkušenost: když se ke mně chováš tak a tak (včetně „symptomového chování“), vyvolá to ve mně to a to a mám tendenci tímto způsobem reagovat (podpora empatie a anticipační jáské funkce). A na druhé straně: v té a té interpersonální situaci (i mezi námi) bych na vašem místě prožíval – event. místo psychosomatického symptomu – to a to (podpora introspekce, sebecítění). Tento postup odpovídá jak interakční, tak i mentalizační psychoterapii, které se doporučují v psychosomaticke (podobnost i se „social referencing“; Lammers 2007).
- Jde o symbolizaci neverbálních forem komunikace a o zkušenost: „protože na mne někdo reaguje (mám vliv na okolí), existuji“.

<i>ZÁVĚREČNÉ ZAMYŠLENÍ:</i>	<i>POZNÁMKY</i>	<i>K</i>	Jednat s pacientem „s respektem bez respektu“ (citlivě oslovit to podstatné) Aktivace dosud neznámé identity („pravého já“)
---------------------------------	-----------------	----------	--

LITERATURA:

Stern, D. N. (2004): The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life.
Lammers C.H. (2007). Emotionsbezogene Psychotherapie.

RECENZE

SKORUNKA D.: MYSL, MOZEK, VZTAHY... A PSYCHOTERAPIE

Recenze na knihu: The Developing Mind, Daniel J. Siegel, 2nd Edition, The Guilford Press, 2012, s. 506, ISBN 978-1-4625-0390-2, převzata pro čtenáře Psychosomu z Psychoterapie se svolením redakce

Málokterá publikace způsobí intelektuálně-vědecké pozdvižení napříč spektrem disciplín, jako jsou psychiatrie, vývojová psychologie, psychoterapie, psychoanalýza, neurovědy a řada dalších úzce specializovaných, nebo naopak interdisciplinárních, nově se rodících oborů. *The Developing Mind* je ukázkovým příkladem takové publikace, a to již od svého prvního vydání v roce 1999. Je tomu díky ambicióznímu pojetí, které dobře ilustruje podtitul *How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Autorem je Daniel Siegel, absolvent lékařské fakulty Harvard University, který se postupně specializoval v pediatrii a následně v dětské a dorostové psychiatrii. Ve své bohaté klinicko-výzkumné praxi se věnoval zejména problematice rodinných vztahů, citové vazbě, emocím a rozvoji psychopatologie. Nyní je Siegel klinickým profesorem na University of California, School of Medicine a podílí se na vedení Mindful Awareness Research Center. Mimo to je plodným autorem přispívajícím do ediční série amerického nakladatelství W. W. Norton & Company věnované interpersonal neurobiology.

Spolu s Allanem Schorem a dalšími odborníky na koncept citové vazby,



například Peterem Fonagym nebo Patricií Crittendenovou, patří Daniel Siegel k těm, kdo svými dílem mimo jiné rehabilitují některé psychoanalytické předpoklady v kontextu studia mozku a rozvoje neurověd. Tito odborníci přispívají k rozmachu zejména afektivních neurověd, jejichž náplní je důkladné a systematické studium vývoje mozku a klíčových emočně-kognitivních procesů, jež se odehrávají v interpersonálním kontextu života člověka. Sám Siegel razí již zmíněný pojem interpersonal neurobiology, ale při bližším seznámení s jeho působivou publikační aktivitou je zřejmé, že tato „kategorie“ zasahuje do mnoha již zmíněných teoretických a klinických oblastí poznání. Výčet všech možných oborů a mezi-oborů, kterých se Siegelova aktivita a recenzovaná publikace letmo či

důkladněji dotýká, může imponovat, ale i odrazovat a děsit zároveň. Faktem ale je, že studium vývoje mozku a mysli nikoli izolovaně, jako to činí některé obory, ale v kontextu vztahů a vývoje vztahových systémů, není jednoduchou záležitostí. Redukcionismus vyčítaný mnoha přírodním, ale i společenským vědám, a stejně tak preference určité perspektivy, například té biologicko-farmakologické v současné psychiatrii, může být jen důsledkem zoufalé snahy nějak zjednodušit komplexitu soužití lidských bytostí, jejich prožitků a forem trápení, abychom alespoň trochu a vůbec něčemu rozuměli a mohli leccos částečně ovlivnit.

Náplní textu ale nemá být suchopárná úvaha na téma teorie poznání, nýbrž recenze publikace, přesněji řečeno druhého vydání *The Developing Mind*, které se objevilo na trhu v dubnu minulého roku, skoro dvanáct let po prvním vydání. Je nabíledni, že za tak dlouho dobu se ve zmíněných oborech mnohé odehrálo a samo o sobě rozsáhlé téma nešlo jednoduše recyklovat bez zahrnutí nečerstvějších prací. Toho si byl vědom i autor, pročez k přípravě druhého vydání přistoupil maximálně zodpovědně. Ostatně posuďte sami. Jak sám Siegel v předmluvě druhého vydání publikace uvádí, měl to štěstí, že dostal „k ruce“ 15 oddaných postgraduálních studentů. V prvních fázích přípravy měli za úkol prověřit, které z poznatků uvedených v prvním vydání již neplatí. Tým pročítal první vydání odstavec po odstavci a souběžně studoval více než dva tisíce odborných článků publikovaných v respektovaných časopisech v posledním desetiletí. Nově vznikající text byl na mnoha místech doplněn o nejnovější poznatky, někde bylo nutné zpřesnění a opravy, některá fakta se objevila v nových souvislostech.

A samozřejmě se objevily i nové otázky. Mnohé z původních předpokladů v prvním vydání již novější výzkumy potvrdily, což pochopitelně přineslo celému týmu povzbuzení. Opora v relevantním výzkumu a publikacích v mnoha více či méně spřízněných oborech je v textu značná. Ač obvykle nebývá tak důsledný, čtení jsem pravidelně přerušoval, abych si v seznamu literatury dohledal detaily o citované publikaci s cílem získat ji později ve fulltextové podobě. Některé práce jsou totiž vskutku revoluční a mohly by rozšířit obzory zejména studentům medicíny, jejichž edukace je již několik let součástí mého pracovního úřadu. Ale o tom ještě bude řeč. Ve finální fázi přípravy aktuálního vydání oslovil Siegel několik kolegů, kteří první vydání komentovali v odborném tisku, popř. ho užívali jako základní text ve výuce relevantních předmětů. Tento prvek vyžádané „zpětné vazby“, jen vzácně zahrnující kritické připomínky, je znát na kvalitě textu.

Po seznámení s autorem i procesem vzniku publikace je nejvyšší čas zaobírat se publikací samotnou. Jsou vysoká očekávání naplněna? Skutečně vysvětluje autor srozumitelnou formou to, co si předsevzal a co vyjadřuje podtitul – jak interakce mezi mozkovými a vztahovými procesy utvářejí naši mysl a to, kým jsme? Jsou nejnovější poznatky z neurovědního výzkumu a spřízněných interdisciplinárních oborů příslibem důkladnějšího porozumění člověku, vztahům mezi tělesnými a psychickými procesy a systemickým souvislostem? A mohou tyto poznatky, jakkoli překvapivé, nebo naopak dokládající klinickou zkušenost, přispět ke zlepšení dosavadních forem sociální opory, léčby a psychoterapie v kontextu globálního dění v 21. století? Vzhledem k

obsáhlosti publikace, hutnosti textu a mimořádné „hustotě“ poznatků nelze na tyto otázky odpovědět jednoznačně a v obecné rovině. Proto budeme postupovat podle jednotlivých kapitol, aby měl zvědavý čtenář představu jak o obsahu knihy, tak o kvalitě zpracování. Pomineme-li úvody a předmluvy, pak základní text knihy tvoří 9 kapitol plus epilog a glosář základních pojmů, to vše na téměř 400 stranách. Kapitoly mají následující tematická zaměření: 1) Mysl, mozek, vztahy a perspektiva interpersonální neurobiologie; 2) Paměť; 3) Citová vazba; 4) Emoce; 5) Stav mysli; koheze, subjektivní zkušenost a komplexní systémy; 6) Reprezentace: módy zpracování a konstrukce reality; 7) Sebe-regulace; 8) Interpersonální vztahy; 9) Integrace.

První kapitola uvádí čtenáře do tématu. I když ve značné míře přibližuje obsah celé publikace, přináší také vysvětlení základních pojmů a předpokladů interpersonální neurobiologie. Zahrnuje seznámení s některými originálními koncepty Daniela Siegela, např. se třemi aspekty toku energie a informací včetně jejich regulace a zpracování. Dále jsou zde popsány hlavní neuronální struktury, které v popisovaných procesech hrají klíčovou úlohu. Velmi stručně je nastíněn tolik diskutovaný vztah nature a nurture, tedy působení genetických vlivů a faktorů prostředí včetně jejich vzájemné interakce a epigenetické regulace. Náplní druhé kapitoly je paměť. Dozvíme se, co to vlastně je, nahlížíme-li paměť neurobiologickou optikou. Popsány jsou různé druhy paměťových systémů a jejich vztah k emocím, mentálním modelům a chování. Samozřejmě nechybí explikace významu paměti pro rozvoj vědomí vlastního já a důraz na narativní koherenci ve vnímání a

zpracování prožitků a událostí životního příběhu. K tomu si přidejme ještě vliv emocí na proces ukládání, vybavování a zapomínání paměťových „stop“. Třetí kapitola pojednává o konceptu citové vazby (attachment). Na historický exkurz k základům postulovaným Johnem Bowlbym a Mary Ainsworthovou navazuje popis výsledků zkoumání některých jejich následovníků, např. Mary Mainové, Judith Solomonové a Erika Hesseho. Následuje detailní popis vzorců chování dle experimentu Strange Situation Procedure a odpovídajících „stavů mysli“ dle Adult Attachment Interview. Dále se dozvíme, jak významný vliv mají emoční zkušenosti v rámci citových vazeb na rozvoj mentálních reprezentací, na duševní zdraví a vznik psychopatologie. Ve čtvrté kapitole na nás čekají emoce. Nejprve jejich definice, primární emoční stavy, tělesný doprovod a diferenciacce. Zde jsou patrné určité odlišnosti od pojmání emocí jinými autory, např. Leslieem Greenbergem, jedním z významných představitelů emotion-focused terapie. Pojednání o vědomých a nevědomých emočních procesech jistě potěší všechny psychoanalyticky orientované psychoterapeuty. A nejen je. Ono zjištění, že mnohé z neuronálních procesů nejsou přístupné vědomí, a jen na některé z nich lze opatrně usuzovat z jiných projevů organismu, přeci není tak překvapivé. K tomu si přidejme ještě oddíly věnované sdílení emocí, emoční komunikaci, významu zrcadlových neuronů a základům afektivní regulace. V páté kapitole vystupuje více do popředí autorova snaha o integraci dosud prezentovaných poznatků. Řeč je o stavech mysli, o subjektivní zkušenosti a časové kontinuitě. Jde o to, jak vznikají a udržují se ty projevy člověka, které v termínech psychologie osobnosti

nazýváme rysy a dispozicemi. Opět zde vystrčí růžky systemické hledisko, to když autor píše o kontextu, sebeorganizaci, nelineárním vývoji a rekurzivně popisovaných procesů. Text páté kapitoly občas připomene pány Maturanu a Varelu s jejich konceptem autopoietických (seberozvíjejících) systémů. Humberta Maturanu nikde v citované literatuře ale nenajdeme, Francisco Varela je, světe div se, jednou citován jako první z autorů týmu jakési studie o mozkových sítích publikované v Nature Reviews Neuroscience.

Šestá kapitola je věnována procesu konstrukce reality a reprezentacím, naštěstí těm mentálním, nikoli politickým. I tak jde ale do tuhého. Jak si můžeme vůbec navzájem rozumět? Jak poznáváme/konstruujeme svět kolem nás, když vlastně není kolem nás, protože my jsme jeho nedílnou součástí, subsystémem v subsystému jiného systému, pročez nemůžeme nikdy dosáhnout ve vědě tolik žádané pozice nezávislého a objektivně posuzujícího pozorovatele. Přiznám se, čtení této kapitoly jsem musel z důvodu únavy vlastního percepčně-kognitivního aparátu na několik dní přerušit, abych se k ní již nevrátil a raději pokračoval kapitolou další, o seberegulaci, té je mi stejně potřeba nejvíce. Seberegulace je tedy náplní kapitoly sedmé. Vracíme se v ní částečně k emočnímu prožívání a významu vztahů, zejména citové vazby mezi dítětem a rodičem nebo mezi partnery. Detailně jsou popsány základní komponenty afektivní regulace, zahrnující i příklady dysregulací, tedy když regulace nefunguje optimálně a projevuje se spíše problematicky. Siegel zde na příkladu z praxe ukazuje, jak je možné habituální formy dysregulace postupně v průběhu psychoterapie modifikovat a rozvíjet zdravější varianty,

kteřé dotyčnému (a jeho blízkým) nečiní z života peklo na zemi. Kapitola osmá; jako by byla prodlouženou rukou té o citové vazbě, jež se stejně jako červená nit táhne celou knihou. Jak se varianty interakcí mezi dítětem a rodičem „podepisují“ na rozvoji neuronálních sítí, tvorbě mentálních reprezentací, budování základů afektivní regulace? Jak různé vztahové zkušenosti „dláždí cestu“ různým směrům možného individuálního vývoje včetně různých forem emočních projevů a (dys)regulací a celkové odolnosti vůči nepříznivým životním okolnostem? Něco se o tom dozvíme, i když všem čtenářům se možná autor nezavděčí. A konečně poslední kapitola, o integraci. Tu pojímá autor dvěma způsoby: zaprvé jako základní organizující princip vývoje lidské mysli v průběhu života, zadruhé jako základ odolnosti, jako proces a cíl zároveň. Pročez cíl v tomto případě můžeme nahlížet jako pomyslný svatý Grál, o jehož dosažení je žádoucí usilovat, aspirujeme-li na život flexibilní, adaptabilní, koherentní. Myšlena je tu opět narativní koherence, jejíž neurobiologické koreláty nám autor taktéž přiblíží. Autor považuje integraci za základ zdraví, za vyšší kvalitu fungování všech vzájemně propojených a zároveň diferencovaných systémů lidského organismu. A to nejen v individuální, ale také ve vztahové rovině. Integrace v tomto pojetí není samozřejmým výsledkem vývoje, naopak jí mohou různé faktory bránit a komplikovat, ale na druhou stranu je možné ji rozmanitými faktory podporovat, a to v průběhu celého života.

A jdeme do finále. Jak vyzní celkové hodnocení? V každém případě jde o mimořádnou publikaci, která je výsledkem obdivuhodné badatelské

práce. Autorovi se podařilo náročný obsah o mimořádně širí záběru zpracovat ve srozumitelné podobě, aniž utrpěla odbornost textu, Daniel Siegel s pomocí svého týmu vytvořil čtivé dílo, které občas nabývá populárně-naučné formy v tom nejlepším slova smyslu. To aby se v textu opakovaně neztráceli ti čtenáři, pro které jde o první setkání s neurovědami. Již při čtení první kapitoly se dere na jazyk poznámka, že esenci knihy je systemická perspektiva. Autor sice tento pojem ani jednou nepoužije (kdo ví proč?), v průběhu vysvětlování vývoje neuronálních sítí a různých regionů mozku v kontextu emočně-vztahových zkušeností ale opakovaně zmiňuje základní axiomy systemického myšlení (např. emergentní vlastnosti živého systému, rekurzivní povahu interakcí mezi neuronálně prožitkovou a interpersonální dimenzí člověka apod.). Stejně je to i s implicitně přítomným psychosomatickým náhledem, který se, pravda, od systemiky v některých ohledech liší pramálo. Pojem psychosomatika netrčí ze žádného souvětí, ale je všudypřítomný mezi mnoha řádky. To proto, že autor komplexně popisuje mnohá smysluplná propojení různých systémů, které si pro potřeby studia a vykazování vědeckého výkonu „rozparcelovaly“ medicína a přírodní vědy. Tělo a mysl jsou v kontextu autorem prezentovaného poznání bez jakýchkoli pochyb dvěma stranami téže mince, které se navzájem ovlivňují, nemajíce mezi sebou ostrou hranici. Tvrdošíjně oddělování těchto dvou dimenzí reprezentanty různých disciplín patří ve světle Siegelem prezentovaných poznatků na smetiště dějin.

Nucený výsek jako důsledek mnoha specializací a sub-specializací logicky nyní vede k snahám vše znovu propojit,

integrovat, nahlížet v celku a také ve vývoji. A přesně to Siegel činí. Popisuje, jak emočně zabarvené zážitky přispívají k rozvoji (nebo k narušení rozvoje) konkrétních neuronálních okruhů, mozkových regionů a k vzájemné koordinaci a propojení s vyšší úrovní složitosti a funkčnosti. Siegel trpělivě čtenáři vysvětluje, jak tyto děje souvisejí s utvářením významu a hodnoty konkrétních životních událostí, jak je s emocemi úzce spjat vznik a diferenciací různých paměťových procesů a jak s tím vším souvisí rozvoj pocitu jáství, uvědomování si vlastních duševních procesů a samozřejmě i tělesných pochodů včetně sebe-regulačních mechanismů. Emočně-kognitivní procesy, které jsou v tomto světle zároveň hybatelem i důsledkem aktivity neuronálních okruhů, představují základ našich stavů mysli, našich reprezentací sebe, vztahů, světa, které nám pomáhají adekvátně reagovat na rozmanité situace, a přitom naše „vnímání“ těchto situací zároveň v různé míře zkreslují. Pro mnohé psychoterapeuty jakékoli orientace (myslí se teoreticko-výcvikové) jde jistě o věci samozřejmé, ale zkuste udělat průzkum na katedrách fyziologie, biologie, patologické fyziologie nebo snad neurologie jakékoli lékařské fakulty. Nechci nikomu křivdit, ale dle mé zkušenosti se mnozí reprezentanti těchto oborů vyznačují vysokou mírou skepse vůči poznatkům tohoto druhu. Přitom všechny tyto vážené obory mají ve své náplni studium jen jedné dimenze toho obdivuhodného (nebo obdivuhodně nepovedeného) zázraku, jímž je složitý, mnohaúrovňový, živý organismus, jehož vznik, existence a případný rozvoj není myslitelný bez propojení s dalšími živými organismy, sociálními a ekologickými systémy. A to mnohé práce citované Siegelem byly publikovány v

impaktovaných časopisech neurofyziologických a biologických věd. Ale abych měřil všem stejně, tak dodám, že podobné nešvary jsou typické i v té společenské části spektra lidského poznání, v níž nemálo expertů na vše lidské hledí jako na pouhé jazykové konstrukce. Těm by pozorné čtení textu Daniela Siegela rozhodně prospělo.

Je troufalé hodnotit dílo, jež je výsledkem desetileté práce několikačlenného týmu, který shromažďoval, porovnával a ověřoval poznatky z mnoha oborů, aby hlavní autor vše převedl do čtivé a přehledné podoby a ještě přidal něco z klinické zkušenosti. I s maximální možnou mírou pokory je přesto nutné napsat, že publikace má také pár nedostatků, byť jich není mnoho a nejsou nijak zásadní. Hned zkraje je patrný rys typický pro severoamerický styl odborné publicistiky – po dvou předmluvách a výčtu všech významných, nějak v projektu zúčastněných je první kapitola především stručnějším popisem následujícího obsahu publikace. Naštěstí zahrnuje i některé základní pojmy a premisy, nicméně to hlavní čtenáře čeká až od druhé kapitoly. Někomu se může protivit typicky „americké“, pozitivní vyznění, které se projevuje hlavně v posledních dvou kapitolách. Příkladem jsou optimistické formulace sdělující moudra typu „více integrace - více pozitivních emocí – více kreativity – více inteligence“. Věcně to jistě nemá chybu, jen kdyby to bylo tak jednoduché. Je mnohem snazší o podobných věcech psát, než je prožívat. Nemluvě o tom, že nesnáze a nezdary jsou nedílnou součástí klinické praxe stejně jako šťastná vyústění zauzlených životních příběhů. Součástí severoamerického stylu je i časté, v celém textu se vyskytující, opakování několika základních

myšlenek. Od určitého místa a také díky své obecnosti ale působí tyto věty otravně jako kterákoli jiná klišé. Opakování je sice matkou moudrosti, ale přece jen by autor mohl mít lepší mínění o potenciální čtenářské obci. Té jinak vychází velmi vstřícnou snahou o maximální srozumitelnost, která je při pojednání o takto složitých tématech potřeba. Přesto se na některých místech objeví přetížené nebo obtížně srozumitelné větné konstrukce. Složité věty činí složité téma složité na chápání, takže je třeba vzpomenout filozofa Milana Machovce a jeho ideu třetího čtení. Ano, jde o text, který je třeba číst opakovaně, po malých dávkách, občas se vrátit a přečíst větu či odstavec ještě jednou, promýšlet a pomalu vstřebávat. Nejde v žádném případě o kratochvilné čtení na dobrou noc ani o kuchařku lehce stravitelných dobrot. Na mnoha místech by se hodilo využití didaktických prvků, které jinak bývají v anglo-amerických odborných publikacích běžné. Ojedinele se objeví obrázek a nákres. Dokonce autor pravidelně některé klíčové myšlenky zdůrazňuje v podobě jednoduchých vět v rámečcích podél textu, ale častější zařazení tabulky nebo schématu by přispělo k lepší názornosti a porozumění. Při současném rozvoji zobrazovacích technologií a existenci rozličných databází neuroanatomických a neurofyziologických dat je s podivem, že autor text neoživil několika vybranými brain images. Patrně by to navýšilo cenu publikace.

Tolik k formě. Co k obsahu? Opět je zde na místě vysoká míra pokory, neboť pomůžeme-li si metaforami z jiných disciplín, šíře a hloubka Siegelem prezentovaných znalostí je úctyhodná a značně překračuje úroveň znalostí průměrného recenzenta. Pokud ale popustíme uzdu fantazii, pár poznámek

a návrhů na možná doplnění se najde. Siegel sice razí interpersonální perspektivu, ale někdy se nevyhne tradičnímu, a pro některé čtenáře také simplexnímu pohledu individuálně pojaté psychologie a psychiatrie, jak je patrné z formulací typu „zdroj jejích obtíží byl v její mysli“ (s. 293). Stejně tak se jen okrajově věnuje problematice somatoformních (nebo chcete-li psychosomatických) poruch, jejichž etiopatogeneze velmi pravděpodobně úzce souvisí právě s popisovanými emočně-paměťovými procesy. Nemluvě o tom, že v případě tělesných potíží nemusí být dostatečný Siegelem na některých místech textu propagovaný a preferovaný prostý „trénink“ vnímavosti/uvědomování (mind insight, mindfulness, mindful awareness). A jsou tu i jiné otázky. Co třeba důkladnější pohled na úlohu neurotransmiterů v perspektivě interpersonální neurobiologie? Ne že bych byl nějakým propagátorem receptorových teorií, ale s těmi titěrnými součástmi mozkové tkáně, jakož i se substancemi, které se mezi nimi dle určitého řádu (či chaosu) míhají, je třeba počítat. Vždyť jde o jednu z mnoha rovin komunikace mezi systémy lidského organismu. Jiná věc; čtenář obeznámený s některými novějšími publikacemi v oblasti teorie citové vazby překvapeně postrádá v Siegelově textu odkazy na práce těch, kdo ve výzkumu navazují na Bowlbyho, Ainsworthovou, Mainovou a Hesseho. Na další výzkumníky a terapeuty, kteří tuto teorii dále rozpracovávají a tvoří aplikační mosty směrem k prevenci i terapii nejen duševních poruch. A poslední poznámka, navazující částečně na ty předchozí: Úvahy o farmakologické intervenci a psychoterapii obohacené o perspektivu interpersonální neurobiologie by si zasloužily více

důkladnosti a detailů. To bude totiž psychoterapeuty v praxi nejvíce zajímat. Ano z knihy je patrné, že toho víme docela dost (a dost stále ještě ne), ale jak s tím naložit v takové a takové situaci anebo v širším kontextu, kdy na mezilidské interakce a individuální procesy mysli má vliv také socio-kulturní dění? Možná se mýlím, třeba čtenáři jen pokývají hlavou a řeknou si: „Tohle už dávno víme a při psychoterapii s tím počítáme!“ A nemusí jít jen o sečtělé a zároveň zkušené vzdělance, které nezaskočí ani mystérium intersubjektivní, ani poznání, že emoce jsou nemoce. Kdo ví...

Zpět k celkovému hodnocení. Knihu lze bez rozpaků doporučit jako povinnou četbu studentům medicíny, adeptům na psychologickou a psychiatrickou profesi a samozřejmě psychoterapeutům jakéhokoli druhu. Znalost základních fyziologických a vývojových procesů je nezbytným předpokladem k tomu, abychom se vůbec mohli odvážit „pomáhat“ a „intervenovat“, abychom alespoň trochu tušili, do čeho zasahujeme a co můžeme očekávat (a co naopak ne). Siegelova práce je dle mého soudu tím typem publikace, který je zejména vhodný pro všechny, kdo zarputile trvají na terapeutickém působení jen v jedné „dimenzi“, například kognitivní nebo behaviorálně-komunikační. Tímto neduhem jsem ostatně čas od času trpěl sám, proto nyní dělám chytrého. V knize se opakovaně také objeví to, co tvrdohlavě vnucuji během některých seminářů svým studentům. Že rozlišení procesů mysli na afektivní a kognitivní je umělé, že jde o procesy úzce spjaté a vzájemně se ovlivňující. O stejném vztahu mezi tělesným a duševním ani nemluvě. Jistě není na místě kyvadlo pozornosti vychýlit z jednoho extrému do druhého,

z kognitivního opojení směrem k úžasu nad emocemi. Ale vývojově starší neuronální spoje a struktury odpovídající za afektivní náboj naší zkušenosti evidentně hrají ve spojení s tělesnými fyziologickými mechanismy významnější úlohu, než bychom si ještě před pár lety byli ochotni připustit. A konkrétně v medicíně je s tím třeba počítat. Knihu lze tedy doporučit i zájemcům o psychosomatickou medicínu, jejímž středobodem je snaha o celostnější chápání tělesných, afektivních, kognitivních a interpersonálních procesů člověka ve zdraví i nemoci. Doporučení platí i přesto, že publikace kromě obecných principů nepřináší žádné převratné poznatky týkající se léčebných postupů v této náročné disciplíně. Ano, zdůrazňuje význam terapeutického vztahu a určité jeho aspekty, ale to pro

psychoterapeuticky smýšlející lékaře a psychoterapeuty znalé aktuálního stavu poznání není jistě nic nového. Přesto lze s nadsázkou napsat, že Siegelova publikace je předzvěstí jiné medicíny a jiné psychoterapie. Té se možná mnozí nedožijeme a nelze ani s jistotou tvrdit, že půjde o lepší verze než ty momentálně převažující v institucích naší skvělé zdravotní péče. Ale *The Developing Mind* je jednou z těch nemnoha publikací, které mohou v čase získat status milníku – významného orientačního bodu na cestě rozvoje našeho poznání. A to zejména v těch disciplínách, jejichž reprezentanti se snaží porozumět vývoji a bytí složitého živého systému – člověka – v kontextu vztahů a se zvláštním zřetelem na rozmanité varianty duševního a tělesného trápení, jež jsou součástí lidského údělu.

Do redakce přišlo 8.1.2013
K tisku zařazeno 31.1.2013

AKCE, INFORMACE

POZVÁNÍ NA

4. MEZINÁRODNÍ SEMINÁŘ PSYCHOMOTORIKY V ÚSTÍ N.L. *Psychomotorická terapie v léčbě schizofrenie*

9. – 11. dubna 2013

Vážení přátelé a kolegové.

Rádi bychom Vás pozvali na 4. Mezinárodní seminář psychomotoriky, který se uskuteční na katedře psychologie Pedagogické fakulty UJEP v Ústí nad Labem ve dnech 9. až 11. 4. 2013. Hlavním tématem letošního semináře je Psychomotorická terapie v péči o duševní zdraví. Mezi hlavními hosty zde přivítáme kanadského profesora z Univerzity v Torontu Guy Faulknera, profesora Adriana Taylora z Univerzity v Exeteru, Natalii Ogynesjan z Univerzity V.I.Gercena v Petrohradě.

Cílem semináře je nabídnout řadu teoretických přednášek a praktických workshopů z oblasti psychomotoriky pod vedením českých i zahraničních odborníků. Seminář je určen pro studenty psychomotorických, psychologických, pedagogických, tělovýchovných, fyzioterapeutických a zdravotnických fakult, ale také pro pedagogy, odborníky a širokou odbornou veřejnost z ČR i ze zahraničí. Důraz je kladen na praktické ukázky z oblasti psychomotorické terapie a možnosti využití v dalších vědních oborech.

Účastníci obdrží certifikát o absolvování semináře za předpokladu splnění daných podmínek. Seminář je ohodnocen 12 kreditními body v systému celoživotního vzdělávání v oboru registrovaný klinický psycholog.

Těšíme se na Vaši účast.

Za organizační výbor

Mgr. Tereza Louková

Odborný asistent katedry psychologie PF UJEP

Informace www.psychomot.cz

datum: 9th – 11th April 2013

- **místo:** katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Univerzity Jana Evangelisty Purkyně, Ústí nad Labem, Hořeni 13, 400 96
- **Jazyk:** angličtina, čeština
- **Registrace:** registrace začala 10. ledna 2013 v sekci Registrace
- **Včasná registrace:** do 28. února 2013 (1000 Kč).
- **Další registrace:** od 28. února 2013 (1500 Kč).

Tento rok je otevřena posterová sekce v anglickém jazyce.

Abstracts should be sent until 20th February 2013 and whole articles until 15th March 2013 on the email address: hatlova@centrum.cz. From the articles we will create a compilation on CD.

SPOLEČNOST PRO KATATHYMNĚ-IMAGINATIVNÍ TERAPII

si Vás dovoluje pozvat na

**MEZINÁRODNÍ SEMINÁŘ NA TÉMA DOZRÁVÁNÍ VE
ŽDÁRU N.ŠÁZAVOU**

který se koná

od čtvrtka 25. do neděle 28. dubna 2013

Zejména jsou zváni zájemci o první seznámení s tvůrčí a účinnou psychoterapeutickou metodou, budou pro ně otevřeny základní kurzy (A).

Pro ty, kdo už jsou přijati do výcviku nabídneme další (B,C) kurzy,
pro zkušené KIP terapeuty bude mnoho kurzů speciálních.

Cizí řeči tlumočeny do češtiny

Podrobný program viz <http://www.cskip.cz/>

Těší se na Vás přípravný výbor semináře

SEMINÁŘ S HARLENE ANDERSON, PH.D. V BRNĚ

UMĚNÍ A PRAXE *SPOLUPRÁCE* V ORGANIZACÍCH, KOMERČNÍ SFÉŘE A KOMUNITNÍCH SLUŽBÁCH

**BRNO, 5. - 6. DUBNA 2013 MORAVSKÉ ZEMSKÉ MUZEUM, DIETRICHSTINSKÝ
PALÁC, ZELNÝ TRH 6, BRNO**

ZVYŠOVÁNÍ KOMPETENCÍ, ZLEPŠOVÁNÍ KOMUNIKACE A VZTAHŮ

Lidé po celém světě stále častěji objevují hodnotu a význam *spolupráce* ve svých obchodních, profesních i osobních životech. Zjišťují, že spolupráce pomáhá objevovat a maximalizovat lidský potenciál, že zvyšuje odhodlání jedinců i kolektivů a podporuje angažovanost: ochotu přispět a zapojit se.

Srdcem *kolaborativního přístupu* dr. Anderson jsou transformující vztahy a konverzace otevírající prostor pro změnu. Jde o partnerský přístup, založený na silných stránkách jedinců i skupin spatřující hodnotu v odbornosti, již do setkání přináší každý z jeho účastníků. Workshop představí základní předpoklady spolupráce jakožto umění a praxe, a to na základě postmoderní filosofie, teorie sociálního konstrukcionismu a teorie dialogu. Harlene Anderson také představí a demonstuje charakteristický rys spolupráce – tzv. *filosofický postoj*.

POPIS WORKSHOPU

Opravdová spolupráce vyžaduje nové promyšlení základních předpokladů, na nichž jsou založeny naše životy a naše práce. Jenomže: „Co je spolupráce?“ a „Jak to vlastně děláme, že spolupracujeme?“

Workshop je příležitostí učit se společně s dr. Harlene Anderson, dozvědět, co je spolupráce, co vyžaduje, jak být spolupracující. Budou představeny základní předpoklady a charakteristické rysy spolupráce. Harlene nabídne četné praktické ukázky toho, jak lze filosofický postoj uvádět do praxe: jak dochází k utváření transformujících vztahů a konverzací a jaké jsou jejich benefity.

KOMU JE WORKSHOP URČEN

Workshop bude inspirací, přínosem a příležitostí k učení pro každého, kdo pracuje s lidskými systémy – ať už v organizacích a komerční sféře, vzdělávání, terapii, či v oblasti výzkumu. Ačkoliv bude obsah workshopu zaměřen na spolupráci v obchodní sféře a

v organizacích (spolupráci mezi pracovníky a vedením organizací), probírané otázky a představované myšlenky jsou přenositelné napříč kontexty, disciplínami a oblastmi. Pro všechny účastníky workshopů je vždy zajímavé a podnětné sledovat názorné ukázky Harlene, které jsou jedinečnou příležitostí k dalšímu rozvoji vlastní praxe.

FORMÁT WORKSHOPU

Prostředí a průběh workshopu budou nastaveny tak, aby odpovídaly předpokladům kolaborativní praxe. Harlene nabídne své poznatky a zkušenosti, to však s hlubokým respektem vůči zkušenostem a vědění, které přinesou účastníci. Styl Harlene Anderson je podmanivý a povzbudivý, vyzývá a inspiruje ostatní k plnému zapojení a učení se. Workshop bude zahrnovat krátké přednášky, názorné ukázky konzultací/rozhovorů, sebezkušenostní cvičení a diskuse ve velkých i malých skupinách.

DR. HARLENE ANDERSON

Harlene Anderson je vyhledávanou lektorkou, konzultantkou a instruktorkou. Je uznávána jakožto mezinárodní vůdčí osobnost rozvoje postmoderního spolupracujícího přístupu v psychoterapii. Podařilo se jí však úspěšně aplikovat svůj kolaborativní přístup také při práci s obchodními společnostmi, organizacemi, jejich vedením a dalšími členy. Inspiruje organizace a obchodní společnosti a pomáhá jejich vedení a dalším členům dosáhnout jasných vizí, zacílení, přílivu nové energie a často též překvapivých a původně nepředstavitelných výsledků. K tomu používá specifických nástrojů: porozumění, dychtivého zájmu, okouzujícího konverzačního stylu a svých vůdcovských dovedností. Harlene je také respektovanou autorkou odborných knih, mezi něž patří *Conversations, Language and Possibilities* (česky Anderson, H. 2009. Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Brno: NC Publishing), ko-editovaná *Appreciative Organization*, dále potom *Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that Make a Difference* a konečně *Innovations in the Reflecting Process*. Je také zakladatelkou a editorkou časopisu *International Journal of Collaborative Practices* a mezinárodního certifikačního programu v kolaborativní praxi, který v České republice realizuje skupina Narativ (<http://modi.narativ.cz/>).

Harlene Anderson získala doktorát v oboru psychologie. Je zakládající členkou organizací Houston Gavelston Institute, Taos Institute a Access Success International. V roce 2008 získala Cenu Americké akademie rodinné terapie za vynikající přínos teorii a praxi rodinné terapie; v roce 2000 obdržela Cenu Americké asociace pro manželskou a rodinnou terapii za výjimečný přínos manželské a rodinné terapii; a v roce 1997 také Cenu za celoživotní dílo od Texaské asociace pro manželskou a rodinnou terapii. Více: <http://harleneanderson.org/>

ISZ-MC Praha – Mezinárodní narativní akademie 2012 - 2015

27. – 28. května 2013,

ISZ-MC, Máchova 7, Praha 2

SEMINÁŘ S LUCÍ GATTONE, (KALIFORNIE, USA) V PRAZE



ZOTAVENÍ IDENTIT A VZTAHŮ UVÍZLÝCH V TRÁPENÍ - UŽITÍM NARATIVNÍCH A SYSTEMICKÝCH NÁSTROJŮ

Dvoudenní otevřený workshop o párové terapii z narativní perspektivy

(TLUMOČENÍ DO/Z ČEŠTINY ZAJIŠTĚNO)

Info a přihlášky na www.isz-mc.cz



**Ikona psychosomatiky,
autor světových bestsellerů**
(Nemoc jako řeč duše, Nemoc jako cesta, Zákony osudu, atd.)

dr. Ruediger DAHLKE

po 10 letech opět v Praze!

6–7. dubna 2013

Hotel PYRAMIDA, Bělohorská 24,
Praha 6

Další informace na www.avanis-dahlke.eu

**Centrum
komplexní
péče**



Srdečně Vás zveme do Centra komplexní péče Dobřichovice
na konferenci spojenou s II. ročníkem benefičního programu
pro laickou i odbornou veřejnost

DEN PRO ŽIVOU RADOST

PŘIROZENÁ A VĚDOMÁ CESTA K POČETÍ A RODIČOVSTVÍ

sobota 6. 4. 2013 od 8:30

Návštěvou Dne pro Živou radost získáte zajímavé odborné informace a poplatkem za přednášky společně podpoříme projekt **Živá radost - Rok početí 2013**.

Projekt si klade za cíl vytvořit platformu pro inspiraci, informovanost a vzdělávání v oblasti přípravy na vědomé početí a rodičovství. Popularizuje tradiční a osvědčené metody. Otevírá tabu spojená s tématem. Přináší nové pohledy a souvislosti. Zprostředkovává názory a koncepce předních odborníků a osobností utvářejících veřejné mínění na toto téma. Skrze spolupráci s odborníky nabízí pomoc a podporu párům na jejich cestě k otěhotnění a rodičovství.

Konference:

Mgr. Danuše Jandourková: Početí a ztráta jako nový začátek

RNDr. Jana Rutarová Ph.D.: Přirozené početí ve zkumavce

Hana Volejníková: Metoda Ludmily Mojžišové – jedna z cest, vedoucí k početí

Bc. Clara Lewitová: Zdroj živé radosti je v nás
Ivana Königsmarková: Jak přicházíme na svět, tak budeme žít
Mgr. Kateřina Kolišová: Mýty o výživě
Speciální host: MUDr. Helena Máslová – patronka projektu Rok početí 2013

Doprovodný program – workshopy, konzultace a terapie:

Mgr. Pavla Johnsonová: Sebeuvědomění | Mgr. Jana Oršošová: Pánevní hodiny
Monika Košařová: Životní energie: kudy přichází, kudy odchází
a další terapeuté CKP Dobřichovice a Roseta

MÍSTO KONÁNÍ: CKP Dobřichovice, Na Vyhliídce 582, Dobřichovice; info: www.ckp-dobrichovice.cz

OBJEDNÁNÍ: 257 713 076, 723 603 600 | **CENA:** Hlavní program 1.000 Kč, Ostatní: 100 – 600 Kč

Program

Motto: *Početí a porod dítěte jsou jedním ze zázraků, se kterými se setkáme během svého života.*

Mluvíme-li o zázraku, znamená to, že přirozené početí a porod nejsou věci samozřejmé, a nemáme je zcela ve svých rukou. Přesto máme možnost je ovlivnit.

Anotace

Program je koncipován jako teoreticko – praktický celek. Poskytuje prostor pro otevírání velmi důležitých, odborně a společensky odlišně přijímaných skutečností na téma: početí, vědomá volba mít nebo nemít dítě, cesty vedoucí k početí, etické otázky umělého oplodnění, ztráty spojené s početím a další. V tomto prostoru Vám nabídneme různorodé pohledy předních zdravotnických odborníků čerpajících ze své dlouholeté zkušenosti. Témata budou nahlížena v kontextu fyzioterapie, psychologie, etiky, výživy, pohybových cvičení, vědomé práce s vlastním tělem a myslí, z pohledu životního stylu a péče o zdraví. V rámci programu Vám nabízíme možnost diskutovat o těchto tématech ve skupině s lektory, účastníky programu a dalšími hosty.

Hlavní program: konference, přednášky a diskuze

8.00 – 8.30 | Prezence účastníků a organizační záležitosti

8.30 – 9.00 | Představení projektu Mgr. Kučerová, Mgr. Týkalová, Mgr.

Holubcová

9.00 – 10.00 | Přednáška Mgr. Danuše Jandourková: Početí a ztráta jako nový začátek

10.00 – 11.00 | RNDr. Jana Rutarová, Ph.D.: Přirozené početí ve zkumavce

11.00 – 12.00 | Hana Volejníková: Metoda Ludmily Mojžíšové - jedna z cest vedoucí k početí

12.00 – 12.30 | Přestávka na případné dotazy, diskuzi, organizační záležitosti

12.30 – 13.30 | Přestávka na oběd

13.30 – 14.30 | Bc. Clara Lewitová: Zdroj živé radosti je v nás

14.30 – 15.30 | Ivana Königsmarková: Jak přicházíme na svět, tak budeme žít

16.00 – 17.00 | Mgr. Kateřina Kolišová: Mýty o výživě

17.00 – 18.45 | Diskuse s přednášejícími lektory a speciálním hostem – patronkou projektu Rok početí 2013 MUDr. Helenou Máslovou

18.45–19.00 | Závěrečné shrnutí, ukončení programu

Doprovodný program: workshopy, konzultace, terapie

Workshopy:

9.00 – 10.00 a 13.30 – 14.30 | Mgr. Pavla Johnsonová: Sebeuvědomění

10.00 – 11.00 a 14.30 – 15.30 | Mgr. Jana Oršošová: Pánevní hodiny

11.00 – 12.00 a 16.00 – 17.00 | Monika Košařová: Životní energie: kudy přichází a odchází

Konzultace a terapie:

9.00 – 12.00 a 13.00 – 17.00 | Terapeuti CKP Dobřichovice a Roseta: Odborné konzultace a terapie týkající se přirozeného početí, těhotenství a porodu.

Určeno pro laickou i odbornou veřejnost:

Pro ženy a muže v produktivním věku, budoucí a stávající rodiče, rodinné příslušníky. Pro odborníky: fyzioterapeuty, lékaře, psychology, pracovníky v profesích nápomocných na cestě k přirozenému početí a zdravému rodičovství. Na vzdělávací akci podáváme žádost o schválení souhlasného stanoviska Unii fyzioterapeutů UNIFY ČR, Unii porodních asistentek UNIPA a Asociací klinických psychologů AKP ČR.

Pořádá



CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE DOBŘICHOVICE je nestátní zdravotnické zařízení situované poblíž Prahy na kraji brdského lesa. Poskytuje fyzioterapii, rehabilitační lékařství a psychologii, několikadenní rehabilitační programy pro pacienty z celé ČR i zahraničí,

komplexní psychosomatická vyšetření, cvičební programy a organizuje odborné kurzy pro zdravotnické odborníky i veřejnost. CKP Dobřichovice podporuje a rozvíjí psychosomatický náhled na řešení zdravotních obtíží klientů a pacientů. Další informace a fotografie najdete na www.ckp-dobrichovice.cz. Za CKP Dobřichovice na projektu spolupracuje **Mgr. Jana Týkalová**, ředitelka CKP Dobřichovice a Roseta poskytnutím prostoru a týmu odborníků obou zařízení.



CENTRUM KOMPLEXNÍ PÉČE ROSETA je nestátní zdravotnické zařízení situované na Praze 2, které obdobně jako CKP Dobřichovice poskytuje komplexní péči v oborech fyzioterapie, rehabilitační lékařství a psychologie. Nabízí celou škálu podpůrných programů pro své klienty a pacienty a také se věnuje vzdělávání lékařů, fyzioterapeutů, psychoterapeutů, osobních trenérů, masérů i veřejnosti. Podrobné informace a fotografie najdete na www.roseta.cz nebo Facebooku Rosety. Za CKP Rosetu program koordinuje **Mgr. Jitka Holubcová** a spolupracují odborníky z tohoto zdravotnického zařízení.



ŽENSKÉ CENTRUM

ŽIVÁ RADOST Popularizuje tradiční a osvědčené metody. Otevírá tabu spojená s tématem. Přináší nové pohledy a souvislosti. Zprostředkovává názory, koncepce a programy předních odborníků a osobností utvářejících veřejné mínění na toto téma. Více informací najdete na www.zivaradost.cz. Za Živou radost projekt koordinuje **Mgr. Iveta Kučerová**.

Den pro Živou radost je benefiční akcí na podporu tohoto projektu. Živou radost můžete také podpořit osobní spoluprací, finančním či nefinančním vkladem na transparentní účet: 661888/5500 či nákupem v Obchůdku pro Živou radost během 6. dubna v Dobřichovicích.

Registrace a platba: objednání možné předem na **257 713 076, 723 603 600** (recepce CKP DOBŘICHOVICE) nebo na místě v den konání programu.

Těšíme se na setkání s Vámi

MGR. JANA TÝKALOVÁ
MGR. JITKA HOLUBCOVÁ
MGR. IVETA KUČEROVÁ
 koordinátorky

INFORMACE O SVĚTOVÉM KONGRESU PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LISABONU 12-14 ZÁŘÍ 2013

ICPM News Section

Psychother Psychosom 2012;81:67–68

DOI: 10.1159/000332888

**ICPM 2013: 22nd World Congress on Psychosomatic Medicine
'Psychosomatic Assessment and Integrative Care', 12–14
September, 2013, Lisbon, Portugal**

Topics:

- Psychosomatic assessment and diagnostic issues
- Methods of psychosomatic research
- Psychosomatic integrative care
- Psychosomatic training
- Stress and mental health
- Behavioral and psychosocial mechanisms in psychosomatic medicine
- Psychophysiology
- Psychoneuroimmunology
- Psychoendocrinology
- Psycho-oncology
- Pain
- Sleep
- Eating disorders
- Panic disorder
- Depression
- Cardiovascular disorders
- Gastrointestinal disorders
- Respiratory disorders
- Endocrinological disorders
- Neurological disorders
- Fibromyalgia and musculoskeletal disorders
- Dermatologic disorders
- Reproductive health and sexual functioning
- Somatoform disorders
- Alexithymia

Invitation

The psychosomatic approach plays a pivotal and universal role in treating complex cases in fragmented health care systems. The ICPM 2013 Congress in Lisbon will present the latest international developments in psychosomatic medicine, integrating clinical and research approaches, with particular reference to the techniques of psychosomatic assessment. You can expect an enriching and rewarding experience, attending advanced workshops, clinical

case discussions, listening updates and plenary lectures, participating in debates and scientific symposia on selected topics, and presenting oral communications and posters. We are very committed to ensuring that the Lisbon

Congress leads to improvements in the field of psychosomatic medicine, but we also hope that you will enjoy stimulating conversations across a broad spectrum of scientific and clinical disciplines with old and new friends in this lovely, sunny and peaceful city.

Welcome to Lisbon and to the ICPM 2013 Congress!

António Barbosa
Congress President

ICPM News Section

Psychother 68 Psychosom 2012;81:67–68

- Suffering, coping and vulnerability
- Quality of life and well-being
- Epidemiology
- Health promotion and prevention
- Primary health care and psychosomatic medicine
- Occupational settings in psychosomatic medicine
- Consultation-liaison psychiatry
- Genetics and psychosomatic medicine
- Culture and psychosomatic medicine
- Oriental medicine
- Mindfulness-based stress reduction programs
- Psychotherapy
- Pharmacological treatment
- Self-management
- Use of natural environment
- Philosophical issues
- Ethical issues
- Others

Further Details

Deadline for abstract submission: March 30, 2013.

Official website: www.icpm2013.org.

Registration Secretariat

Admedic

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3

1000-027 Lisboa (Portugal)

Tel. +351 21 842 9710, Fax +351 21 842 9719

E-Mail ana.montes@admedic.pt

Accommodation Secretariat

Admedic Tours

Tel. +351 21 841 8950, Fax +351 21 841 8959

E-Mail paula.cordeiro@admedictours.pt

POLITIKA, KONCEPCE

VÝROČNÍ ZPRÁVA SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU – PSYCHOSOMATICKÉ SDRUŽENÍ ZA ROK 2012

- V lednu 2012 se uskutečnila exkurze do Gorlitz – návštěva psychosomatického pracoviště.
- V únoru proběhlo setkání s MUDr. M. Konečným „Psychosomatické pracoviště“
- V březnu přednesl svou kazuistiku MUDr. E. Rys.
- V dubnu jsme se setkali se zástupkyní Organizace pacientů s Croh. chorobou, s touto organizací se podařilo navázat dobrou spoluprací, MUDr. O. Masner spolupracoval na brožuře, kterou připravují pro pacienty, a on a PhDr. P. Roubal uskutečnili pro pacienty několik seminářů. Další semináře byly naplánovány na příští rok.
- V dubnu též proběhla členská schůze, která schválila Výroční zprávu, Zprávu o činnosti za rok 2011 a rozpočet pro rok 2012.
- V květnu MUDr. F. Irmíš přednesl svůj příspěvek na téma: „Stres mezi lékařem a pacientem, problematické výroky“.
- V červnu byl odborný program odvolán, uskutečnila se ovšem diskuse výboru.
- V září vedla PhDr. A. Paloušová setkání v podobě Bálintovské skupiny.
- V říjnu se konala Konference o psychosomatice v Liberci, které se účastnila část členů SPPS a sdružení se také podílelo na její programové a organizační přípravě.
- V listopadu jsme se setkali s Mgr. P. Rumlem, který nás seznámil s prací vojenského kaplana.
- Prosincové setkání bylo odloženo, sešel se výbor.
- Po každém pražském setkání se sešel také výbor SPPS, celkově 8x. Výbor se zabýval přípravou programu setkání a liberecké konference, komunikací s členy sdružení, formálními záležitostmi spojenými s činností sdružení, komunikací s dalšími subjekty – zájemci z řad nečlenů a různými institucemi.
- Pod vedením MUDr. Z. Hánové se podařilo uskutečnit jednosemestrový seminář na 3. LF UK o psychosomatice, na kterém se podílejí právě členové SPPS.
- V průběhu celého roku pracovala Skupina pro kontakt se zahraničím, která zorganizovala lednovou návštěvu v Německu a pracuje na zpracování zahraniční literatury.
- Do sdružení byli nově přijati 2 členové, nikdo sdružení neopustil.
- Na některá setkání přicházeli nejen členové sdružení, ale i zájemci z řad nečlenů.

Zprávu vypracovala Z. Vondřichová

ČLENSKÁ SCHŮZE SPPS, DNE 11.1.2013

Výbor ve starém složení nejprve schválil přihlášku uchazečky o členství v SPPS, magistry Veroniky Roudné z Ústí nad Labem.

Přítomní členové SPPS při členské schůzi: Jana Žmolíková, Jitka Lášková, Julie Exnerová, Ivana Jirmanová, Ingrid Štrobachová, Zina Hánová, Danuše Jandourková, Zuzka Vondřichová, Ivan Vondřich, Ondřej Masner a Eduard Rys (dorazil během hlasování). Celkem 11 členů.

1. HLASOVÁNÍ O ROZPOČTECH A ZPRÁVÁCH SDRUŽENÍ

Hlasování o přijetí výroční zprávy za rok 2012, o přijetí účetní uzávěrky za rok 2012 a o přijetí návrhu rozpočtu na rok 2013 proběhlo na základě předem rozeslaných podkladů. Byly přijaty jednohlasně bez protihlasu či zdržení se.

Celé znění jednotlivých zpráv najdete na www.sp-ps.eu.

Před hlasováním o návrhu činnosti sdružení na rok 2013 proběhla na členské schůzi diskuse a stávající (a předem rozeslaný) návrh byl doplněn o další body. Nový návrh byl posléze schválen jednohlasně bez protihlasů či zdržení se.

2. SCHVÁLENÝ NÁVRH NA ČINNOST SDRUŽENÍ NA ROK 2013:

Budeme nadále směřovat ke krátkodobým a dlouhodobým cílům Sdružení, jak jsou uvedeny ve stanovách.

- *Setkání se uskuteční 1x měsíčně. Náplní setkání budou diskuze, setkání se zajímavými osobnostmi, kazuistiky, příp. Balintovské skupiny. V lednu proběhne výroční členská schůze, na podzim bychom rádi pokračovali v tradici víkendových setkání v Kobyli.*
- *Zájmově pracovní skupiny si tvoří vlastní program dle aktuálního stavu zájmu a možností - kontakty se zahraničím, návštěva zahraničního pracoviště, účast na výuce .*
- *Budeme pokračovat ve webové prezentaci Sdružení a jeho aktivit.*
- *Povedeme diskuzi a budeme hledat stanovisko k dokumentu Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatická medicína.*
- *Budeme rozvíjet spolupráci s Psychosomatickou klinikou v oblasti výuky a přípravy témat na letní konferenci.*
- *Zaměříme pozornost k patientským organizacím.*
- *Další aktivity rozvineme dle nápadů a přispění členské základny.*

3. VOLBA NOVÉHO VÝBORU SDRUŽENÍ

Volební komise: Ivana Jirmanová, Ivan Vondřich

Kandidáti do výboru: Julie Exnerová, Zina Hánová, Danuše Jandourková, Zuzana Vondřichová, Jana Žmolíková, Ivan Vondřich, Ondřej Masner.

Hlasování proběhlo tajně s použitím hlasovacích archů.

Výsledek hlasování: všichni kandidáti byli zvoleni do výboru s poměrem: 11 hlasů pro a 0 hlasů proti.

Nový výbor byl tedy zvolen ve složení: Julie Exnerová, Zina Hánová, Danuše Jandourková, Zuzana Vondřichová, Jana Žmolíková, Ivan Vondřich, Ondřej Masner.

Předseda nového výboru bude určen na prvním setkání výboru, které se uskuteční v pátek, 18.ledna od 16 hod. v prostorách ordinace Zuzky Vondřichové (Šimáčkova 1451/11, Praha 7).

4. VOLBA REVIZORA SDRUŽENÍ

Na post revizora se nenašel žádný kandidát, a tak členská schůze rozhodla, že se osloví členská základna, abychom někoho získali. Revizor bude pak zvolen dodatečně ad hoc svolanou členskou schůzí. Zájemci o tuto důležitou a čestnou funkci se, prosím, hlase na mailovou adresu SPPS, tedy info@sp-ps.eu. Děkuji.

Zapsal: Ondřej Masner

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU 18. 1. 2013

Přítomni: O. Masner, I. Vondřich, Z. Hánová, Z. Vondřichová, J. Exnerová

Omluveny: J. Žmolíková, D. Jandourková

1. Podpora výuky doc. Bendové

Znění dopisu na podporu výuky psychologie a psychosomatiky na LF v Brně za SPPS. Zašleme zřizovateli katedry psychologie na LF v Brně, doc.Bendové mail o zaslání a kopii dopisu.

2. Volba předsedy výboru SPPS

Kandidáti O. Masner a Z. Vondřichová.

Zvolena Z. Vondřichová poměrem hlasů 3:2.

3. O. Masner navrhl zřízení internetové poradny pro veřejnost.

- 4. Z. Hánová navrhla na stránkách „listárnu“ se zajímavými články a odkazy.**
- 5. Dopis členům SPPS o vyjádření názoru k návrhu dr.Chvály „Vzdělávací program nástavbového oboru Psychosomatická medicína“.**

V souladu s návrhem činnosti na rok 2013 požádáme členy o vyjádření názoru k výše uvedenému dokumentu, aby mohlo Sdružení vyslovit ucelený názor a přispět k diskusi o chystaném oboru.

REJSTŘÍK PSYCHOSOM 2012; 10 (1-4)

autor	název	složka	strana	číslo
Bušková, J.	Neurolog před a po výcviku rodinné terapie.	Kazuistika	261-281	2012;10 (4)
Čepický P.	Ad Medicína založená na důvěře	Diskuse	177-207	2012;10 (3)
Čermáková V.	Míchání a oddělování	Etika	121-125	2012;10 (2)
Hogenová A.	Co je to časové tělo?	Filosofie	297-303	2012;10 (4)
Honzák R.	Jenom brázda lesklá	Editorial	142-145	2012;10 (3)
Chvála V.	Může nemocný jazyk politiky uzdravit medicínu?	Editorial	5 7	2012;10 (1)
Chvála V.	Vánoční	Editorial	159-160	2012;10 (4)
Chvála V.	Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatická medicína	Koncepce	317-333	2012;10 (4)
Chvála V.	Ad Ivan Illich Nemesis medicíny	Recenze	42-45	2012;10 (1)
Chvála V.	Lze se pravdy dobrat násilím?	Editorial	68-71	2012;10 (2)
Chvála V.	Kde vzít v dekonstruovaném světě důvěru?	Recenze	126-129	2012;10 (2)
Chvála V., Trapková L.	Indikace k rodinné terapii v psychosomatice	Praxe	146-164	2012;10 (3)
Illich I.	Nemesis medicíny. Diagnostický imperialismus. Ukázka knihy.	Filosofie	31-39	2012;10 (1)
Jániš M.	Kompliance (část I) – historie problematiky, definice	Teorie	16-25	2012;10 (1)
Jániš M.	Kompliance I (část II.)- zjišťování, důsledky	Teorie	111-120	2012;10 (2)
Jániš M.	Kompliance (část III.) – Teoretické modely.	Teorie	166-175	2012;10 (3)
Jániš M.	Kompliance (část IV.) – Faktory, které ji ovlivňují.	Teorie	282-296	2012;10 (4)
Konečná H.	Reakce na diskusi P.Čepického k Medicině založené na důvěře	Diskuse	316	2012;10 (4)
Kryl M., Kochtová E.	Komunitní a skupinová psychoterapie jako varianta celostní péče	Kazuistika	8 15	2012;10 (1)
Kučerová I.	Rozhovor s V.Chválou o 14.konferenci psychosomatiky v Liberci	Diskuse	313-315	2012;10 (4)
Loucká P.	Jazyková demagogie v rodině a společnosti	Glosy	40-41	2012;10 (1)
Máslová H.	Rekace na 14.konferenci	Diskuse	315	2012;10 (4)
Masner O.	Únava slečny P.	Kazuistika	72- 81	2012;10 (2)
Pivoňková V.	Reakce na 14.konferenci	Diskuse	315	2012;10 (4)
Poněšický J.	Vztah těla a psyché v psychosomatice	Teorie	26-30	2012;10 (1)
Stackeová D, Blažková	Možnosti využití bioenergetické analýzy ve fyzioterapii	Teorie	93-110	2012;10 (2)
Šimek J.	Ad Jániš M.: Kompliance I., Kompliance (Část II.) – zjišťování, důsledky	Diskuse	175-176	2012;10 (3)
Turčeková L.	Psychosomatika v dermatologii	Praxe	84-92	2012;10 (2)

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.

