

# PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

## Výkonná redakce/ Editors:

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

## Adresa:

[www.psychosom.cz](http://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](http://www.psychosom.cz)

Uzávěrka čísla 2/2013 dne 31. 3. 2013, recenzní řízení bylo uzavřeno 23. 3. 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](http://www.psychosom.cz). LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření 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 2/2013

<b>Editorial .....</b>	<b>78</b>
<i>Chvála V.: Proč právní purismus zvyšuje nejistotu ve vztahu lékař – pacient?.....</i>	<i>78</i>
<b>Teorie .....</b>	<b>80</b>
<i>Jániš, M.: Kompliance (část VI.) – Postupy, které ji zvyšují.....</i>	<i>80</i>
<b>Historie .....</b>	<b>91</b>
<i>Hátlová B., Adámková S., Bašný Z.: Psychomotorická terapie – využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů.....</i>	<i>91</i>
<b>Filosofie .....</b>	<b>103</b>
<i>Slabý M.: Existencialismus a postmoderní přístup – podobnosti a rozdíly.....</i>	<i>103</i>
<i>Šimek J.: Ad Existencialismus a postmoderní přístup – podobnosti a rozdíly.....</i>	<i>111</i>
<b>Výuka.....</b>	<b>114</b>
<i>Trapková L.: Zpráva o Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci.....</i>	<i>114</i>
<b>Úvahy, eseje .....</b>	<b>129</b>
<i>Chvála V.: Pochybnosti o psychosomatice.....</i>	<i>129</i>
<b>Diskuse .....</b>	<b>133</b>
<i>Vondřich V., Chvála V.: Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatická medicína .....</i>	<i>133</i>
<b>Politika, koncepce.....</b>	<b>140</b>
<i>Zápis z členské schůze a schůze výboru SPSS 8. února 2013.....</i>	<i>140</i>
<i>ZÁPIS ZE SETKÁNÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ 12.4.2013 .....</i>	<i>141</i>
<b>Informace .....</b>	<b>144</b>
<i>„Setkání s psychoanalytickým psychoterapeutem“ .....</i>	<i>146</i>
<i>Setkání s Pesso-Boyden terapií.....</i>	<i>147</i>
<i>Setkání s pesso-boyden terapií – pokračování .....</i>	<i>148</i>
<i>4. Mezinárodní psychoterapeutické sympórium v Brně.....</i>	<i>149</i>
<i>Program taneční terapie 2013 .....</i>	<i>150</i>
<b>Pokyny pro autory .....</b>	<b>154</b>



# EDITORIAL

## CHVÁLA V.: PROČ PRÁVNÍ PURISMUS ZVYŠUJE NEJISTOTU VE VZTAHU LÉKAŘ – PACIENT?

Na deváté mezinárodní interdisciplinární konferenci o PPP a obezitě v Praze si posteskla prof. Haškovcová ve svém referátu, že „informovaný souhlas přinesl přes všechny s ním spojené problémy mnoho dobrého, ale potíž je, že se z něho stal aktuálně nedotknutelný fetiš, který ve svém důsledku ubližuje nejen pacientům, ale i lékařům“. V krátké diskusi se ukázalo, že snaha právníků ochránit svobodnou vůli pacienta před mocí lékaře a na druhé straně lékaře před kriminalizací ze strany pacienta, vede spíše ke zvýšení nejistoty. Tato snaha vede k paradoxním situacím, kdy lékař nemůže pomoci pacientovi, který strádá, a pacient nemůže těžit z důvěry k lékaři, kterou by tolik potřeboval. Proč je tomu tak? Jak to, že pokusy zvýšit jistotu mezi pacientem a lékařem, vtělené do někdy rozsáhlého elaborátu vyjmenovávajícím všechny možné komplikace léčby, nezlepšují komunikaci? Odpověď hledejme v klasické práci Niklase Luhmanna Sociální systémy, v níž tento významný systemický teoretik a sociolog dokládá, že základem každé komunikace jsou nejméně tři nepravděpodobnosti: 1) nepravděpodobnost překonání dvojí kontingence (nahodilosti), 2) nepravděpodobnost dosažení adresáta, 3) nepravděpodobnost úspěchu komunikace. Obvykle si to ani neuvědomujeme, ale pravděpodobnost, že se s druhými opravdu domluvíme, by byla velmi malá, kdyby nevznikaly sociální systémy, které

transformují nepravděpodobné v pravděpodobné. To je nakonec princip známý z biologie: buňka také zvyšuje pravděpodobnost, že zcela nepravděpodobná událost, jako je správné poskládání nukleotidů do řetězce nesoucího informaci, se stane nejen pravděpodobnou, ale dokonce základní podmínkou evoluce. Kdybychom chápali komunikaci tak, jak ji popisuje Luhmann, nahlédli bychom, že snaha vyjasnit komunikaci pomocí jakkoli rozsáhlého informovaného souhlasu je nesmysl. Pokus o komunikaci mezi pacientem a lékařem je ve skutečnosti od začátku do konce velmi složitou interakcí s vždy nejistým výsledkem. Jenže ta nejistota, kterou chceme odstranit, je ve skutečnosti žádoucí podmínkou, aby proces komunikace vůbec pokračoval. „K nejdůležitějším činnostem komunikace“ podle Luhmanna „patří senzibilizace systému (pacienta či lékaře) pro náhody, pro poruchy, pro ‚noise‘ všeho druhu.“ Tak komunikace neslouží nastolení konsenzu, ale zneklidnění. Jinak by nevznikal sociální systém, tedy funkční celek ze dvou uzavřených systémů (pacienta a lékaře), který získává svou vlastní komplexitu a zároveň může vytvořit (nový) řád. Původní naprostá nejistota při setkání dvou lidí musí být překonána investováním minima důvěry z jedné i z druhé strany, aby proces vůbec mohl pokračovat. Pacienti jsou v tomto směru učenliví a zdatní, když si



předem hledají reference o lékaři, kterého neznají. Lékař takovou možnost zpravidla nemá, dokonce má povinnost se postarat o každého pacienta, a to i kdyby pacientovi vůbec nedůvěřoval, a to také patří k asymetrii vztahu lékař – pacient. Pokusy organizátorů vnést do komunikace mezi lékařem a pacientem bezpečí administrativní cestou ztroskotávají na tom základním: na naprostém nepochopení toho, oč v komunikaci jde. Vždy znovu vzniká z naprosté nejistoty obou stran v důsledku minimální investice důvěry nový sociální systém lékař – pacient prostřednictvím nahodilých událostí, které se medicína marně snaží eliminovat. (Přesněji jde o sociální systém složený ze sociálních systémů pacienta a lékaře, kde pacient i lékař jsou místem setkání obou systémů.) I když se snažíme postupovat vždy stejně (čímž jen setkání ritualizujeme a vytváříme kulturu medicínské ordinace či nemocnice), chováme se podle doporučených postupů, paralelně stejně vždy vzniká jedinečný proces, který bude působit buď léčivě (systém pacienta se skrze zneklidnění dostane do nového řádu), nebo traumaticky (komunikace bude odmítnuta, popř. bude produkovat nežádoucí chování systému). Máme-li zlepšit komunikaci mezi pacientem a lékařem, z hlediska Luhmannovy teorie se jeví jako nezbytné odmítnout veškeré administrativní překážky tohoto procesu a přijmout riziko, které taková komunikace přináší. Potíž je, že také právníci chtějí být z něčeho živi, a tak jsou připraveni jakoukoli poruchu naší komunikace s pacientem zpeněžit, čímž prokazují medicíně, ale hlavně svým klientům, medvědí službu (viz Čepický P., *Psychosom* 2/2010, s. 120–122).

Proč o tom mluvím v úvodníku ke druhému číslu *Psychosomu*? Protože vznikla možnost, že by psychosomatika mohla být součástí oficiální medicíny. To

vyvolalo diskusi mezi zastánci tohoto přístupu, zda je to vůbec potřebné a užitečné. (viz diskuse) Pochybnost je ve světle Luhmannových názorů a zkušeností s předpisy v medicíně, které fatálně brání práci lékaře (nikoli ve smyslu obrany před pacientem, ale zabránění jakékoli činnosti) pochopitelná. Psychosomatická medicína, alespoň ta, která vychází ze zkušenosti psychoterapie, stojí vždy na jedinečném vztahu lékaře a pacienta, který je z principu obtížné administrativně kontrolovat. Podle mé zkušenosti je úspěšnost lékaře v psychosomatice přímo úměrná riziku, jakému je ochoten se při setkání s pacientem vystavit. Riziku, které znamená nejistotu a prostor pro nahodilost (noise) všeho druhu. Taková práce se vymyká operacionalizaci a doporučeným postupům, s výjimkou odpovědnosti a etiky. Na druhou stranu zakotvení psychosomatické medicíny ve Vyhlášce 185/2009 o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, jak je navrženo v její novele, je prvním oficiálním zakotvením psychosomatických ordinací v rámci českého zdravotnictví. Bez takového zakotvení bude naše práce stále ilegální. Pokud se naplňování vyhlášky ujmou organizátoři, kteří vědí, oč v takové ordinaci jde, může tento krok určit mantinely, aniž by bylo omezeno navýsost svobodné jednání lékaře při setkání s pacientem.

V.Chvála, Liberec



# TEORIE

## JÁNIŠ, M.: KOMPLIANCE (ČÁST VI.) – POSTUPY, KTERÉ JI ZVYŠUJÍ

JÁNIŠ, M.: KOMPLIANCE (ČÁST VI.) – POSTUPY, KTERÉ JI ZVYŠUJÍ. PSYCHOSOM, 2013;11(2), s. 82-92.

**ABSTRAKT:** Tématem této přehledové studie je compliance – adherence – tedy míra, se kterou se pacientovo jednání (např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků. Míra nekompliance je vysoká. Proto se objevují postupy zvyšující spolupráci mezi pacienty a zdravotníky. Je to postup motivační, který se snaží pacientovi pomoci, aby důvody pro změnu odhalil v sobě; edukativní postup usilující o to, aby pacient rozuměl léčbě, jak on sám potřebuje; behaviorální postup zaměřený na pacientovo učení se dovednostem, které kompliantní chování vyžaduje; rovněž postupy využívající sociální oporu pacienta; organizační strategie, které usilují o zjednodušení terapie, o její zpříjemnění i o zvýšený dohled nad pacientem.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** compliance, adherence, postupy zvyšující complianci.

JÁNIŠ, M.: COMPLIANCE (PART VI) – INTERVENTIONS INCREASING COMPLIANCE. PSYCHOSOM, 2013;11(2), PP. 82-92.

**ABSTRACT:** This study is focused on the topic of compliance (adherence). These concepts refer to the extent to which patient's behavior (in terms of taking medication, following diets, or achieving lifestyle changes) coincides with medical or health advice. The extent of non compliance is high. Therefore new interventions increasing cooperation between patients and health-care providers are being looked for. Among the most important strategies there is the motivation method helping the patient himself to find the reasons for compliance. Educative technique is outstanding as well: it enables patient to understand the subjects of the treatment, which he consider to be most important. Behavioral approach helps patients to gain skills necessary for compliance. The methods promoting the social support, simplifying the therapy, making it more pleasant for the patient or ensuring his or her supervision have to be also mentioned.

**KEY WORDS:** compliance, adherence, interventions increasing compliance.

### ÚVOD

V předchozích studiích o complianci jsme se zabývali teoretickými modely vysvětlujícími ne/complianci a faktory, které ji ovlivňují. Jejich znalost

naznačuje, jak lze spolupráci mezi pacienty a zdravotníky zlepšovat. Smyslem uvedených znalostí je však porozumět problematice compliance,



spíše než uvádět konkrétní strategie jejího ovlivnění. Ty představujeme nyní.

### *MOTIVAČNÍ POSTUPY ZVYŠUJÍCÍ KOMPLIANCI*

Motivační rozhovor je metoda, jak v pacientovi probudit a posílit vlastní motivy a důvody pro změnu jeho chování (Miller, Rollnick, 2006). Teoreticky je založená na transteoretickém přístupu (Prochaska, Prochaska, Johnson, 2006).

Zdravotník v duchu přístupu zaměřeného na osobu pacientovi naslouchá, snaží se mu rozumět. Během rozhovoru pacient pod vedením zdravotníka dospívá k tomu, že vidí rozpor mezi životními cíli, které má, a svým současným chováním. To se často projevuje slovíčky z oblasti „přání“ („Fakt bych chtěl přestat kouřit.“), „schopností“ („Myslím, že zvládnou si brát léky každý den.“), „důvodů“ („Kouření mě zabíjí. Někdy už ani nemůžu dýchat. A navíc je to pěkně drahé.“), „potřeb“ („Musím začít cvičit.“) (Bisonó, Manuel, Forcehimes, 2006).

Zdravotník v pacientovi probouzí pohnutky a následně i výroky směřující ke změně. Ty vycházejí z přesvědčení a hodnot pacienta – nikoliv zdravotníka. A je to pacient, kdo potřebu změny odůvodňuje, kdo pro ni argumentuje. Je to totiž jedině on, kdo se může pro změnu rozhodnout. Pokud je zdravotník přesvědčen, že pacient je schopen změnit své chování, pak rovněž vyjadřuje toto své přesvědčení a pacienta povzbuzuje (Bisonó, Manuel, Forcehimes, 2006).

Zdravotník může spolu s pacientem využít i různé speciální techniky pro odkrytí důvodů pro změnu – např. škálu toho, jakou důležitost vidí pacient ve změně svého chování; anebo škálu toho, jak vidí své schopnosti se změnit (Bisonó, Manuel, Forcehimes, 2006). Další techniky uvádí např. W. R. Miller a S. Rollnick (2006), S. C. Shea (2006).

### *EDUKATIVNÍ POSTUPY ZVYŠUJÍCÍ KOMPLIANCI*

Cílem těchto programů, které zdravotníci organizují pro pacienty, je vzájemná výměna informací o nemoci a o možném způsobu, jak začlenit požadavky léčby do běžného denního režimu. Samotná edukace o nemoci („znalosti o tom, že...“) ke zvýšení compliance nevede – mnohem důležitější jsou informace o tom, co mají pacienti v rámci léčebného režimu vlastně dělat, jakým způsobem a kdy; a rovněž co mají dělat, když nastanou problémy („znalosti o tom, jak...“). Významná není jen výměna prostých („knižních“) informací mezi zdravotníky a pacienty – důležitější je zkoumání

vzájemných očekávání o roli a zodpovědnosti jak zdravotníků, tak pacientů; o přesvědčeních pacientů o léčbě a o faktorech, které by mohly compliance ovlivnit (vedlejší účinky, vznik závislosti na lécích). (Meichenbaum, Turk, 1987)

Je třeba podtrhnout výše zmíněné termíny „vzájemná“, „výměna“, „mezi zdravotníky a pacienty“. Vystihují totiž obousměrný ráz potřebné komunikace – iniciátorem komunikace je sice zdravotník, adresátem je ovšem konkrétní pacient před ním. Zdravotník vyjadřuje zájem o to, v čem vidí pacient problém, a



vyzdvihuje to, co by mohlo s oním problémem souviset. Zdravotník zjišťuje – natolik, nakolik mu to pacient dovolí – jeho znalosti, přesvědčení, starosti, pocity, zkušenosti s kompliancí, cíle, připravenost ke změně, dovednosti, zdroje. Zdravotník poskytuje informace a rady, o které pacient projevívá zájem. Učí pacienta případné dovednosti. A sám se učí ze zkušeností pacienta. Zdravotník i pacient se snaží navzájem si porozumět. Zdravotník popíše pacientovi možnosti intervence. Společně s pacientem vyjednávají plán, identifikují případná rizika a příležitosti. Zdravotník i pacient si ověřují, zda rozumí společnému plánu. Domlouvají si následný kontakt. Pokud probíhá edukace skupinově, pak se výměna zkušeností uskutečňuje i navzájem mezi pacienty (Motlová, Holub, 2005).

Přínos edukativních programů je podle dostupných výzkumů menší, než by se očekávalo. Je to většinou dáno složitostí předávaných informací, neschopností pacientů přijímat nové informace kvůli úzkosti, která může z přijímaných informací vznikat; rozdílem v tom, co od léčby očekávají pacienti a co zdravotníci; i rozdílem v tom, jak pacienti a zdravotníci vnímají práva, povinnosti a zodpovědnosti obou skupin (Stone, 1979; in Meichenbaum, Turk, 1987).

Informování pacienta má být:

- srozumitelné, podané s ohledem na možnosti, schopnosti a dovednosti daného pacienta;
- nevyhýbající se názvu nemoci a názvu léčebné metody (názvu léku), možných příčin, průběhu a prognózy onemocnění;
- opakující základní požadavky léčby (co, kdy, jak často, jak dlouho, kdy je možné léčbu ukončit) se zahrnutím smyslu těchto doporučení a s ujištěním, že léčba bude v případě

dodržení pokynů účinná (s uvedením, kdy léčba začne působit);

- zmiňující případné negativní účinky ne/kompliance, předpovídající případné problémy, které mohou vést k nekomplianci, včetně návrhů, co dělat v takových případech;
- spojené s ověřením, že pacient rozuměl a pamatuje si, a s vyjasněním, co by ještě potřeboval vědět.

Vhodné jsou i jednoduché letáčky udávající zmíněné základní body. Mnohdy je potřeba informace opakovat znovu při další návštěvě pacienta. Jindy je potřeba pacienta naučit konkrétní dovednost (např. jak se používá inhalátor).

Je třeba poznamenat, že edukativní programy mají probíhat v rámci dobrého terapeutického vztahu mezi zdravotníky a pacienty; v atmosféře důvěry, kdy je možné mluvit o čemkoliv (a nebát se ani takových témat, jako jsou vedlejší účinky léků); v kontextu zájmu o pacientovy názory ohledně jeho stavu, v kontextu zájmu o jeho očekávání, obavy, hodnoty a zkušenosti s kompliancí; v ovzduší svobodného zvažování výhod i nevýhod compliance; s vědomím širšího pacientova systému (jeho blízkých osob).

Pro pacienta je důležitá forma předávaných informací:

- utříděnost („Nejprve vám povím o tom, kde je problém, pak jaké vyšetření je třeba podstoupit a nakonec jak vyléčit nemoc vašeho dítěte.“),
- srozumitelnost (bez zdravotnického „žargonu“),
- jednoduchost (krátké věty),
- uskutečnitelnost,
- ale i poutavost (vzniklá např. použitím inspirujících případů pacientů s podobnými problémy, užitím přirovnání, humoru atd.).





Součástí výkladu je též vzbuzení naděje (Meichenbaum, Turk, 1987).

Aby edukativní programy byly srozumitelné a jednoduché, je třeba, aby byl takový i samotný režim. Proto se objevují snahy jej co nejvíce zjednodušit (snížit počet léků, zvýšit dobu jejich účinnosti, omezit braní léků pokud možno na jednu denně, používat speciální dávkovač léků, odstranit složité uzávěry lahviček léků, zlevnit poplatky za užívání léků atd.). Edukativní programy budou rovněž účinnější, když jimi popisovaný režim nebude tak náročný na zapamatování – když budou sníženy dopady možné zapomnětlivosti. Strategie snižující zapomnětlivost pacientů jsou různé: např. spojit užívání medikace s konkrétní denní činností

(ranní pití kávy), připomenout léčbu kontaktem s běžnými denními předměty (připomínka léčby znamením na hodinkách), umístit medikaci poblíž pravidelně užívaných věcí (postavit krabičku s léky vedle budíku), utrhnout list z kalendáře po užití léku, zajistit dohlížení ze strany blízkých, psát záznamy o užívání léků, přinést prázdnou lahvičku po využívání medikace, připomínky mailem, alarmy, kartičky, telefonáty, osobní návštěva, předem dohodnout setkání se zdravotníkem na konkrétní hodinu, aby pacient nemusel dlouho čekat, snížit čas mezi objednáním a samotným setkáním se zdravotníkem (nejlépe méně než týden) atd. To už jsou však spíše behaviorální metody zvyšování kompliance.

### *BEHAVIORÁLNÍ POSTUPY ZVYŠUJÍCÍ KOMPLIANCI*

Teoretické kořeny těchto postupů byly popsány ve stati o modelech učení vysvětlujících komplianci. Nyní ke konkrétním postupům:

Vytváření programu, který je šitý na míru konkrétnímu pacientovi („tailoring“): Pro získání větší spolupráce pacienta se využívají sekundární motivace pacienta (např. pacient chce zhubnout a současně tvrdí, že mu chybějí známí a přátelé – takové osobě je nabídnut program léčby ve skupině spíše než individuální program snižování nadváhy); počítá se s jedinečnými charakteristikami pacienta (práce na změnách postojů začíná u méně motivovaného pacienta později než u motivovanějšího); využívají se zvyky pacienta (braní léků se spojuje s čištěním zubů).

Postupné zvyšování nároků léčby: Požadavky terapie se odvíjejí od toho, jak pacient úspěšně postupuje ke svému

cíli. Příklad: pacient, který snižuje svůj denní příjem kalorií, jí dietně zprvu jen snídani – když to zvládne, omezí se dietně i během oběda; pacient začínající svou léčbu určitou medikací postupně zvyšuje množství tablet, které během dne užívá.

Sebemonitorování („self-monitoring“): Pokud pacienti chtějí změnit své chování (např. směrem ke komplianci), je nejprve třeba, aby znali své současné chování a byli si vědomi, co vlastně dělají a co naopak nedělají. Například mnozí kuřáci si ani neuvědomují, že si při ranní kávě zapalují cigaretu; mnozí diabetici nedokážou rozpoznat ohrožující hladinu cukru ve své krvi atd. Jedním z užitečných způsobů, jak zvýšit komplianci pacientů, je pomoci jim, aby lépe sledovali svůj zdravotní stav, a tím lépe porozuměli své nemoci i léčbě. Podpořit je v tom, aby se stali „odborníky“ na sebe samé. To můžeme činit například požadavkem, aby pacienti



udělali záznam do kalendáře předtím, než si vezmou doporučený lék (zacvičí si, snědí jídlo, změří si hladinu cukru v krvi), a aby rovněž sledovali, jak jim během těchto dnů bylo. Anebo můžeme učinit dohodu s pacienty snažícími se zhubnout, aby vyplňovali záznamy o tom, co se chystali sníst (ne o tom, co skutečně snědli; ne o tom, jak se jim dařilo snížit hmotnost). Ještě lepší je ovšem vzbudit v pacientech přání pozorovat sami sebe – říci jim např. o různých způsobech sebemonitorování, nechat je posoudit, které jsou pro ně použitelné a které nikoliv (Meichenbaum, Turk, 1987). Později je důležitá kontrola záznamů a oceňování přesnosti v jejich vyplňování. Sebemonitorování pacienta by mělo vést k jeho větší jistotě a naději – ne k přehnanému zabývání se nemocí, zbytečným úzkostem a starostem (Dunbar, Marschall, Hovell, 1980).

Stanovení cílů („goal setting“): Je záhodno, aby zdravotníci pomáhali pacientům stanovovat co nejvíce konkrétní, dosažitelné, pokud možno krátkodobé cíle, které by pacientům samotným vyhovovaly; aby informovali pacienty o tom, jak jsou úspěšní při jejich dosahování; aby podpořili pacienty v tom, že se za svůj úspěch smysluplně odmění. Zdravotníci mohou také naučit pacienty dovednosti, které jim chybí pro úspěšné dosažení jejich cíle. Užitečné může být zapojení blízkých do stanovování cílů a do odměňování za jejich dosahování (Meichenbaum, Turk, 1987).

Ovlivňování podnětů („stimulus control“): Se znalostí toho, že mnohé podněty provokují následné chování, se může zdravotník s pacientem domluvit:

- že si pacient vytvoří podněty, které zvyšují pravděpodobnost kompliantního chování (např.

pacient se hned po práci obleče do sportovního oblečení – to zvýší pravděpodobnost, že si půjde zaběhat, spíše než kdyby zůstal oblečen ve formálním oblečení, které používá v práci);

- že se pacient vyhýbá podnětům, které zvyšují výskyt nekompliantního chování (např. pacient se v supermarketu vyhýbá regálům s nedietními potravinami);
- že se sníží námaha, kterou musí pacient vynaložit, aby byl kompliantní (zdravotník se kupříkladu domluví s pacientem na užívání méně tablet při zachování účinné dávky);
- že se zvýší námaha, kterou musí pacient vynaložit, aby byl nekompliantní (např. kuřáci přestanou nosit krabičku v kapse, raději mají jednotlivé cigarety různé po domě).

Zpětná vazba („feedback“): Zpětná vazba je v tomto případě vlastně informování pacientů o tom, jak zvládají kompliance s léčebným režimem a jak se jim daří učit se dovednostem, které po nich léčba vyžaduje (Meichenbaum, Turk, 1987).

Používání odměn a trestů („reinforcement“): Někteří zdravotníci používají pro udržení kompliantního chování svých pacientů vlastní odměny. Pokud je jejich pacient kompliantní, tak s ním stráví více času, pochválí jej, sníží mu poplatek, zapíší ho s jeho souhlasem na seznam kompliantních pacientů, přispějí mu na koupi nějaké zdravotnické pomůcky. Při nekomplianci používají tresty (požadují finanční kompenzaci, po opakované nekomplianci odmítnou setkání s pacientem, přinutí jej poslat peníze na organizaci, kterou daný pacient nesnáší, odejmou pacientovi vklad, který do zdravotnické organizace vložil atd.). Jiným způsobem, jak používat odměny a tresty, je získat



pacienta pro to, aby se za úspěchy v komplianci odměňoval sám, aby „sám se sebou soutěžil“, porovnával svůj stav, byl na sebe hrdý. Dalším způsobem užití odměn a trestů je zapojení rodiny pacienta (rodiče jsou povzbuzeni, aby své dítě za komplianci odměnili návštěvou kina, možností přespání kamaráda u nich doma, pochvalou, tím, co dítěti chutná), popřípadě zapojení učitele dětského pacienta, zaměstnavatele dospělého pacienta atd. (Meichenbaum, Turk, 1987).

Osvojování dovedností seberegulace: Jak připomínají D. Meichenbaum a D. C. Turk (1987), pacienty je vhodné pomocí výkladu, videoprezentace, nácviku, hraní rolí apod. naučit dovednosti, které potřebují k dodržování léčebného režimu.

Mnohdy jim totiž chybí:

- dovednosti řešit problémy; změnit své reakce na ně, pokud jsou neřešitelné; poučit se pro příště – tj. navyknout si na to, že problémy s léčbou přicházejí; naučit se definovat, proč je daná situace vlastně problémem; získat si o ní dostatek informací; odlišit domněnky od faktů; určit, co vlastně chci změnit a zda jsem v tom realistický; být schopen svobodně vymýšlet různé způsoby řešení; vybrat z nich to nejfunkčnější; porovnat přínosy a ztráty léčby vzhledem k sobě a k druhým; vidět problém jako výzvu a neúspěch jako možnost se poučit; být si vědom

### VYUŽÍVÁNÍ SOCIÁLNÍ OPORY

V mnohých případech jsou pacienti závislí v léčbě na své rodině, svých blízkých či na své komunitě. Někdy chtějí využít podporu svých blízkých,

rizikových situací; být schopen se poradit; být schopen delegovat své povinnosti na jiného člena rodiny; uvažovat, jak jsem daný problém už kdysi řešil, jak by jej řešili jiní; postupovat metodou pokusu a omylu atd.;

- interpersonální a intrapersonální dovednosti – např. jak předcházet rizikovým situacím a jak je řešit (jak může rodič předem zajistit, aby jeho dítěti, které má diabetes, připravili na návštěvě dietní jídlo);
- dovednosti, které umožňují vyrovnat se s porušením režimu a poučit se z něj: být si vědom své zranitelnosti a šetřit síly; naučit se odpočívat a žít vyváženým životním stylem; znát rizikové situace (negativní emoce, stres, konflikty); být schopen rozpoznat, že se blíží; vyhnout se katastrofizujícím pohledům na případné porušení plánovaného režimu i zbytečným pocitům viny, beznaděje, strachu, a tím zmírnit účinek jeho jednorázového porušení, aby nepřešlo do plného, dlouhodobého nedodržení léčby; být schopen se poučit z neúspěchu; mít realistická očekávání, např. ohledně účinnosti léků (Marlatt, Gordon, 1985);
- vnímání, že jsou sami schopni si osvojit dovednosti potřebné pro komplianci (rozvrhnout si svůj plán do malých kroků – za jejich dosažení se odměňovat; porovnávat svůj postup; přičítat úspěch spíše sobě než okolním vlivům).

jindy nikoliv (zvláště tehdy, vzbuzuje-li to v nich pocit, že jsou nesamostatní). Je ale přirozené, že člověk potřebuje podporu, když je nemocný. Po dohodě s



pacientem je tedy možné (Meichenbaum, Turk, 1987):

- informovat rodinné příslušníky o léčbě a přizvat je k účasti na ní;
- vytvořit skupinu pacientů, popřípadě využít přítomnost zkušenějších (kompliantních) pacientů;
- uspořádat skupinovou diskusi pro pacienty a rodinné příslušníky (společně či odděleně);
- navštěvovat rodiny pacientů;
- zavést skupiny nekompliantních pacientů a umožnit jim diskusi se zdravotníkem i mezi sebou;
- zlepšit předávání pacienta z léčby při hospitalizaci do léčby (podpory) ambulantní, popřípadě seznamování pacienta s jinou službou v regionu;
- vytvořit multidisciplinární tým (jeho součástí je i pacient a jeho blízcí), ve kterém bude péče lépe koordinovaná, a tedy bude i snazší komunikace a spolupráce;
- vytvořit dostatečné množství svépomocných a vzdělávacích materiálů;
- zaangažovat širší komunitu v aktivitách podporujících zdraví (např. zorganizovat debaty o prevenci a léčbě hypertenze pro členy farnosti, pro obyvatele některé oblasti či členy nějaké zájmové organizace atd.).

Blízcí (popřípadě komunita, svépomocné organizace) mohou pacientovi zajistit

materiální podmínky, které jsou pro terapii nezbytné (jídlo, bydlení, transport, finance, telefon); kompenzovat případné pacientovy handicap (např. jeho sníženou schopnost pochopit základy léčby); povzbudit ho; připomenout mu léčbu; asistovat mu; dohlédnout na něj; odměnit jej za dodržování léčby. Dokážou také dobře rozpoznat případné rizikové situace a další bariéry v komplianci. Mohou pomoci. Dobré zkušenosti jsou např. s podporou partnerů těch, kdo se snaží zhubnout, kdo zavádějí do svého života více pohybových aktivit, kdo mají problémy s užíváním bezpečnostního pásu v autě atd. (Dunbar, Marschall, Hovell, 1980). Někdy se namísto přirozené sociální opory využívá opora formální – účel je ale podobný: povzbudit pacienta, připomenout mu léčbu, asistovat mu, dohlédnout na něj, odměnit jej za dodržování léčby. Pacienti jsou proto zvaní na častější návštěvy nemocnice, zdravotníci (nebo jiní pracovníci) za nimi chodí domů, nekompliantní pacienti jsou hospitalizováni apod. (Haynes, 1979c).

Blízcí pacienta jsou také těmi, kdo jsou jeho nemocí ovlivněni, a zaslouží si rovněž podporu. Ne vždy dostatečně rozumějí léčbě, často jsou unaveni a potřebují ve své péči aspoň na čas ulevit; mnohdy nemají jasnou představu, kam se obrátit o pomoc.

### ORGANIZAČNÍ STRATEGIE ZVYŠUJÍCÍ KOMPLIANCI

Tyto strategie zvyšují komplianci prostřednictvím (Rapoff, 1999):

- zvýšení dostupnosti dané zdravotnické služby (finančně, dopravně);
- vytvořením příjemného prostředí v místě výkonu léčby (např. hračky v čekárně dětské ambulance);
- zvýšením dohledu nad chováním pacienta;
- zjednodušením a zpříjemněním terapie.



## DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNÍKY

Doporučení pro zdravotníky dle D. Meichenbauma a D. C. Turka (1987); L. C. Curtise a R. Diamonda (1997), A. M. Bisonó, J. F. Manuela, A. A. Forcehimese (2006), J. Pavláta (2000):

**Doporučení 1.** Usiluj o spolupracující vztah s pacientem založený na úctě a důstojnosti. Od pacienta se lišíš jen svou momentální rolí.

**Doporučení 2.** Nekompliance je přirozená. Předpokládej ji, počítej s ní. Pacient má pro ni většinou pochopitelné důvody.

**Doporučení 3.** Uvažuj o navrhované léčbě z perspektivy pacienta (vzhledem k jeho hodnotám, životním okolnostem, povinností, očekáváním, cílům, přesvědčením). Nepředpokládej, že pacient bude zachovávat léčbu přesně tak, jak chceš ty, jen kvůli zdraví či jen kvůli tobě. Dovol pacientovi, aby ti svůj pohled sdělil.

**Doporučení 4.** Buď soustředěný na pacienta. Snaž se zjistit pacientovy důvody pro ne/komplianci včetně toho, co s nekompliancí vlastně souvisí (očekávání, přesvědčení, obavy, cíle, znalosti, schopnosti, opory, zdroje). Naslouchej tomu, co pacient říká (jeho názorům na to, co mu terapie vezme a co mu dá, tomu, jak nadějně léčbu vnímá; jak je pro něj důležitý cíl léčby; co by mu mohlo v léčbě pomoci a co by mu mohlo naopak bránit; jestli sám sobě věří, že to zvládne). V tom spočívá nezastupitelná odbornost pacienta. Zabývej se i tím, co pacient nezmiňuje. To totiž může odkazovat na skutečnost, že něco přeslechl, něčemu nerozumí, či něco nechce zachovávat. To, co je z pacientových názorů pravdivé, oceň; to, co pravdivé není, uveď na správnou míru.

**Doporučení 6.** Informuj pacienta (slovně, psanou formou) tak, jak to odpovídá jeho potřebám, schopnostem, životnímu stylu. Počítej s tím, že pacienti mnohé z toho, co jim říkáš, zapomenou.

**Doporučení 7.** Přizpůsob léčbu konkrétnímu pacientovi tak, aby byla účinná, jednoduchá, pohodlná, málo nákladná, s co nejmenšími vedlejšími účinky a nenáročná na životní změny. A aby vyhovovala pacientovu pohledu na svět. Nauč pacienta, co má dělat, když se objeví problémy.

**Doporučení 8.** Vezmi v úvahu, že komplianci ovlivňují faktory ze strany pacienta, kterého máš před sebou, jeho nemoci, tebou navrhované léčby, tvé organizace i pacientova vztahu s tebou. Měj znalosti o těchto faktorech. Rovněž měj znalosti o strategiích zvyšujících komplianci a vůbec o principech kompliance.

**Doporučení 9.** Ujisti se, že tvá léčba odpovídá odborným standardům. Pokud léčbě věříš, pak zdůrazni důležitost jejího zachování.

**Doporučení 10.** Snaž se vyjednávat. Buď ochotný ke kompromisům tam, kde je to možné. Léčba, která jakž takž vyhovuje a probíhá, je lepší než léčba dokonalá, která ovšem neprobíhá. Buď si vědom, že i pacient dělá kompromisy. Oceň pacienta za jeho pokroky v léčbě.

**Doporučení 11.** Snaž se vyhnout tomu, že bys šel „proti pacientovi“. Raději běž „s ním“. Pokud cítíš, že se dostáváš s pacientem do konfliktu, vyhýbej se vlastním argumentům pro komplianci. Spíš se je snaž objevit v pacientovi – i on sám totiž zvažuje důvody pro to se změnit.



**Doporučení 12.** Domluv se s pacientem, jaká podpora blízkých je možná a jak jí lze dosáhnout.

**Doporučení 13.** Zajisti, aby tvá péče byla organizačně dobře dostupná a aby se pacient mohl spolehnout na její návaznost. Snaž se zajistit pro pacienta další alternativy k tomu, co nabízíš ty.

**Doporučení 14.** Spolupracuj s ostatními zdravotníky, s dalšími členy týmu i s pracovníky v pacientově komunitě (ambulantními zdravotníky, sociálními pracovníky atd.). Kompliance pacienta souvisí s jeho vztahem ke všem účastníkům této interakce.

**Doporučení 15.** Buď si vědom toho, jak při prosazování léčby užíváš moc – přemýšlej nad tím, jaký je její účel a zda neexistují nějaké alternativy. Zvaž, zda jsi poskytl pacientovi prostor pro informované rozhodnutí.

## 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). Zjišťujeme, že pacientovo jednání se s radami zdravotníků spíše neshoduje než shoduje.

Badatelé se snaží porozumět lidem, kteří se nekompliantně chovají. Vytvářejí řadu teoretických modelů a zkoumají i konkrétní faktory ovlivňující ne/komplianci. Z těchto teorií i výzkumů faktorů ovlivňujících ne/komplianci vyplývají konkrétní postupy zvyšování spolupráce mezi zdravotníky a pacienty.

Je to postup motivační, který se snaží pacientovi pomoci, aby důvody pro

**Doporučení 16.** Všechny své intervence opakuj – dosažení compliance většinou nenastává hned. Pacient spíše postupuje směrem ke complianci po drobných krocích. Zvaž, zda je tvým cílem okamžitá compliance, nebo spíše mírné dlouhodobé pacientovo přibližování ke compliantnímu chování.

**Doporučení 17.** Nevzdávej to! Neodepisuj sebe jako neschopného a neodepisuj pacienty jako nekompliantní. Neobviňuj a „nenálepkuj“. I ty sám býváš nekompliantní. Projdi si znovu doporučení 1–16. Nemysli si, že je tvůj kontakt s pacientem zbytečný, pokud se rozhodl být nekompliantní.

**Doporučení 18.** Nepředpokládej, že by tví pacienti měli být compliantní, anebo takoví měli chtít být. Nepředpokládej, že zdraví je pro ně nejvyšší hodnotou.

změnu odkryl v sobě, aby objevil rozpory mezi životními cíli, které má, a svým současným (nekompliantním) chováním (Miller, Rollnick, 2006). Zmínit je třeba i edukativní postup usilující o to, aby pacient rozuměl léčbě, jak on sám potřebuje, a aby se dozvěděl o způsobu, jak začlenit požadavky léčby do běžného denního režimu (Meichenbaum, Turk, 1987). Behaviorální postup je zaměřený na to, aby se pacient učil dovednostem, které compliantní chování vyžaduje (Meichenbaum, Turk, 1987). Důležité jsou rovněž postupy využívající sociální oporu pacienta (Dunbar, Marschall, Hovell, 1980) a strategie organizační, které usilují o zjednodušení terapie, o její zpříjemnění i o zvýšený dohled nad pacientem (Rapoff, 1999).



*LITERATURA*

1. Bisonó, A. M., Manuel, J. F., & Forcehimes, A. A. (2006). Promoting treatment adherence through motivational interviewing. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.
2. 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.
3. Blackwell, B. (Ed.) (1997b). Treatment compliance and the therapeutic alliance. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
4. 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.
5. DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role). New York: Pergamon Press.
6. Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.
7. Dunbar, J. M., Marshall, G. D., & Howell, M. F. (1979). Behavioral strategies for improving compliance. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press.
8. Haynes, R. B. (1979). Introduction. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: The John Hopkins University Press.
9. Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University Press.
10. Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.
11. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). Motivační rozhovory (Příprava lidí ke změně závislého chování). Tišnov: Sdružení SCAN.
12. Motlová, L., & Holub, D. (2005). Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia*, 6, 514–516.
13. Pavlát, J. (2000). Obtížný pacient I. *Česká a slovenská psychiatrie*, 96, 1, 9–11.
14. Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Johnson, S. S. (2006). Assessing readiness for adherence to treatment. In: Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.) (2006). Promoting treatment adherence (A practical handbook for health care providers). Thousand Oaks: Sage Publications.
15. Rapoff, M. A. (1999). Adherence to pediatric medical regimens. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
16. Shea, S. C. (2006). Improving medication adherence (How to talk with patients about their medication). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
17. Stone, G. C. (1979). Patient compliance and the role of expert. *Journal of Social Issues*, 1979, 35(1), 34–59. In: Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

*O AUTOROVI*

PhDr. Martin Jániš (nar. 1976 ve Zlíně) vystudoval Cyrilometodějskou teologickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a později i Filozofickou fakultu téže univerzity, kde působí ještě jako externí doktorand; probíhající (plánovaná) doktorandská práce:



“(Ne)kompliance pacientů se schizofrenním onemocněním”; vedoucí: Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc. Absolvoval rovněž psychoterapeutický výcvik ve skupinové dynamicky orientované psychoterapii (na Pražské psychoterapeutické fakultě). Od roku 2006 pracuje v Psychiatrické léčebně Kroměříž jako psycholog.

### **Kontaktní údaje**

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

### *ACKNOWLEDGMENT*

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

### *ABOUT AUTHOR*

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

### *CONTACT*

Oddělení klinické psychologie, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova ulice 1265, Kroměříž 767 40; tel. 573 314 406; e-mail: [martinjanis@centrum.cz](mailto:martinjanis@centrum.cz)





# HISTORIE

## HÁTLOVÁ B., ADÁMKOVÁ S., BAŠNÝ Z.: PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE – VYUŽITÍ AKTIVNÍHO POHYBU V LÉČBĚ PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

UJEP PF, katedra psychologie, Ústí nad Labem

Práce vznikla za podpory IGA UJEP 2012

HÁTLOVÁ B., ADÁMKOVÁ S., BAŠNÝ Z.: PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE – VYUŽITÍ AKTIVNÍHO POHYBU V LÉČBĚ PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ. PSYCHOSOM, 2013;11(2), s. 93- 104

**SOUHRN:** Termín „psychomotorické“ má svůj původ v Německu. Wilhelm Griesinger, jeden ze zakladatelů neuropsychiatrie, použil tento termín poprvé roku 1844. V průběhu let se v jednotlivých zemích vyvinuly odlišné koncepce psychomotoriky ve výchově a psychomotoriky jako terapeutického prostředku. Základ obou zaměření je stejný. Pohybem se snažíme vyvolat předem definovanou změnu prožívání a tomu odpovídajícího chování. Předem definovanou změnu je možno navodit pomocí znalostí funkcí mozku. Je však nutno počítat s různou úrovní motivace k této změně a různou úrovní předchozí zkušenosti. Cílem této studie je upozornit na myšlenky, z nichž současná psychomotorická terapie čerpá.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** psychomotorika, výchova, terapie, neuropsychologie, motivace.

HÁTLOVÁ B., ADÁMKOVÁ S., BAŠNÝ Z.: PSYCHOMOTOR THERAPY - USING ACTIVE MOVEMENT IN THE TREATMENT OF PSYCHIATRIC PATIENTS. PSYCHOSOM, 2013;11(2), s. 93- 104

**SUMMARY:** The term „psychomotor“ has its origin in Germany. Wilhelm Griesinger, one of the founders of neuropsychiatry, used this term for the first time in 1844. The term “psychomotor” led, however, an independent life. Over the years in different countries have developed different concepts in education and psychomotor as a therapeutic agent. The basis of both orientations is the same. Move to try to create a predefined change in perception and behaviour appropriate to predefined change can be induced by the knowledge of brain function. However, it is necessary to allow for different levels of motivation for this change and varying levels of previous experience. The aim of this study is to highlight the ideas of which draws current psychomotor therapy .

**Key words:** psychomotor, education, therapy, neuropsychology, motivation.



### POJEM PSYCHOMOTORIKA

V současné době spadá pod pojem psychiatrická rehabilitace mnoho různých přístupů a aktivit, všechny však mají společné prvky: vyzdvihují důležitost práce a smysluplné denní aktivity, nutnost aktivního zapojení pacienta do rehabilitačního procesu jako předpoklad úspěšného návratu do běžného života. Dalším společným rysem je dlouhodobá a často celoživotní rehabilitace, která je multidisciplinární, používá k resocializaci dostupné metody více oborů. Mezi neverbální pohybové terapie, které se opírají o experimentálně prověřované přístupy, patří psychomotorická terapie, která je prezentována pod názvy: pohybová terapie, kinezioterapie, psychomotorická terapie, sportovní terapie (viz Probst 2010).

Principy psychomotorické terapie mají své historické kořeny i vědecky

ověřované postupy. Termín „psychomotorika“ má svůj původ v Německu. Wilhelm Griesinger, jeden ze zakladatelů neuropsychiatrie, použil termín psychomotorika poprvé v roce 1844 (Greisinger, 1845 in Probst, 2010). V průběhu let byly paralelně, ale nezávisle vytvářeny různé koncepty v jednotlivých zemích, aniž se významněji propojovaly nebo ovlivňovaly. Odlišnosti v pojetích psychomotorických cvičení jsou dány rozdílným pojetím medicíny a psychologie a tělesné kultury v historii jednotlivých zemí.

V současnosti je název „psychomotorická terapie“ přijat ve většině evropských zemí a je definován jako způsob léčby, který využívá tělesné uvědomění a fyzickou aktivitu jako základní metodu (Probst, 2010). Na rozdíl od většiny evropských zemí, kde byl přijat, nenašel cestu do světa anglosaské literatury.

### POČÁTEK NOVODOBÉ PÉČE O DUŠEVNĚ CHORÉ

Předpoklady po nastolení radikální změny v nahlížení na péči o duševně nemocné vyrůstaly z osvíceneckých snah společnosti; ve **Francii** se jejich průkopníkem stal **Jaques René Tenon** (1724–1816), který doporučoval vytvořit pro duševně nemocné lůžková zařízení a kladl důraz na ohleduplné chování personálu. Součástí režimové léčby pacientů byl i pobyt v zahradě, ruční práce a hry. Představy Tenona a Pinela uváděl do praxe **Joseph Daquin** (1733–1815). **Philippe Pinel** (1745–1826) byl v roce 1793 pověřen Národním konventem, aby provedl reformu péče o duševně choré ve Francii. Ta byla uzákoněna 11. 9. 1793 a je právem nazývána psychiatrickou revolucí (Goldstein, 1987, Weiner, 1994). V

Pinelově díle pokračovali jeho žáci, z nichž v hledání nových terapeutických metod vynikl **Jean Etienne Dominique Esquirol** (1772–1840).

Neuspokojivou situaci ve způsobech léčby duševně chorých v **Anglii** řešil, za podpory kvakerů pro členy sekty, **William Tuke** (1732–1822). Ústav v **Retreat**, kde Tuke působil, byl založen 11. 5. 1795. Svůj humanitní princip realizoval William Tuke v roce 1796 bez znalosti Pinelových reforem. Jde pravděpodobně o nejstarší zařízení používající metodu pracovní terapie na světě. Léčba prací byla doplněna cvičením, teplými koupelemi a náboženstvím. Minimalizována byla obvyklá biologická léčba té doby (pouštění žilou, drénování, projímadla



apod.). Jeho principy ošetřování přenesla **Dorothea Dix** (1802–1887) do prvních psychiatrických zařízení v **USA** (Brown 1998).

Počátek novodobé péče o duševně choré v **Rakousku-Uhersku** je datován dvorním dekretem císaře Josefa II. z 19. března 1783, v němž se nařizuje zrušení špitálů budovaných při klášterech od 10. století (v Čechách: řeholní nemocnice Panny Marie před Týnem založená 929, špitál Maltézských rytířů založený 1159, špitál svatého Františka založený 1233 a další) a založení nemocnic pro duševně nemocné.

### **Nejpodstatněji ovlivnili rozvoj psychomotorické terapie v léčbě psychiatrických pacientů:**

#### **Johann Christian Reil** (1759–1813)

Byl jedním z nejznámějších lékařských teoretiků své doby. Navazoval na Kantovu filosofii a znalost nervového systému svých předchůdců v patologii a léčbě duševních nemocí. V roce 1803 vydal v Halle „*Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen*“ Tato kniha je považována za nejvlivnější teoretickou práci při formování německé psychiatrie před Freudem. Reil v ní přehodnotil fyzický výklad duševních poruch. Pod vlivem filosofa Friedricha Schellinga zásadně přeorientoval své pochopení příčin duševních nemocí jako vyplývající z roztříštěnosti sebe sama, z neúplné nebo deformované osobnosti a z neschopnosti postavit integrovaný svět včetně sebe sama (Petzold, 1957; Mocek, 1995; Richards 2002).

Významná byla Reillova představa umístění a architektury psychiatrického ústavu, která se stala významnou inspirací při zakládání ústavů pro duševně choré:

„*Ústav má ležet v krásné krajině. Má mít své hospodářství, farmu, zahradnictví. Okna nemají mít mříže, ale musí se zaklapovat. Před budovami má být volná prostora pro cvičení a pořádání koncertů.*“ (Vencovský, 1983 s. 106).

Jeho představy novodobé péče o duševně choré se promítly do výstavby ústavů v Rakousko-Uhersku, a tím i v Čechách. Převážná část pacientů v nich strávila desítky let života až do své smrti. Příkladem je Ústav pro choromyslné v Bohnicích za Prahou, dnes Psychiatrická léčebna v Praze 8, Bohnicích (Wallenfels, 1926).

#### **Wilhelm Griesinger** (1817–1868)

Tento německý neurolog a psychiatr je připomínán pro reformy péče o duševně nemocné a azylový systém. Věřil v integraci duševně nemocných do společnosti a navrhl, aby hospitalizace byly krátkodobé a byly kombinovány s aktivní terapií a využitím přírodních podpůrných systémů, tj. balneologie a tělesných cvičení (Griesinger, 1868).

#### **Paul Schilder** (1886–1940)

Byl psychiatrem a psychoanalytikem, zabýval se propojením psychiky a somatiky ve vnímání „Já“. Upozornil na chybné vnímání oddělenosti těla a psychiky, tedy na to, že s tělesným schématem jako základní kategorií psychoterapie se chybně pracuje zvláště ze stránky psychické a ze stránky somatické. Pocity jsou ukládány do paměti na podkladě jejich propojení na tělesné změny, které s nimi souvisely. To je klíčové pro pochopení našeho fyzického self (materiální, tělesné). Do paměti uložený vjem (propojení pocitu a jeho tělesné odezvy) působí zpětně na vnímání aktuálního vjemu.



Schilder uvažoval o možnostech rozvíjení vnitřního konceptu těla, prostřednictvím procitování vnímáme části svého těla, možnosti pohybu v prostoru a čase. V průběhu ontogeneze je tělo postupně vnímáno jako funkční celek. Při pohybu přijímá jedinec kinestetické, rytmické a sociální podněty a reaguje na ně. Probíhá-li pohyb uspokojivě a je-li opakování pohybu vnímáno pozitivně, narůstá sebevědomí jedince. Schilder upozornil na sociální rozměr tělesného schématu vnímání vlastního těla, které obsahuje i vnímání našeho těla druhými. Změna v přístupu, v sebepochopení a sebepojetí může nastat pouze tehdy, když s biologickou a emocionální stránkou pracujeme současně. Pohyb a emoce jsou vzájemně neoddělitelné. Jsme takoví, jak se pohybujeme (Schilder, 1923; Röhricht, 2000). Schilder vznesl požadavek, aby pro psychoterapii na základě těla byla vytvořena odpovídající diagnostika, a nabídl kognitivní (exteroceptivní vnímání) a proprioceptivní model (Schilder, 1933; Joraschky, 2009).

### **Joseph Gottfried Ritter von Riedel** (1803–1870)

Zároveň s ostatními zeměmi Rakouska-Uherska probíhaly změny i na území Čech. Rozhodujícím byl dvorní dekret císaře Josefa II. (1783). Již 1. listopadu 1790 byl uveden do provozu první blázinec v Čechách určený pro neklidné pacienty. Jeho kapacita velmi brzy nepokrývala požadavky Prahy, a tak byl zakoupen roku 1823 klášter svaté Kateřiny, na jehož pozemcích vznikl ústav pro 260 pacientů a zároveň zde byla (a dodnes je) pěstována psychiatrie jako samostatný vědní obor. Ústav měl pro pacienty k dispozici společenskou

místnost s kulečníkem, knihovnu, sbírku hudebních nástrojů, čtyři ústavní zahrady pro procházky a rekreaci pacientů, dílny (Vencovský, 1983). Ředitelé ústavu byli zároveň univerzitními profesory. Od roku 1821 bylo na Univerzitě Karlově v Praze vyučováno choromyslnictví pro nastávající lékaře. Významným obdobím rozvoje pražského ústavu pro choromyslné bylo působení jeho ředitele J. G. Riedela. V jeho době měl pražský ústav (v r. 1850) k dispozici 500 lůžek a jeho způsoby péče byly známy po celé Evropě. Byl navštěvován předními psychiatry Evropy (Heinroth, Jacobi, Schroeder aj.).

Riedel rozšířil léčbu zaměstnáváním o léčebný tělocvik a vyučování (Vencovský, 1983). Zařazení tělesných cvičení do režimové léčby psychiatrických pacientů bylo odezvou na vznik české tělocvičné organizace Sokol. Za pevný měsíční plat byl zaměstnán učitel tělocviku, který třikrát týdně docházel do ústavu a s nemocnými cvičil prostrná i dechová cvičení.

V dalších obdobích byl zdůrazňován význam tělesných cvičení po stránce duševní, zejména z důvodu mravní výchovy a utváření charakteru. Od počátku minulého století nalzáme řadu pojednání o vlivu tělesných cvičení na duševní stránku. Do cvičení v Čechách (Sokola), a tím i do terapie tělesných cvičení psychiatrických pacientů se plynule vřazovaly sportovní disciplíny, které postupně tvořily spolu s léčebným tělocvikem a jógou podstatnou část forem podpůrných pohybových terapií.



## PŘÍNOS ČESKÉ NEUROLOGIE SE ZAMĚŘENÍM NA KINEZIologii

Pro rozvoj psychomotorické terapie v Čechách jsou důležité zejména poznatky českých neurologů se zaměřením na kineziologii. Jejich poznání vycházelo převážně z neurologie německé. Jejich snahy vyústily v založení pražské rehabilitační školy, známé zejména v Německu jako „Prager Schule“. Dodnes můžeme sledovat ve fyzioterapii dopady vlivu neurologicky orientovaných lékařů (V. Vojta; K. Lewit; F. Véle; V. Janda; M. Kučera; K. Obrda; J. Pfeifer, in Kolář 2009). Rozvoj psychomotorické terapie ovlivnil především F. Véle.

### František Véle (\*1921)

Vyšel z přesvědčení, že ontogenetický vývoj motoriky člověka je geneticky determinován, **preformovanými motorickými programy zakódovanými v primárních nervových sítích. Postup vývoje pohybových**

**schopností je geneticky zakódován.** Za současného **působení vnějších vlivů a vnitřní motivace** dochází k postupnému zrání nervového systému.

Mechanismy evoluční neuroplasticity se uplatňují v procesech motorického učení i v procesech reparace. Reparační schopnost hybných funkcí je značná, pokud jsou alespoň zčásti zachovány elementární spinální funkce, které realizují motoriku. Toho lze využít při nastartování volní motorické nadstavby a obnovit zdánlivě ztracené funkce (Véle, 1997). Tento poznatek Véle zkoumal i v terapii neurologicky nemocných dospělých pacientů a předpokládá ho i v léčbě psychiatrických pacientů. Byl přesvědčen, že stimul pro spuštění reakce nemusí být výhradně tlakový, ale může mít jakoukoli kvalitu (zrakovou, sluchovou, prožitkovou). Podstatou je schopnost navodit změnu (Véle, 1997).

## ZDROJE POZNÁNÍ, KTERÉ PŘÍMO OVLIVNILY ROZVOJ PSYCHOMOTORIKY VE 20. STOLETÍ

V současné odborné literatuře nejsou jednoznačně vymezeny pojmy: tělesné schéma a tělesné sebepojetí. Řada autorů je prezentuje téměř identicky (Stackeová, 2011).

„Tělesné schéma je definováno jako mentální reprezentace vlastního těla“ (Vašina, 2002), ale také „Tělesné schéma je souborem paměťových vzorců, uložených ve strukturách mozku, z nichž nejdůležitější úlohu hrají parietální laloky. Jeho základem je genetické naprogramování struktur a jejich funkcí

i soubor informací, dodávaných činnostmi smyslů“ (Tichý, 2003).

Převážně je tělesné schéma i tělesné sebepojetí uvažováno jako podvědomá i vědomá představa o našem vlastním těle a jeho součástech, jejich funkci, poloze, tvaru i pohybu. Dále je tělo (tělesné schéma, tělesné sebepojetí) chápáno jako významná sociologická entita (Moscovici, 1984). Uvažován je vliv těla (tělesného schéma, tělesného sebepojetí) na chování jedince a na pocit životní kvality nebo pohody (Fox, 1997).



## PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY K PRÁCI S TĚLEM

U psychoterapeutických přístupů v práci s tělem je v popředí zájmu vztah člověka k sobě, vztah mysli a těla. To, co vnímáme a prožíváme jako vlastní identitu, je výsledek vzájemně reagujících, relativně stabilních emocionálních a kognitivních substruktur dynamického systému osobnosti.

- Tělo nám podává základní informace o nás. Je prvním signálem o stavu našeho vnitřního Já.
- To, jak se vnímáme a hodnotíme, ovlivňuje zásadním způsobem naše chování a prožívání.
- Tělesné sebepojetí je součástí struktury celkového sebepojetí (self concept), je strukturou vědomé sebereflexe s obsahem dosaženého poznání, uloženým v paměti.
- Prožitek tělesného „Já“ je označován jako tělesné schéma.

Z pohledu psychomotorického přístupu si klademe otázku: Jaké je postavení tělesného sebepojetí v rámci struktury celkového sebepojetí?

Vývoj náhledů na sebepojetí v rámci tělesného schématu je obsažen v publikacích: Jamese (James, 1890), Schildera (Schilder, 1950), Piageta (Piaget, 1952), Gendlina (Gendlin, 1962, 1981, 1996), Feldenkraise (Feldenkrais 1978), Steinera (Steiner, 1993), Foxe (Fox, 1989, 1990, 1997), Vašiny (Vašina, 1999), Hájka (Hájek 1993, 2002, 2006) a dalších. Pro tělesné sebepojetí v rámci vnímání self je historicky základní teorie Wiliama Jamese.

### William James (1842–1910)

Rozlišil dva základní aspekty self: „I“ je subjekt, který vykazuje vědomí jedinečnosti osobních zkušeností vedoucích k odlišení jedince od ostatních.

„**Me-self**“ je souhrnem všeho, co člověk považuje za sebe; má rovnocenné části, konstituenty materiální, sociální a duchovní. **Vnímání vlastního těla zařadil James do materiálního self**, které je základnou hierarchické struktury.

Velmi blízko k Jamesovu rozlišení mezi vnímáním sebe sama (jak jedinec vnímá své self aktuálně) a ideálním self (jakým by rád byl) je teorie **Rogerse** (Rogers & Dymond, 1954). **Těmito přístupy je inspirována řada somatoterapií.**

### Eugene T. Gendlin (\*1926)

Je přesvědčen, že změnu v chování těla lze podpořit nově naučeným pohybem. Pohybová forma však sama o sobě nestačí, je nutné ji spojit s prožitkovou rovinou. Změna musí proběhnout na pocitové úrovni (Gendlin, 1962).

K zachycení prožívaného významu slouží „tělesně zakotvené prožívání“. Kotvení je proces, který vztahuje něco neznámého a rušivého do našeho systému kategorií. Znamená klasifikaci a pojmenování určité skutečnosti, která se tak pro nás stane méně ohrožující a dokážeme s ní lépe manipulovat. Tělesně zakotvené prožívání znamená pouhé spočívání mysli v tělesně ukotveném pocitu, který je nositelem prožívaného významu.

Původně je **focusing** podle Gendlina (Gendlin, 1996) psychohygienickou technikou. Vychází z uvědomování si tělesného ohniska (focus), prožívání ohniska vedoucího k porozumění jeho významu (**felt sense**). Je to technika vedoucí k porozumění vlastnímu prožívání.

Při focusingu jde o nácvik dovedností rozlišit psychické procesy od jejich obsahů. Vytvořit podmínky pro to, aby



významy nesené v obsahu mysli byly ověřovány a zpřesňovány ve vztahu s preverbálními významy tělesných pociťování (Moscovici 1973, 1984 in Véle, 1997).

Vývoj Gendlinova terapeutického vnímání najdeme v publikacích: *Experiencing and the creation of meaning*. (1962), *Focusing*. (1981), *Focusing-Oriente Psychotherapy – A manual of the Experiential Method* (1996).

### V Čechách jsou inspirováni teorií tělesně zakotveného prožívání:

#### Lubomír Vašina

Je jedním z představitelů somatické psychoterapie pracující s tělem metodou biopsychického terapeutického přístupu k řešení psychických obtíží klientů. Tělo považuje Vašina za prostředek, který umožňuje propracovat vztah. Tělo je

#### SPORT JAKO PROSTŘEDEK TERAPIE

Podstatné jméno *sport* je anglosaského původu a vzniklo pravděpodobně zkrácením slovesa *disport* (bavit se, dovádět). Založení většiny dnes provozovaných nejoblíbenějších sportů na všeobecném základě – tj. na zásadě „pokud budeš respektovat pravidla, můžeš hrát s námi“, spadá do druhé poloviny 19. století, do Anglie. Termínem sport je dnes obvykle označována pohybová (fyzická) aktivita provozovaná podle určitých pravidel a zvyklostí, jejíž výsledky jsou navíc měřitelné, nebo porovnatelné s druhými

vždy přítomno, je zakotveno v realitě světa. Myšlenka sama o sobě toto zakotvení nemá, je nezávislá na času a prostoru. Právě zakotvenost mysli v těle dává člověku možnost k pochopení smysluplnosti světa a smyslu vlastní existence v něm (Vašina, 1995).

#### Karel Hájek

Hájek předpokládá, že prožívání, které odpovídá svým významem tělesným pociťům, je podmínkou pro porozumění smyslu konkrétních životních situací. Účelem je popsat jednotlivé procesy na úrovni těla a mysli a poukázat na souvislosti těchto jevů se změnou osobnosti. Vytvořit podmínky pro to, aby významy nesené v obsazích mysli byly ověřovány a zpřesňovány ve vztahu s preverbálními významy tělesných pociťování. Tělesně zakotvené prožívání slouží k zachycení prožívaného významu, je to proces, který vztahuje něco neznámého a rušivého do našeho systému kategorií (Hájek, 2002).

sportovci (Hošek in Slepíčka, 2006, 2009). Takto vymezená pohybová činnost má své místo v behaviorálních i behaviorálně kognitivních terapiích a terapiích učení. Prvky sportovních činností nebo systémy sportovních aktivit vymezených pravidly jsou pro svou pohybovou aktivitu a převážně neverbální přístupy vhodnou formou podpůrné terapie všech duševních postižení a chorob (onemocnění). Zohledněn musí být vždy somatický stav nemocného (Hátlová, 2003).



## POHYBOVÁ TERAPIE V ČESKÉ PSYCHIATRII

Pro rozvoj pracovní a pohybové terapie v ústavech pro choromyslné měl zásadní význam Karol Matulay (1906–1998), který propagoval a zaváděl pracovní a další činnostní terapie. Na pracovištích, na kterých působil (v Bratislavě, Pezinku a Martině), budoval hřiště i atletická sportoviště a sám prováděl s pacienty sportovní terapii (Tichý & Sedláčková, 1997). Psal odborná pojednání a pořádal praktické semináře (Cupák & Vážný, 2007). Mezi psychiatry měl profesor Matulay řadu obdivovatelů, kteří se i v době nástupu farmakoterapie snažili prosadit léčbu aktivizačními terapiemi. Jejich snahy jsou dokumentovány vznikem doposud užívaných sportovních zařízení, vybudovaných pacienty v rámci pracovní terapie.

Mezi ergoterapeuticky orientované psychiatry, kteří v širší míře zaváděli na svých odděleních sportovní činnosti v rámci podpůrné režimové léčby, patřil **Zdeněk Bašný** (\*1920). Působil v největších českých psychiatrických léčebnách v Dobřanech a v Praze, Bohnicích. Na svých primariátech organizoval tělesná cvičení s aktivačními nebo relaxačními účinky. Postupně zařazoval do cvičení jednoduché jógové sestavy (Bašný, 2000). Cvičení bylo voleno vzhledem k diagnóze, závažnosti onemocnění, aktuálnímu psychosomatickému stavu nemocného a zaměření léčby. Na základě empirických zkušeností Bašného byly vytvořeny základy psychomotorické terapie, která se v České republice nazývala kinezioterapie.

Jóga, praktikovaná na velmi dobré odborné úrovni, byla v Československu významným hnutím v sedmdesátých letech 20. stol. Byla zařazována do léčby somatických pacientů (Véle, 1997) i psychiatrických pacientů (Nešpor, 1997;

Bašný, 1971; 2000). Vědeckým výzkumem jógy z pohledu neurofyziologické činnosti se v té době zabýval především neurofyziolog **Ctibor Dostálek** (\*1928), který sledoval účinky jógových cvičení pomocí elektrofyziologických měření. Zájem o jógu dosud trvá.

Dalším propagátorem sportu v podpůrné léčbě psychiatrických pacientů-alkoholiků byl **Jaroslav Skála** (1916–1920), psychiatr, alkohololog, který vybudoval na pražské klinice alkoholových závislostí režimový systém léčby. Během svého působení vypracoval Skála komplexní léčebný program závislostí, v němž významnou část tvořila gymnastická cvičení (ranní rozcvičky) a atletický běh. Tento systém se prosadil v léčbě závislostí po celé ČR a byl znám i v zahraničí. Postupně byl doplněn o nekontaktní míčové hry a cvičení jógy (Nešpor) a v současnosti dobrodružnou terapií využívajících prvků her a pobytu v přírodě „Adventure therapy“ (Kirchner 2001, 2009, 2011).

### Běla Hátlová

Hátlová v návaznosti na práce Pribrama, Piageta, Schildera a Véleho předpokládá, že změny navozené vědomým pohybem mají bezprostřední vliv na psychické funkce. Pohybový systém funguje jako celek. Vliv CNS, stejně jako vliv psychiky na motoriku, je zásadní a pohyb je závislý stejně na vnitřních i vnějších senzoričkových podnětech.

Pohybové projevy jsou ovlivňovány motivačními pochody. Motivace je proces, který pohybové chování vyvolává a směřuje ho k určitému cíli, určuje





intenzitu pohybové činnosti a její charakter. Chceme-li pozměnit charakteristické pohybové chování, je nutno vytvořit nové programy pro pohybové chování, přiřadit jim vysoký

stupeň důležitosti (motivace, vůle) a upevnit je v paměti. Aktivně prováděné změny v pohybu těla mohou vyvolat odpovídající změny v psychice (Hátlová, 2003, 2010, 2011).

### SLOVO NA ZÁVĚR

Články psychomotorické terapie jsou dnes publikovány v nejrůznějších časopisech medicínských, fyziologických, neurofyziologických, fyzioterapeutických, psychologických, sportovních a dalších. A ač se všech těchto oblastí psychomotorická terapie týká a pojmová rozmanitost může přinést obohacení, důležité je i sjednocení jejích myšlenek.

Proto vznikly monografické publikace iniciované českými autory ve spolupráci se zahraničními představiteli oboru, které se snaží předestřít teoretické i praktické zázemí psychomotorické

terapie. Jsou vydávány v českém i anglickém jazyce, aby byly dostupné nejen české, ale i zahraniční odborné veřejnosti (Adámková Ségard 2010, 2011, Hátlová 2003, 2005, 2009, 2010, Kirchner 2011, Suchá 2012).

Široká poznatková základna je pro psychomotorickou terapii důležitá. Jde o oblast, kdy je těžké jedincem pokrýt všechny související obory – obor lékařství, psychologie, fyzioterapie, tělesné kultury, aplikovaného sportu a další. Proto je zde velmi důležitá komunikace, spolupráce a otevřenost novým poznatkům.

### LITERATURA

1. Adámková Ségard, M., Hátlová, B. & Probst, M. (2010a): Psychomotorická terapie v léčbě poruch příjmu potravy. Praha: European Science and Art Publishing & Asociace psychologů sportu, 108. Adámková Ségard, M. & Hátlová, B. editoři (2011) Psychomotor Therapy in Mental Health Care. Ústí nad Labem: University of J. E. Purkyně in Ústí nad Labem. 2011, s. 100. Publikace vznikla za podpory grantu, IG UJEP 2011.
2. Bartoňová, M., Bašný, Z., Merhaut, B., Skarnitzl, R. (1971) : Jóga, od staré Indie k dnešku. Avicenum.
3. Bašný, Z. (2000): Jóga a schizofrenie. Sborník semináře českého svazu jógy: Jóga v minulosti a přítomnosti. Praha, český svaz jógy, 44–58.
4. Brown, T. J. (1998): Dorothea Dix: New England Reformer. Cambridge, MA: Harvard University Press.
5. Cupák, J. & Vážný, P. (2007): Prof. MUDr. Karol Matulay, milovník l'udí, přírody, růží a tenisu. Sto let od narodenia. Česká a Slovenská psychiatrie. 2007; vol. 102, part 3, pp 158.
6. Feldenkrais, M. (1978): Bewusstheit durch Bewegung. Suhrkamp Taschenbuch. Berlin, Verlag.
7. Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The physical self perception profile: Development and preliminary validation. Journal of Sport and Exercise Psychology, 11, 408–430.
8. Fox, K. R. (1990): The physical self perception profile manual. Office for Health Promotion.
9. Fox, K. R. (1997): The physical self: From motivation to well-being. Champaign, IL: Human Kinetics
10. Gendlin, E. T. (1962): Experiencing and the Creation of Meaning. USA, Northwestern University Press.



11. Gendlin, E. T. (1981): *Focusing*. New York, Bantam Dell.
12. Gendlin, E. T. (1996): *Focusing-Oriented Psychotherapy – A manual of the Experiential Method*. New York, The Guilford Press.
13. Goldstein, J. (1987): *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge, Cambridge University Press, 67–119.
14. Griesinger, W. (1868): *Über Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1.
15. Hájek, K. (1993): *Tělesně zakotvené prožívání – focusing*. *Konfrontace* 14.
16. Hájek, K. (2002): *Satiterapeutické kotvení ve skutečnosti*. Velká Bíteš, Atelier satiterapie.
17. Hájek, K. (2006): *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Portál, Praha.
18. Hátlová, B. (2003a): *Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. I. vyd. Praha, Karolinum.
19. Hátlová, B. & Suchá, J. (2005). *Kinezioterapie demencí*. Praha, Triton s.r.o.
20. Hátlová, B. & Kirchner, J. (2009): *Terapeutické aplikace aktivit v přírodě*. Oddělení aktivit v přírodě, o.s. & Asociace psychologů sportu, 2009.
21. Hátlová, B. & Kirchner, J. editoři (2010): *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. European Science and Art Publishing, o.s. & Asociace psychologů sportu.
22. Heveroch, A., & Frabša, F. S. (1926): *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha: Zemský správní výbor v Čechách.
23. Joraschky, P.; Loew, T. & F. Röhrich, F. (2009): *Körperleben und Körperbild: Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart, Schattauer.
24. Kirchner, J. & Hátlová, B. (2011): *Teorie dobrodružné terapie*. European Science and Art Publishing,
25. Knapen, J. et al. (2011). *Psychomotorická terapie v Belgii evidence based přístup a doporučení pro terapii poruch nálad a úzkostných poruchy*. *Psychologie a její kontexty*.
26. Kolář, P. et al. (2009): *Rehabilitace v klinické praxi*. Galén.
27. Moscovici, S. (1973): *Foreword*. In C. Herzlich (ed.), *Health and illness: A social psychological analysis* (pp. ix–xiv). London/New York: Academic Press
28. Moscovici, S. (1984): *The phenomenon of social representations*. In R. M. Farr and S. Moscovici (eds.), *Social Representations*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
29. Mocek, R. (1995): *Johann Christian Reil (1759-1813). Das Problem des Übergangs von der Spätaufklärung zur Romantik in Biologie und Medizin in Deutschland*. Frankfurt/Main.
30. Nešpor, K. (2000): *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál s.r.o.
31. Petzold, I. (1957): *Johann C. Reil, Begründer der modernen Psychotherapie?* in *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*. vol. 41 (1957), 159–179.
32. Piaget, J. (1952): *Origins of Intelligence in Childhood*. Rouletge and Kegan Paul.
33. Pribram, Karl H. (1969): *Brain and behaviour*. Hammondsworth: Penguin Books.
34. Pribram, K. (1991): *Brain and perception: holonomy and structure in figural processing*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
35. Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vacampfort, D. (2010): *Psychomotor therapy and psychiatry: What s in Name?* *Medicine Journal*, 2010, 2, 105–113.
36. Richards, R. (2002): *The Romantic Conception of Life: Science and Philosophy in the age of Goethe* (University of Chicago Press, 2002) 251–288.
37. Röhrich, F. (2000): *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
38. Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954): *Psychotherapy and personality change: Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago, University of Chicago Press.
39. Schilder, P. (1923): *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers*. Berlin: Springer.
40. Schilder, P. (1933). *Das Körperbild und die Socialpsychologie*. *Imago*, 1933, Bd. XIX, s. 367–376.



41. Slepíčka, P., Hošek, V. & Hátlová, B. (2006): Psychologie sportu. Karolinum, Praha. Slepíčka, P., Hošek, V. & Hátlová, B. (2009): Psychologie sportu. Karolinum, Praha, II. upravené vydání.
42. Stackeová, D. (2011): The Physical Self-concept of Visitors to Fitness Centres. Acta Universitatis Carolinae, Kinantropologica, 1, 2011, 47. str. 47–60.
43. Suchá, J. & Hátlová, B. (2012). Pohybové aktivity pro pacienty s demencí. Pfizer spol. s.r.o. ARI 201201001.
44. Suchá, J. & Jindrová, I. & Hátlová, B. (2012). Hry a činnosti pro aktivní seniory. Portál s.r.o.
45. Tichý, M. & Sedláčková, E.(1996): Prof. MUDr. Karol Matulay – nestor slovenskej psychiatrie a neurológie. Juga 1996, edice: Z dějin medicíny a farmacie, svazek 2. pp. 128. Tichý J. (2003): Somatognózie, tělesné schéma, fenomén tělového a viscerálního fantomu a fantomové bolesti. Časopis lékařů českých 2003; 331–334.
46. Vašina, L. (1999): Sanoterapie: (jeden ze směrů somatické psychoterapie). 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1999. 300 s. Řada psychologická.
47. Vašina, L. & Vychodilová, Z. (2002): Tělesné sebepojetí a somatická psychoterapie. In Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2002. s. 65–88.
48. Vašina, L. (2007): Inspiromat somatické psychoterapie-sanoterapie. Vyd. MU, Brno.
49. Véle, F.(1997). Kineziologie pro klinickou praxi. Praha, Grada.
50. Vencovský, E. (1983): Čtení o psychiatrii. Praha, Avicenum, zdrav. nakl. n.p.
51. Vondráček, V. & Holub, F. (1993): Fantastické a magické z hlediska psychiatrie. Bratislava, Columbus s.r.o. Ed. Drahorád, Z. se svolením dědice práv. Wallenfels, D.(1926): Studie o bohnickém ústavu. Sborník Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách. 1926.
52. Weiner, D. (1994): 'Le geste de Pinel: The history of a psychiatric myth' in M Micale and R Porter (eds), Discovering the History of Psychiatry. Oxford, Oxford University Press, 232–247.

Práce byla přednesena na 14. mezinárodní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, říjen 2012.

Do redakce přišlo: 23. 10. 2012

Recenze 12. 11. 2012

K tisku přijato: 26. 3. 2013

*O AUTORECH:*

**Doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.**

Katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Česká republika. Absolventka FTVS UK a FF UK obor psychologie. Ph.D. Kinantropologie (Karlova Univerzita).

Zaměřuje se na vztah psychiky a pohybu v průběhu ontogeneze a na problematiku využití aktivního pohybu v prevenci a léčbě psychických poruch a onemocnění. Podílí se na vědecké spolupráci a možnosti výměny s universitami v Belgii, Itálii, Německu, Portugalsku, Rusku, Norsku, Švédsku.

kontakt: belahatlova@centrum.cz



**Mgr. Milena Adámková Ségard, Ph. D.**

Katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Česká republika. Absolventka psychologie na FF UK a tělesné výchovy na FTVS UK Praha. Ph.D. Kinantropologie (Karlova Univerzita) a Rehabilitation Sciences and Physiotherapy (KU Leuven). Zabývá se psychologií osobnosti, psychologií zdraví a psychomotorickou terapií, zaměřenou na práci s tělesným prožíváním a aktivním pohybem.

kontakt: milena.adse@psycholog.be

**MUDr. Zdeněk Bašný, sen.**

MUDr. Zdeněk Bašný-senior (nar. 1920) působil v největších českých psychiatrických léčebnách v Dobřanech a v Praze, Bohnicích. Patří mezi ergoterapeuticky orientované psychiatry, kteří v širší míře zaváděli na svých odděleních sportovní činnosti. Na svých primariátech organizoval v rámci podpůrné režimové léčby tělesná cvičení s aktivačními nebo relaxačními účinky. Na základě jeho empirických zkušeností byly v České republice vytvořeny základy Psychomotorické terapie pro duševně nemocné, která se v České republice nazývala kinezioterapie.

Ústavní 91, Praha 8, 180 00



# FILOSOFIE

## SLABÝ M.: EXISTENCIALISMUS A POSTMODERNÍ PŘÍSTUP – PODOBNOSTI A ROZDÍLY

SLABÝ M.: EXISTENCIALISMUS A POSTMODERNÍ PŘÍSTUP – PODOBNOSTI A ROZDÍLY. PSYCHOSOM 2013; 11(2), S.104-112

**ABSTRAKT:** Cílem mé práce je zamyslet se nad existencialismem a postmoderním přístupem z pohledu vzájemných podobností i rozdílů. Existenciální analýza stojí podle mého názoru mezi modernou a postmodernou, protože na jedné straně vychází z poznávání objektivního světa (moderna), ale na druhou stranu k ní přidává požadavek subjektivního prožívání (postmoderna). Došel jsem k následujícím podobným předpokladům existenciálního a postmoderního přístupu: obrat k subjektivnímu prožívání, nereduktivní přístup k životní zkušenosti, schopnost svobodné volby, princip osobní zodpovědnosti, zdůrazňování vnitřních zdrojů klienta a orientace na budoucnost, širší kontext mezilidských vztahů či dané kultury, neexistence jediné pravdy, důraz na plynutí času, obrat k jazyku a přizpůsobení se jazyku klienta. Naproti tomu se oba směry vyznačují rozdíly v teoriích poznání, v různém zaměření na smysl a cíl života, v jiném pojetí emocí a z toho vycházejícího uchopování nepříjemných prožitků. Rozdílný pohled na některá témata vnímám jako podněcující, protože člověku skýtá příležitost přemýšlet o věcech novým, obohacujícím způsobem.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** existencialismus, postmoderní přístup, srovnání.

SLABÝ M.: THE EXISTENTIALISM A THE POSTMODERN APPROACH – SIMILARITIES AND DIFFERENCES. PSYCHOSOM 2013;11(2), PP.104-112

**SUMMARY:** The purpose of my work is to think of the existentialism and the postmodern approach from the view of their mutual similarities and differences. In my opinion, the existential analysis stands between the modernism and the postmodernism, because on the one hand it is based on the cognition of the objective world (the modernism) and on the other hand, there is also the requirement of subjective experience there (the postmodernism). I came to the following similar premises of the existential and postmodern approach: the return to subjective experience, non-reductive attitude to the life experience, the ability of free choice, the principle of personal responsibility, the accent on inner sources of the client and the focus on the future, broader context of the interpersonal relationships or the given culture, the absence of the only truth, the accent on the passage of time, the return to the language and the accommodation to the language of the client. On the contrary, both of the directions differ in the theories of cognition, in different focus on the meaning and goal of life, in different conception of emotions and consequent grasping of unpleasant experiences. I perceive the **different**



view on some subjects as incitory, because it offers the opportunity of thinking about things in a new, enriching way.

KEY WORDS: the existentialism, the postmodern approach, the comparison.

## ÚVOD

Jako téma tohoto článku jsem si zvolil zamyšlení nad existenciálním a postmoderním pohledem na člověka se zaměřením na shody a rozdíly obou přístupů. Oběma směrům se v praxi věnuji zejména v kontextu psychoterapie. V prvním ročníku studia psychologie jsem se seznámil díky panu prof. Vladimíru Smékalovi s konceptem Viktora Emanuela Frankla, který mě od první chvíle velmi zaujal. Nezůstal jsem

jenom u psychoterapeutické literatury, ale snažil jsem se pochopit širší základy, ze kterých tento směr vychází. Ve druhém ročníku mě upoutaly přednášky pana prof. Macka o sociálním konstrukcionismu. Zpočátku mi přišly oba směry jako protichůdné. Při hlubším studiu jsem začal nacházet zajímavé podobnosti a obohacující rozdílnosti. Pokusím se je podrobněji rozvést.

## TEORETICKÉ VÝCHODISKA OBOU PŘÍSTUPŮ

Pojem **existencialismus** pochází od filosofa F. Heinemanna a označuje učení K. Jasperse a jeho žáků E. Husserla a M. Heideggera (Blecha, 1994). Existencialismus netvoří pouze jeden jednotný směr. Jde spíše o jednotlivé směry, které se podle Halamy (2000) společně zabývají těmito tématy: svoboda, odpovědnost, angažovanost, hodnota, smysluplnost, setkání, přítomnost, vztah a autentičnost.

Pro **postmodernismus** je příznačná nedůvěra k objevování jedné objektivní reality. Vychází z předpokladu, že naše poznávání není pouhé zrcadlení skutečnosti. Vždy jde o naše interpretace, podmíněné zejména historickými, kulturními a jazykovými souvislostmi. V postmoderní době je ceněna pluralita názorů. Vedle sebe „žijí“ směry popírající existenci objektivní reality i směry přijímající skutečnost a

snažící se o pohled na ni z různého kontextu. Všechny postmoderní směry ale spojuje přesvědčení o relativním, proměnlivém a subjektivním charakteru lidského poznávání (Plháková, 2008).

Proti sobě tak stojí moderní „objektivistický“ přístup (reprezentovaný např. existenciální analýzou A. Längleho) a „subjektivistický“ postmodernistický pohled (reprezentovaný např. sociálním konstrukcionismem).

Podle Bačové (Plháková, 2008) lze **postmoderní dobu** charakterizovat například následujícími výroky:

1. Používaný jazyk neodráží vnější svět, ale je především výsledkem probíhajících sociálních procesů.
2. Sociální svět vytváří jazyk a interakce.



3. Protože není možné zjistit univerzální zákony lidského psychického i sociálního fungování, je nutné se spíše zaměřit na kontext situace (čas, dobu, historii, situaci, místní pravidla a jedinečnost interakcí).
4. Neexistují hodnotově neutrální fakta.
5. V dané historické době je možné vytvořit více příběhů.
6. Důraz je kladen na sociální procesy, jejichž výsledkem jsou rozmanité společenské hranice a kategorie.
7. V popředí zájmu je způsob, jak si člověk vytváří svůj vlastní sociální a psychický svět prostřednictvím sociálních konvencí a pravidel.

### SHODY A ROZDÍLY OBOU PŘÍSTUPŮ

Moderní přístup tak vychází z předpokladu objektivní reality nezávislé na pozorovateli, pravdy, kterou je možné poznat důkladným zkoumáním. Čím blíže jsme podstatě pravdy, tím lépe ji můžeme zprostředkovat dalším. K pravdě se tak dotýčný (klient) dostává prostřednictvím někoho jiného (experta). Konstruktivistů naopak předpokládá, že pravd je tolik, kolik je pozorovatelů. Spíše než o pravdách se hovoří o předpokladech s tím, že dopředu nikdo neví, co je pravda.

Ačkoliv je existenciální směr uváděn v moderních proudech psychologie, stojí podle mého názoru mezi modernismem a postmodernismem. Mezi existenciálním a postmoderním přístupem je mnoho podobností i rozdílů. **Rozdílnost** spatřuji například v existenciálním důrazu na objektivní stav, spočívající např. v pochopení lidské existence; pojetí Franklovského smyslu, který si člověk sám nestanovuje, ale je to něco, co jej přesahuje; nalezení struktury

Tyto postuláty jsou podle Bačové postaveny proti následujícím přesvědčením **moderní doby**:

1. Objektivní realita je poznatelná.
2. Při odhalení principů fungování lze nalézt univerzální vlastnosti objektivní reality.
3. Jednotnou a jedinou pravdu lze zjistit empirickými metodami.
4. Díky vědeckému výzkumu dochází k dokonalejšímu poznání.

vlastní existence, které tvoří tzv. existenciály, zachycené Heideggerem. Postmodernismus naopak uznává skutečnost, ale zpochybňuje možnost jejího objektivního poznávání.

Existenciální i postmoderní přístup se na druhé straně podle mého názoru **zabývají podobnou problematikou**. I když každý dává důraz na jiný aspekt, vycházejí z podobných předpokladů. Zejména lze uvést:

1. schopnost svobodné volby
  - existenciální (volba mezi několika možnostmi)
  - postmoderní (volba konstrukcí vnitřního světa)
2. osobní zodpovědnost
  - existenciální (za svá rozhodnutí)
  - postmoderní (za konstruování svého světa)
3. potřeba člověka žít ve srozumitelném světě
  - existenciální (hledání smyslu)
  - postmoderní (hledání významů)
4. předpoklad vnitřních zdrojů



5. zdůrazňování orientace na budoucnost
6. širší kontext mezilidských vztahů či dané kultury
7. není jedna pravda
  - existenciální (subjektivita je pravdou – Kierkegaard)
  - postmoderní (je tolik pravd, kolik je pozorovatelů – Maturana)
8. důležitý faktor plynutí času
9. obrat k jazyku
  - existenciální (jazyk patří mezi zkoumající fenomény)

- postmoderní (jazyk je aktivním nástrojem, jímž a v němž je realita vytvářena)
10. přízpůsobení se jazyku klienta

Shora uvedené obecné shody a rozdíly existencialismu a postmodernismu bych rád konkrétně uvedl na dvou psychoterapeutických směrech, a to existenciální analýze A. Längleho (existencialismus) a systemických přístupů – krátká terapie orientovaná na řešení, narativní přístup, komunikační terapie M. Ericksona (postmodernismus). Oba dva směry jsem studoval podrobněji a snažím se je prakticky využívat v psychoterapeutické praxi.

## KONKRÉTNÍ ROZDÍLY OBOU PŘÍSTUPŮ

### 1. Teorie poznání

**Existenciální analýza** vychází z Franklovy koncepce objektivní reality. Podle ní člověk realitu nevytváří, pouze ji nalézá, protože mu byla již předem stanovena a předchází jej. Vztah objektivní skutečnosti a smyslu je vyjádřen požadavkem nalézání smyslu jako objektivního nároku konkrétního okamžiku. Na rozdíl od logoterapie rozšiřuje existenciální analýza objektivní realitu o rovinu subjektivního prožívání a zaměřuje se na spolupůsobení objektivní a subjektivní skutečnosti. Skutečnost Längle (2000b, s. 48) definuje jako „*celek skládající se z představ, myšlenkových, pocitových a vnímaných obsahů, které určují život a jednání individua.*“ Cílem existenciálně analytické terapie je, aby klient zaujal vlastní postoj k vnímané skutečnosti a následně došlo ke sladění klientova jednání se stanovenou realitou.

**Systemické přístupy** vycházejí z konstruktivistické teorie poznání. Ta sice předpokládá existenci objektivní reality,

ale s tím rozdílem, že ji podle konstruktivistů není možné poznat, protože naše poznávání není pouhé zrcadlení skutečnosti, ale je vždy naší interpretací. Realita se neobjevuje, ale je neustále všemi spoluvytvářena ve vyprávění. Procesem konstruování se přiřazují událostem různé významy, které jsou podmíněny historickými, kulturními a jazykovými souvislostmi.

**Rozdíl** tedy spatřuji zejména v pohledu na objektivní realitu. Existenciální analýza předpokládá její poznatelnost, naproti tomu konstruktivistická teorie vychází z její nepoznatelnosti. **Oba dva směry** ovšem vycházejí ze vzájemného spolupůsobení objektivní a subjektivní skutečnosti (existenciální analýza) nebo v konstruktivistickém pojetí poznávajícího a poznávaného systému.

### 2. Zaměření na smysl a cíl

**Existenciální analýza** se zaměřuje zejména na hledání jedinečného smyslu daného okamžiku. Längle (2002a) rozlišuje mezi smyslem a cílem. Cíl se





vyznačuje funkčností a stanovuje si jej člověk sám na základě svých přání a představ. Je tedy projevem vnitřních konstrukcí. Naproti tomu smysl se nezaměřuje na dosažení cíle, ale na otevřenost vůči světu a jeho hodnotám. Není možné jej stanovit jako cíl, ale musí být teprve nalezen v konkrétním okamžiku a následně přijat za vlastní.

**Pro systemické směry** je vše pouze vnitřní konstrukcí stojící na tvorbě významů. Proto není možné přesné a pravdivé poznávání objektivní reality. Z existenciálního pohledu se systemické směry zaměřují na cíl, resp. na takové konstruování, ve kterém problém není přítomen. Zjišťováním a následným dosahováním žádoucího cílového stavu se nejvíce zabývá krátká terapie orientovaná na řešení.

### 3. Mluvení o nepříjemných prožitcích nebo orientace na řešení

**Existenciální analýza** se snaží motivovat klienta, aby pokud možno rychle neopouštěl rozhovor o nepříjemných prožitcích, a naopak je prozkoumával. Naproti tomu **systemické přístupy** (zejména krátká terapie orientovaná na řešení a

#### *KONKRÉTNÍ SHODY OBOU PŘÍSTUPŮ*

##### 1. Obrat k subjektu

Oba dva směry staví do popředí subjekt. **Existenciální analýza** se oproti logoterapii zaměřuje na analýzu subjektivního prožívání jedince. Tato tendence je nejvíce patrná zejména v teorii emocí a v teorii motivace. Podle Längleho (1993) si člověk vytváří vnitřní svět sebedistancí. Existenciální analýza klade důraz na zaujmutí vlastního postoje ke skutečnosti, zatímco vybrané

hamburská škola) se snaží co možná nejméně zdržet u popisu problému. Místo toho se zaměřují na formulaci zakázky (žádoucího cílového stavu).

##### 4. Teorie emocí

**Längle** podrobně rozpracoval vlastní teorii emocí. Rozlišuje pocity, city, pocity v užším smyslu slova a dále primární a integrované emoce. Emoce je v tomto pojetí definována jako „volná, osobní, nedeterminující, pocitovaná odpověď“ (Längle, 2003, s. 187). Emoce jsou subjektivní kvalitou prožívání a představují širokou paletu citů vztahující se k osobním hodnotám.

**Systemický přístup** se proti existenciální analýze tak nezabývá intrapsychickou stránkou emocí. Na emoce se dívá jako na komunikační prostředek vyjadřující poselství od někoho k někomu (von Schlippe, Schweitzer, 2006). Pomocí cirkulárních otázek se terapeut ptá, co projev klientových emocí znamená pro ostatní a jak ostatní na jeho emoce reagují. Tímto způsobem dotazování vznikají v systému nové informace ohledně významů, které konkrétním emocím přiřazují členové systému.

**systemické směry** se obracejí na způsob konstruování vnitřního světa každým člověkem. Existenciální analýza se nesnaží nahlížet na minulé události jako na objektivní příčinu, ale snaží se zejména pomocí personální existenciální analýzy, aby událostem člověk subjektivně porozuměl.

##### 2. Nereduktivní přístup k životní zkušenosti



**Existenciální analýza** vychází z fenomenologického přístupu, který se snaží uchopovat klientův svět bez předsudků a popisovat fenomény jazykem klienta. **Systemické směry** přijímají takový popis, se kterým klient přichází. Nesnaží se klientovi dávat najevo, že terapeutův pohled je lepší – nadřazený. Oba dva směry přejímají klientův přirozený jazyk, aby byla komunikace pro klienta srozumitelná a byla nápomocná vzájemnému porozumění.

### 3. Pojetí budoucnosti

**Existenciální analýza** i vybrané systemické směry vycházejí ze zaměřenosti člověka na budoucnost. Tu shodně vnímají jako otevřenou, neustále se vytvářející. **Konstruktivistické směry**, např. krátká terapie orientovaná na řešení, se snaží o konstruování takové budoucnosti, ve které problém již není přítomen.

### 4. Širší kontext

Oba dva směry vycházejí ze širšího kontextu a snaží se více uchopit celek a jeho vzájemné vztahy. Pro **existenciální analýzu** je to zejména rodina, společenské tradice nebo specifické kultury. Využívají se takové fenomény, jako je společenské prostředí, duch času a umění. **Systemické přístupy** se zabývají především historickými, kulturními a jazykovými souvislostmi.

### 5. Rozlišování

Oba dva směry pokládají za důležitou schopnost člověka činit různá rozlišení. **Existenciální analýza** se zabývá rozlišováním z hlediska rozdílu mezi jednotlivými možnostmi s cílem vybrat tu, která je v určitém okamžiku pro dotyčného nejlepší. Pro

**konstruktivistické směry** je důležité zejména rozlišování žádoucího a nežádoucího stavu a rozlišování různých významů, které dotyčný přiřazuje svým prožitým zkušenostem.

### 6. Princip osobní svobodné vůle

**Existenciální analýza** stejně jako logoterapie vychází z principu svobodné vůle rozhodovat se mezi jednotlivými možnostmi dané situace s cílem zvolit konkrétní hodnotu, kterou dotyčný následně uskuteční. **Probírané systemické směry** vycházejí z určité míry svobody při konstruování vnitřního světa, na kterém se spolupodílí zejména sociální kontext. Např. narativní přístup se snaží, aby klient opět zažíval pocit osobního autorství svých příběhů, který je založen na zkušenosti volby mezi možnostmi při utváření vlastního života.

Ze shody na principu osobní svobodné vůle vychází i shoda na tom, že si člověk spoluvytváří svůj vlastní život. Místo determinujících tendencí zaměřují oba dva směry svoji pozornost k možnostem člověka aktivně utvářet svůj život.

### 7. Princip osobní zodpovědnosti

**Existenciální analýza i systemické směry** se zabývají tématem odpovědnosti z různého úhlu pohledu. Společně se ovšem shodují na principu osobní zodpovědnosti, vycházející ze svobodné vůle.

**Längle** (2002b, s. 67) předpokládá, že „*smysl svobody spočívá v odpovědnosti*“. Odpovědnost je podle něj nerozlučně spojena se svobodou, protože pokud je člověk svobodný ve svém jednání, nikdo jiný než dotyčný člověk nemůže být za následky tohoto jednání odpovědný. Svobodné jednání tedy vždy zahrnuje odpovědnost a předchází ji. Odpovědný je člověk podle



existenciální analýzy před nejvyšší hodnotou ve svém životě. Odpovědnost vyjadřuje vztah k předmětu našeho snažení a rozsah odpovědnosti je ukazatelem hodnoty, kterou předmětu přisuzujeme. V každém okamžiku svého života nese člověk odpovědnost i za příští chvíli, protože budoucnost závisí na současném rozhodnutí.

Každý ze systemických přístupů dává důraz na jiný aspekt odpovědnosti. V **krátké terapii** orientované na řešení se zaměřuje na osobní odpovědnost za konstruování takové reality, ve které je problém definován způsobem, že umožňuje řešení. **Strategická terapie** Milтона Ericksona se zabývá odpovědností zejména z pohledu odpovědnosti terapeuta za přímé ovlivňování svých klientů a odpovědnosti za proces terapie. Vychází se z předpokladu, že klient přichází za terapeutem s nadějí na žádoucí změnu a žádá ho, aby tuto změnu navodil. **Narativní terapie** zase mluví o tématu odpovědnosti v externalizaci. Pomocí externalizace je klient podněcován, aby přijal osobní odpovědnost za to, čím se na přežívání problému podílí. Oddělení klienta a problému vede k tomu, že si klient může uvědomit svůj vztah k problému a to, že tento vztah může ovlivňovat.

#### 8. Předpoklad existence vnitřních zdrojů

**Existenciální analýza i systemické přístupy** vycházejí z existence vnitřních zdrojů, ze kterých člověk čerpá při řešení problémových situací. Längle (2000a) se snaží především pomocí personální existenciální analýzy oslovovat osobní síly přítomné v každém člověku a nasadit je do boje s problémy, konflikty a traumaty.

#### 9. Důraz na jedinečnost každého člověka

Existenciální analýza i systemické směry staví do popředí jedinečnost každého člověka. **Systemický přístup** vychází z toho, že nelze poznat objektivní realitu, a tedy ani obecné, vždy platné zákonitosti. Proto ani není možné činit o klientech obecné, vždy platné závěry. Každý člověk je odborníkem na svůj jedinečný život a zkušenost jednoho člověka nemusí být platná a přenositelná na druhého. **Existenciální analýza** také vychází z jedinečnosti každého člověka, již se snaží propojit s jeho jedinečností v hledání smyslu a hodnot.

#### 10. Terapeutický vztah

Terapeutický vztah je považován v **existenciální analýze i v systemických směrech** za klíčový prvek terapeutického procesu. Oba dva směry kladou důraz na rovnocenný vztah terapeuta a klienta, který by podporoval spolupráci, respekt, pluralitu a dialog.

#### 11. Vytváření plánů budoucího jednání

Jedna z hlavních metod **existenciální analýzy**, tzv. personální existenciální analýza, se snaží pomoci člověku, aby našel autentický souhlas s vedením vlastního života. Využívá k tomu následující kroky: PEA0 – Popis (věcný popis událostí), PEA1 – Dojem (uchopení a porozumění primární emoci), PEA2 – Zaujetí vnitřního postoje (integrovat primární emoce do svého života) a PEA3 – Výraz. V této poslední fázi klient s pomocí terapeuta vytváří svůj vlastní plán budoucích jednání. Längle (2000a) k tomuto uvádí, že při přípravě se používají kromě psychodramatu i prvky systemické terapie.

**Ze systemických přístupů** se nejvíce zabývá vytvářením plánů budoucích jednání **krátká terapie** orientovaná na řešení. Vychází se z konstruovaného



žádoucího stavu a s klientem se např. pomocí tzv. zázračné otázky nebo

škálovacích otázek hledá způsob, jak tohoto stavu dosáhnout

## ZÁVĚR

Jak vyplývá z výše uvedeného, existencialismus a postmoderna rozdílně uchopují bytí člověka ve světě. Tato rozdílnost ovšem nabízí širokou možnost

vzájemného obohacení a lepší porozumění lidské existenci v kontextu širší společnosti.

## SEZNAM LITERATURY

1. Blecha, I. (1994). Fenomenologie a existencialismus. Olomouc: UP Olomouc.
2. Halama, P. (2000). Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života. Československá psychologie, roč. XLIV, č. 3.
3. Längle, A. (1993). Personale Existenzanalyse, in Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE-Verlag.
4. Längle, A. (2000a). Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas Universitätsverlag.
5. Längle, A. (2000b). Die existentielle Wirklichkeit. Ein existenzanalytisches Verständnis fundamentalen Bezogenseins. Fazekas T (Hg) Die Wirklichkeit der Psychotherapie. Beiträge zum Wirklichkeitsbegriff. Klagenfurt: Kitab.
6. Längle, A. (2002a). Wenn der Sinn zur Frage wird... Wien: Picus Verlag Ges.m.b.H.
7. Längle, A. (2002b). Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza. Brno: Cesta.
8. Längle, A. (2003). Zur Begrifflichkeit der Emotionslehre in der Existenzanalyse. Längle A. (Hrsg.) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas.
9. Plháková, A. (2008). Dějiny psychologie. Praha: Grada.
10. Slabý, M. (2009). Systemický přístup a existenciální analýza v pojetí A. Längleho. Olomouc: UP Olomouc.
11. Úlehla, I. (2003). Fólie – studijní materiály pro účastníky výcviku Umění terapie, In Studijní materiály Umění terapie 07a. Praha: Institut pro systemickou zkušenost.
12. Von Schlippe, A., Schweitzer, J. (2006). Systemická terapie a poradenství. Brno: Cesta.

## O AUTOROVÍ

**PhDr. Martin Slabý** (nar. 1979 v Kutné Hoře) vystudoval Právnickou fakultu MU v Brně a následně psychologii na Fakultě sociálních studií MU v Brně a na Filozofické



fakultě UP v Olomouci. Aktuálně pracuje jako psycholog v Psychiatrické léčebně v Kroměříži na rehabilitačním otevřeném mužském oddělení a na oddělení pro léčbu neuróz. Profesionálně se věnuje zejména využití expresivních technik při skupinové psychoterapii. Dále se zaměřuje na aktivaci zdrojů pomocí ericksonovské hypnózy.

### Kontaktní údaje:

Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž  
E-mailová adresa: [slaby@centrum.cz](mailto:slaby@centrum.cz)

Do redakce přišlo: 26. 1. 2013  
Recenze: 29. 1. 2013  
Do tisku zařazeno: 26. 3. 2013

## ŠIMEK J.: AD EXISTENCIALISMUS A POSTMODERNÍ PŘÍSTUP – PODOBNOSTI A ROZDÍLY

Upřímně mne těší, že se v Psychosomu objevil text vážně se zabývající filosofickými východisky některých směrů psychoterapie. Sám také nejsem filosof, proto je nutné i můj komentář vzít jako filosoficky amatérský. Moc se mi líbí nápad postavit vedle sebe existenciální analýzu a systemickou terapii jako dva reprezentanty současných směrů filosofického bádání. Srovnání považuji za zdařilé. Současná filosofie však obsahuje jeden háček. Její různé směry nejsou dost dobře vymezeny a každý pokus o jejich definici narazí na někoho, kdo to vidí jinak. Dovoluji si proto předložit svou vlastní perspektivu, a to ne jako popření napsaného, ale spíše jako doplnění pohledem z jiné strany.

Pojmy jako moderna – postmoderna – fenomenologická a existenciální analýza a konečně hermeneutika mají jak věčný, obsahový, tak i historický kontext.

Nejstarší je moderna, která se pomalu rozplývá během dvacátého století, kdy zjišťujeme, že vědění jako takové ještě není hodnotou samo o sobě. Kromě toho

objevujeme znovu Kantovo rozlišení „fenoménu“ a „věci o sobě“ s tím, že věc o sobě přímo nepoznáváme, jen prostřednictvím fenoménu. Věda postupně přestává být metodou poznávající věci, jak jsou, ale je jí rozuměno jako poznávání zákonitostí hmotného světa z lidského pohledu, vedeného zvědavostí a potřebou ovládat svět. Mnozí vědci (a samozřejmě i lékaři) zůstávají v moderním pojetí světa dosud. Dokud zůstávají ve svém vědeckém světě, je to tak v pořádku. Ve chvíli, kdy se pokoušejí vrátit i ostatní svět zpátky do moderny (například s pomocí českého klubu Sisyfos), narážejí na nezájem ostatních. V medicíně se pak srážejí s přirozeným světem svých pacientů. Proti snaze lékařů vrátit pacienty zpět do vědeckého světa vyvíjí společnost různé mravní a právní nástroje (např. informovaný souhlas), které chrání pacientův svět před vědeckým popřením a znevážením.

Postmoderna je reakcí na selhávající moderní svět, postavený na řádu vyrůstajícím z objektivního poznávání světa. Objektivita, nezávislá na

poznávajícím subjektu, se ukazuje být stále více iluzí než skutečným poznáváním světa. Proto je objektivita postupně opouštěna. K tomu bylo potřeba „dekomponovat“ zavedené pojmy a teze, čehož se ochotně chopila postmoderní filosofie. Člověk ale potřebuje o svých věcech mluvit, proto se paralelně s dekompozicí rozvíjí i pozitivní filosofický jazyk a zde nastává první problém. Máme zařadit do postmoderny jenom dekompozici pojmů, nebo i vytváření nových? Jsou J. Patočka a H. G. Gadamer postmoderní filosofové? Sám na to neumím odpovědět, proto je pro mne termín „postmoderna“ poněkud konfušní.

S rozpadem objektivit, jak jinak, narůstá význam subjektivit. T. G. Masaryk se přílišné subjektivit obával, viděl v jejím nárůstu zdroj sociální patologie (sebevraždy). Fenomenologičtí filosofové (zakladatel E. Husserl) ale začali ze subjektu vycházet a ukázalo se, že to je plodné pojetí. Navíc my lidé jsme sociální bytosti, takže subjektivní pojetí volně přechází v intersubjektivní a místo rozlišování (subjektivní) sobectví – (objektivní) altruismus přichází rozlišení zdravé sobectví – chorobné sobectví (narcismus). V této linii se pohybuje také existencialismus od S. Kierkegaarda k fenomenologovi M. Heideggerovi a ke K. Jaspersovi. V polovině dvacátých let se přidává V. Frankl se svou logoterapií, následovanou existenciální analýzou dle A. Längleho.

Ve chvíli, kdy se pojetí člověka odvíjí od jeho subjektivit, je nutné nově formulovat definici pravdy. Aristotelské a vědecké pojetí definuje pravdu jako souhlas výroku a skutečnosti. Když uznáme, že dost často nejsme schopni zjistit, „jak je to skutečně“, pak aristotelská definice selhává. Na to jsou možné dvě reakce. První nazývám „vulgární postmoderna“ a znám ji jenom

z kritiky příslušníků hnutí Sisyfos. Někdy před dvaceti lety existoval časopis, do kterého bylo možné napsat cokoli, a vše bylo považováno za pravdu. I napsali text, v němž byla tvrzení v rozporu s poznatky soudobé fyziky. Pak napsali dopis, ve kterém vysvětlovali, co všechno bylo v textu z fyzikálního hlediska špatně. Redaktoři onoho postmoderního časopisu poděkovali za oba příspěvky s tím, že oba opovažují za „pravdivé“, a bezelstně se dotázali, zda mají publikovat i ten druhý, kritický text. Tedy pravda je cokoli, co člověk řekne nebo napíše. Lepší pojetí pravdy přinesla fenomenologie. Pravda existuje, měli bychom být vůči ní pokorní, ale není nám v plném rozsahu přístupná. A protože se na svět díváme z různých úhlů, může pravda o tomtéž vypadat různě. Představme si kopec porostlý krásným lesem, z jedné strany zohyžděný kamenolomem. Tvrzení „to je krásný zelený kopec“ bude stejně pravdivé jako „ten kopec je zohyžděný kamenolomem“. Bude záležet na tom, ze které strany se na kopec podíváme. A pravdě se přiblížíme tak, že budeme brát vážně vždy i to druhé tvrzení. Pochopíme, že kopec je z jedné strany krásně porostlý, z druhé strany zohyžděný. Proto bylo přijato řešení navržené M. Heideggerem. Starořecký pojem pravdy *aletheia* znamená odkrytost. Pravda se nám může odkrývat, ale i zakrývat. Není nám dána v plném rozsahu, ale podle toho, jak s fakty pracujeme, se můžeme pravdě přibližovat nebo vzdalovat. Otevřenost nás pravdě přibližuje, uzavřenost do jednoho myšlenkového systému vzdaluje.

Jaká je pravda o člověku? Je člověk výsledkem působení vnějších sil, nebo je konstruktérem sama sebe? Jistě na něj významně působí genetika, rodina,



sociální prostředí. Ale na tom přece nemůžeme zůstat. Pak by veškerá psychoterapie byla absurdní. Proto většina psychoterapeutických škol zdůrazňuje konstruktivistickou stránku lidské existence. Člověk je tvůrcem (nebo alespoň spolutvůrcem) sebe sama. Představa, že člověk konstruuje svůj svět, jde ale napříč různými školami. Nepřekvapí nás u psychoanalytika E. Eriksona, podle kterého v každém vývojovém období musíme vyřešit nějaký úkol. Ale i J. Piaget, přicházející z behaviorální psychologie, fascinujícím způsobem popisuje, jak prostor a čas člověk prostě jen neokouká, ale všichni si tyto pojmy vždy znovu v určitém věku sami konstruují. Pokud je člověk tvůrcem sebe sama, bude asi také konstruktérem svých vztahů a svého sociálního prostředí. Pak systemická terapie správně vede své klienty k poznání, že žijí ve světě, který si zkonstruovali, a proto jestli jim nevyhovuje, mohou si jej předělat. Stačí se o tom domluvit s ostatními. Tak jsme se nenápadně ocitli na půdě sociálního konstruktivismu.

Tady se ale filosofie nezastavila a H. G. Gadamer celý život rozvíjel hermeneutiku. Svět nepoznáváme tak

jak je bez nás, ale celý život se učíme mu stále lépe rozumět. Je to jako s textem (např. s textem bible). Ten někdo kdysi napsal, a když mu dnes chceme porozumět, musíme v hermeneutickém kruhu postupovat od porozumění částem k lepšímu porozumění celku a odtud zpět k částem. Samozřejmě se zde uplatní naše předporozumění (před-sudek), ale to nemůžeme vyloučit, s tím musíme počítat. Proto je lepší hledat porozumění textu ve skupině více lidí. Různá předporozumění jsou pohledy z různých stran, proto porozumění textu obohacují. No a naše porozumění světu probíhá ve stejných hermeneutických kruzích doprovázených stejnými předporozuměními (před-sudky). Tak se pravdě pomalu přibližujeme, ale ta je pořád ještě strašně daleko. Je to asi tak, jako když si vylezeme na štafle, jsme blíže měsíci, a na střeše ještě blíže...

Zdá se vám to moc složité a zneklidňující? Dobře vám tak. Nemáte takové filosofické texty číst. Vraťte se k článku Existencialismus a postmoderní přístup a užijte si jeho jednoduchost a srozumitelnost.

# VÝUKA

## TRAPKOVÁ L.: ZPRÁVA O VÝCVIKU V RODINNÉ TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI

**SOUHRN:** TRAPKOVÁ L.: ZPRÁVA O VÝCVIKU V RODINNÉ TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI. PSYCHOSOM 2013;11(2), S.116-131

V mezidobí po ukončení čtvrtého cyklu a před otevřením cyklu pátého podáváme odborné veřejnosti zprávu o čtyřletém komplexním vzdělávacím programu v rodinné terapii psychosomatických poruch schváleném pro zdravotnictví. Seznamujeme čtenáře s kořeny projektu, které sahají až před rok 1989 a s jeho proměnami během 16 let. Integrovali jsme v něm zkušenosti z výcviků ve skupinové psychoterapii a výuku rodinné terapie. Hlavním záměrem je propojovat dominantní proud biologické medicíny ve zdravotnictví s málo uplatňovanými poznatky o významném vlivu psychosociálního kontextu na stonání. Komunita 40 frekventantů je složená z lékařů na straně jedné a humanitně vzdělaných odborníků, především klinických psychologů na straně druhé. Absolventi takto uspořádaného komplexního vzdělání, které obsahuje teorii, nácvik dovedností, možnost osobnostního rozvoje v malých sebezkušenostních skupinách i supervizi, jsou připraveni pracovat v týmech na psychosomatických pracovištích.

**Klíčová slova:** rodinná terapie, sociální děloha, psychosomatika

**SUMMARY:** TRAPKOVÁ L.: THE REPORT ON COACHING IN FAMILY THERAPY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN LIBEREC, PSYCHOSOM 2013;11(2), S.116-131

In the interlude, after the finishing the fourth cycle and before the opening of the fifth cycle, we are presenting professionals a report on a four-year comprehensive training program in family therapy of psychosomatic disorders approved for health care. The readers are informed about the roots of the project, which dates back to the year 1989, and about its changes during 16 years. We have integrated the experience of coaching in group psychotherapy and family therapy coaching. The principal intention is to connect the dominant current of biological medicine in health care with little applied knowledge of the significant impact of psychosocial context on ailments. 40 trainees community is made up of doctors on one hand and the professionals educated in humanities, particularly clinical psychologists, on the other hand. The graduates of such organized comprehensive education that includes theory, skills training, personal development opportunity in small self-experienced groups and supervision are prepared to work in teams in psychosomatic departments.

**KEY WORDS:** family therapy, social womb, psychosomatics





## ÚVOD

Na podzim 2012 jsme ukončili čtvrtý běh Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci, schváleného pro zdravotnictví. Chystáme se otevřít další, v pořadí pátý, a tak nastal čas vhodný k bilancování a případným výhledům do budoucna. Čtenářům Psychosomu a Softfóra si dovolíme nabídnout reflexi všech dosavadních čtyřletých cyklů. Každý následující vyrůstal z předchozího a v každém vyvstalo, jak se dodatečně ukazuje, jedno dominantní téma, které se ocitlo v základech běhu dalšího a ovlivnilo jeho podobu pro novou generaci studentů. Novinky nenabývaly nikdy takového rázu, že by vedly k zásadnímu vybočení od původního záměru propojovat dominantní proud biologické medicíny ve zdravotnictví

s málo uplatňovanými poznatky o významném vlivu psychosociálního kontextu na stonání. Do výukových skupin vybíráme záměrně reprezentanty jak lékařů, tak humanitně vzdělaných odborníků nelékařských profesí pracujících ve zdravotnictví, jako jsou psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci, případně i duchovní. Jejich počty vyvažujeme tak, aby v komunitě čtyř malých skupin mohla spontánně vzniknout atmosféra inspirující k dialogu obou jazykových a zkušenostních modů. Absolventi takto uspořádaného komplexního vzdělání, které obsahuje teorii, nácvik dovedností, možnost osobnostního rozvoje v malých sebezkušenostních skupinách i supervizi, jsou připraveni pracovat v týmech na psychosomatických pracovištích.

## ZAČÁTKY

Koncepce libereckého výcviku vznikala na začátku devadesátých let minulého století a navazovala na zkušenosti našich předchůdců v medicíně a psychoterapii. Začínali jsme víkendovým seminářem O časové ose (Chvála, 1995), který měl a dosud má mnoho zájemců a také žadatelů o pokračování. Svého času jsme tedy organizovali Časovou osu II, ale to brzy nestačilo, obsah, který jsme potřebovali vtělit do tří dnů, se rozrůstal. Psali jsme pro frekventanty skripta, průběžně jsme nahrazovali staré texty novými. Ovšem vážnějším podnětem pro otevření dlouhodobého výcviku byla ještě další okolnost. Práce s časovou osou navozuje rychlé až transové ponoření pacienta do osobního příběhu a navázání intenzivního terapeutického vztahu. Pro jednorázovou práci s

frekventanty by to nemuselo být pokaždé bezpečné, pokud bychom nebyli připraveni v indikovaných případech zajistit další psychoterapii, jako je to samozřejmě s pacienty, u kterých technika právě takového úvodního rozhovoru umožňuje ve velmi krátkém čase, třeba jen během jedné hodiny, nastartovat terapeutický proces. Potřebných pro návaznou terapeutickou práci nebylo mezi účastníky semináře mnoho, ale stačilo to k pochybnostem o etice naší práce. Situace tedy uzrála a rozhodli jsme se pro víceletý výcvik a seminář O časové ose se stal podmínkou pro výběr do výcviku.

Základy vzdělávání v psychoterapii byly na území tehdejšího Československa položeny už koncem osmdesátých let.



Vedle tradičně dobře propracovaného tréninku v psychoanalýze běžely výcviky ve skupinové psychoterapii (Skála, Urban, Rubeš), J. Skála s J. Růžičkou přivezli z Německa a založili i u nás výcvik pro vedoucí balintovských skupin, a tím vnesli do mimopsychoanalytického českého prostředí požadavek supervize v psychoterapii. Od sedmdesátých let se k nám díky P. Bošovi a J. Špitzovi začaly dostávat zpoza železné opony přibližně s dvacetiletým zpožděním také poznatky o rodinné terapii. Ti dva se také stali našimi učiteli. Chvála prošel výcvikem u Boše a Trapková u Špitzu. Ta měla kromě toho za sebou také pětiletou cvičnou terapii v individuální hlubinné psychoterapii, jak se tehdy říkalo, a byla absolventkou balintovského výcviku ve skupině.

Přirozeně se nabízelo propojit klinickou zkušenost dvou rodinných terapeutů, gynekologa a sexuologa V. Chvály a dětské klinické psycholožky L. Trapkové, která zrovna ukončovala s O. Schormem vedení výcvikové skupiny v dynamické skupinové psychoterapii a byla volná pro další pedagogickou činnost. Začali jsme si ujasňovat, jakou podobu by mělo mít společné postgraduální vzdělávání lékařů na straně jedné a klinických psychologů na straně druhé, případně dalších nelékařů pracujících ve zdravotnictví, nositelů vzdělání a zkušeností v humanitních oborech. Při vědomí propasti mezi dvěma oblastmi odborných jazyků jsme hledali formální předpoklady k rozvíjení jejich dialogu. Ve svých praxích jsme už dávno předtím experimentovali s propojováním psychosociálních aspektů stonání s biologickými projevy nemocí. Rodinnou terapii a systematické myšlení jsme považovali za neobyčejně účinnou cestu k psychosomaticky nemocným a bylo zde na koho navazovat (Minuchin, 1977). Výuky v rodinné terapii bylo

v naší zemi v devadesátých letech poskrovnu a ta, kterou nám zprostředkovali před rokem 1989 P. Boš a J. Špitz, neobsahovala všechny dnes už uznávané a povinné součásti každého akreditovaného výcviku. Zvažovali jsme dvě alternativy. Přijímat do výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch kolegy, kteří už měli za sebou sebezkušenostní výcvik, ať už individuální anebo ve skupině, a poskytovat jen výuku teorie a dovedností, anebo vystavět komplexní program, který by obsahoval vše: Teorii rodinné terapie, osobní sebezkušenost, výuku dovedností i supervizi.

Institucionalizace systematické psychoterapie nebyla tehdy ještě stabilizovaná a konečná pravidla České psychoterapeutické společnosti (ČPS J.E.P.) se ustavovala v době, kdy první cyklus našeho výcviku už probíhal. Počet hodin a délku výcviku jsme upravovali takříkajíc za pochodu. Tím byl první běh, který jsme otevřeli v roce 1997, pochopitelně poznamenáný. Jeho podobu jsme předem konzultovali se zkušenými lektory a tvůrci výcviků vznikajících v obtížných podmínkách minulého režimu před rokem 1989. Byli to Jaroslav Skála, Jiří Růžička a Jan Špitz. Ti, na které bychom se ještě také rádi obrátili o názor, Petr Boš a Zdeněk Mrázek, byli v té době už bohužel po smrti. Měli jsme ovšem ještě jednoho významného konzultanta, dánského dětského psychiatra a rodinného terapeuta Torbena Marnera, u kterého jsme našli překvapivě největší podporu, a to v době, kdy už jsme měli vlastní strukturu výuky prakticky hotovou (Marner, 2000). Museli jsme se smát, když nám Torben prozradil, že až na detaily téměř stejný výcvik běží v Dánsku pod jeho vedením už tři roky. Opřeli jsme se o jeho jistotu, že je možné v jednom týmu kombinovat různé



psychoterapeutické směry, sebezkušenostní dynamickou skupinu a výuku rodinné terapie. (V jeho případě sebezkušenostní skupinu vedla psychoanalytička.) Je třeba si uvědomit triviální skutečnost, že ten, kdo se chystá stát rodinným terapeutem, nemůže přivést do sebezkušenostního výcviku celou svou rodinu analogicky ke studiu individuální nebo skupinové psychoterapie, ve kterém se „namáčí“ se svým intrapsychickým procesem adept sám.

První běh byl naším nejstarším dítětem. Bylo milované a muselo snášet hledání, nezkušenost a vyladování původního čtyřčlenného týmu vedoucích (Chvála, Trapková, Knop, Zemanová). Torben Marnier byl výborným starším průvodcem a supervizorem. Hlavní rysy struktury programu kupodivu vydržely téměř beze změn. Snad můžeme tvrdit, že základy jsme položili v roce 1997 kvalitní, budova, kterou na nich dalších dvanáct let stavíme, se zatím nerozpadá, ani nehroučí. Poskytuje, zdá se, slušné podmínky a dostatečně silné podněty pro osobnostní a profesionální zrání budoucího rodinného terapeuta, anebo, a to se ukazuje až v poslední době, výcvik je vhodný také pro postgraduální

### ORGANIZAČNÍ STAVBA VÍKENDU

*Prezenční část výcviku* probíhá v komunitě čtyř desetičlenných uzavřených skupin, která se schází šestkrát do roka o víkendech. K nim se od čtvrtého běhu přidávají v prvních dvou letech samostatné pětidenní výjezdy sebezkušenostních skupin. Pro dokončení *komplexního vzdělání v rodinné terapii* je pak nutné navázat povinnou *supervizí*, kterou si student plánuje a organizuje podle svých

vzdělávání těch lékařů, kteří sice na systematickou psychoterapii neaspirují, ale potřebují a jsou motivováni integrovat prvky psychoterapie, a především vlastní osobnostní zkušenost do běžné práce somatického lékaře. Ti by se mohli stát do hloubky poučenými a osobnostně připravenými vedoucími lékaři psychosomatických oddělení, kterých se v našem zdravotnictví stále nedostává. Náš vlastní koncept psychosomatického příznaku v rodině ve výuce teorie a dovedností (Trapková & Chvála, 2004) je na pomezí klinické práce a výcvikového procesu díky obrovské aktivitě studentů obohacován dalšími a dalšími příběhy. Velkým inspirujícím zdrojem jsou aplikace rodinné terapie na rozličných pracovištích, kde absolventi výcviku integrují rodinnou terapii do svých běžných praxí, jak jen to jde.

V dalším textu opomineme formální informace, jako jsou rozsah výuky a počty hodin, podmínky přijetí, cena výcviku, apod., ty si čtenář může vyhledat (LIRTAPS, 2005) a nejsou smyslem tohoto sdělení. Zde bychom chtěli reflektovat *vývoj koncepce výcviku* od jeho založení a podat o něm zprávu odborné veřejnosti.

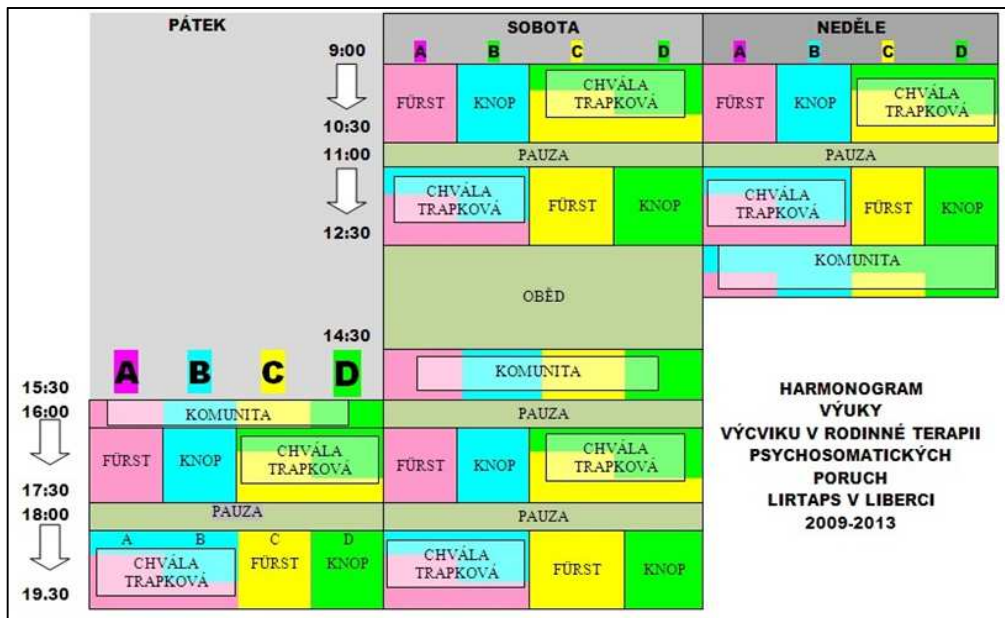
časových možností během dalších dvou let.

Od pátku do neděle oscilují sebezkušenostní malé skupiny pravidelně od svých skupinových trenérů do výuky teorie a dovedností a zpět. Na výuku se vždy dvě skupiny spojí v jednu dvojskupinu, a pak se zase rozdělí a vracejí (obr.,1). Uprostřed soboty se po obědě schází velká skupina tvořená celou čtyřicetičlennou



komunitou, kterou vedou oba skupinoví trenéři. Studenti tedy pracují během víkendu na třech úrovních skupinového procesu: V malé sebezážitkové skupině

s jedním trenérem, ve výukové dvojskupině s učitelským mužsko-ženským párem a ve velké skupině, na které je přítomen celý tým vedoucích.

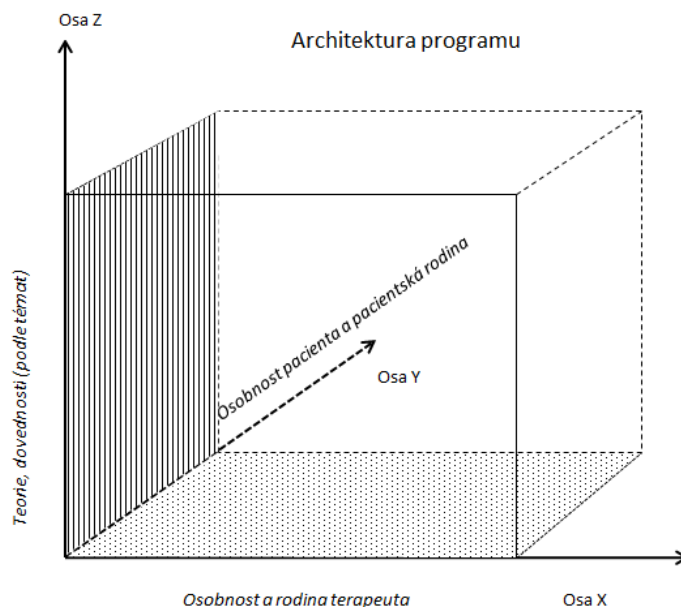


OBRÁZEK 1: HARMONOGRAM VÝUKY

*TROJDIMENZIONÁLNÍ CHARAKTER VÝUKY*

Ve výuce sledujeme ve všech čtyřech ročnících tři dimenze zároveň a

jednotlivé ročníky se liší v důzazech na obsah jednotlivých dimenzí (obr.2):



## OBRÁZEK 2: TŘI DIMENZE VÝUKY

- Osa X: Zrání osobnosti budoucího rodinného terapeuta v síti jeho rodinných vztahů
- Osa Y: Praxe rodinného terapeuta s patientskou/klientskou rodinou
- Osa Z: Výuka teorie rodinné terapie a dovedností rodinného terapeuta uspořádaná tematicky a s ohledem na vývojové fáze rodiny

Víkendy jsou tematicky strukturované: V pátek teorie a v sobotu procvičování dovedností v rámci předem ohlášeného tématu. První dva roky využíváme materiálu z vlastních rodin studentů, od třetího ročníku materiálu patientských/klientských rodin. V neděli zasazujeme probranou látku do praxe studentů tak, že se směrem ke čtvrtému ročníku v nedělních cvičeních zvýrazňuje supervizní aspekt výuky.

V našem modelu tedy sebezkušenostní skupiny pracují v rovině XY po celé čtyři roky svým vlastním tempem jako v jiných skupinových psychoterapeutických výcvicích. Jan Knop je svým domovským vzděláním gestalt terapeut, Aleš Fürst Pessoboyden terapeut. Oba tyto psychoterapeutické směry se s rodinnou terapií podle našich zkušeností velmi dobře snášejí, skupiny jsou z hlediska vedoucích dost dobře vyvážené.

V prvních dvou ročnících je rovina XY (vnitřní intimní součást procesu) preferovanou základnou nejen v sebezkušenostních, ale také ve

výukových skupinách. K ní se od začátku postupně přidává dimenze Z (racionální a praktická složka). V druhých dvou ročnících postupně opouštíme ve výukových skupinách rovinu XY a základnou se stává rovina YZ. Tak jsou studenti vystavováni *pohybu „zevnitř ven“* – zevnitř forum internum (ženský princip) do forum externum (mužský princip). (Chvála & Trapková, 2008) Na pozadí interpersonálních vztahů ve všech typech skupin stále souběžně pokračuje individuální intrapsychický proces každého studenta (dimenze X), který do výukových skupin nepochybně „prosakuje“. Jak je vidět, uvnitř vlastního terapeutického procesu (dimenze Y) se integruje privátní a emocionální život terapeuta na straně jedné a jeho kognitivní a řemeslné dovednostmi na straně druhé, aniž by se stal jen jedním nebo jen druhým. Student se navíc učí rozlišovat při práci s rodinou jedno od druhého podobně, jako se psychoanalytik musí naučit v praxi odlišovat a reflektovat přenos od protipřenosu a ještě k tomu mít na zřeteli také své praktické dovednosti.

### OBSAHOVÁ STAVBA VÝCVIKU

Přímo v procesu vznikaly zásady, které od té doby respektujeme:

1. *Postupujeme od obecného ke speciálnímu.*

Externisté v prvním ročníku představují jednotlivé směry rodinné terapie tak, jak se rodinná terapie historicky od

poválečných let vyvíjela ze svých původních kořenů, psychoanalýzy, sociologie a kybernetiky. Od druhého ročníku pak na externisty navazujeme svým vlastním konceptem rodiny jako sociální dělohy. (Trapková & Chvála, 2004)



## 2. *Od teorie k praxi.*

V prvním ročníku přidáváme k dění v malých skupinách a k teorii ve výukových skupinách praktické ukázky práce, které mají jen ilustrativní charakter a doplňují přednesenou látku. Teprve ve druhém a dalších ročnících si už studenti zkoušejí aplikovat teorii a prakticky nacvičují práci terapeuta s rodinou.

## 3. *Iniciování dialogu lékařů a klinických psychologů, ev. dalších humanitně vzdělaných odborníků ve zdravotnictví.*

Pregraduální i postgraduální výbava a jazyk biologicky vzdělaných lékařů je naprosto odlišná od výbavy a jazyka humanitně vzdělaných vysokoškoláků pracujících ve zdravotnictví. Klíčovým předpokladem pro vytváření pracovních týmů na psychosomatických pracovištích je propojovat obě oblasti péče a umožňovat jejich prolínání. K tomu je nezbytný respekt z obou stran a praktická schopnost dorozumívání. Za ideální považujeme složení účastníků výcviku v poměru 1:1. Tento poměr se v jednotlivých cyklech měnil. V prvním se účastnili lékaři a nelékaři v poměru 2:1. Ve druhém se tento poměr otočil na 1:2, ve třetím se podařilo vyvážení na téměř 1:1, ve čtvrtém jsme se vrátili k poměru 1:2. Ukazuje se, že těch lékařů, kteří obsáhnou obojí, medicínu i komplexní vzdělání v psychoterapii, bude vždy menšina. Směřovat bychom měli k vytváření týmů s poučenou komunikací mezi zástupci různých oborů. (obr. 3)

## 4. *Zvnějšku dovnitř a zevnitř ven.*

Studenti jsou vedeni nejprve k tomu, aby se postupně ponořovali do procesu ve všech modalitách, mezi kterými během výcviku oscilují (malé sebezkušenostní skupiny, výukové dvoj skupiny, velká

skupina celé komunity, psaní esejí). V další fázi se ustavuje poměrně stabilní pracovní společenství uvnitř systému celé komunity, ve kterém můžeme společně se studenty pozorovat systémové vlastnosti a účinnost systémových sil, o kterých zároveň v teoretických a nácvikových hodinách vyučujeme. Komunita pracuje s dobrou kohezí i soupeřivostí na úrovni jednotlivců i skupin mezi sebou. Obvykle někdy kolem poloviny, nejpozději v průběhu třetího ročníku se začínají ozývat první „poslíčky“, anticipace konce výcviku. Téma separace se neobjevuje jen v sebezkušenostních skupinách, ale opakovaně se stává tématem ve výukových skupinách nejprve v podobě separace studentů z primárních rodin, později jako separační síly v rodinách patientských/klientských a nakonec koresponduje se skupinovým procesem při ukončování výcviku.

## 5. *Zatímco úvod do teorie rodinné terapie přednášejí externisté, výuku rodinné terapie v konceptu rodiny jako sociální dělohy vyučují Chvála – Trapková.*

Čtvrtou zásadu „zvnějšku dovnitř a zvenčí ven“ naplňuje i zásada pátá. Směrem k poslednímu ročníku klademe čím dál větší důraz na podporu autonomie v rodinně terapeutickém myšlení a na tvořivost samotných studentů.

## 6. *Sekvence v tomto pořadí: Osobnost a rodina terapeuta – rodina pacienta – místo pomáhajících profesí v organizaci zdravotnictví.*

Šestá zásada se týká pohybu „zevnitř ven“, pozornosti se přenáší od vztahu frekventant – trenér ve výcviku přes reflexi vztahu frekventant jako budoucí rodinný terapeut – pacient/klient a jeho rodina až k procesu hledání místa, jaké



má a může mít absolvent výcviku v systému organizace zdravotnictví, případně dalších resortů. Pro naše studenty, zejména lékaře, není vůbec snadné přenést naprosto jiný způsob myšlení a zacházení s nemocí do zavedené hierarchie zdravotnických zařízení a integrovat psychosomatický

přístup do své dosavadní praxe. V základech teorie rodinné terapie se mluví o novém paradigmatu (Bateson, 1988) Podpora rodinné terapie vedoucími pracovišť je tu klíčová.

3: STATISTIKA

Obrázek

	1.běh 1997			2.běh 2000			3.běh 2004			4.běh 2009		
přijato	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F
lékařů	25	7	18	11	5	6	18	2	16	13	3	10
psychologů	9	2	7	18	0	18	14	4	10	19	6	13
ostatní	3	1	2	9	5	4	8	7	1	10	7	3
<b>celkem</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>42</b>	<b>16</b>	<b>26</b>
<b>ukončili</b>	<b>prezenční část studia</b>											
lékařů	21	6	15	8	4	4	17	2	15	10	2	8
psychologů	7	2	5	18	0	18	14	4	10	18	5	13
ostatní	3	1	2	6	2	4	6	5	1	9	6	3
<b>celkem</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>13</b>	<b>24</b>
<b>odstoupili</b>												
lékařů	4	1	3	3	1	2	1	0	1	3	1	2
psychologů	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0
ostatní	0	0	0	3	3	0	2	2	0	1	1	0
<b>celkem</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

### První ročník: Základy rodinné terapie

V prvním ročníku se rozbíhá proces ve čtyřech sebezkušenostních uzavřených skupinách po deseti studentech v modu dynamické skupinové psychoterapie. (Dvě vede J. Knop a druhé dvě A. Fürst. Po celé čtyři roky je úkolem těchto malých skupin vytvářet podmínky pro zvyšování schopnosti sebereflexe a zralosti osobnosti budoucího rodinného terapeuta. Také, a to pokládáme za obzvlášť důležité, malé skupiny jsou příležitostí ke zpracování aktuálních přenosových zážitků, kterým je student vystavován na výukových skupinách, s nimiž se ty zážitkové během

výcvikového víkendu pravidelně střídají. První ročník tedy slouží především k nastartování sebezkušenostního procesu, a k tomu těžišti přidáváme *obecný úvod do teorie rodinné terapie*. Přednášejícími jsou z dobrých důvodů externisté (K. Balcar, D. Skorunka, v minulosti také T. Marnier a K. Kopřiva). Externisté jednorázově vstoupí a zase vystoupí, a tak se nestávají součástí procesu ustavování pracovního společenství a koheze v malých skupinách. Učitelé Chvála a Trapková zůstávají ze stejného důvodu v prvním ročníku co nejdéle v pozadí. Podřizují se teoretickým konceptům externistů a přebírají od nich praktický nácvik dovedností vždy až na sobotu odpoledne a neděli dopoledne.



## Druhý ročník: Speciální rodinná terapie – Rodina jako sociální děloha

**Ve druhém ročníku** se spoléháme, že koheze v malých skupinách je už dostatečná a pracovní atmosféra natolik bezpečná, že je možné klást další požadavky na osobní sebezkušenost také ve skupinách výukových. V páteční teoretické části vycházíme z toho, že studenti mají z prvního ročníku dostatečné povědomí o nejširším kontextu rodinně terapeutického hnutí od jeho počátků ke konci 2. světové války až po dnešek, a tak se můžeme soustředit na výuku našeho vlastního konceptu rodiny jako sociální dělohy. (Chvála, Trapková, & Skorunka, 2012)

Na rozdíl od malých skupin, kde není dynamický proces víceméně strukturován, ve výukových skupinách vedeme studenty systematictěji k porozumění systémovým procesům v síti vztahů jejich vlastních rodin (rodina XZ) a k tematickému zpracování osobního materiálu. Jde zase, tak jako v malých skupinách, o dynamický skupinový proces, ve kterém je však oproti malým skupinám intimita o poznání menší (jak jsme již upozornili, ve výuce jsou spojeny vždy dvě malé skupiny), ale zase větší než ve velké skupině, kde se setkává celá komunita. Student se pohybuje v podobné dynamické struktuře jako v rodině, kde je nutně každý člen součástí různých rodinných subsystémů a musí se vyrovnávat s rozdílným prožíváním v každém z nich.

Druhý ročník přináší novou povinnost psát eseje na dané téma pravidelně před každým víkendem, kterých je šest do roka. Studenti reflektují příběh vlastního života pokaždé z jiného úhlu pohledu, pozorují, jak se původní dominantní příběh mění v duchu narativní rodinné terapie, objevují se nové zlomky příběhů alternativních. Zadaným tématem se

studenti v mysli zabývají ve zhruba dvouměsíčních mezidobích mezi víkendy. Celkem je takových témat od druhého do čtvrtého ročníku třináct.

Povinností učitelů je všechny včas odevzdané eseje přečíst a předem se do tématu ponořit očima studentů. Ti pilní často s úžasem referují o tom, jak podstatnou vnitřní práci museli udělat ještě před začátkem setkání. Snad podobně jako když pacient přichází do ordinace terapeuta přednastavený vnitřním očekáváním, co se bude dít. Na základě takového hromadného vjemu vytváří dvojice učitelů obsah víkendu, který má víceméně vždy stejnou strukturu (obr. 2). Nejde tedy o zadávání esejí jako školských domácích úkolů, které mají prověřit a upevnit látku probranou ve výuce, ale naopak, studenti nejprve zadávají úkol svým učitelům, kteří tak mohou vstoupit do „předehřátého“ mentálního prostoru studentů. Zadání tématu pro esej má funkci otázky, kterou klademe pacientovi a jeho rodině na začátku sezení: S čím jste přišli? Co potřebujete? Co od terapie očekáváte? Jakou zkušenost jste se svým problémem už udělali? Vyladujeme se s celou skupinou podobně, jako když navazujeme vztah s patientskou rodinou. Za poznámku snad stojí, že pokud by všichni studenti odevzdali esej pokaždé včas, byli by učitelé přečetli a zpracovali v jednom výcvikovém cyklu celkem na 520 esejí.

Svým způsobem můžeme tvrdit, že ve výuce pracujeme se „skupinovými osobnostmi“. Nejen my jako učitelé (Chvála, Trapková), ale také naši skupinová trenéři (Knop, Fürst) svědčí o tom, že každá skupina brzy vypracuje svůj vlastní charakter. Tato individuálně skupinová dynamika pak ve výuce spontánně pracuje. Tak například po čtyřech výcvikových cyklech jsme si nemohli nevšimnout, že skupiny měly





pokaždé tendenci se polarizovat, podobně jako se to děje v rodinách, kde děti spontánně soupeří, aby si vymohly vůči rodičům svou vlastní niku. Každá skupina nás nutí probírat obecné téma jejím vlastním způsobem. Přecházení ze skupiny do skupiny vyžaduje velkou pružnost jak studentů, tak učitelů. Oscilace se podobají dýchání: Dovnitř a ven, dovnitř a ven, ... Vnitřní skupinová dynamika nemá velkou šanci ustrnout v interakčních vzorcích, které mohou při jiném uspořádání vývoj jednotlivců systémově nepříjemně brzdit. (Podobně jako stagnující uzavřená rodina má tendenci tvořit psychosomatické symptomy svých členů, rigidně opakovat stejné interakční vzorce, ve kterých je symptom udržován.) Zprvu nás překvapovalo, jak jen málokdy můžeme použít bezprostřední zkušenosti z výuky v předcházejícím bloku s jednou skupinou „o tom samém“ ve skupině následující.

Výhodou existence sebezkušenostních skupin paralelně vedle těch výukových bezesporu je, že se můžeme ve výuce plně soustředit na výklad a demonstrování rodinných procesů, aniž by bylo naší věcí sledovat a ošetřovat intrapsychické dění a případná zranění studentů, kteří jsou při demonstracích samozřejmě vystaveni přenosovým a protipřenosovým fenoménům stejně tak, jako je tomu i mezi členy každé rodiny a také mezi členy rodiny a rodinným terapeutem. Nemusíme hledět na aktuální intrapsychické děje, ať už si jich všimneme nebo ne, právě proto, že se student hned v dalším bloku, ještě „za tepla“, uzavírá do své malé skupiny se skupinovým trenérem, a tam má možnost případná akutní traumata, anebo jen naléhavá témata či otázky, která se ve výuce otevřela, přinést. Tam se mu může dostat případného ošetření v podobě „tehdy a tam“ i „tady a teď“.

Jistě, je to jiné, než práce přímo uvnitř terapeutického vztahu, kde přenos a protipřenos vzniká a pracuje se s ním a v něm. V rodinné terapii se vztahujeme ke vztahům. V párové terapii vedené terapeutickým párem objevujeme fenomén přenosu a protipřenosu vztahu na vztah. V tak složité situaci je souhra nás učitelů a skupinových trenérů nezastupitelná, vyžaduje spolehlivou intervizi a týmovou supervizi (A. Paloušová).

Logicky se stalo *dominantním týmovým tématem na konci prvního výukového cyklu* a výstupem z týmové supervize *zpevnění hranice mezi učiteli a skupinovými trenéry* tak, aby byla na jedné straně jasně vyjádřená a současně přiměřeně propustná. Jde o podobný fenomén, jako o tom mluví strukturální rodinná terapie (Minuchin, 1977). Vnější i vnitřní hranice rodiny musí být podobně jasně dané a současně propustné. I v tomto ohledu vyučujeme nejen tím, co přednášíme a prakticky demonstrujeme, ale také tím, do čeho jsou studenti spolu s námi „namočení“ metakomunikačně.

Během obvyklého víkendu tedy oscilují sebezkušenostní malé skupiny mezi uzavíráním do sebe se skupinovým trenérem a otevíráním do výukových dvojskupin s mužsko-ženským párem učitelů, z nichž jeden je zástupcem medicíny a druhý psychologie. Jednou za víkend, v sobotu po obědě (obr. 1), se studenti ocitají ještě také ve velké skupině celé komunity, kde jsou vystaveni otevírání hranic na další úrovni. Na druhé straně v některých obdobích přeci jen malé skupiny strádají častým přerušováním vnitřního skupinového procesu a potřebují delší časové plochy k soustředěnější hlubinné práci. Proto skupinová trenéři zavedli *od čtvrtého běhu* novinku: Vedle pravidla šesti víkendů v roce zajišťují



během prvního, druhého a třetího ročníku vždy jeden *samostatný třídní výjezd* navíc. Ze stejného důvodu

spojujeme v prvním a ve třetím ročníku dva víkendy do pětidenního celku.

### III. ročník: Praktická část I – Psychosociální souvislosti nemoci

**Třetí ročník** bývá na svém začátku zlomový. Zatímco během prvních dvou let jsou studenti vtahováni dovnitř intrapsychieho procesu a ke svým vlastním rodinným příběhům, od třetího ročníku je program začíná vyvádět a povzbuzovat směrem ven k jejich pacientům. Připravují se integrovat nový způsob myšlení a nové dovednosti do stávající profesionální praxe, anebo se rozhodují, zda a jak si pro rodinnou terapii hledat vhodnější pracovní podmínky, než mají doposud.

Ve výukových skupinách učitelé vykládají a demonstrují látku na příkladech z vlastní klinické práce. Seznamují studenty se svým uvažováním, ukazují, jak se z množství hypotéz rodí cirkulární dotazování a intervence, zatímco malé sebezkušenostní skupiny pokračují svým vlastním tempem až do konce posledního ročníku. Pro demonstraci práce s rodinou používáme techniku, která naprosto vyloučila z naší výuky tzv. hraní rolí, ke kterému už P. Boš neměl nijak kladný vztah. Psychoterapeuti nejsou herci, a když se snaží předvádět členy rodiny, kterou ve skutečnosti zná jen protagonista, nevznikají žádné skutečně spontánní mezilidské síly „tady a teď“, ale jen špatná hra na jevišti se špatnými herci-figuranty.

Ta výhodnější technika stojí za zmínku, uvedl nás do ní Torben Marner. Logicky by se nabízelo, abychom práci rodinného terapeuta vyučovali na živých rodinách,

ale u začátečníků to jde opravdu jen stěží, nebyli bychom si jisti etickou čistotou takové práce. Živou rodinu však dostatečně nahradí „rodina“, kterou vytvoří libovolná skupinka dvou a více studentů, kteří dostanou krátkou a jednoduchou instrukci: Jste rodina. Vše ostatní se stane dynamickým výtvořem hypotetizování a cirkulárního dotazování těch, kteří usedají na terapeutickou židli. Kromě toho, že jde o bezpečný nástroj výuky s „živou rodinou“, právě na tomto cvičení mohou studenti pocítit obrovskou moc přirozených systémových sil, které nepocházejí z aktivity žádného jednotlivého člena systému, ale vznikají souhrou všech jeho členů. Rodina se všemi svými obvyklými vlastnostmi ad hoc prostě vznikne před našima očima, ač je složená z lidí, kteří předem ani nevědí, kým se za chvíli stanou, a přece mohou prožívat velmi silné emoce, které patří okolnostem a místu, do jakého byli v rodině vrženi.

Témata esejí se ve třetím ročníku posouvají od reflexe vlastních životů, kterou ponecháváme už jen malým skupinám, k tématům z klinické nebo sociální praxe s patientskými/klientskými rodinami na pracovištích studentů. Ti, kteří doposud pracovali jen s jednotlivci, se učí získávat do terapie další členy rodiny a sbírají první zkušenosti práce „na vyšší logické úrovni“. Zakoušejí autonomii autosanačních interpersonálních a systémových sil a jejich léčebnou moc. Dialog lékařů a psychologů je v plném proudu, jejich základní vzdělání se z obou stran doplňuje a mísí. Lékaři svými znalostmi „hardwaru“ lidského



organismu ozřejmují, *jak* organismus umí symptomy vytvořit, a psychologové lékařům zprostředkovávají základní orientaci v psychodiagnostice, „softwaru“ téhož lidského organismu. Na poli psychoterapie někdy v týmu ztrácíme přehled, kdo je kdo, kdo odkud pochází, z jakého původního vzdělání kdo vyšel. V popředí bývá práce týmu odborníků různých oborů nad *významy symptomů a nemocí* a jejich udržováním v rodinném kontextu. Přinejmenším však jsou studenti vybízeni, aby hned při sběru anamnézy rozšiřovali zorné pole na celý systém rodiny i v případech, kdy ostatní členové rodiny pacienta nejsou dostupní, například proto, že to buď

#### IV. ročník: Praktická část II – Aplikace rodinné terapie

Ve čtvrtém ročníku studenti směřují ke svému osamostatnění. Jako v každé separaci roste úzkost a napětí, zda vymezený čas bude stačit, ukončení výcviku se nebezpečně blíží. Studenti se plně soustřeďují na své vlastní pacienty/klienty, rozšiřují pohled už nejen na psychosociální kontext, který přináší k odborníkovi jednotlivce, ale zvou do ordinací a pracoven další členy rodiny, zažívají úspěchy a neúspěchy. Učitelé používají kazuistické zlomky ze své praxe za jiným účelem než v předchozích ročnících. Příběhy odjinud dávají k dispozici jako zdroj metafor, kterými lze intervenovat přímo v léčbě, jak je to běžné v narativní rodinné terapii. V nácvikových hodinách jde už jen a jen o kazuistiky studentů, kteří pod vedením učitelů trénují terapeutické dovednosti na svém vlastním klinickém materiálu. Ten zpracovávají ve skupině, vzájemně se motivují a inspirují.

Kromě toho vznikají zárodky spolupráce přímo v terénu, někteří se spojují do malých terapeutických týmů, ve kterých

rodina sama, nebo jen provoz a vedení pracoviště neumožňuje. V druhém případě frekventanty motivujeme k tomu, aby vyhledávali stáže na psychoterapeutických pracovištích, kde se mohou zapojit do práce zavedených týmů. Studenti reflektují první zkušenosti a zážitky z práce s rodinami v esejích podle zadaných úkolů a jejich kazuistiky se v neděli dopoledne stávají materiálem k procvičování dovedností rodinného terapeuta. Je to práce stále ještě vymezená tématem, které je „propíráno“ od pátku do neděle ze všech stran. Tato zkušenost se začíná situačně blížit supervizní práci. Studenti ji také jako takovou rádi využívají.

se podporují i mimo dosah učitelů, v těchto „peer groups“ může probíhat permanentní intervize. Ve čtvrtém ročníku každý student absolvuje vedle základního výcvikového programu navíc také už patnáct hodin supervize v otevřených pětičlenných skupinách sestavených tak, jak se studenti přihlásí na vypsané termíny. Ti, kteří nemají se supervizí doposud systematickou zkušenost, se seznamují s jejím smyslem a učí se jí efektivně využívat. Od samého začátku čtvrtého ročníku mají možnost připravovat si materiál pro závěrečnou kazuistiku. Eseje mohou k tomuto účelu sloužit jako přípravné studie, přestože jsou stále ještě tematicky vymezené. Znovu se v nich na zralejší úrovni pochopení vracejí témata zpracovávaná v předchozích ročnících, jako je kontraktování, hypotetizování, cirkulární dotazování, ukončování terapie, mužsko-ženské vyvažování a sexualita v rodině, terapeutický vztah, smrt v rodině či etika. Hledáme a hlídáme etické souvislosti rodinné terapeutické práce na klasických odděleních ve zdravotnictví a v sociálních službách.



Poslední víkend slavnostně ukončuje čtyřletý výcvikový proces. V pátečním programu ještě pracujeme v obvyklých skupinách, kde se „zametá“ a „uklízí“ vnitřní skupinová práce. V sobotu probíhá kolokvium. Osm studentů představí každý své „dominantní téma“, které pro ně vyvstávalo a táhlo se jako pověstná červená nit výcvikem a snad zůstává pořád nedokončené a otevřené do budoucnosti. Těchto osm má možnost využít posledních hodin

### ZÁVĚR A DISKUSE

V mezidobí po ukončení čtvrtého cyklu a před otevřením cyklu pátého podáváme odborné veřejnosti zprávu o čtyřletém komplexním vzdělávacím programu v rodinné terapii psychosomatických poruch, schváleném pro zdravotnictví. První verze výcviku začala v liberecké pobožce Pražského psychoterapeutického institutu, o.s. v roce 1997, od roku 2005 jej pořádá Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny (LIRTAPS), o.p.s., který byl v tomto roce založen.

Seznamujeme čtenáře s kořeny projektu, které sahají až do let minulého režimu před rokem 1989, z nichž program logicky vyrůstal. Reagoval na vzrůstající poptávku jak pacientů/klientů, tak motivovaných lékařů, kterým k léčbě nestačilo jednostranné vybavení biologickou medicínou. Přestávali tolerovat neúčinnost opakovaných somatických vyšetření tam, kde se i laikovi nabízelo, že chronické stonání patrně souvisí s psychosociálním kontextem a se vztahy, ve kterých pacient žije. Určitá část lékařů začala otevírat dveře do medicíny psychologů a psychoterapii. Tento proces se urychlil po pádu železné opony, za kterou, například v tehdejších západním

pracovního společenství, aby se podělili se svým tématem a využili diskusi. Poslední z příspěvků přednesou v podobném duchu členové týmu vedoucích, bilancují uplynulé čtyři roky. Večer se pak koná v některé z libereckých restaurací slavnostní předání potvrzení o absolvování prezenční části výcviku, teprve objevujeme literární, hudební a taneční nadání našich studentů. V neděli se naposled setkává celá komunita.

Německu, existovaly už desítky psychosomatických klinik. (Tress, Krusse, & Ott, 2004) Oficiální organizace zdravotnictví nebyla u nás na vzdělávání v psychosomatice připravena, ale nic nebránilo, aby se zakládaly aktivity mimo hlavní proud medicíny. Zprvu tápavé pokusy se zpevňovaly tak, jak přibývalo dobrých zkušeností s prolínáním lékařského a psychoterapeutického jazyka. Paralelně s rozvojem vzdělávání lékařů se rozvíjelo oficiální vzdělávání klinických psychologů, byla založena Asociace klinických psychologů a od začátku devadesátých let minulého století procházela institucionalizací také psychoterapie, na jejímž území se scházejí ve společném vzdělávání lékaři, psychologové i další humanitně vzdělaní odborníci. V ČR byla založena Česká psychoterapeutická společnost a vzniklo na čtyřicet vzdělávacích institutů pro psychoterapii, z nichž vyšly během dalších dvaceti let stovky odborníků schopných pracovat v mezioborových týmech pomáhajících profesí.

Liberecký institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny je jedním z nich. Program Výcviku rodinné terapie psychosomatických poruch integroval zkušenosti ze sebezkušenostních výcviků ve skupinové psychoterapii a výuku teorie a dovedností rodinné terapie. Do té doby nebyla u nás s takovým spojením



žádná zkušenost. Podporu jsme dostali z Dánska od dětského psychiatra a rodinného terapeuta Torbena Marnera, který podobný výcvik ve své zemi před lety zaváděl a ujal se supervize našich prvních dvou cyklů. (Marner, 2000)

Brali jsme vážně varovné a kritické hlasy, že se budou různé psychoterapeutické směry v jednom týmu trenérů navzájem kontaminovat a rušit. V původním týmu vedli sebezkušenostní skupiny J. Knop vycvičený v gestalt psychoterapii a M. Zemanová, tehdy v psychoanalytické cvičné terapii. Skupiny v prvním běhu nebyly vyvážené tak, jak bychom si přáli, nejen rozdílností domovských psychoterapeutických směrů Knopa a Zemanové, ale také tím, že dvě skupiny vedl muž a dvě žena. Zvažovali jsme opakovaně i možnost, že by se tým rozšířil a nejen výuku, ale i malé skupiny by s velkou výhodou mohly vést mužsko-ženské dvojice. Nejprve jsme tuto variantu zavrhovali proto, aby se neúměrně nezvýšila cena výcviku, později už si vedoucí malých skupin tak osvojili svou práci, že nápad rozšířit tým zaniká. Ve druhém a třetím cyklu se skupiny vyvážíly tak, že na místo Zemanové nastoupil E. Panovský, gestalt terapeut stejně jako Knop. Po jeho odchodu do důchodu ho vyměnil A. Fürst. Jeho vzdělání v Pessu- Boyden psychoterapii je rodinné terapie také, podobně jako gestalt terapie, velmi blízké. Všechny tři terapeutické mody se v týmu dobře integrovaly. Na místě supervizora týmu se vystřídali po Torbenovi Marnerovi ve třetím cyklu K. Balcar a ve čtvrtém A. Paloušová.

Supervize týmu pomáhala v každém cyklu objevit a řešit určité dominantní téma:

1. běh (1997–2000): Projasnila se a zpevnila hranice mezi „terapeuty“ (vedoucími sebezkušenostních skupin) a „učiteli“ (vedoucími výuky teorie a dovedností).

2. běh (2000–2004): Pod vlivem práce s klinickými rodinami jsme propracovávali metaforu rodiny jako sociální dělohy, vyšla kniha Trapková, L., Chvála, V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál 2004.

3. běh (2004–2008): Zařazovali jsme a dozrávalo téma mužsko-ženského principu v rodině, vyšla kniha Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapie teorie jin-jangu, Portál, 2008.

4. běh (2009–2012): Přidali jsme významný počet hodin v sebezkušenostních skupinách. V teorii promýšlíme nové téma vrozených a získaných vztahů v rodině.

Naše zpráva vychází nedlouho poté, co byly v časopise Psychoterapie publikovány výsledky kvalitativního výzkumu pod názvem „Integrace v českých psychoterapeutických výcvicích“. (Řiháček & Koutná Kostínková, 2012) Jistě by stálo za to promyslet, jak koresponduje náš vnitřně konzistentní a didakticky propracovaný systém výuky rodinné terapie psychosomatických poruch se závěry výzkumu. Řiháček a Koutná Kostínková přispěli k tak potřebnému propojování praktické oblasti psychoterapie a somatické medicíny s univerzitní platformou. Také zde existují dva odlišné jazyky, mezi kterými zeje více či méně reflektované „území nikoho“. I na tomto poli čeká nás praktiky a univerzitní pracovníky ještě spousta práce na integraci obou oblastí ve prospěch klientů všech pomáhajících profesí.



## Literatura:

7. Bateson, G. (1988). *Mind and Nature: Necessary Unity*. New York: Bantam Book.
8. Chvála, V. (1995). Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext, XI, č.2,* stránky str.26-31.
9. Chvála, V., & Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
10. Chvála, V., Trapková, L., & Skorunka, D. (5. May 2012). Social Uterus: A Developmental Concept in Family. *Contemp Fam Ther*, stránky 293–312.
11. LIRTAPS. (18. 11 2005). [http://www.lirtaps.cz/vycvik\\_04/vycvik\\_rt.htm](http://www.lirtaps.cz/vycvik_04/vycvik_rt.htm). Získáno 1. 3 2013, z INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY,o.p.s. v LIBERCI: [www.lirtaps.cz](http://www.lirtaps.cz)
12. Marner, T. (2000). *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
13. Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
14. Řiháček, T., & Koutná Kostínková, J. (3-4 2012). Integrace v českých psychoterapeutických výcvicích. *Psychoterapie*, stránky 162-174.
15. Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
16. Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.



# ÚVAHY, ESEJE

## CHVÁLA V.: POCHYBNOSTI O PSYCHOSOMATICE

Monotónní hladinu novinových zpráv o marném boji proti korupci a o světové krizi hodnot v českém tisku rozčeřila nedávno zpráva o tom, že se do novely vyhlášky č. 185/2009 o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví dostala také psychosomatická medicína. Byla to doslova bomba, která zvedla novináře ze židlí. Začali se zajímat, co se to stalo. Proč takový údiv?

Připomeňme, že pojem psychosomatika se poprvé objevil v Heinrothově pojednání o poruchách spánku už v r. 1818. Od té doby se na téma vztahu těla a duše popsaly tuny papíru. S objevem nevědomých procesů a psychoanalytického přístupu ke studiu duševních pochodů se od konce 19. století dostalo téma postupně do širšího povědomí veřejnosti. Francouzský lékař a badatel Pierr Janet (1859–1947) pak svými výzkumy v psychofyzické laboratoři v Paříži přenesl téma také do sálů vědeckých konferencí a do lékařských učebnic. Po velkém boomu

na začátku dvacátého století (především mezi německy mluvícími lékaři pod vlivem psychoanalytiků) nastal v Evropě zlom, který přišel doslova na „pancírích osvoboditelů“. S nimi se do Evropy nastěhovala anglosaská věda spolu s komerčním stylem bádání, která měla nahradit tradici evropské, a hlavně německé přírodovědy a filosofie. Vítězové z Východu k nám naopak přitáhli pokřivenou demagogii třídního boje, která pro myšlení o vztahu duše a těla neměla žádné pochopení. Můžeme jen spekulovat, zda zákazy psychosomatických bádání na principech psychoterapie ve dvou nejstrašnějších totalitách dvacátého století pramenily z obav narcistických a psychopatických osob v pozicích vůdců, že by mohly být odhaleny jejich zruďné povahy a skrývané úmysly, nebo zda prostě jen totalita nepřije svobodnému myšlení, které je pro rozvoj psychosomatiky a psychoterapie tak důležité.

### *TOTALITNÍ PODHOUBÍ*

Ať tomu bylo jakkoli, od padesátých let postupně psychosomatické uvažování v naší medicíně upadalo, postupně odcházely lékařské autority vychovávané ještě v příznivé atmosféře třicátých let dvacátého století, která přála přirozenému celostnímu pohledu na člověka, a na psychosomatickém myšlení v různých oborech medicíny dožívali

psychoanalytici, kteří ještě i v šedesátých letech tajně vedli vzdělávání. Až na konci šedesátých let jako by se po psychosomatice na našich lékařských fakultách zem slehla. V krátké době uvolnění před obsazením Československa spojeneckými armádami ještě tito lékaři stačili zasít naději psychosomatiky do skupinky kliniků a



studentů, kteří představují další generaci psychosomaticky uvažujících lékařů. Někteří z nich zůstali a své vyznání se snažili uplatnit v okleštěných podmínkách totality, jiní emigrovali a uchytli se jinde. Doba normalizace postupně likvidovala všechny mladé výhonky psychosomatického myšlení (např. psychosomatické interní oddělení v Třebotově, prim. J. Šavlík). Psychosomatické myšlení se dostávalo do ilegality, rozjížděly se pololegální výcviky v psychoterapii pod vedením Skály, Urbana a Rubeše (SUR). Ty sice nebyly přímou výukou psychosomatiky, ale udržovaly a rozvíjely povědomí o psychosociálních aspektech lidského života, o významu vztahu pro terapii. Tito lidé zavedli sebezkušenost jako součást vzdělávání v pomáhajících profesích a připravili tak půdu pro rozvoj řady dalších psychoterapeutických výcviků, z nichž později kromě psychologů těžili také mnozí lékaři. Je třeba říci, že to byli především kliničtí psychologové, kdo pomohl přenést psychosomatické myšlení přes nepříznivou dobu. Výsledkem tohoto vývoje byl stav, kdy téměř v žádné vyšší pozici organizace zdravotnictví nebo na lékařských fakultách nebyli v devadesátých letech a začátkem nového století žádní vyškolení odborníci (s výjimkou doc. Bojara), kteří by se rozvoje psychosomatické medicíny u nás ujali nebo i jen zastali. A do toho přišla komercializace medicíny v takovém rozsahu, o jakém se nám ani nezdálo. Stav zašel tak daleko, že téměř nic, co není zdrojem finančních zisků nadnárodních korporací, nemá šanci na rozvoj. Obáváme se, že i základní výzkum je podroben zájmům velkých firem, a metodologii evidence based medicíny, která je silově i mocensky protlačena, podezíráme z toho, že je

stavěna především na prokazování účinnosti medikamentů, a nikoli komunikačních léčebných strategií, které používá psychoterapie.

Přesto zaseté semeno vzklíčilo a už během osmdesátých let vznikaly zárodky budoucích týmů a pracovišť zaměřených na psychosomatického pacienta. Ten totiž na rozdíl od teoretických ústavů z naší populace nezmizel, někteří autoři tvrdí, že pacientů, které nelze zbavit chronických symptomů bez respektu k psychosociálním aspektům jeho stonání, je až 40 %. Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci bylo založeno už v září 1989, a tým lékařů a psychologů se zde rozvíjí dodnes. I když se zde setkávají terapeuti různých psychoterapeutických škol s možnostmi tělových technik (rehabilitace, akupunktura, biosyntéza), hlavním přínosem je rozvoj rodinné terapie pro léčbu psychosomatických poruch. Rodinnou terapii k nám přinesl především Petr Boš, primář dětské psychiatrie v Dubí u Teplic, a díky jeho kontaktům a překladům jsme v této oblasti nezůstali za světem příliš pozadu. Praha hostila dokonce první světový kongres rodinné terapie v r. 1987! Po bouřlivém rozvoji této oblasti nastalo období, ve kterém malá skupinka nadšenců, organizovaná v Society of family therapy (SOFT), pečuje o vzdělávání v rodinné systemické terapii, máme několik institutů rodinné terapie, které vychovávají několik desítek absolventů ročně, ale k široké podpoře využití možností rodinné terapie ve zdravotnictví to má opravdu daleko. Přitom víme, jak významné místo v léčbě by mohla rodinná terapie zastávat. Samozřejmě nelze tuto léčbu pacientovi vnucovat, ale to platí o celé psychosomatické medicíně i o psychoterapii.





## NEPŘIJATELNÉ POCITY

Položme si však otázku, proč se psychosomatické myšlení vždy znovu ztrácí a proč se zase musí znovu objevovat. Není to poprvé, co si někdo stěžuje na to, že medicína je slepá vůči psychosociálním aspektům stonání. Vždy znovu se objeví někdo, kdo se ujme této zanedbávané oblasti. Podobné nářky, jaké slyšíme na psychosomatických konferencích dnes, najdeme v knihách Wilhelma Reicha z dvacátých let dvacátého století, právě tak jako u dalšího vynikajícího německého lékaře, svobodného pána Viktora von Weizsäckera, nebo u našeho lékaře Ctibora Bezděka. Nejsou tady nějaké nevědomé důvody v populaci, proč je vždy znovu přijatelnější dívat se na nemoc jako na nehodu, na degeneraci nebo na nahodilé působení zlých mikroorganismů, než jako na součást našeho života, důsledek našeho vlastního chování a chybných životních strategií? Ve společnosti, kde jen slunné fáze našich životů, štěstí a bohatství, jsou vnímány jako „správné“, jsou strádání, nemoc a smrt něčím zcela nepřijatelným, bychom se takovým snahám po vytěsnění nemohli divit. Stačilo by však takové nevědomé popírání psychosociálních aspektů nemoci laickou veřejností také na vytěšňování psychosomatických teorií z vědecké komunity? Vždyť dávno existují důkazy o vlivu komunikace na hladiny cukru nebo stresových hormonů v krvi. Existují vynikající studie potvrzující platnost teorií vlivu psychických jevů na tělesné, a přece jsou hlavním proudem vědy přehlíženy. Ani nejserióznější učebnice psychosomatické medicíny, jaká byla kdy napsána, není dostatečným argumentem pro většinovou část našich akademických obcí (Uexküll, 2003). V tom musí být ještě něco jiného. Vědecká komunita se

sice často ve svých soudech o světě mylila, ale vždy nakonec našla cestu ze slepé uličky ven.

Zkušenosti z rodinné terapie by nám mohly pomoci pochopit, co je to za potíž, kterou nemůže akademická obec zvládnout. Léta pořádáme kurzy pro lékaře, ve kterých se učí práci s časovou osou. To je způsob setkání s pacientem, kde k obvyklé anamnéze o tělesných projevech organismu (symptomech) přidáváme co nejpřirozenější cestou také psychosociální realitu člověka a jeho rodiny i rodu. Lékaři obvykle očekávají nějaký soubor dat, o který rozšíří své znalosti o člověku. To by pak mělo znamenat jejich větší moc nad pacientem a jeho nemocí. Jenže tak tomu není. Skrze pochopení vlastního životního příběhu mohou naopak nahlédnout, jak dalece většina tělesných symptomů souvisí tak či onak s životními událostmi v jejich nejbližším sociálním okolí a s jejich psychickými reakcemi na tyto události. To není nijak překvapivé, o tom je celá teorie životních událostí Holmese a Raheho už z šedesátých let. Na rozdíl od nich systemický a narativní terapeut neočekává objektivní data, ale subjektivní prožívání dominantního příběhu, **jak mu rozumí pacient**. K výraznému posunu došlo přijetím systemické teorie, která uznává každý živý organismus jako sebeorganizující se systém, který disponuje pouze svými vlastními vnitřními stavy. Setkání lékaře a pacienta je mnohem spíše možno přirovnat k setkání receptorových polí dvou uzavřených buněk, než k výzkumu fyzikálních jevů v laboratoři. **Na co se lékař nezeptá, nebo dokonce na co se neumí zeptat, to se nedozví**. A na většinu toho, co člověk prožil, jak rozumí své realitě, se lékař s dnešním vzděláním



zeptat neumí. Proto drtivá většina toho, co dělá psychosomatickou medicínu medicínou, padá pod stůl a nikdy se to badatelé nedozvědí. Znovu se vynořuje otázka, co je to ona „pouhá subjektivita“, ono odmítané pouhé nic, z hlediska „objektivního výzkumu“. Když jdeme po původu onoho starobylého pojmu, najdeme u řeckých filosofů úpornou snahu proniknout „za věci“, zjistit, jakou podstatu mají všechny ty věci, které jsou

před námi k pozorování. Otázka po podstatě (hypokeimenon) byla zodpovídána různě, nešlo však v žádném případě o „pouhou subjektivitu“. Onu „podstatu“ přeložil Cicero do latiny jako „subiectum“, podloží, na rozdíl od „obiectum“, věcí před nás vržených. Tedy to podstatné my dnes označujeme za „pouhé subjektivní nic“ (Kratochvíl, 1994).

### OTÁZKY JSOU ZÁKLAD

Za hlavní potíže, která vždy znovu uzavře hladinu nad vědomostmi z oblasti psychosomatiky, můžeme považovat nezbytnou změnu paradigmatu, kterou vidění bio-psycho-sociálních souvislostí vyžaduje. Badatel, který si ponechá optiku obvyklou ve fyzikální laboratoři, nemůže uvidět jevy, které vidí ten badatel, který již svou optiku vyměnil. Nejde samozřejmě jen o přístroje, ale především o způsob, jakým zkoumanému světu rozumíme, jak klademe otázky. Věda, která se nechce vzdát svých jistot získaných bádáním ve „světě k ověření“ (celý hmotný vesmír), se nikdy nemůže dobrat vědění o „světě k uvěření“ (celý lidský svět). Proto takové potíže s humanitními obory. Jak je hodnotit, jaká měřítko nasadit při odměňování takových oborů, jako je třeba egyptologie, psychologie, etika ve srovnání s fyzikou, geologií nebo konec

konců biologii? Kdykoli se pokouší ve vši poctivosti medicína dát prostor také psychosociálním souvislostem nemocí, a chce je vidět stejnou optikou, má tedy na vše stejné měřítko, a to je jisté ve výzkumu správné, zmizí psychosociální aspekty, protože v této oblasti platí jiné paradigma, jiná geometrie. Věříme, že by medicína ráda zahrнула tyto znalosti mezi své nástroje. Že je to nutné, to víme. Je ale otázka, zda je to možné. Pokud až u 40 % pacientů nelze bez respektu k jejich psychosociální realitě vyléčit jejich tělesné obtíže, pokud tato skupina pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy (MUS) stojí státní rozpočty více než kterákoli jiná skupina, pak se musíme pokusit s tím něco udělat. Ale co? Začneme respektem k jiné perspektivě, k jinému paradigmatu. Začneme od sebe.

Psáno pro internetový časopis Socioterapia (<http://www.socioterapia.sk/>) a zde publikováno v nezkrácené verzi se svolením redakce

MUDr. Vladislav Chvála

[chvala@sktlib.cz](mailto:chvala@sktlib.cz)



# DISKUSE

## VONDŘICH, I., CHVÁLA, V.: VZDĚLÁVACÍ PROGRAM NÁSTAVBOVÉHO OBORU PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

### Komentář a diskuse

Diskutují: MUDr. Ivan Vondřich a MUDr. Vladislav Chvála

V.: Zásadní otázkou je, zda je vůbec vznik nástavbového oboru psychosomatická medicína žádoucí.

Ch.: *Tuto otázku si klademe aspoň 30 let. Žádoucí – jak pro koho. Pro odpůrce psychosomatiky jistě ne.*

V.: Z mého pohledu je důležité v psychosomatických souvislostech opravdu prakticky přemýšlet, a proto se mi zdá důležitější propagovat psychosomatický způsob myšlení než propagovat vznik oboru.

Ch.: *To děláme, Ivane, už mnoho let. Seznámili jsme s oborem několik tisíc lidí, vyškolili jich několik stovek, ošetřujeme ročně asi 1000 jedinečných pacientů po dobu asi 23 let. Ale pořád načerno. Psychosomatická pracoviště úředně neexistují. To je věc politická, nikoli odborná: úředník potřebuje mít jasně napsáno v zákoně, ve vyhlášce etc., jak se činnost jmenuje a že oficiálně existuje. Jinak neexistuje.*

V.: Obor se totiž týká jen lékařů a je otázkou, zda odtržení psychosomaticky přemýšlejících lékařů od ostatních psychosomaticky přemýšlejících pomáhajících (hlavně psychologů), kteří nejsou zdravotníci, je prospěšné. Navíc přivede do oboru lékaře, kteří v něm budou vidět jen vylepšení bodového skóre pro pojišťovnu.

Ch.: *Proto není navrženo žádné bodové navýšení. Navíc je návrh mezioborový, psychologové jsou vítáni jak při vzdělávání, tak při sestavování týmů, to je v návrhu jasně napsáno. Psychologové mají ze základu svého vzdělání přístup k pacientům jako psychologové, nejsou tedy nuceni se stávat psychosomatickými lékaři, ale mohou být k dispozici z hlediska psychologické diagnostiky, a na terapii se mohou podílet a podílejí psychoterapeuticky. To je však ošetřováno jinými stavovskými předpisy, o které se musí starat psychologové. Do toho jim my lékaři nemůžeme mluvit.*

V. To bude matoucí pro pacienty, kteří psychosomatickou péčí potřebují. Bude pro ně velmi obtížné si vybrat ty lékaře, kteří psychosomaticky přemýšlí ku prospěchu pacientů, protože se ztratí v poli lékařů, kteří sice Základní psychosomatickou péči absolvovali, ale zůstali u myšlení klasické školní medicíny.

Ch.: *Tak je to ovšem už i teď. Nelze si dělat iluze, že všichni současní psychosomatictí lékaři jsou vynikající, nebo že automaticky pracují jen ve prospěch pacientů. Jsou mezi nimi jistě i obchodníci s nejrůznějšími prostředky a doplňky stravy. Tomu nelze zabránit ani bez definovaného oboru, ani s ním.*



*Bude-li odborná společnost a bude-li dosti aktivní, může na kvalitu svých členů dohlížet, ale rozhodující slovo budou mít pacienti, kteří mohou „hlasovat nohama“, tedy chodit tam, kde mají dobrou zkušenost.*

V.: ...Nejspíše to v důsledku povede i ke zhoršené úspěšnosti léčby při použití psychosomatických metod a tím k devalvací psychosomatiky jako celku...

Ch.: *To určitě ano. Jako se vším: jakmile něco bude dělat mnoho lidí, kvalita se zhorší. To ale není důvod k tomu, aby se neprosazovala odborná společnost a legislativní zakotvení oboru. Právě naopak. Ostatně množství poskytovatelů i žadatelů o psychosomatickou péči se zvyšuje již delší dobu, a to bez ohledu na legislativní proces. Ten to může jen podpořit a dát dosud spontánnímu dění pravidla.*

V.: Z vlastního profesionálního vývoje usuzuji, že pokud někdo neprojde nějakou formou hlubší sebezkušenosti, jen těžko bude psychosomaticky přirozeně přemýšlet. Je mi však jasné, že od takto povrchně vzdělaných lékařů nemůžeme dlouhodobější sebezkušenost povinně požadovat.

Ch.: *Proto je výhodné, že není povinnou součástí základní psychosomatické péče sebezkušenostní výcvik, ten je navržen jen jako fakultativní, ale je možné v dalším stupni vzdělání směrem k psychoterapii získat onu tebou obhajovanou „dlouhodobější sebezkušenost“.*

V.: Je též otázkou, zda je za současné situace pro psychosomatiku výhodné se snažit vtěsnat do systému oficiální medicíny. Pokud bude psychosomatika přijata do oficiální medicíny, bude to nejspíše za cenu omezování nejruznějšími pravidly a restrikcemi.

Může se pak stát, že bude velmi nesnadné svobodně uplatňovat psychosomatické principy a prakticky velmi obtížné se uživit. Podobná situace byla v akupunkturu v 90. letech minulého století, kdy byla akupunktura nejdříve hrazeným, a pak částečně hrazeným výkonem zdravotními pojišťovnami. Já osobně si myslím, že je důležitější svobodně, a tudíž pro pacienta co nejlépe, se rozhodovat, než být akceptován oficiální medicínou za cenu evidentního okleštění klasickým pohledem na nemoc a nejruznějšími drobnými protivenstvími nejruznějších organizací, které bychom se dobrovolně rozhodli akceptovat.

Ch.: *To chápu a je to problém. Ale pokud nebude psychosomatika oborem medicíny, velmi těžko bude odlišitelná od léčitelství. Tam regulace nebudou, a kdo bude chtít mít statut léčitele, nikdo mu nebude bránit, pokud se ovšem nebude chtít vydávat za psychosomatického lékaře. Někde se ten rozdíl přece musí ukázat. Omezují tě snad pravidla stanovená pro psychoterapii? Lékař se základním psychosomatickým vzděláním nebude víc omezen, než kdyby toto vzdělání neměl. Naopak bude omezen méně. Kromě omezení, která mu ukládá jeho vlastní obor, mu přibude vzdělání o základní orientaci v psychosociální oblasti pacienta. Bude moci rozšířit anamnézu o to, na co se dosud vůbec nikdy neptal. Bude moci rozšířit své intervence o prostředky, které by v běžné ordinaci rehabilitace, interny, gynekologie, neurologie atd. nemohl bezpečně provádět. Pokud bude chtít přidat ještě něco navíc, co by neobhájil ani na půdě psychosomatiky, pak se asi bude cítit omezen. Např. by nebylo přijatelné, aby se prohlásil za psychoanalytika nebo rodinného terapeuta, aniž by měl k tomu výcvik.*



Nebo by možná těžko obhajoval urinoterapii, či léčbu neověřenými léčivými prostředky s rizikem pro pacienta. Takto snad jsme omezeni už dnes, ne? A je to sebeomezení. Psychosomatická medicína tady přece není proto, abychom měli zdůvodněné jakékoli léčebné prostředky, i ty nebezpečné nebo neobhajitelné. Psychosomatická medicína přece má velmi široké spektrum přístupů a škol. Nevím, kde bychom mohli narazit na jiná omezení než ta, která si sami určíme.

V.: Pokud přijmu myšlenku oboru jako vhodnou, mám následující poznámky:

V krátkém úvodu, označeném jako pozn. red., se píše „Na žádost ministerstva zdravotnictví jsme vypracovali materiál.“ Tím „my“ jsou míněny fyzické osoby či nějaké organizace, které ministerstvo požádalo?

Ch.: V roce 2008 vznikla pracovní skupina pro legislativní začlenění psychosomatiky. Její prohlášení přikládám (bylo publikováno dříve). Následně se sešla v březnu 2009 a diskutovala o tom, co všechno musíme udělat, aby se mohla psychosomatika dostat mezi oficiální medicínské struktury. Protože jsem se v této skupině angažoval a protože jsem na půdě ČLS představoval jako předseda výboru psychosomatické sekce PS ČLS jistou formální strukturu, obrátil se vedoucí odboru vzdělávání MZ ČR (který připravoval novelu vyhlášky 185/2009 na popud Borise Šťastného, stojícího v čele zdravotního výboru sněmovny) s žádostí o poskytnutí informací, na mne. Návrh jsem zpracoval v duchu diskuse vedené na pracovní skupině, protože na zpracování byly 3 dny. Znění jsem konzultoval jen s nejbližšími. Pak se nedělo nic a za půl roku se úředníci MZ

ozvali znovu, abychom návrh ještě přepracovali podle jejich poznámek – na to bylo 5 dnů. I tento upravený návrh jsem konzultoval m. j. také s psychologem Koblicem a Paloušovou, kteří pracují na legislativě kolem psychoterapie už řadu let a po diskusi definitivní upravený návrh jsem stihl poslat na MZ.

V.: V Preambuli se hovoří o certifikovaném kurzu. Kdo nebo jaká organizace bude státem akreditovaný certifikovaný kurz organizovat? Jde o atestaci, jako v jiných nastavbových oborech? Budou mít na základě tohoto kurzu absolventi garanci odborné způsobilosti? Pokud ano, kdo či jaká organizace bude tuto garanci poskytovat? Uvažuje se o tom, že by to byla společnost, která by byla součástí ČLS JEP? Kdo nebude mít tento certifikovaný kurz, nebude moci psychosomatickou medicínu provozovat?

Ch.: Návrh je zpracován podle předlohy tak, aby odpovídal současným požadavkům na tzv. certifikovaný kurz. V návrhu je pojem výslovně vyložen takto: Certifikovaný kurz (název „nastavbový obor“ vyplývá z legislativní zkratky dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů). Na všechny tyto otázky lze najít odpověď v materiálu, který jsme poslali na MZ a který byl zpracován do návrhu novely vyhlášky 185/2009 (Publikován v Psychosomu 4/2012 str. 317). Vzdělávání v jiných oborech již neorganizuje hlavně IPVZ, většinou se provádí na akreditovaných pracovištích. Protože my zatím nemáme žádná akreditovaná pracoviště (oficiálně neexistuje pro úředníky žádné, dokud nebude přijata novela vyhlášky), je tam přechodná doba, po



kerou se bude o vzdělávání zatím starat katedra psychiatrie IPVZ, tak jako to bylo ostatně dosud (díky tomu vůbec můžeme dnes počítat s několika desítkami vyškolených lékařů na stupeň Základní psychosomatické péče) a s několika pracovišti, která si po přijetí novely mohou rovnou požádat o akreditaci a postupně pak výuku od IPVZ převzít. Určitě bude třeba založit odbornou společnost ČLS, která by se o naplnění vyhlášky starala.

V.: Požadavky na specializační přípravu. Lékař psychiater musí absolvovat 2 měsíce na oddělení některého z klinických oborů. Psychiater si sám zvolí jakýkoliv klinický obor?

Ch.: *Jistě. Nejlepší by bylo celé kolečko jako je povinné u praktického lékaře, ale to asi nelze předpokládat.*

V.: Specializovaný výcvik a) Teoretické znalosti „dobré znalosti psychosomatické a behaviorální medicíny...“. Co se behaviorální medicínou míní?

Ch.: *Behaviorální medicína je název psychosomatické medicíny prosazovaný v 80. letech v některých zemích, když psychosomatika příliš dráždila. Název je zde uveden pro ty z úředníků nebo odborníků, kteří materiál posuzovali, kteří si neumí nic představit pod pojmem psychosomatická medicína, ale mohou si vzpomenout na behaviorální medicínu.*

V.: ad a) Účast na vzdělávacích akcích povinná: Proč je časové ose věnováno 20 h? Časová osa je technika, která je nepochybně prakticky velmi dobře využitelná, ale podobně prakticky využitelných technik je mnohem více.

Ch.: *Protože seminář o časové ose trvá 20 hodin a za 15 let, co kurz vedeme, jsme seminář nedokázali zkrátit. Jde o*

*jednu z mála sebezkušenostních částí vzdělávání v základní psychosomatické péči, kromě balintovské skupiny. Najde-li výbor budoucí odborné společnosti jiné vhodnější formy úvodu do anamnézy s psychosomatickým pacientem, budeme jen rádi. Druhá věc je, že kurzem prošly stovky kolegů a můžeme je rovnou zahrnout mezi adepty ZPP.*

V.: ad b) Účast na vzdělávacích akcích doporučená: Myslím, že existuje mnohem více užitečných vzdělávacích aktivit než jen relaxace a fokusing. Metoda hypnózy je v rukou povrchně vzdělaného člověka v psychoterapii metodou nebezpečnou a může natropit více škody než užitku. Proto bych ji z dokumentu vypustil.

Ch.: *Je to věc další práce nad obsahem vzdělávání, ale nejprve je třeba politicky prosadit škatulku psychosomatická medicína do vyhlášky. Čím více kurzů a rozdílných přístupů, tím větší z matek v hlavě úředníka, který má zajistit jen tu „škatulku“. Tady jsme vycházeli z obsahu vzdělávání v ZPP v Německu s tím, že víme, že Němci mají rádi relaxační techniky. Naši lékaři si možná rádi osvojí některé jiné malé techniky, kterými vyjdou svým pacientům vstříc, pokud je nebudou rovnou indikovat k psychoterapii a odesílat k psychoterapeutům.*

V.: K pravidlu „Pokud výše uvedené kurzy byly absolvovány v době až 5 let zpátky, nemusí být absolvovány znova“: Znamená to, že pokud někdo absolvoval Kurz časové osy či balintovské skupiny před více než 5 lety, musí je dělat znovu? Ani balintovské skupiny, ani časová osa jako technika se nemění, nevyvíjejí, zůstávají stejné jako před 15 lety, kdy jsem je absolvoval. Proč má tedy jejich absolvování časově omezenou platnost?



Ch.: *Platnost je omezena zpětně s ohledem na jiné stavovské předpisy. Osobně bych také raději viděl termín „kdykoli“. Ale materiál, podle kterého jsme tento připravovali, měl zpětnou platnost pouze 2 roky. Já jsem dal 10 let a úředník změnil na 5 let. Myslím, že podobná lhůta je tehdy, kdy někdo 5 let nepracuje v oboru. Ale úplně přesně to nevím.*

V.: *Rozsah požadovaných teoretických znalostí a praktických dovedností, seznam požadovaných výkonů. Teoretické znalosti, část psychosociální aspekty. Je zde neadekvátně velký prostor pro rodinnou terapii. Kromě možností individuální a skupinové dynamické psychoterapie zde není zmínka o jiném psychoterapeutickém směru využitelném při léčbě psychosomatického pacienta. Psychoterapeutických směrů využitelných pro léčbu psychosomatických pacientů je hodně a podle mého názoru by měly dostat v učebním plánu svůj prostor.*

Ch.: *S tím naprosto souhlasím. Obsah je třeba rozšířit, ale to je úkol až pro výbor odborné společnosti nebo jeho pracovní skupinu. Věc je jasná, jako rodinný terapeut jsem sotva mohl prosazovat řadu jiných přístupů. Systemická terapie zhruba v tomto rozsahu je také obsahem německé verze ZPP, ale je tam také více KBT a dynamického přístupu. Ten nám v současné verzi vzdělávání nechybí. Jen ho není dost. Je to však celkem jen 84 hodin.*

V.: *Charakteristika akreditovaných pracovišť. Jaký je rozdíl mezi Klinikou a Střediskem komplexní péče? V požadavcích je jediný rozdíl, a to že klinika nemusí mít somatického lékaře. Ale ten by podle mého názoru na takto specializovaném pracovišti neměl chybět.*

Ch.: *V mém materiálu (viz Psychosom 4/2012, s. 317) je šéfem kliniky lékař. A i v týmu je uveden psychiatr. Pracoviště jsem zpracoval podle současných typů, jak se spontánně vytvořily od největšího – kliniky – po nejmenší, tedy ordinaci. Klinika má možnost mít lůžka a doufám, že se taková lůžková zařízení začnou objevovat také u nás. SKT je podle našeho typu ambulantního zařízení.*

V.: *Program základního kurzu psychosomatické péče. Chybí prostor pro výuku léčby bolesti, ačkoliv v kapitole Rozsah požadovaných teoretických znalostí je diagnostika a léčba bolesti uvedena.*

Ch.: *Ano. Tomu se věnuje celý obor, léčba bolesti. V tomto rozsahu to určitě nebude nikdy součástí tohoto kurzu, stejně jako nebude celá psychiatrie ani gynekologie atd. Možná bude třeba rozsah jednotlivých kapitol kurzu upravit tak, aby lépe odpovídal praxi.*

V.: *Životní cyklus. Chybí zde zmínka o specifitě psychosomatického stonání u dětí. Všeobecné psychoterapie jsou věnovány 2 hodiny. Ty jsou rozděleny na půlhodiny a jedna z nich je věnovaná přehledu psychoterapeutických metod. To mi připadá opravdu málo i na tento typ kurzu. V kapitole alternativní medicína jsou uvedeny akupunktura z pohledu rodinné terapie a tělová terapie, hypnoterapie. Alternativních metod vhodných k použití u psychosomatických pacientů je více, akupunktura je použitelná nejen z pohledu rodinné terapie.*

Ch.: *Určitě. Rozsah je nyní přiměřený ostatním kapitolám, a je to málo. Akupunktura je zmíněna jako příklad adaptace alternativních metod na psychoterapeutický modus. Není to kurz akupunktury. Toto téma v kurzu*



*akupunktury přednáším 6 hodin. Jakmile najdeme další příklad adaptace alternativní léčebné metody na psychoterapeutický modus, tedy vidění metody z pohledu psychoterapie, dejme ji tam.*

V.: V dokumentu není řešená situace lékařů, kteří se problematice psychosomatické medicíny dlouhodobě a systematicky léta věnují. Bylo by vhodné, aby byla vypracovaná kritéria, kdo a za jakých okolností může certifikát získat i bez absolvování všech v dokumentu uvedených podmínek. Pokud se taková kritéria předem jednoznačně nestanoví, nejspíše dojde k situaci, že se veteráni psychosomatické medicíny víceméně chaoticky bez jakýchkoliv pravidel rozdělí do dvou skupin. Jedna skupina bude přednášet, školit a zkoušet, druhá bude absolvovat kurz časové osy, který její příslušníci absolvovali před 20 a více lety a budou svými šťastnějšími vrstevníky zkoušení. Pokud se nebudou chtít zkoušení podrobit, nebudou mít certifikovaný kurz a budou prohlášeni za odborně nekompetentní v psychosomatické medicíně. Obdobně vývoj probíhal při vzniku oboru léčby bolesti v roce 2004 a nyní již po jednoznačném stanovení průběhu udělování atestací MZ není jiná cesta k uznání odbornosti než přes absolvování všech praktických, teoretických a pobytových podmínek a získání atestace.

Ch.: *To je pravda. Veteránů naštěstí nebude mnoho, myslím, že tak zrovna pokryjí výuku v základním kurzu a ujmou se školitelských míst pro ty ostatní. Určitě bude třeba vyhlásit nějakým způsobem grandparenting, tak jako tomu bylo i v psychoterapii. Stanoví se kritéria a termín, do kdy se mohou různí praktikující na tomto poli hlásit k udělení statutu*

*psychosomatického lékaře. To je ale úkol pro výbor (případně) nově založené společnosti, nebo výbor psychosomatické sekce PS ČLS, jinak to udělat nelze. To nemůže řešit vyhláška. K tomu bude třeba najít konsenzus, veterány pro věc získat. Zažil jsem to na půdě psychoterapie a nebylo to nijak snadné, ale bylo to možné a potřebné. Dobře předvídáš rozštěpení. Rád bych ho minimalizoval, ale vidím, že tady to bude obtížnější než u léčby bolesti nebo u psychoterapie. Novému výboru nové společnosti bych doporučil rovnou nabídnout čestné členství všem nejstarším veteránům, jako jsou Šavlík, Šimek, Honzák, Poněšický, Bendová, Pánková, popř. další podle zvážení výboru. To se vyplatí a bylo by to spravedlivé.*

V.: Těž z dokumentu není jasný statut lékařů, kteří se k psychosomatice hlásí, mají potřebné vzdělání, a navíc absolvovali některý z výcviků a provádějí psychoterapii. Pokud autoři dokumentu respektují snahu oddělit psychoterapii od psychosomatiky pro laickou veřejnost, přestanou být absolventi vzdělávání v nástavbovém oboru psychosomatická medicína po prodělání výcviku praktikující psychoterapii psychosomatiky a budou jen psychoterapeuti? Nebo se zvažuje jiné řešení?

Ch.: *Řešení se samo nabízí, jak hezky popisuješ, a navíc ho vidím jako správné. Psychosomatický lékař se může stát psychoterapeutem v některém z psychoterapeutických směrů dle vlastního výběru. A stejně tak, jako je nyní klinický psycholog a psychoterapeut, nebo gynekolog a psychoterapeut, bude psychosomatický lékař a psychoterapeut. Jsem přesvědčen, že velká většina lékařů, kteří absolvují základní psychosomatickou péči, kde získají jen*





*větší erudici ke svému základnímu oboru (ale prakticky žádné peníze navíc), se nebude dál erudovat jako psychoterapeut. Ti, kteří se pro to rozhodnou a zařídí si změnu podmínek pro svou práci, což psychoterapie vyžaduje, získají navíc možnost se živit*

*jako psychoterapeuti. Ti z lékařů, kteří již dnes jsou psychoterapeuti, nemají problém a mohou se věnovat v klidu své dosavadní práci. Ale rád bych je získal do nové společnosti, velmi pomohou s kultivací psychosomatického myšlení a kultury uvnitř odborné společnosti.*

Diskuse proběhla internetovou poštou na popud Ivana Vondřicha 17. 3. 2013



# POLITIKA, KONCEPCE

## ZÁPIS Z ČLENSKÉ SCHŮZE A SCHŮZE VÝBORU SPPS 8. ÚNORA 2013

Přítomní členi: Julie Exnerová, Zina Hánová, Danuše Jandourková, Zuzka Vondřichová, Ivan Vondřich, Ondřej Masner, Gabriela Seidlová, Romana Plchová, Veronika Roudná, Jana Žmolíková

Celkem 10 členů.

1. Volba revizora, Kandidát MUDr. Gabriela Seidlová, schválena, Pro 8 členů, proti 0, zdržel se hlasování 1 (po hlasování dorazila Romana Plchová)

2. Hlasování o výši členských příspěvků, Částka 200,- Kč /rok schválena na příští dvouleté období. Příspěvky je třeba zaplatit do konce března. Členy sdružení bude informovat Danuše Jandourková

3. Hlasování o přijetí návrhu Z. Vondřichové archivovat veškeré dokumenty Sdružení na flash, která bude zakoupena z rozpočtu sdružení. pro: 10 hlasů, proti: 0 hlasů

4. Hlasování o návrhu umístit na webových stránkách sdružení odkazy na zajímavé akce, které nepořádá SPPS. Za tím účelem bude na stránkách vytvořen odkaz „Zajímavé akce“. Budou zde prezentovány akce, za jejichž obsah sdružení neručí, ale považuje je za přínosné. Každou zveřejnění musí schválit výbor. Aktuálně zde bude umístěna anonce na

- Neuropsychiatrické fórum v dubnu
- Pozvánka na konferenci o psychoterapii
- Informace o akci s Ruedigerem Dahlkem
- Anonce na den otevřených dveří CKP Dobřichovice

(vyřizuje Jandourková)

5. Hlasování o volném zpřístupnění finanční uzávěrky na stránkách SPPS. Neschváleno – finanční uzávěrka nebude volně přístupná veřejnosti na webových stránkách. (hlasování výboru: 6 proti zveřejňování, 1 se zdržel)

6. Provedena výplata peněz za výuku, Zajišťuje Zina Hánová

7. Diskuze o programu příštích setkání SPPS. Program na březen zajistí Ivan Vondřich. Julie Exnerová kontaktovala dr. Stejkalovou, zkusí zajistit na květen. Organizace psychosomatického sklípku zatím personálně nevyjasněna, dílčího úkolu se ujala Zina Hánová. Ondřej Masner usiluje o kontakt s některým z patientských sdružení a jejich účast na dubnové schůzi SPPS (19. 4. 2013). A. Fišnarová kontaktovala psychosomatické pracoviště ve Vídni a zkouší domluvit exkurzi pro členy SPPS.

8. Zina Hánová podala podrobnou zprávu o výuce psychosomatiky na 3. LF. Diskutován dosavadní způsob výuky, výsledky i další směřování.

Zapsala G. Seidlová



## ZÁPIS ZE SETKÁNÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ 12.4.2013

Tématem dubového setkání byl návrh na náplň vzdělávacího programu certifikovaného kurzu psychosomatické medicíny a vznik společnosti pro psychosomatickou medicínu ČLS JEP.

Nejprve dr. Chvála stručně přednesl historii vzniku vzdělávacího návrhu a současný stav procesu schvalování. Cílem by mělo být vnesení psychosomatiky do oficiální zdravotnické struktury, zvýšení kompetence lékařů a pokrytí mezery mezi biologickou medicínou a psychoterapií. Program vychází z německého vzoru.

Následovala diskuze o smyslu vzniku ČLS JEP, formulování obav z důsledků vzniku oboru psychosomatiky (znevýhodnění psychologů a jiných nelékařských oborů, redukce psychosomatiky). Zmíněn též rozpor mezi ideálem a realitou. Zazněla různá pojetí psychosomatiky od představy renesančně vzdělaného lékaře-terapeuta až po týmovou spolupráci. Závěrem jsme se zabývali motivacemi ke vzdělávání v psychosomatické medicíně a otázkou kdo bude „strážcem formy“ psychosomatiky

### ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ

12.4. 2013

Přítomni: Zuzana Vondřichová, Ivan Vondřich, Ondřej Masner , Julie Exnerová, Jana Žmolíková, Gabriela Seidlová

Hlasování o přijetí nových členů:

Dr. Rezková – přijata jednohlasně

Dr. Chvílová Weberová – přijata jednohlasně

Milan Hořínek – 4 pro, 1 proti - přijat

#### **Plán květnového setkání**

Květnové setkání proběhne v termínu 24.5. v 16 hod, program zajistí MUDr. E. Rys – 60 min přednáška a následně 30 min diskuze. Setkání výboru proběhne po přednášce od 17:30 hod.

#### **Červnové setkání**

Uskuteční se 7. 6. 2013, setká se skupina pro výuku. Zajistí Hánová, Vondřichová

Plán zářijového setkání

Termín bude upřesněn, téma: pacientské organizace. Člena pacientské organizace osloví a o přednášku požádá Seidlová



**Otázka výjezdu do Vídně**

Je zatím otevřená, definitivní rozhodnutí padne do konce měsíce. Zařizuje O. Masner

**Psychosomatický sklípek**

Organizace se ujal. E. Rys.

Zájemci zaplatí zálohu ihned a stravu doplatí později.

Jednohlasně výbor odsouhlasil, že příspěvek na dar organizátorům i pohoštění si účastníci platí sami. Na příspěvek nebude použito peněz z účtu SPPS.

**Loajalita**

Další bod jednání výboru byl věnován otázce loajality. Z diskuze vyplynulo, že setkání výboru by mělo následovat pokud možno vždy až po setkání SPPS. A dále, že komunikace prostřednictvím elektronické pošty má svá úskalí a nevýhody a je žádoucí jí užívat jen v nejnnutnějších případech a to zejména ke zformulování vlastního názoru a poskytnutí jej ostatním k následné ústní diskuzi. Zůstalo otázkou, zda je účelné používat e-poštu k dořešení otázek vzniklých při setkáních.

**Postoj SPPS ke vzniku odborné společnosti pro psychosomatickou medicínu při ČLS JEP**

Diskuze o postoji vedla k formulování role sdružení na širokém poli psychosomatiky, která spočívá především v tom, že SPPS nabízí otevřené diskuzní fórum a informační kanál.

Výbor podporuje každého člena k samostatnému rozhodnutí ohledně aktivního zapojení do nově vznikající společnosti pro psychosomatickou medicínu ČLS JEP

Zapsala: Gabriela Seidlová





SDRUŽENÍ  
PRO  
PSYCHOSOMATIKU

Vážená kolegyně, vážený kolego,

srdečně Vás zveme na setkání Sdružení pro psychosomatiku.

Uskuteční se

**v pátek 24. května 2013 od 16.00 do 17.30 hod.**

(seminář začne přesně!)

v kapli kliniky dětí a dorostu Vinohradské nemocnice,

Šrobárova 50, Praha 10

**Program:**

**„Od úhořích ganglií na kanape a zpět“**

MUDr. Eduard Rys

(neurolog, hostující člen individuální a dětské sekce

České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii)

Prezentující se ve svém příspěvku věnuje vztahu psýché a soma, zmiňuje proces štěpení a vybízí k integraci poznatků psychoanalýzy a medicíny. Posluchače ve stručnosti seznamuje s psychoanalytickou klasifikací diferencujících pacienty dle vývojového stupně organizace osobnosti, uvádí pár poznámek o psychoanalytické psychosomatice a nabízí doporučení pro lékařskou praxi. Teoretické koncepty ilustruje kasuistikami. Sdělením se také snaží reflektovat některé fenomény současné zdravotnické praxe. Přednáškou by rád oslovil nejenom psychoanalytiku a psychoterapeuty, ale také lékaře somatických oborů. Délka prezentace cca 60 minut + diskuse.

Následovat bude výbor sdružení.

Těšíme se na Vaši účast!

Výbor SPPS



# INFORMACE

## ŠESTITÝDENNÍ UZAVŘENÉ PROGRAMY SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE V HAVLÍČKOVĚ BRODĚ

Oddělení 14 Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě Rozkošská 2322, PSČ 580 23, tel. 569478111

*V Havlíčkově Brodě dne 23. 4. 2013*

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

zasíláme Vám informaci o **šestitýdenních uzavřených programech skupinové psychoterapie**. Současně oznamujeme **termíny** jejich konání v následujícím “školním” roce 2013/2014:

- Uzavřený program „N“:
- 101.běh- 9.9. – 18.10.2013
- 102.běh- 4.11. – 13.12.2013
- 103.běh- 13.1. - 21.2.2014
- 104.běh- 10.3. - 18.4.2014
- 105.běh- 5.5. -13.6.2014

**Uzavřený program “N”:** Indikací k zařazení do tohoto programu jsou nepsychotické poruchy - neurotické, psychosomatické, reaktivní stavy, depresivní poruchy, existenciální krize, vztahové problémy.

Jde o intenzivní psychoterapii vedenou metodou Gestalt terapie. Každodenní *skupinová sezení*, vedená primářem oddělení, jsou v komponovaném týdenním programu doplněna *arteterapií, muzikoterapií, jógovou rozvíčkou /hathajógou/, nácvikem asertivity, pohybovou terapií a relaxačními masážemi*. Tento program běží od r.1993.

**Kontaktní osoba (terapeut):** prim.MUDr.P.Suchomel, přednosta odd. 14, e-mail: [psuchomel@plhb.cz](mailto:psuchomel@plhb.cz) tel.569478282

V programu jsou **kontraindikovány** *mentální retardace či výraznější simplicita osobnosti, výraznější porucha osobnosti či rentová motivace k hospitalizaci*, dále pak do těchto skupinových programů nelze zařazovat pacienty *se závažnějším somatickým postižením /s potřebou intenzivnější somatické*



*péče/ a nedostatečně vyváženou medikamentosní léčbou / s akutní potřebou ji měnit/.*

Pacienti jsou během programu *hospitalizováni*. Oddělení 14 je koedukované, otevřené oddělení s možností volných vycházek do města a víkendových propustek domů 1x za 3 týdny. Na oddělení je program doplňován rozcvíčkami, komunitními sezeními, relaxacemi, nácviky dýchání.

V případě Vašeho zájmu objednávejte prosím indikované pacienty formou *stručného parere /lze též emailem/* s uvedením adresy pobytu pacienta /event. jeho emailové adresy/ a uvedením zdr. pojišťovny, abychom jej mohli vyzvat k nástupu těsně před začátkem programu. **Bereme pacienty z celé ČR !**

**Další informace pro Vás i pacienty na internetu: [www.plhb.cz](http://www.plhb.cz)**

prim. MUDr Přemysl Suchomel+ tým odd.14 PL Havlíčkův Brod



## ČESKÁ PSYCHOANALYTICKÁ SPOLEČNOST

### POZVÁNKA

Vážená kolegyně, vážený kolego,  
Česká psychoanalytická společnost,  
člen Mezinárodní psychoanalytické asociace (IPA)  
má tu čest Vás pozvat na:

### „SETKÁNÍ S PSYCHOANALYTICKÝM PSYCHOTERAPEUTEM“

Seminář se uskuteční v prostorách České psychoanalytické společnosti,

Řehořova 10, Praha 3

*dne 18.5.2013 (sobota) od 10,00 do 13,30*

Pozvanou psychoanalytičkou je  
paní **Miranda Feuchtwang** (UK),

která uvede

*POSTKLEINIÁNSKÉ KONCEPTY V PSYCHOANALYTICKÉ PRÁCI S PACIENTEM.*

M. Feuchtwang je původně socioložka, graduovaná dětská psychoanalytická psychoterapeutka (Tavistocká klinika, 1976), která pracovala více než 30 let s dětmi a s dospívajícími v britském systému národního zdraví (NHS). Vedle L.Tischler, A. Horne a dalších se výrazně podílela na zavedení dětské psychoanalytické psychoterapie do českého prostředí. Po odchodu z NHS podstoupila dodatečný výcvik v psychoanalytické psychoterapii dospělých v rámci Britské psychoterapeutické asociace, jejíž je nyní členkou a předsedkyní psychoanalytické sekce. (Více viz Revue Psychoanalytická Psychoterapie, XIII.roč., 2011/1, s.50-54).

Účastnický poplatek: 600 Kč, Studenti denního studia (proti dokladu o řádném studiu): 250,-Kč, Poplatek zahrnuje tiskové materiály a občerstvení.

Závazné přihlášky (k dispozici je jen omezený počet míst) posílejte, prosím, do 11.5. 2012 na mail: hana.netusilova@seznam.cz Poplatek lze zaplatit na místě.





## SETKÁNÍ S PESSO-BOYDEN TERAPIÍ

*/zážitkový seminář – ochutnávka teorie, cvičení a terapeutické práce/*

**CO:** jde o psychologický a psychoterapeutický směr, který pracuje s tělovou, emoční i kognitivní složkou osobnosti. Smyslem práce je zažít životní změnu a kontakt s tím, po čem v životě toužíme. Nabízí srozumitelný a dobře použitelný pohled pro problematiku klientely s psychosomatickými obtížemi, závislostmi, v náročných životních situacích a krizích. Pomáhá porozumět vývojovým potřebám dětí, a to i dětí ve specifických podmínkách a se specifickými potřebami.

**S KÝM:** PhDr. Yvonna Lucká, PhDr. Luboš Koblíček

**PRO KOHO:** pro pomáhající profese i zájemce a zvědavce všeho druhu

**KDY:** od **čtvrtek 25. července 2013** /od cca 18 hod/ do **neděle 28. července 2013** /cca 14 hod/

**KDE:** v tichém prostředí bývalého mlýna na českomoravské vysočině

**JAK:** nabízíme formu obvyklou pro PBSP semináře v zahraničí tj. každý si může vybrat rozsah své účasti:

- a) základní modul – teorie, cvičení a „pasivní“ účast na terapeutickém sezení
- b) modul a/ + vlastní terap. sezení v rámci skupiny v délce asi 60 minut /prosíme, vyznačte zájem v přihlášce/

**ZA KOLIK:** lektorné ad a/ **2 500,- Kč** za 25 výukových hodin, b/ **2 900,- Kč** tj. 400,- Kč navíc za terap. sezení (prvních 5 zájemců), **ubytování a strava: 1 200,- Kč, celkem: 3 700,-Kč resp. 4 100,-Kč.** Akceptujeme omezený počet míst se slevou (studenti, matky na MD)

**UBYTOVÁNÍ:** ve společných prostorech, k dispozici sprchy a splachovací WC

**STRAVOVÁNÍ:** pestrá, vegetariánská strava

**CO VZÍT S SEBOU:** domácí obuv na přezutí, spacák, prostěradlo, věci do deště, baterku, pohodlný oděv na práci, plavky

**POZNÁMKA:** plánujeme delší polední přestávku /cca 3 hodiny/ pro koupání, odpočinek, houbaření nebo procházky po krásném okolí.

**POTVRZENÍ ZÁJMU:** máte-li o tento seminář vážný zájem, odešlete **nejpozději do 30.dubna 2013** vyplněnou přihlášku buď poštou nebo mailem. Do **30. května 2013** od nás dostanete další instrukce o záloze, po jejímž zaplacení budete definitivně zařazeni mezi účastníky a obdržíte cestovní podrobnosti.

Máte-li jakékoli dotazy, využijte e-mail [yvoluk@gmail.com](mailto:yvoluk@gmail.com) nebo telefony 777/339 458 606/377 458

Na shledání a na společnou práci se těší Yvonna a Luboš



## SETKÁNÍ S PESSO-BOYDEN TERAPIÍ – POKRAČOVÁNÍ

CO: prohloubení zkušenosti s PBSP metodou, tj. další části teorie, nová cvičení a více terapeutických sezení (struktur)

PRO KOHO: pro účastníky předešlých PBSP workshopů a pro ty, kteří se setkali s PBSP metodou ve skupinách (seberozvíjejících apod.)

S KÝM: PhDr. Yvonna Lucká, PhDr. Luboš Koblíček

KDY: od čtvrtek 1. srpna 2013 (zač. 18 hod.) do neděle 4. srpna 2013 (závěr ve 14 hod.)

KDE: v tichém prostředí bývalého mlýna na Vysočině

JAK: opět nabízíme formu zavedenou pro PBSP v zahraničí tj. každý si může vybrat rozsah své účasti základní modul – další teorie a další cvičení a „pasivní“ účast na terap. sezení základní modul + vlastní struktura v rámci skupiny v délce asi 60 min. (opět nezapomeňte vyznačit zájem v přihlášce)

ZA KOLIK: **lektorné** ad a) **2500,-Kč** za 25 výukových hodin **2900,-Kč** tj. 400,-Kč navíc za strukturu pro první zájemce, **ubytování+ strava 1 200,-Kč, celkem : 3 700,-Kč, resp. 4 100,-Kč.** Opět nabízíme omezený počet míst se slevou (studenti, matky na MD apod.)

UBYTOVÁNÍ: ve společných prostorech, k dispozici sprchy a splachovací WC

STRAVOVÁNÍ: opět pestrá vegetariánská strava

CO VZÍT S SEBOU: domácí obuv na přezutí, spacák, prostěradlo, baterku, věci do deště, pohodlný oděv na práci, plavky

SPOJENÍ: předpokládáme, že většina, ne-li všichni, ho budete znát. V případě potřeby nám dejte vědět, pošleme vám instrukce. Budete-li mít volné místo v autě a přivítáte-li příp. spolujezdce, dejte nám také vědět.

POZNÁMKA: opět plánujeme delší polední přestávku (cca 3 hodiny)

Máte-li zájem zúčastnit se workshopu, pošlete nám co nejdříve předběžnou přihlášku (poštou, mailem, telefonem či osobně), a to maximálně do 30. dubna 2013. Bude záležet na pořadí došlých přihlášek jak pro účast, tak pro zájem o struktury. Do konce května 2013 od nás dostanete další instrukce.

Máte-li jakékoli dotazy či nejasnosti, využijte mail [yvoluk@gmail.com](mailto:yvoluk@gmail.com) nebo telefony 606/377 458 nebo 777/339 458 nebo pište na adresu Y.L. + L.K., Loosova 10, 149 00 Praha 4.

Na shledání a společnou práci se těší Yvonna a Luboš



## 4. MEZINÁRODNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SYMPÓZIUM V BRNĚ

Pozvání přijali přední světoví i čeští psychoterapeuti. Mezi hlavními hosty můžete najít např. finského psychologa [JAAKKA SEIKKULU](#), který rozvinul svůj přístup známý pod jménem „**Otevřený dialog**“, italskou **gestalt** terapeutku [MARGHERITU SPAGNUOLO LOBB](#) nebo belgického **rodinného** terapeuta [PETERA ROBERA](#). Další přednášející z různých směrů najdete v [podrobnější pozvánce](#) na stránkách sympozia.

Letošního sympozium se zabývá tím aktuálním a novým, co se v jednotlivých přístupech děje (v anglické terminologii „**growing edge**“). Můžete se těšit na přednášky, workshopy i doprovodný program. Na sympozium bude také diskuzní panel věnovaný **aktuálním otázkám kolem poskytování psychoterapie v ČR**.

Na stránkách sympozia jsme již zveřejnili i předběžný [program sympozia](#) (<http://psychoterapie.fss.muni.cz/program-2013>)

Pokud byste se chtěli zúčastnit, nebo víte o někom ve Vašem okolí, budeme rádi, pokud nás kontaktujete na našem emailu [info.symposium@gmail.com](mailto:info.symposium@gmail.com).

Novinky, informace o platbách nebo programu zveřejňujeme pravidelně na Facebooku nebo [zde](#): (<http://www.facebook.com/PsychoterapeutickeSymposium>)

Těšíme se na viděnou v květnu,

Za organizační tým zdraví,

Jakub Černý.

4. Mezinárodní psychoterapeutické sympóziium  
Jana Koutná Kostínková, Jakub Černý  
<http://psychoterapie.fss.muni.cz/symposium>



## PROGRAM TANEČNÍ TERAPIE 2013

Vážení kolegové a příznivci taneční terapie,

níže naleznete stručnou informaci o akcích, které jsme pro Vás zatím na rok 2013 připravili sami, nebo které vřele doporučujeme. Podrobnější info naleznete na našem webu či webu, který je pro danou akci uveden.

Pro zájemce o výcvik mam dobrou zprávu - koncem roku se otevře dlouhodobý výcvik v tanečně pohybové terapii pod vedením Jany Špinarové Dusbabkové a Andrey Male jako základních lektorek. Dále budou vyučovat další odborníci z ČR i zahraničí. Garance TANTER pro výcvik je v běhu. Jsme rádi, že se kolegyně rozhodly výcvik otevřít a že tudíž nemusíte na kvalitní ucelené vzdělávání čekat 5 let či více let, jako tomu bylo doposud.

Se srdečným pozdravem, Iveta Zedkova, předsedkyně TANTER

**SOUBOR NAVAZUJÍCÍCH WORKSHOPŮ** pod názvem Úvod do TPT I. „Moje tělo v pohybu (tanec je přirozenost)“. Jedná se o 3 vzájemně navazující workshopy, témata: 1. tělo a expresivita pohybu, 2. rytmus a prostor uvnitř i vně, 3. improvizace a hra v pohybu, autenticita pohybu. Termíny: 12.4.-14.4., 3.5.-5.5., 31.5.-2.6.2013. Lektorky: MUDr. Iveta Zedková, Mgr. Klára Čížková. Místo konání: Praha.

Další informace budou upřesněny brzy na [www.tanter.cz](http://www.tanter.cz) Tato série workshopů poběží také v Olomouci, termíny a další informace budou upřesněny, lektorky: MgA. Jana Ryšlavá, Mgr. Klára Čížková.

Budou následovat další soubory navazujících workshopů „Vztah v pohybu (tanec je komunikace)“ a Proces v pohybu (tanec je proces, život je proces....)“.

29. 4. 2013 nezapomeňte – je DEN TANCE :-). V rámci Dne tance se můžete těšit na nejrůznější představení, happeningy apod. Budeme Vás informovat. Dne 27. 4. 2013 se v rámci Dne tance bude konat v DDM Ulita v Praze Festiválek (přehlídka souborů, zajímavé workshopy a závěrečné představení.

**KONFERENCE** Space for arts therapies „Bazální otázky v kreativních terapiích“, 21.-22. 6. 2013, Praha. Více informací viz [www.arttherapies.cz](http://www.arttherapies.cz). Za tanečně pohybovou terapii se můžete těšit na Janet Kaylo (USA), Sabine Koch (Německo), Boruta Kocara (Holandsko), Geerthe Cuipers (Holandsko), Gabrielle Cerulli (USA) či Janu Ryšlavou (ČR). Téma konference je „Bazální otázky v kreativních terapiích“.

Letní WS se zahraničními lektory: Judith Bunney, BC-DMT (8.7.-10.7.2013, Praha) a Zvika Frank, BC-DMT (6.9.-8.9.2013, Praha), přesné informace naleznete během jara na [www.tanter.cz](http://www.tanter.cz).



## Gaudia Institut s.r.o.

Postmoderní vzdělávací institut

Aktuálně nabízíme kurz pro sociální pracovníky



## Systemický přístup k práci s krizí

Chcete se naučit pracovat s krizí a místo obav z ní ji brát jako výzvu?

Stává se vám,

že vaši klienti pláčou, křičí, zachvátí je panika nebo se chovají agresivně? Obtěžuje vás, když si vaši klienti či pacienti stěžují nebo vyžadují služby, které považujete za zbytečné či neadekvátní? Zaskočila vás vaše vlastní krize?

Chcete zefektivnit své profesionální dovednosti?

### Nabízíme vám

100hodinový výcvik krizové intervence

Systemický přístup k práci s krizí

### Základní informace

Lidé zažívající krizi se málokdy chovají rozumně. Včasnou a vhodnou reakcí může krizový pracovník (pomáhající – zdravotní sestra, terapeut, lékař, psycholog či sociální pracovník) přispět k tomu, aby se člověku v krizi dostalo včas účinné pomoci.

Cílem tohoto výcviku je nastavení specifického způsobu uvažování o krizové intervenci, spíše než předávání konkrétních technik práce. Jde nám o aplikaci a využití způsobů práce vyplývajících ze systemických přístupů pro specifický kontext práce s krizí.

Akreditováno u MPSV!

### Obsah

- úvod do tématu krize (její projevy, možné příčiny, fáze, typy, zkušenosti apod.)
- cíle krizové intervence



- konstruktivistické a objektivistické pojetí krize
- profesionalita, odpovědnost, sebereflexe
- aktivní naslouchání, připojování
- aranžmá a kontext rozhovoru, časový a obsahový rámec, dokumentace
- od obtíže k zakázce (objednávka, zakázka, přání, hierarchie zadavatelů)
- zakázkový model, přístup orientovaný na řešení
- otevírání rozhovoru
- vytváření bezpečí pro sebe jako pracovníka
- specifika práce po telefonu
- strukturování rozhovoru
- pomoc a kontrola
- práce s předpoklady
- právní minimum (ohlašovací povinnost, občanská zodpovědnost)
- zdroje, oceňování, 6 užitečných otázek
- užitečné stereotypy
- obrana vůči zneužití (ukončení spolupráce, hranice role krizového pracovníka)
- problematika sebevražedného chování
- psychiatrické minimum (syndromy imitující krizi, somatoformní poruchy, faktitivní poruchy, poruchy příjmu potravy, posttraumatická stresová porucha)
- etika krizového profesionála
- závažné krizové stavy – práce v terénu

### **Metodika**

Součástí každého setkání je teorie, diskuse, metodický výklad, trénink (hraní rolí), rozbor cvičných situací ve skupině, rozbor situací z praxe, důraz na sebereflexi.

Při práci vždy stavíme na tom, co již účastníci vědí a co se jim v praxi osvědčuje. Snažíme se vytvořit příjemnou, bezpečnou a přátelskou atmosféru, zohledňujeme potřeby každého, usilujeme o to přiblížit se konkrétní praxi, podporovat sebereflexi a podněcovat individuální rozvoj.

### **Rozsah**

100 hodin (6 dvoudenních setkání v rozsahu 16 hodin, 2 × 2 hodiny individuální supervize)

### **Lektorský tým**

MUDr. Olga Kunertová, Mgr. Kateřina Benešová, Mgr. Jana Brzkovská, Mgr. Dagmar Perníčková

### **Cena**

Pro jednotlivce: 14 400 Kč



**Místo konání:**

Brno (bude upřesněno)

**Termíny:**

**2.–3. 5 2013**

**6.–7. 6. 2013**

**5.–6. 9. 2013**

**10.–11. 10. 2013**

**7.–8. 11. 2013**

**12.–13. 12 2013**

Přihlásit se můžete na tel. č. 773 993 036

nebo e-mailem: [info@gaudia.cz](mailto:info@gaudia.cz)

(Další běh v Praze začne na podzim 2013)

Více informací a přihlášky na:

 [www.gaudia.cz](http://www.gaudia.cz)

[Unsubscribe](#) | To contact us please email [youremail@emailaddress.com](mailto:youremail@emailaddress.com)

Gaudia Institut s.r.o.  
Jeseniova 47, Praha 3



## 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](mailto: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.





