

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

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

Adresa:

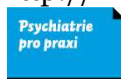
www.psychosom.cz
 SKT Liberec
 Jáchymovská 385
 460 10 Liberec 10
 Tel.: +420 485 151 398

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

Uzávěrka čísla 4/2013 dne 15. 11. 2013, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 10. 2013.
 Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih
 a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed.
 ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:
<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praxí a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
 Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., Katedra antropologie FHS UK, Praha
 PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
 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 4/2013

<i>Obsah 4/2013</i>	231
Editorial	232
<i>Chvála V.: Bude psychosomatika zápasit o svou identitu?</i>	232
Pro praxi	234
<i>Křížová E.: Co je nekonvenční (komplementární a alternativní) medicína a čím se vyznačuje?</i>	234
Teorie	244
<i>Peterková, H., Skřivanová, K., Brančíková, D., Bendová, M., Anderková, L.: Typ C – osobnost či copingová strategie?</i>	244
Výzkum	257
<i>Kodyšová E.: Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy prvorodiček</i>	257
Recenze	270
<i>Honzák R.: České vydání knihy Kevina Duttona Moudrost psychopatů</i>	270
<i>Honzák R.: Ad Křížová E., Alternativní medicína v České republice</i>	276
Z konferencí	278
<i>Bouřlivá diskuse nad psychosomatikou v LD 18. 10. 2013</i>	278
<i>Co bylo pod povrchem v Ostravě? (10.–13.10. 2013) aneb chvála Ostravě</i>	280
<i>Konference Spiritualita ve vzdělávání- Olomouc 21. - 22. 10. 2013</i>	282
Politika, koncepce	285
<i>Založíme novou odbornou společnost ČLS?</i>	285
<i>Zápis ze setkání psychosomatického sdružení 6.9.2013</i>	288
Akce, nabídky	289
<i>Kurz rodinného poradenství pro pracovníky pomáhajících profesí</i>	289
<i>Příprava 15. konference psychosomatické medicíny s mezinárodní účastí v Liberci</i>	291
VYCHÁZÍ	292
<i>Pokyny pro autory</i>	293



EDITORIAL



CHVÁLA V.: BUDE PSYCHOSOMATIKA ZÁPASIT O SVOU IDENTITU?

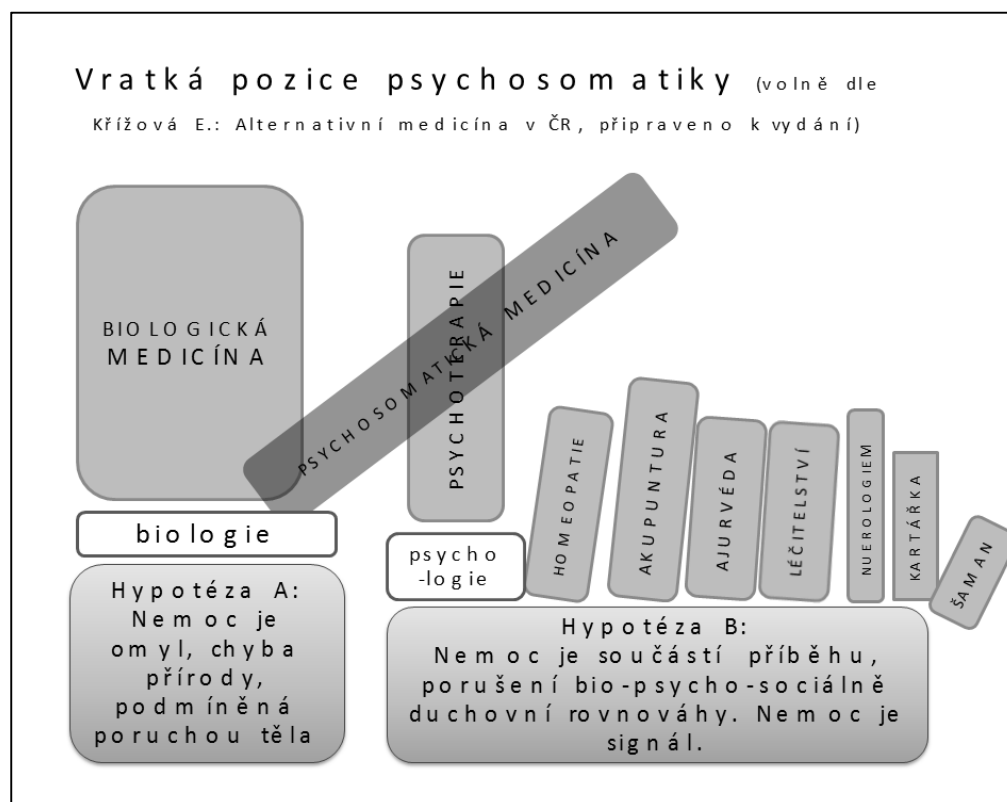
Psychosomatickou medicínu čeká zápas o identitu. Poté, co se nám ji podařilo prosadit do novely Vyhlášky 185/2009 o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, se ukáže, kdo, kde a jakými metodami zastával dlouhodobě pozici psychosomatiky a hlásí se k ní. Při léčbě psychosomatických pacientů lze totiž s úspěchem využít celou řadu metod a technik, včetně těch, kterými disponuje běžná moderní medicína. Co dělá lékařskou praxí praxí psychosomatickou, je otázka, na kterou budeme muset hledat odpověď. Máme-li získat respekt ostatních kolegů lékařů, měli bychom disponovat přijatelným teoretickým

výkladem naší praxe, kterou označujeme často za komplexní nebo celostní ve smyslu bio-psycho-sociálního pohledu na zdraví a nemoc. Diskuse již nejen na stránkách tohoto média delší dobu probíhá. Osobně považuji za výborné východisko k takové diskusi sociologický rozbor celého spektra nejrozličnějších metod označovaných jako nekonvenční nebo alternativní, či komplementární (které někdo pokládá za psychosomatické techniky, aniž vystihují podstatu psychosomatické medicíny celé) z pera socioložky Evy Křížové. Výzkumu této oblasti se věnuje dlouhou dobu, a proto jsme ji požádali o možnost publikovat



kapitulu z její připravované knihy Alternativní medicína v České republice. A to i přesto, nebo právě proto, že sami pokládáme za klíčový takový pohled, který stojí na psychoterapeutických teoriích, ne proto, že jediné jsou správné, nebo nejúčinnější, ale proto, že v nich nacházíme dobrá vysvětlení i pro techniky, které samy psychoterapií nejsou (homeopatie, akupunktura, ajurvěda), ale lze se na ně podívat také z hlediska metakomunikace a v teorii různých psychoterapií najít racionální zdůvodnění i pro zdánlivě zcela iracionální praktiky. Zdá se, že je to především *způsob myšlení*, co dělá psychosomatiku psychosomatikou. Proč je ale tak nesnadné se shodnout na jedné základní teorii, na jediném paradigmatu, které by odlišilo psychosomatickou lékařskou praxi od jiných, nejspíš

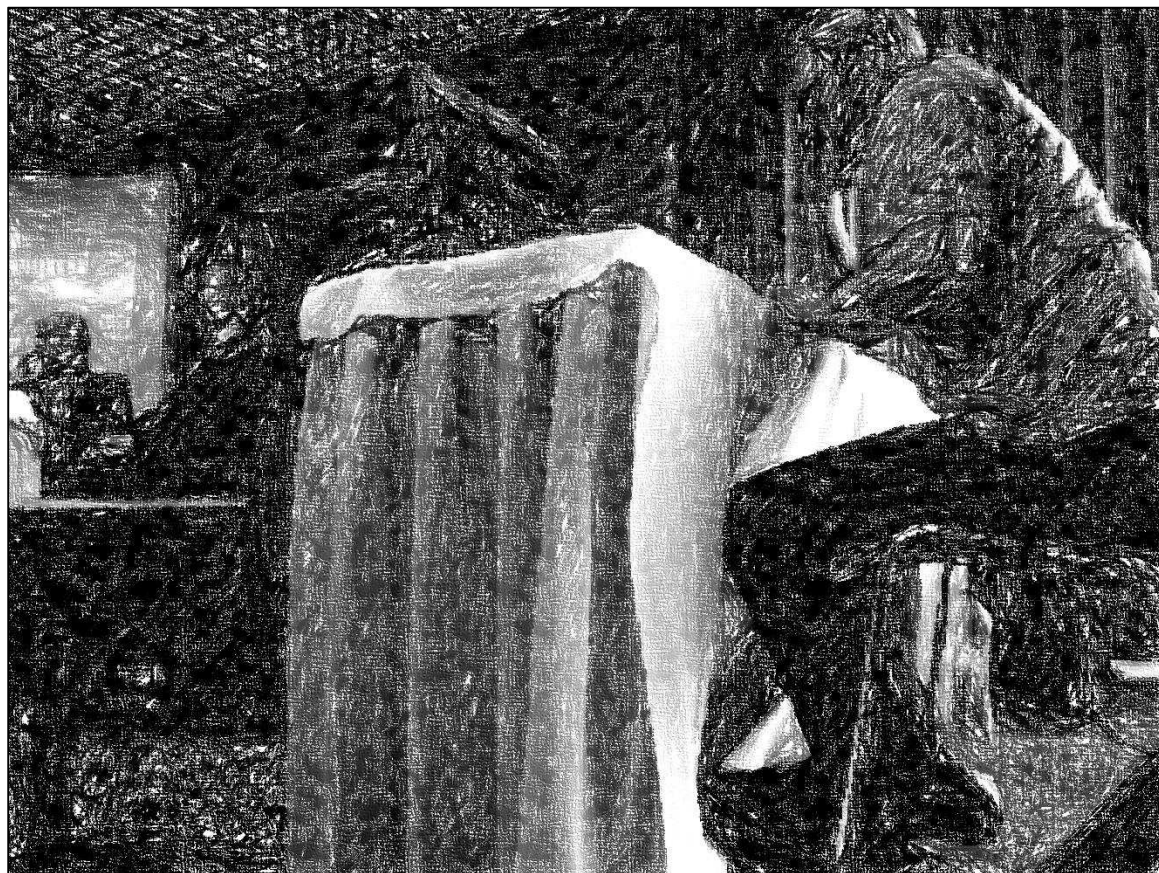
nelékařských metod? Protože psychosomatickou medicínu s celým spektrem komplementárních metod spojuje stejná hypotéza. Na rozdíl od současné školské medicíny, kde zvítězila představa, že choroba je způsobena primárně tělesnou poruchou a je to omyl, nehoda, chyba, příčina nemoci u zastánců psychosomatické medicíny (a právě i u většiny komplementárních metod) je přednostně spatřována v psychické, emocionální či jiné psychosomatické dysbalanci, jež vede k projevům tělesných potíží. Psychické či psychosomatické příčiny nemocí jsou pak pozorovatelné nebo subjektivně vyjádřené na tělesné rovině. Vidíme, že rozlišování bude nesnadné. Tím spíš budeme muset najít kritéria, co je psychosomatická medicína patřící do zdravotnictví, a co je alternativa, která má své místo v domácnostech léčitelů.



OBRÁZEK 1: CHVÁLA V., TRAPKOVÁ L.: PŘINÁŠÍ PSYCHOTERAPIE VÍCE NEBO MÉNĚ JISTOTY DO PSYCHOSOMATIKY? (PŘEDNESENO NA ODBORNÉ SCHŮZI ČPS 18.10.2013 V LD)



PRO PRAXI



KŘÍŽOVÁ E.: CO JE NEKONVENČNÍ (KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ) MEDICÍNA A ČÍM SE VYZNAČUJE?

SOUHRN: KŘÍŽOVÁ E.: CO JE NEKONVENČNÍ (KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ) MEDICÍNA A ČÍM SE VYZNAČUJE? PSYCHOSOM 2013; 11(4), S.234-243

Většina debat je komplikována tím, že nevíme přesně, jaký obsah a význam slova mají. Vyjasňování pojmů patří k nejnudnějším okamžikům vědecké práce, ale nutno přiznat, že v diskuzích, jež jsou nadto provázeny větším zaujetím než jiné, je takové pojmové zamlžení zásadní překážkou vedení dialogu. I když se to tak nezdá, téma alternativní medicíny je pro nás stále ještě výzvou a měli bychom být připraveni o ní hovořit se zdravotníky i veřejností. Problematika nekonvenční medicíny je širší než pojem psychosomatiky. Text je otištěn s laskavým souhlasem vydavatelství Karolinum, jež připravuje publikaci E. Křížové s názvem *Alternativní medicína v České republice*.

KLÍČOVÁ SLOVA: NEKONVENČNÍ, KOMPLEMENTÁRNÍ, ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA

SUMMARY: KŘÍŽOVÁ E.: WHAT IS UNCONVENTIONAL (COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE) MEDICINE AND WHAT IS IT DISTINGUISHED BY?, PP.234-243

Most of the debates are complicated by the fact that we do not know exactly what content and meaning words have. Clarification of terms is one of the most boring moments of scientific work, but we must admit that in discussions, which are, moreover, accompanied by more



interest than others, such conceptual steam is a fundamental obstacle to dialogue. Although it does not seem, alternative medicine is still a challenge for us and we should be ready to talk about it with health professionals and the public. The issue of unconventional medicine is broader than the concept of psychosomatic medicine. The text is printed with the kind permission of Karolinum publishing which is preparing the publication of E. Křížová called Alternative Medicine in the Czech Republic.

KEY WORDS: UNCONVENTIONAL, COMPLEMENTARY, ALTERNATIVE, MEDICINE

Nekonvenční medicína je souhrnným označením pro všechny léčebné a preventivní postupy, které se nezakládají na (přírodo)vědecké teorii, nevycházejí z ověřených teoretických konceptů moderní medicíny, a není tedy znám ani mechanismus účinku, ani nebylo působení spolehlivě prověřeno na dostatečně velké skupině nemocných podle pravidel současné vědy. V rámci nekonvenční medicíny se rozlišuje mezi alternativním a komplementárním užitím. Pojem alternativní medicína vyjadřuje, že vedle postupu oficiální školské medicíny je k dispozici nekonvenční postup, který je možno užit **namísto** vědeckého. Klasickým případem je léčba respiračního onemocnění prostřednictvím homeopatik namísto antibiotik či jiných syntetických léků, nebo užití akupunktury při léčbě potíží pohybového aparátu namísto analgetik nebo rehabilitace. K tomu dochází buď z pragmatických důvodů, že pacient je zklamán z výsledků léčby v rámci dostupné školské medicíny, anebo je to z více zásadových důvodů, kdy užití alternativní medicíny je součástí hodnotového systému uživatele, a doplňuje alternativní životní styl, spojený např. s vegetariánstvím, biopotraviny, příslušností ke specifické náboženské skupině apod. Mimo Evropu a USA jsou důvody využití komplementární a alternativní medicíny odlišné.

Takto ostře vymezená alternativní medicína však představuje jen velmi

malou část dnes poskytovaných nekonvenčních léčebných služeb. Pouze výjimečně se nemocní vzdávají léčby vědecké a naprostá většina nekonvenční péče je péčí doplňkovou, tj. komplementární. Pokud se pacient zřídka vědecké léčby, pak často až po dlouhodobé zkušenosti s ní a po zjištění, že mu nepomáhá, byla ukončena nebo má velmi nepříjemné vedlejší účinky. Postmoderní člověk nerezignuje na výtěžky vědy a techniky, ale tam, kde mu nestačí, je dokáže pragmaticky a hybridně propojit s prvky jinými. Výzkumy ve všech západních zemích ukazují, že naprostá většina uživatelů nekonvenční medicíny ji kombinuje s léčbou vědeckou, jako její doplněk nebo z preventivních důvodů, nebo její využití omezuje na konkrétní zdravotní potíže, přičemž jiné léčí standardním způsobem.

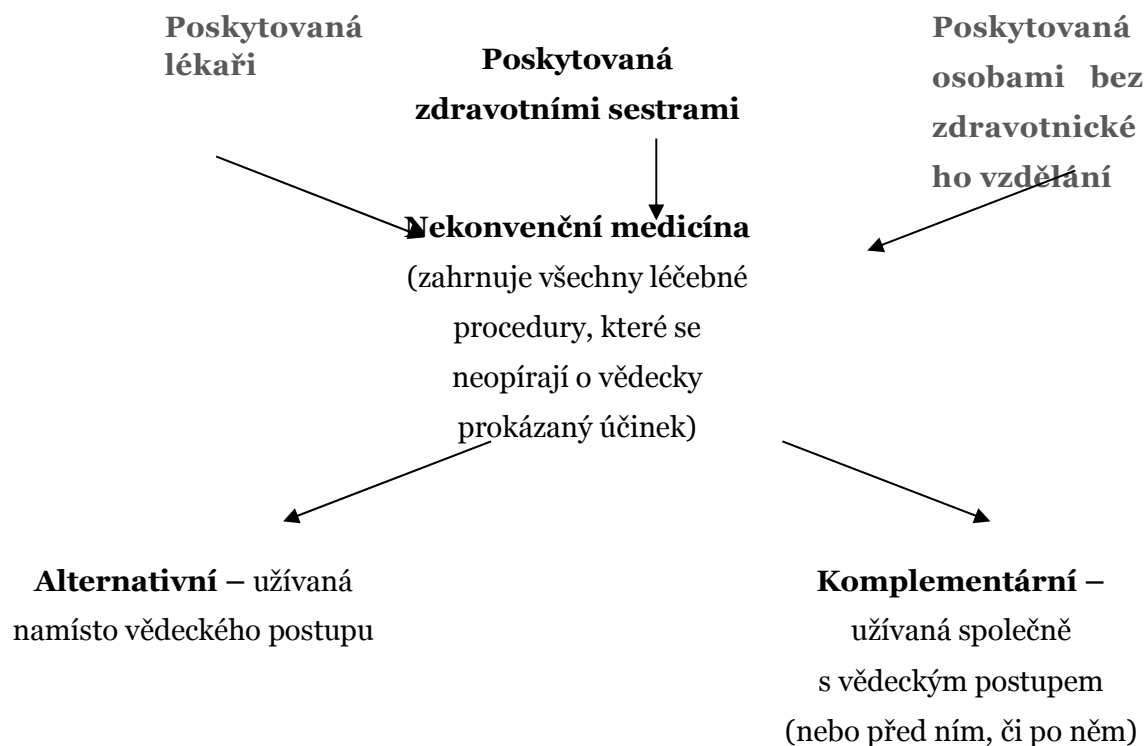
Pro označení souběhu, kdy nemocní využívají různé směry paralelně nebo v návaznosti na sebe, je vhodnější termín „**komplementární**“, který je rovněž široce používán. Termín alternativní medicína, i když v laickém jazyce vyjadřuje komplex zdravotní péče, poskytované mimo oficiální rámec, by měl být rezervován jen pro ty situace, kdy nemocní v některých případech či situacích dají přednost alternativnímu postupu namísto vědeckého, např. odmítnou další chemoterapii a zkusí léčbu tradiční čínskou medicínou, homeopatií, masážemi, bylinami či fytopreparáty. Tomuto pojetí odpovídá i definice amerického Centra pro



komplementární a alternativní medicínu, založeného v r. 1998 (www.nccam.nih.gov). I když toto chování vzbuzuje někdy nepochopení a nesouhlas, jeho motivací je vyjádřit své autonomní rozhodnutí v situaci vážné či vleklé nemoci, své preference ohledně léčby, svá přání ohledně svého těla jako předpokladu vlastní existence. Takové právo je modernímu pacientovi plně uznáno morálně i právně. V zahraniční literatuře je proto nejvíce rozšířeným a všeobecně srozumitelným pojmem **komplementární a alternativní medicína** (zkratka CAM complemen-

tary and alternative medicine, česky KAM), někdy bývá tento pojem nahrazen zastřešujícím termínem **nekonvenční medicína**, případně pojmem integrativní medicína. Protože terminologie není jednotně ustálena, pojmy nekonvenční a KAM jsou zaměnitelné. Zcela zásadní je ale rozdělení na komplementární a alternativní užití nekonvenčních postupů, jak bylo popsáno výše, a na služby poskytované lékařem, zdravotníkem (sestrou, fyzioterapeutem) či osobami bez lékařské či zdravotnické kvalifikace.

TABULKA 1 ZPŮSOBY VYUŽITÍ NEKONVENČNÍ MEDICÍNY



Termín „**komplementární**“ medicína (complementary medicine) hovoří o tom, že mnohé nekonvenční postupy jsou nasazovány jako **doplňek** těch standardních s cílem podpořit účinek vědecké medicíny či na léčbu navázat (především bylinné kúry, masáže, reiki, jóga, v určitých případech akupunktura, čínské byliny, postupy indické medicíny atd.). Často jsou orientovány na

dlouhodobou péči (care), tělesný i psychický komfort a posílení organismu, jež mohou, ale nemusí přinést i vlastní vyléčení ve smyslu trvalého odstranění. Ne vždy je ambicí léčebný účinek, často se přiznává spíše efekt psychosociální či rehabilitační, nebo zlepšení kvality života. Ale v celostním pohledu na zdraví a nemoc mají i tyto složky svůj vliv a význam, neboť ovlivňují regenerační



schopnosti organismu a utvářejí předpoklady zdraví. Termín komplementární ale doslovně vyjadřuje, že by se pacient mohl bez těchto služeb léčebně obejít. I když komplementární užití vzbuzuje méně odporu na straně lékařů či jiných odborníků, není tento termín bezproblémový, neboť není pravda, že se vždy a vše dá doplňovat (http://www.wordiq.com/definition/Alternative_medicine). Jsou situace a prostředky, které kombinovat nelze, a navíc i zde mají terapeuti odlišné názory, někteří jsou k součinnosti vědecké medicíny a komplementárních typů péče

tolerantní, pro jiné je to nepřijatelné. Často jsou různé pohledy na to, jak terapeuticky vhodné je kombinovat různé typy léčby. Navíc to, co je poskytováno jako doplněk, není hrazeno z veřejných zdrojů, a tudíž se stává „alternativním“ z ekonomického hlediska. Komplementární a alternativní medicína je tedy definována chybějícím přírodovědeckým vysvětlením (jež by bylo všeobecně lékařsky přijatelné) a nedostatečným klinickým prověřením účinku podle požadavků současné vědy. Zahrnuje heterogenní směsici různých akceptovatelných směrů.

TABULKA 2 KLASIFIKACE SMĚRŮ KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNY

<p>Tradiční</p> <p>Např. ajurvéda, čínská medicína, bylinářství, lidové léčitelství – psychotronika, biotronika.</p>	<p>Novodobé a moderní</p> <p>Homeopatie, EEG biofeedback, kinesiologie, Coloroterapie, aromaterapie</p>
<p>Konzistentní s vlastní teorií světa, člověka, nemoci a zdraví</p> <p>Např. tradiční čínská nebo indická medicína ajurvéda</p>	<p>Okultní a parciální (např. jen diagnostické nebo nespecificky posilující)</p> <p>Nesystematické, s dílčím vysvětlením. Např. iridologie, reiki, biotronika</p>

Užití pojmů komplementární a nekonvenční medicína je pro lékaře přijatelnější, neboť tak zásadním způsobem nezpochybňují legitimitu vědecké medicíny jako termín alternativní medicína, který je nepochybně provokativnější a naznačuje důsledný odpor vůči biomoci ve foucaultovském slova smyslu. Kromě nich se ale objevují ještě další označení, jako „tradiční“, „přírodní“, „biologická“,

„integrativní“ a „regulační“ medicína, jejichž společnou snahou je nastolit nekonfliktní a nekompetitivní ráz a asociovat místo nich představy přírodních a biologických rytmů léčebných a úzdravných procesů. Ve Francii se pro alternativní medicínu běžně užívá pojem „*medicine douce*“ (jemná, něžná medicína), z čehož je

¹ Zcela nesprávně se čím dál tím víc hovoří o moderní medicíně jako o klasické či tradiční.

V souvislosti s přírodovědnou medicínou je adekvátní hovořit o moderní, vědecké, školské či akademické medicíně.



patrný programově neinvazivní charakter léčby.

Na rozdíl od víceméně homogenní vědecké medicíny je komplementární a alternativní medicína různorodá a zahrnuje směry velmi odlišného historického, kulturního i geografického původu. Některé z nich mají tisícileté tradice, jako např. tradiční čínská nebo indická medicína (ajurvéda), jiné jsou známy od počátků křesťanství (bylinářství, terapeutický dotyk, modlitba, léčitelství). Další vznikají ve stejné době, jako se utváří moderní medicína (vznik a rozvoj homeopatie se datuje na počátek 19. století), ještě další vznikají za použití počítačové technologie (EEG-bio feedback). V různých zemích světa jsou podmínky poskytování nekonvenční medicíny různé a zásadní dělení je na země, které dovolují poskytování zdravotní péče i osobám bez zdravotnického vzdělání, a země, které to zakazují (monopolistický přístup). Je zřejmé, že v západním světě **vzbuzuje největší averzi alternativní užití nekonvenčního postupu (namísto vědecké léčby), prováděné nelékařem a bez jakékoli jeho kontroly**. Naopak nejsnáze je akceptovatelné komplementární užití, obzvláště pod

supervizí lékaře nebo přímo jím provozované.

Výčet směrů komplementární a alternativní medicíny (KAM) by mohl být velmi dlouhý a v různých zemích různý. V západním průmyslovém světě se často hovoří o silné pětce KAM, kterou představuje tradiční čínská medicína, akupunktura, homeopatie, osteopatie a chiropraxe, a fytoterapie. Tradiční čínská, tibetská i indická medicína, podobně jako sibiřská či africká šamanská medicína či léčebné systémy indiánských kmenů jsou komplexními a konzistentními diagnostickými a léčebnými systémy, které se opírají o vlastní teorii a praxi a vyvinuly se nezávisle na přírodovědně založené medicíně, obvykle ji z hlediska historického vzniku předcházejí. Do této skupiny by mohla být zařazena i evropská přírodní medicína (naturopathy – Naturheilkunde). Podle odborníků amerického Centra pro komplementární a alternativní medicínu je vhodné kromě ucelených systémů rozlišovat 4 základní kategorie, a sice: psychosomatické intervence, biologicky založené postupy, manipulativní postupy, pracující s tělem, a energetickou medicínu (www.nccam.nih.gov)

TABULKA 3 KLASIFIKACE HLAVNÍCH SMĚRŮ NEKONVENČNÍ MEDICÍNY

<ul style="list-style-type: none"> • Tradiční ucelené diagnostiké a léčebné systémy – tradiční čínská a indická medicína (ajurvéda)
<ul style="list-style-type: none"> • Psychosomatické intervence (mind-body medicine) <p>Zahrnují celou řadu technik, jejichž prostřednictvím má být dosaženo mentálního působení jedince na vlastní tělo. Pouze některé z psychosomatických intervencí jsou klasifikovány jako alternativní (meditace, některé postupy hypnózy, muziko- a arteterapie, léčba tancem, modlitba, kineziologie, duchovní léčba, EEG-biofeedback, mindfulness, antroposofie, Bachovy květiny).</p>



- Biologicky založené postupy (Biologically Based Therapies)

Zahrnují přírodní postupy a produkty, z nichž mnohé se překrývají s vědeckou medicínou – nejčastěji se jedná o potravinové doplňky, vitaminové a minerálové produkty a léčivé byliny. Do této kategorie jsou zařazovány rovněž speciální léčebné diety. Některé z produktů jsou hůře akceptovány lékařskou obcí – např. leatril, přípravky ze žraločích chrupavek apod.

- Manipulativní a dotykové techniky na těle

Zahrnují především chiropraxi a osteopatii (osteopathy), dále různé masážní techniky (su-jok, reflexní masáž, terapeutický dotyk, reflexní terapie apod.).

- Energetické terapie

Zahrnují postupy, které se zaměřují na výměnu a přenos energií v lidském těle (bioenergie) a mezi lidským tělem a prostředím (na bázi elektromagnetického či jiného pole). Např. homeopatie, reiki, shiatsu

Některé ze směrů mají rozsáhle vybudované struktury samosprávné regulace vzdělávání i poskytování služeb a jsou lépe přijímány lékařskou obcí. Jiné jsou považovány za nedůvěryhodné, šarlatánské, okultní a nekonzistentní, bez větších šancí stát se v budoucnu respektovanou součástí spektra zdravotnických služeb. Pouze výjimečně se zaměřují jen na diagnostiku (např. irisdiagnostika – stanovení příčiny nemoci z obrazu oční duhovky), většinou mají vedle diagnostických postupů také komplexní postupy léčebné, liší se ale v tom, zda jde o vlastní, nebo převzaté či

eklektické metody léčení (např. lidoví léčitelé v České republice kombinují bylinnou léčbu s homeopatií, bioenergetickým působením, aromaterapií, výkladem karet, astrologií apod.). Některé směry existují jen v některých kulturních či geosociálních prostředích, jako např. antroposofická medicína Rudolfa Steinera, která je poměrně rozšířená v západní části Německa (Porúří). Přes tuto různorodost mají komplementární a alternativní směry společné rysy, o nichž pojednáme v dalším textu.

ODLIŠNÉ POJETÍ ZDRAVÍ A NEMOCI

Primárním rozdílem je to, jak se vědecká a alternativní medicína dívají na problém zdraví a nemoci. Paradigma nemoci je v komplementární a alternativní medicíně postaveno na celostním a dynamickém chápání interakcí a vztahů těla, mysli a okolí. Příčina nemoci se přednostně spatřuje v psychické, emocionální či jiné psychosomatické dysbalanci, jež vede k projevům

tělesných potíží. Psychické či psychosomatické příčiny nemoci jsou pak pozorovatelné nebo subjektivně vyjádřené na tělesné rovině. Celostní přístup není v rozporu s biomedicínským, neboť jej zcela samozřejmě zahrnuje jako jeho dílčí část (Woodhouse in Humber 1997:325-355). Zatímco biomedicínský přístup se zaměřuje až na známky



patologického procesu¹ a směřuje k jeho pojmenování prostřednictvím diagnózy, **celostní přístup** pracuje se všemi fázemi zdraví a nemoci. Na jedné straně celého kontinua je optimální zdraví coby maximální zdravotní kapacita, odolnost, pohoda a vitalita ve všech dimenzích od tělesné, přes psychickou, sociální a spirituální, na druhém konci zjevný patologický proces organismu. Mezi nimi se rozkládá široká asymptomatická mezizóna, kdy jedinec již pociťuje určitou nepohodu v některé dimenzi zdraví (vnímaného jako biopsychosociální jednoty). Může se jednat o pocity vyčerpání, únavy, neurčité bolesti, nespavost, podrážděnost, změny chuti k jídlu či nálad, časté nachlazení apod. Jsou-li tyto příznaky včas řešeny, může se obnovit plné zdraví, avšak není-li jim věnována pozornost, mohou progredovat k již zjevnému patologickému procesu s jasnými symptomy. Moderní medicína kromě preventivních prohlídek a včasného zachytu nemocných při sekundární prevenci očekává, že nemocný vyhledá léčebnou pomoc právě v této fázi, kdy potíže lze lékařsky diagnostikovat. V komplementární a alternativní medicíně se však léčba nezaměřuje pouze na chorobný proces, ale pracuje s historií zdraví a onemocnění a zkoumá předpoklady pro propuknutí nemoci. Rozdíl komplementární a alternativní medicíny oproti vědecké je v tom, že disponuje přesvědčením, že nemoci lze odvracet včasným působením na narušenou rovnováhu zdraví v klinicky asymptomatické mezizóně, stejně jako dlouhodobým či trvalým posilováním optimálního potenciálu zdraví. Právě vnímání asymptomatické mezizóny jako prostoru pro zahájení léčebné

¹ Moderní medicína se samozřejmě snaží i o prevenci nemocí, ale její nejsilnější stránkou z pohledu spotřeby zdrojů, zaměření výzkumu a výsledků je kurativní zaměření.

akce je nejsilnější devízou komplementární a alternativní medicíny, neboť působí na předpoklady nemoci předtím, než se projeví v podobě vážné krize. Zatímco z ordinací lékařů odcházejí mnozí pacienti po přístrojových i laboratorních vyšetřeních s výsledkem „zdráv“, ač se nadále tak sami necítí, komplementární a alternativní medicína bere vážně únavu, nejasné a proměnlivé bolesti, vyčerpanost či skleslost a zasahuje tam, kde to moderní medicína často neumí. I akademická medicína rozlišuje mezi funkčními a orgánovými poruchami, ale příliš často diskvalifikuje to, co pacient cítí a vnímá jako zdravotní problém, jako psychickou reakci a nabízí psychofarmaka (antidepresiva), psychoterapii, vitaminové a minerálové doplňky nebo ještě častěji nic. Moderní medicíně nelze upřít preventivní úsilí, ale ve srovnání s komplementární a alternativní medicínou disponuje daleko spíše kurativní silou, a to především při velmi závažných, život ohrožujících krizích zdraví.

V tomto smyslu akceptuje komplementární a alternativní medicína koncept ztělesnění lidské existence a neoddělitelnosti těla a mysli, leckdy jde nad rámec individuální jednoty a integruje jedince do vyšších celků a sil. Psychosomatickou jednotu vyjádřil Konrád Lorenz slovy: „*Když říkám, že tam sedí můj přítel Hans, myslím tím zcela určitě nejen jeho fyziologicky vyzkoumatelnou tělesnost a také jeho subjektivní prožívání, o němž pochybovat mi zabraňuje evidence ,ty', nýbrž myslím zcela určitě jednotu obojího. Tvrdím dále, že tomu tak není jen u mne, nýbrž u všech lidí. Ze tří v tomto oddíle probíraných postojů k problematice vztahu duše a těla je tedy jediným nerozporným předpoklad identity těla a duše.*“ (Lorenz 1997:73-4). Tělo je hmotným předpokladem a nositelem našeho vnímání a prožívání a



nástrojem našeho životního pohybu (kinésis). Bez tělesných smyslů nemůžeme vnímat podněty a reagovat na ně. Jsme svým tělem ohraničení vůči druhým, ale současně je naše lidské tělo podobné druhým lidem a je zdrojem pocitů blízkosti a příbuznosti. Tělo je základnou naší existence, bez těla nežijeme. Díky svému tělu vnímáme, myslíme, ale naše prožívání a myšlení se rovněž v těle odráží. Abychom se mohli podívat, potřebujeme funkční orgány zraku, stejně jako pohyblivost krční páteře. Jinak svět vypadá ze vzpřímeného postoje a

jinak z polohy vleže, pokud jsme upoutáni na lůžko. Nebe je najednou před námi, a ne nad námi, jako obvykle. Omezení těla mění naši perspektivu, jak nahlížíme sami sebe, druhé a svět. Nejen psychika může vyvolávat tělesné reakce, stejně tak i změněné tělesné procesy mohou vést ke změně prožívání a psychických reakcí. Trvalá nebo intenzivní bolest nebo tělesný úraz či deformita vedou ke změně prožitků, vnímání vlastní osobnosti a reakcí k druhým lidem.

TABULKA 4 KONTINUUM MEZI ZDRAVÍM A LÉČBOU

Optimální zdraví	Asymptomatická mezizóna	Chorobný proces	Jasně symptomy diagnóza	Léčba
	Ani zcela zdravý, ani klinicky nemocný			
Vitalita Nejen absence bolesti či dysfunkcí Kapacita plného zdraví ve všech dimenzích	Pacient nemá příznaky, nebo má pouze subklinické, spíše psychosociálního rázu, ale jsou přehlíženy Přítomné jsou předpoklady nemoci jako únava, vyčerpanost, skleslost, neurčité bolesti, často proměnlivé v čase	Zhoršování příznaků vede k vyhledání pomoci	Prokazatelné a pojmenované poruchy či odchylky	Specifická aktivita směřující k mírnění či odstranění potíží
		Biomedicínský přístup		
C E L O S T N Í P Ř Í S T U P				

Léčit podle komplementární a alternativní medicíny neznamená potlačovat symptomy či odstraňovat patologické projevy, ale spíš snahu posílit vitalitu,

nezdolnost, předpoklady zdraví, a tak dostat nemocného do opětovného maxima zdraví, kdy bude schopen si s nemocí poradit. V **biomedicínském**



modelu zdraví rezultuje z odstranění, vyléčené nemoci, v holistickém je naopak nemoc důsledkem porušeného zdraví. Nemoc je výrazem neschopnosti udržet si zdraví a symptomy nejsou nemocí, ale důkazem, že nastal průlom, selhání v celém systému. Manifestace symptomů je tím nejnižším, nejposlednějším bodem škály, v němž jsme nejvíce nemocni, tj. nejvíce vzdálení od optimálního zdraví. Optimální zdraví naopak znamená maximální odolnost vůči nemocem.

Součástí celostního přístupu je rovněž komplexnost léčebných strategií, jež se obvykle nezaměřují na jeden izolovaný postup, nýbrž vycházejí z kombinace léčebných praktik. Velmi často kombinují léčbu prostřednictvím např. akupunktury, bylin, masáží či koupelí se změnami jídelníčku, oblékání, spánku, pracovních zvyklostí či bytového uspořádání. Nedílnou součástí komplexního přístupu je důraz na duševní relaxaci či fyzické cvičení (meditace, Tai Chi, jóga, modlitba). Indická medicína zvláště zdůrazňuje harmonický sexuální život jako předpoklad zdraví.

Gnozeologie vědecké a nekonvenční medicíny je zásadně odlišná. Zatímco vědecká medicína staví na matematickém modelu přírody a spíše pravděpodobnostním, statistickým přístupem k nemoci a léčbě, komplementární a alternativní směry vycházejí ze syntetického, fenomenologického přístupu k nemoci. Vědecká medicína v pozitivistickém duchu aplikuje na problémy nemocného obecná zjištění, neboť díky jednotné anatomii, fyziologii a etiopatogenezi předpokládá podobnost potíží určitého druhu i jejich příčin u všech jedinců, jak to koneckonců vyjadřuje koncept diagnostických jednotek, jichž současná medicína uznává řádově kolem 10 tisíc. Pro stanovení diagnózy platí formule „*osoba X, která v čase t*

vykazuje příznaky P₁...p_N, má nemoc N“. Analogická formule pro terapii pak je „*pro každou nemoc N existuje terapie T*“. (Kapr, Koukola: 1998, 35). To má za následek jisté předporozumění nemoci ve standardním diagnostickém postupu, v jehož rámci se dostává větší pozornosti společným znakům nemoci, zatímco individuální odlišnosti jsou chápány jako nepodstatné a spíše ignorovány. Výhodu mají tedy pacienti, kteří mají typizované potíže, před těmi, jejichž symptomy jsou jen s obtížemi vměstnány do diagnostických kategorií coby vzorců nemocí. Generalizace a standardizace je vždy provázena redukcí a fragmentarizací. Nemoc, opírající se o matematický model pravděpodobnosti, se stává spíše statistickou jednotkou a objektivizovaným faktem. Z nemoci vědecky pojeté se vytrácejí individuální prvky a zůstává obecné schéma. Mizí člověk a nastupuje diagnóza.

Komplementární a alternativní medicína naproti tomu postupuje opačně, když nemoc chápe jako fenomén. Právě proto, že nemoc zahrnuje tělesné, emocionální, sociální, environmentální i transcendentální prvky, je vždy unikátním jevem a součástí životního příběhu. Symbolicky vzato se stává překážkou v životním pohybu (kinesis) člověka, jež může mít různé vnější či vnitřní příčiny, nebo je důsledkem jejich kombinace. Fenomenologie zmiňuje jako zdroje nemoci narušení přirozenosti (arché, počátku), smyslu či směru života (telos), životních možností (dynamis), jejich uskutečňování nebo uskutečnění (energeia a ergon) (Hogenová 2008:229-233). Nemoc tak může vyjadřovat poruchu autenticity života, a to uvědomované i nevědomé, ale vždy se stává platformou pro životní reflexi. Komplementární a alternativní medicína nehledá podobnost potíží a neléčí podle vzorců (klinických standardů), nýbrž hledá



individuální řešení zdravotní krize jedince. Komplementární a alternativní medicína přesahuje i psychosomatické pojetí nemoci, neboť nepracuje jen s psychikou a sociálními vztahy, ale do diagnostiky i léčby zahrnuje též klimatické, geografické a spirituální aspekty. S psychosomatikou ji spojuje hledání „klíče ke dveřím, za nimiž se nachází tajemství nemoci“ (Schipperges 1985: 259). Nemoc má svůj duchovní, mravní či emoční význam a dešifrování, rozluštění tohoto skrytého sdělení je základem úspěšného léčebného procesu.

Úkolem terapeuta je pomoci odhalit skrytý význam nemoci, pochopit její místo v životě člověka a úkol, který pro něj představuje. Nemoc může být chápána jako uskutečnění vnitřního slova, ztělesnění rozhovoru, jenž vede naše existence a jímž jsme sami pro sebe i druhé navzájem (Gadamer 1996: 11). V paradigmatu komplementární a alternativní medicíny se v nemoci projevuje podstata životního problému, jehož řešení je jedinečné. Nemoc není oddělitelná od svého nositele.

ODKAZY:

1. Hogenová, A.: Jak pečujeme o svou duši. Praha: Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. 2008.
2. Gadamer, H.-G. The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age. Polity Press, Great Britain, 1996.
3. Lorenz, K.: Odumírání lidskosti, kpt. Tři hypotézy k problému vztahu těla a duše. Praha: Mladá Fronta. 1997.
4. Kapr, J., Koukola, B.: Pacient: revoluce v poskytování péče. Praha: Slon. 1998.
5. Schipperges H. Homo patiens – zur Geschichte des kranken Menschen.
6. München: Piper; 1985
7. Woodhouse, M., B.: The Concept of Disease in Alternative Medicine. s.325–355.
8. In: Humber, J. M. What is Disease? Totowa, New Jersey: Humana Press. 1997.

O AUTORCE:

PhDr. Eva Křížová, PhD. vystudovala sociologii na FF UK. Dlouhodobě se věnuje problematice zdravotnictví a lékařství. V současné době působí na 2.LF UK a Evangelické fakultě UK v Praze. V letech 2001-2002 byla odpovědným řešitelem grantového projektu *Etické, filosofické a psychologické aspekty nekonvenční medicíny, podpořené Interní rántovou agenturou Ministerstva zdravotnictví.*
Kontakt: evakriz@centrum.cz



TEORIE



PETERKOVÁ, H., SKŘIVANOVÁ, K., BRANČÍKOVÁ, D., BENDOVÁ, M., ANDERKOVÁ, Ľ.: TYP C – OSOBNOST ČI COPINGOVÁ STRATEGIE?

ABSTRAKT: PETERKOVÁ, H., SKŘIVANOVÁ, K., BRANČÍKOVÁ, D., BENDOVÁ, M., ANDERKOVÁ, Ľ.: TYP C – OSOBNOST ČI COPINGOVÁ STRATEGIE? PSYCHOSOM 2013;11(4), s. 244-256

Koncept chování typu C definovala Lydia Temoshoková v roce 1981. Chování typu C je charakterizováno potlačováním a neproječováním negativních emocí, zvláště pak hněvu, zachováváním zdání klidu a příjemnosti a orientací na potřeby druhých více než potřeby osoby samotné. Celosvětově však dochází k zaměňování pojmů „chování typu C“ za neadekvátně užívaný pojem „osobnost typu C“ či „cancer-prone personality“. Toto stanovisko si dovoluujeme tak jasně postulovat na základě konzultace s autorkou pojmu, Lydií Temoshokovou. Misinterpretace pojmu chování typu C vedla také k přesvědčení, že tento typ chování může jedince predisponovat ke vzniku nádorového onemocnění. Avšak koncept chování typu C popisuje copingovou strategii, která má, dle dosavadních výzkumů, vliv na rychlejší progresi nádorového onemocnění a onemocnění HIV následkem ovlivňování funkce imunitního systému. Diskutujeme obtíže s výzkumem chování typu C a představujeme metodu Vignette Similarity



Rating Method (VSRM) vyvinutou Lydií Temoshokovou jako možný nástroj k výzkumnému zachycení chování typu C.

KLÍČOVÁ SLOVA: chování typu C, osobnost, copingová strategie, karcinom mammy

ABSTRAKT: PETERKOVÁ, H., SKŘIVANOVÁ, K., BRANČÍKOVÁ, D., BENDOVI, M., ANDERKOVÁ, L.: TYPE C – PERSONALITY OR COPING STRATEGY? PSYCHOSOM 2013; 11(4), PP. 244- 256

The Type C concept was first described by Dr. Lydia Temoshok in 1981. The Type C is characterized by suppression and non-expression of negative emotions, especially by suppressing anger, maintaining a facade of contentment and being more concerned about the needs of other people than about one's own needs. The term „Type C“ has been worldwide confused with inadequate terms „Type C personality“ or „cancer-prone personality“. We only allow ourselves to postulate this statement so strongly after having consulted the issue directly with Dr. Lydia Temoshok, the author of the term. The misinterpretation of the type C behaviour pattern led to a belief that this type of behaviour can predispose development of cancer in a person. However, according to existing research, the Type C concept describes a coping strategy that causes a faster progression of cancer and HIV due to changes in the immune system. We discuss obstacles with the Type C research and we introduce the Vignette Similarity Rating Method (VSRM), a method developed by Dr. Lydia Temoshok, enabling detection of the Type C behaviour pattern in a research.

KEY WORDS: Type C behavior pattern, personality, coping strategy, breast cancer

ÚVOD

Následující text si klade za cíl představit čtenářům koncept chování typu C v jeho původní podobě tak, jak jej definovala jeho autorka Lydia Temoshoková. Na vědeckém poli dochází k zaměňování pojmů, a to „chování typu C“ (či jen zkráceně „typu C“) za neadekvátně užívaný pojem „osobnost typu C“. Nesprávná definice a pojetí pak vede k nepřesně koncipovaným výzkumům a zavádějící interpretaci výsledků z pohledu konceptu chování typu C.

Koncept chování typu C byl poprvé představen americkou psycholožkou Lydií Temoshokovou, PhD. na konferenci Americké psychiatrické společnosti v roce 1981 (Colman 2006). Koncept chování typu C se podle Temoshokové a Hellera (autorů, kteří publikovali studii Stress and „Type C“ versus epidemiological risk factors in melanoma) vztahoval k rychlejší progresi karcinogenního onemocnění, konkrétně

maligní formy melanomu (Temoshok, 2004, Nyklíček, Temoshok, Vingerhoets, 2004). Na pozadí této studie stálo klinické pozorování kalifornského lékaře Richarda Sagabiela, jednoho z hlavních vedoucích na klinice specializující se na léčbu melanomu při Kalifornské univerzitě v San Franciscu. Doktor Sagabiel si začal všimnout u svých pacientů určitých zvláštností v tom smyslu, jak zacházeli se stresem a jaké měli copingové strategie. Kontaktoval tedy Lydií Temoshokovou, která v té době (1978) vedla na Kalifornské univerzitě výzkum zabývající se vlivem stresu na zdraví. Již po pár prvních rozhovorech s pacienty v rámci předvýzkumu byla dr. Temoshoková šokována, neboť začala pozorovat u pacientů jistý vzorec, který se opakoval. Dala tedy do pohybu výzkum, na jehož konci stálo definování chování typu C (Temoshok, Dreher, 1993).



Nezávisle na vystoupení Lydie Temoshokové v roce 1981 britští autoři (Morris a Greer) publikovali o rok dříve

abstrakt, ve kterém si položili otázku, zda existuje nějaký typ C, kde C by značilo „cancer“ (Temoshok, 2004).

CHOVÁNÍ TYPU C ČI OSOBNOST TYPU C?

Přibližně do devadesátých let 20. století se většina výzkumníků přikláněla k existenci typu C, zatímco dnes jsou spíše výzkumy pro nejednoznačnost výsledků interpretovány v neprospěch typu C (Blatný, Adam, 2008). Dahl (2010) dokonce uvádí, že konstrukt osobnosti typu C by měl dnes již slavit decentní pohřeb. O čem však autoři mluví?

Podívejme se na nejednotnost pojmů přítomnou na vědeckém poli, českém i mezinárodním, a na důsledky, které s sebou nese. Blatný a Adam (2008, s. 639) ve své přehledové studii píší: „Termínem ‚osobnost typu C‘ je označován osobnostní typ, u něhož se předpokládá zvýšené riziko vzniku rakoviny, rychlejší progresse a horší prognóza onemocnění než u jiných typů osobnosti. V anglicky psané literatuře se též používá pojem ‚cancer-prone personality‘, tedy k rakovině disponovaná osobnost či zkratka jen ‚cancer personality‘.“

Podle Lydie Temoshokové, která koncept definovala, však v žádném případě

nejde o určitý typ osobnosti, ale o způsob chování, reakci na stres, copingovou strategii, kterou si jedinec adaptuje v průběhu života. V knize „The Type C Connection: The Mind-Body Link to Cancer and Your Health“ (1993, s. 43) Temoshoková explicitně uvádí:

„Čím více pacientů jsem studovala, tím více jsem si byla jistá, že typ C není typ osobnosti. Byl to určitý vzorec chování, copingový styl. ... Nepoužívám pojem osobnost typu C, protože typ C není všezahrnující charakteristika a je proměnlivá. Typ C nepopisuje celou osobnost. Spíše se jedná o důležitou část psychické obrany jedince vůči emocionálním ohrožením, která přicházejí zvenku či zevnitř. Použití pojmu osobnost by některé mohlo vést k přesvědčení, že jádro člověka, to, kým je, hraje nějakou roli v tom, jestli onemocní rakovinou. ... Věřím ale tomu, že způsob, jakým jedinec typicky zvládá stres, může ovlivnit jeho biologické obrany vůči rakovině.“

CHARAKTERISTIKA TYPU C

Chování typu C je možné popsat v následujících dimenzích (Nyklíček, Temoshok, Vingerhoets, 2004):

- 1) Nevjadřování negativních emocí, které je také popisováno jako emocionální kontrola. Ta se projevuje milým, vstřícným chováním a udržováním vnějšího dojmu spokojenosti.
- 2) Druhá doména, zahrnuje různé způsoby chování, které mají společné to, že

jsou orientovány na druhé lidi ve směru uspokojování potřeb druhých a opomíjení vlastních. Patří sem: starat se více o potřeby druhých než o svoje vlastní, sebeobětování, kooperativnost, sociabilita a snaha být se všemi zadobře, souhlasit s vnějšími autoritami a neprosazovat se.



Jiné dělení, které zahrnuje v podstatě výše uvedené, popisuje typ C na třech rovinách (Temoshok, 2004):

- 1) Rovina kognice: snížené uvědomování si vlastních potřeb, pocitů, tělových vjemů a vnímání intenzivněji potřeb druhých.
- 2) Verbální a nonverbální výrazové vzorce: potlačování emocí, zvláště pak hněvu, neprosazování vlastních potřeb a zachovávání zdání klidu a příjemnosti.
- 3) Specifické chování při zvládání obtíží: bagatelizace problémů, smířlivé jednání a zvýšené úsilí při práci pro druhé.

Šolcová, Kebza (2006) uvádějí, že typ C by neměl být chápán v protikladu k chování typu A, avšak Temoshoková, Dreher, (1993) naopak definovali, že

MECHANISMUS PŮSOBENÍ

Chronické potlačení zlosti a dalších dysforických emocí může měnit funkci imunitního systému. Lidé, kteří potlačují emoce nebo si nejsou vědomi zátěže, kterou procházejí, nemohou adekvátně reagovat na prožívanou stresovou zátěž. Pakliže se ke slovu přihlásí copingový styl typu C, nemůže se jedinec vhodně vyrovnat s potencionální zátěží, ale nastoupí neadekvátní fyziologický mechanismus (Temoshok, 2000a). Funkce imunitního systému je na molekulární úrovni zprostředkovávána uvolňováním cytokinů. Psychoneuroimunologické studie ukazují, že stres způsobuje hormonální změny, které mění syntézu a uvolňování cytokinů leukocyty (Glaser et al., 1999). V důsledku toho dochází ke generalizovanému imunosupresivnímu vlivu na NK buňky (natural killers) (Herbert, Cohen, 1993, Andersen et al.,

chování typu C je možno považovat na pomyslném kontinuu za opozitum chování typu A. Autoři mluví o polaritách, které našli mezi chováním typu A a chováním typu C: 1) Pacienti s melanomy byli kooperativní, trpěliví, projevovali souhlas vůči autoritám. Lidé s typem A jsou naopak soutěživí, prosazující se, zastávají vedoucí pozice. 2) Pacienti s rakovinou spíše neprojevovali negativní emoce, zvláště pak hněv, kdežto Rosenmanovi sledovaní pacienti překypovali pocity hněvu, úzkosti a zlosti. 3) Pacienti s melanomy se více starali o potřeby druhých, kdežto primární fokus lidí s typem A směřoval k naplňování jejich vlastních potřeb.

Pro úplnost uvádíme správně užívané pojmy a formy typu C v anglické podobě: Type C, Type C copers, Type C behaviour pattern, Type C coping pattern, Type C response style.

1998), které hrají klíčovou roli při kontrole metastáz (Herberman, 1991).

Tudíž jedinec, který chronicky užívá copingový styl C, bude mít zhoršenou prognózu onemocnění oproti jedinci, který přistupuje k těm stejným stresorům za využití aktivních copingových strategií, jež vedou k snížení fyziologické reakce na stres (Temoshok, 2000a).

Solano et al. (2002) sledovali u 200 seropozitivních asymptomatických pacientů s HIV vliv psychosociálních faktorů na progresi onemocnění. Prokázali po 6 a 12 měsících sledování větší progresi onemocnění u pacientů, kteří měli na počátku sledování vyšší copingový styl C (nevyjadřování emocí a nedostatečné vnímání vlastních potřeb) a spadali do kategorie pacientů s horší imunitou.



DŮSLEDKY

Jedna rovina chybného užívání konceptu typu C se týká terminologie a pojmové čistoty. Druhá rovina, závaznější, se týká výzkumů a ověřování, dokazování a vyvracení konceptu, který nebyl definován. Ve výzkumech tak jde o fantazijní variaci a volné asociace na téma chování typu C. Při chybně nastavených vstupních teoretických údajích, byť následné úctyhodné metodologii prospektivních studií, se dobereme výsledku, který míří mimo terč.

Nesprávně uváděný pojem osobnosti typu C je zavádějící ve dvou směrech:

- 1) Typ C není považován za určitý typ osobnosti, ale naučený vzorec chování, který se objevuje a je zřejmější při zvládání zátěžových situací (Temoshok, 2004). Tento vzorec chování je proměnlivý a nejde o komplexní koncept, který by zachytil osobnost jedince v celé její šíři.
- 2) Má tendenci svádět k dojmu, že lidé s typem C mají vyšší inklinaci ke vzniku nádorového onemocnění (Eysenck, 1994, Blatný, Adam, 2008, Šolcová, Kebza, 2006, Dahl, 2010). Výzkum chování

OBTÍŽE S VÝZKUMEM CHOVÁNÍ TYPU C

- 1) Teoretický koncept, který pátrá po korelacích mezi různými osobnostními charakteristikami (např. neuroticismem, extravertí) a vznikem karcinogenního onemocnění a výsledky pak dává do souvislosti s typem C.
- 2) Druhá obtíž spočívá v samotné metodologii a nástrojích, které máme k zachycení typu C. Nejběžněji se ve výzkumech používal Eysenckův dotazník

typu C se ale soustředil výhradně na to, jak může typ C ovlivnit progresi onemocnění, konkrétně maligní formu melanomu a HIV/AIDS (Temoshok, Dreher, 1993, Solano et al., 2002).

Výzkumné studie zabývající se osobnostními charakteristikami a jejich vztahem ke vzniku rakovinného onemocnění (např. Aro et al., 2005, Nakaya et al., 2005, Sturmer et al., 2006, Bleiker et al., 2008 a další) jsou velmi cenné, měli bychom se však vyhnout uvádění těchto studií jako důkazů pro existenci či neexistenci typu C.

Pro úplnost uvedme, že se pravděpodobně i u samotné autorky koncept typu C vyvíjel. Zatímco se dnes jednoznačně staví k názoru, že typ C nepredisponuje jedince k onemocnění rakovinou (Temoshok, Dreher, 1993, Temoshok, 2000a, 2000b, 2002, 2004), ještě v abstraktu z roku 1987 uvádí, že konstelace určitých faktorů (jako copingový styl typu C, obtíže s vyjadřováním emocí, sklon k bezmoci/beznaději) predisponuje některé jedince k rozvoji rakoviny či k rychlejší progresi onemocnění (Temoshok, 1987).

EPQ, kde se autoři zaměřovali na škálu neuroticismu či extravertze. Jsou i studie (Watson et al., 1999), které se snaží zachytit charakteristiku neprojevení emocí, již blízkou chování typu C. Obecně známá věc s osobnostními dotazníky je, že nám tyto nástroje neměří realitu jako takovou, nýbrž představu jedince o sobě. Zkuste si představit člověka, který žije dle svého sebeobrazu milé, vstřícné, ochotné



osoby, která nemá problémy ve vztahu ke světu, k sobě ani k druhým. A toho člověka se zeptejte položkou v dotazníku, jestli se někdy zlobí. Kongruentně se svým sebeobrazem odpoví, že ne.

Andrew Kneier a Temoshoková provedli experiment (Temoshok, Dreher, 1993) s pacienty s karcinogenním onemocněním, pacienty trpícími kardiovaskulární chorobou a zdravými jedinci. Vybrali tyto tři skupiny, aby zajistili celé teoreticky navržené kontinuum od chování typu A po chování typu C. Z každé skupiny testovali 20 jedinců, kterým předkládali 50 obrázků s výroky, jež měly nějakým způsobem probanda emočně rozrušit. Výroky měly provokovat vztek, smutek, úzkost, ohrožení sebehodnoty, ohrožení potřeb. Současně s prezentací těchto rozrušujících výroků měřili kožně galvanický odpor a pokusné osoby měly zaznamenávat, jak moc jsou výrokem rozrušené. Jako jedince s represivním stylem v tomto testu označovali výzkumníci ty, kteří opakovaně říkali, že nejsou výrokem nijak rozrušeni, ale u nichž kožně galvanický odpor zaznamenával fyziologické změny sympatiku. Dle očekávání pacienti se zhoubným onemocněním skórovali nejvýše v represivním copingovém stylu, kdežto pacienti s nemocemi srdce nejnižše. Zdraví jedinci se nacházeli uprostřed.

Naše nejistota ohledně správné dedukce v kontextu mylně používaného a vžitého pojmu osobnost typu C, podpořená jeho rozšířeným celosvětovým užíváním, vedla k rozhodnutí oslovit přímo nestorku na poli psychoonkologie a autorku typu C, Lydii Temoshokovou. Dostalo se nám velmi vstřícné a přívětivé odpovědi, která zcela potvrdila naše domněnky. Odkázala nás na korespondenci v Lancetu (Temoshok, 2000b), která ilustruje hlavní problémy ve studiích, jež hodnotí koncept typu C, ale

přítom výzkumníci nevycházejí ze správného porozumění konceptu a nevyužívají vhodné metody.

Uveďme si zmíněný výzkum publikovaný v Lancetu jako dobrý příklad, na kterém je možno ilustrovat konkrétní obtíže, s nimiž se výzkumy typu C mohou potýkat.

Jde o studii Watson, Haviland, Greer et al. (1999), která se zabývala vlivem psychosociálních faktorů na přežití u pacientek s karcinomem mammy. Tato prospektivní studie zahrnovala 578 žen v raném stadiu rakoviny. Ženy byly přizvány k participaci na studii v rozmezí 4–12 týdnů po určení diagnózy a vyplnily autory sestavené dotazníky MAC, CEC a pak také dotazník HAD zachycující úzkost a depresi (Hospital anxiety and depression state). Škála MAC zachycuje následující dimenze: bojovný duch, bezmoc/beznaděj, úzkostnost, fatalismus, vyhýbání se (později přeznačkováno jako popření). Škála CEC má zachycovat míru, do které pacienti potlačují negativní emoce, dle autorů ústřední proměnnou „cancer-prone personality“. Výsledky studie ukázaly, že faktor bezmoci-beznaděje byl spojen s vyšší úmrtností či vyšším výskytem relapsu po 5 letech sledování. Vysoké skóre na škále deprese bylo signifikantně spojeno s nižší šancí na přežití. Nebyla nalezena žádná korelace mezi emocionální kontrolou a přežitím pacientů, z čehož autoři vyvozují, že nepotvrdili vliv „cancer-prone personality“.

L. Temoshoková (2000b) se v reakci na tento výzkum dotýká roviny teoretického zázemí i volby metody.

1) Autoři užívají pojem „cancer-prone personality“, který má být dle nich nedostatečně prokázán, ale při definování pojmu se neodvolávají na žádnou studii, nýbrž na jeden odstavec abstraktu



Morrise a Greera z roku 1980. Watsonová a její kolektiv pokračují v chybě v duchu osobnosti typu C, která může být údajně prediktorem pro vznik zhoubného onemocnění. Přitom studie, která stála u vzniku konceptu typu C (původní studie Temoshok, 1985 in Temoshok, Dreher, 1993), se soustředila na neprojevení emocí, konkrétně zlosti, u pacientů až po určené diagnóze melanomu. Výsledky studie prokázaly, že vzorec chování typu C byl spojen s většími a invazivnějšími maligními melanomy, slabší odpovědí imunitního systému (lymfocytů) vůči primárnímu nádoru a signifikantní progresí onemocnění (za kontroly známých prognostických indikátorů).

2) Druhý problém se týká volby metody. Autoři vyvozují neexistenci typu C na základě jimi sestaveného dotazníku, ve

JAKÝMI METODAMI ZACHYTIT TYP C

Rádi bychom uvedli, jakými metodami Temoshoková a její spolupracovníci typ C zkoumali, jaký byl jejich vývoj a k jaké metodě Temoshoková aktuálně dospěla, což může být přínosné pro českou výzkumnou komunitu, neboť si nejsme vědomi toho, že by tato metoda byla v povědomí českého psychologického výzkumu.

V první fázi zkoumání využila Temoshoková rozhovor, pozorování a rozbor videonahrávek. V průběhu rozhovoru s pacienty s melanomy se např. ptala, kdy naposledy byli rozhněvaní, jak reagovali, když se dozvěděli o onemocnění. Rozhovory s pacienty byly nahrávány na video a videonahrávky pak byly hodnoceny pomocí sémantického diferenciálu. Využila 17 škál, kdy na jednom pólu byly behaviorální i prožitkové charakteristicky typické pro chování typu A, na druhém pólu hypotetické

kterém žádají participanty, aby ohodnotili na škále své obvyklé reakce a chování. Jak jsme již zmínili výše, typ C není možno přesně hodnotit za použití sebe-posuzovacích dotazníkových metod, které předpokládají, že si jsou probandi plně vědomi svého chování, prožívání, emocí a způsobu, jak s emocemi zacházejí. U lidí, kteří si copingovou strategii typu C adoptovali, se projevuje vysoká míra diskrepance mezi vědomým zážitkem emocí, hodnocením prožívaných emocí a jejich fyziologickým doprovodem.

Temoshoková shrnuje, že autoři výše zmíněné studie mohou jako závěr legitimně postulovat, že nebyla nalezena žádná spojitost mezi emocionální kontrolou, zjišťovanou jimi sestaveným sebe-posuzovacím dotazníkem, a zhoubným onemocněním.

charakteristiky typu C. Výsledky svědčily pro větší tloušťku nádorů u typu C, zvláště pak u pacientů pod 55 let. Nezávisle na hodnocení sémantického diferenciálu byl na počátku výzkumu za pomoci mnohonásobné regresní analýzy objeven vztah mezi odkládáním návštěvy u lékaře a tloušťkou nádorů, nejsilnějším prediktorem progresu onemocnění. Odkládání návštěvy lékaře, byť pacient měl podezření na nebezpečné změny na kůži, odkazovalo na nedostatečnou pozornost věnovanou sobě samým, signálům těla a neadaptivní minimalizaci problémů (Temoshok, Dreher, 1993, Temoshok, 2000a).

V další fázi se Temoshoková pokoušela vědecky zachytit tento represivní copingový styl. Uvažovala nad využitím dotazníku Taylorové MAS (Manifest Anxiety Scale) k zachycení úzkosti a Marlowe-Crowneovy (M-C) Škály



sociální desirability. Potíž s dotazníky byla v tom, že výzkumníci se setkávali s pacienty v momentě, kdy si přicházeli do nemocnice pro výsledky biopsie a přirozeně byla úzkost vyšší vlivem aktuální situace. Další omezení spočívalo v tom, že jen vyplnění dotazníků neumožňovalo sledovat fyziologický proces jedince (Temoshok, 2000a). S kolegou A. Kneierem využila tedy metodu zachycení represivního copingového stylu za pomoci měření kožně galvanického odporu (popsáno výše).

S metodou měření kožně galvanického odporu nebyla stále spokojená, neboť fyziologické změny sledované na kůži nebyly zprostředkujícím mechanismem progresu karcinogenního onemocnění. Vydala se tedy cestou imunologickou, kdy bylo u pacientů sledováno množství lymfocytů. Závěry této studie přišly se zjištěním, že vyjadřování negativních emocí (hodnoceno rozbořem videonahrávek polostrukturovaného interview) signifikantně korelovaly s množstvím lymfocytů a negativně korelovaly s mitotickým indexem, tj. tím, jak rychle se dělí karcinogenní buňky (Temoshok, 1985).

Bylo třeba vyvinout jednodušší nástroj pro zkoumání typu C, který by nevyžadoval takové množství techniky a odborného personálu. Po období pátrání

vyvinula Temoshoková Vignette Similarity Rating Method (VSRM), sloužící k zhodnocení copingového stylu při zvládnání stresu. Publikace odborné, ale čtivé knihy, plné kazuistik a příkladů „Thy type C Connection“, vyvolala silné emoce u pacientů i příbuzných pacientů, kteří se v ilustrovaných příkladech poznávali. Inspirována tímto jevem a prací Rexe Greena se VSMR skládá z příběhů popisujících emoční prožívání, chování a myšlení člověka, který čelí možné diagnóze závažného onemocnění. Mimo viněty popisující chování typu C jsou zahrnuty i příběhy ilustrující více adaptivní copingový styl (aktivní hledání informací, vyhledávání sociální opory u rodiny a u přátel, vyjadřování pocitů i potřeb) a dále příběh popisující člověka, u kterého se projevuje syndrom bezmoci/beznaděje. Respondent má pak na škále od 1 do 5 (nebo 1–10) ohodnotit, jak si myslí, že jsou jeho reakce podobné reakcím člověka v příběhu. Jelikož se viněty týkají jiných lidí, je pro probandy jednodušší se v nějakém příběhu rozpoznat a ohodnotit podobnost svých reakcí vzhledem k někomu jinému, než když hodnotí vlastní chování a prožívání na několika škálách. Tento postup umožňuje minimalizovat sociální desirabilitu. Metoda má dobrou prediktivní validitu a je u participantů výzkumů oblíbená (Temoshok, 2000a).

VÝZKUM ZAČÍNÁ U KLINICKÉHO POZOROVÁNÍ

Pro zajímavost chceme uvést klinickou zkušenost z českého prostředí. Jak známo, na počátku stojí otázka, zvědavost, podezření, které vede k systematickému zkoumání.

Při sběru dat v rámci grantového úkolu Osobnost pacienta jako spoludeterminanta úspěšnosti onkologické léčby se setkáváme s pacientkou na Interní

hemato-onkologické klinice FN Brno. Tato 56letá žena leží na posteli s kanylou v předloktí a v daný moment „kape chemo“, jak pacientky říkají. Prochází cytostatickou léčbou po několika prodělaných relapsech onkologického onemocnění, aktuálně s metastázami v pánevní a v páteři. Na otázku v rámci anamnestického dotazníku, zda byla



někdy v péči psychologa či psychiatra, energicky odpovídá: „Já? Nikdy. To by už muselo být, abych se rozplakala. Když jsem tu byla poprvé, tak ženské, co byly se mnou na pokoji, se hroutily, brečely a já jsem je všechny držela a povzbuzovala.“ Po krátkém zamyšlení dodává: „Vidíte, ony jsou zdravé a já tu jsem už potřetí.“

MUDr. Dagmar Brančíková, onkoložka na Interní hemato-onkologické klinice ve FN Brno, vidí u svých pacientek se zhoubným onemocněním prsu společné charakteristiky: „Moje pacientky s nádory prsu jsou ženy většinou velmi akční, které jsou zvyklé samy převzít většinu zodpovědnosti v práci nebo častěji v rodině, ale často nejsou za toto úsilí druhými oceněny. Tyto pacientky nevnímají samy sebe jako osoby společnosti platné a cenu svou vlastní odvozují od práce, kterou odvedou pro svoji skupinu. Většinou neumějí odpočívat a samy sebe si odvykly vnímat jinak, než jako platné osoby v pozadí. Vědí, že si jakoukoli kritiku zaslouží, a pokud ji nemají od okolí, poskytnou si ji samy. Většinou neumějí pochválit ani samy sebe, a mnohdy ani své blízké, i když si své rodiny nebo kolektivy nadevše cení.“

DISKUSE

Byť Lydia Temoshoková jasně postuluje, že její výzkum nespojuje chování typu C s vyšší pravděpodobností výskytu karcinogenního onemocnění, jaksi se tato idea nabízí. Už z toho důvodu, že ve sledované studii u pacientů s melanomy vyzorovala tento styl chování asi u dvou třetin pacientů. Jistě nás tato idea také napadne ve spojení s chováním typu A, které má zvyšovat možnost výskytu koronárního onemocnění, a chování typu C by tedy mohlo predisponovat jedince k zvýšenému riziku karcino-

Svou chorobu nejvíce vnímají jako selhání, bojí se, že pokud nebudou moci svůj díl práce odevzdat, skupina je zavrhne. Pocit viny je u nich natolik dominantní, že jsou snadnou kořistí jakékoli silové manipulace (obchodní praktiky, zvláště podomní, agresivní reklama). Pacientky jsou většinou ve společnosti oblíbené a rodina nebo přátelé jim pomáhají, což je téměř vždy překvapí a na roli někoho, komu okolí pomáhá, si musejí zvykat. Jakmile odezní první šok ze sdělení diagnózy a postupu, jsou samy iniciativní v rámci své osobnosti. Neobvykle často pečují o starší nebo invalidní členy rodiny, což je vysiluje a mají pocit, že nikdy není práce odvedena dost dobře (vždy je co kritizovat). V druhém člověku vzbuzují emoce především optimistické typu: spolu to dokážeme, zvládli jsme i jiné věci. Tyto ženy jsou skutečně většinou zvyklé zvládat velkou zátěž, jen se nikdy předtím netýkala jich samotných. Daleko raději a silněji by bojovaly za někoho jiného, za sebe samé se jim to zdá hloupé a zbytečně drahé. Jakmile je ale situace pro ně přehledná, spolupracují většinou velmi dobře. Lékař si musí dávat pozor spíše na disimulaci (podcenění příznaků ze strany pacientky), opak je raritní.“

genního onemocnění. Přísně vzato však Temoshoková zkoumala pouze souvislost mezi typem C a progresí onemocnění, je tedy vhodné mluvit výhradně o této souvislosti. Výzkum typu C neprobíhal pouze mezi pacienty se zhoubným onemocněním, ale také mezi pacienty s HIV, kde byl prokázán vliv chování typu C na progresi onemocnění. Popis pacientů s revmatickou artritidou je také velmi nápadně shodný s charakteristikami typu C (Moos, Solomon, 1964, Krol et al., 1998). Je tedy relevantní vnímat typ C v



intencích vlivu na imunitní systém, spíše než jako prediktor jednoho specifického onemocnění. Za důležité považujeme očištění pojmu od přídomku „osobnost“, který je dle Temoshokové nesprávný a zavádějící. Diskutabilní jsou možnosti výzkumu chování typu C. Jestliže přistoupíme na myšlenku, že za použití

běžných sebeposuzovacích dotazníků a škál je nevhodné sledovat chování typu C, mění se zcela výzkumný design, který je nejběžnější pro většinu prováděných studií. Při realizaci budoucích studií je třeba vzít tento faktor v úvahu a pečlivě plánovat zvolené výzkumné metody.

ZÁVĚR

Na základě studia primárních zdrojů jsme nabylí přesvědčení, že pojem osobnost typu C či cancer-prone personality je vžitou chybou a nesprávným označením konstruktů, který by měl být užíván ve správném tvaru jako typ C, chování typu C. Pojem osobnost je totiž mnohem širší a komplexnější. U typu C jde o copingovou strategii, formu zvládnutí zátěže, která může vést k horší

prognóze onemocnění následkem alterací fungování imunitního systému, nikoliv však ke kauzálnímu propojení s incidencí zhoubného onemocnění.

Článek vzniká za podpory Grantové agentury ČR v rámci projektu P/407/12/0607.

LITERATURA

1. ANDERSEN, B. L., FARRAR, W. B., GOLDEN – KREUTZ, D., KUTZ, L. A., MACCALLUM, R., COURTNEY, M. E., GLASER, R. (1998). Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. *Journal of The National Cancer Inst.*, 90(1): 30–36.
2. ARO, A. R., DE KONING, H. J., SCHRECK, M., HENRIKSSON, M. & ANTTILA, A. (2005). Psychological risk factors of incidence of breastcancer: A prospective cohort study in Finland. *Psychological Medicine*, 35: 1515–1521.
3. BLATNÝ, M., ADAM, Z. (2008). Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum. *Vnitř Léč*, 54(6): 638–645.
4. BLEIKER, E. M. A., HENDRIKS, J. H. C. L., OTTEN, J. D. M., VERBEEK, A. L. M. & van der PLOEG, H. M. (2008). Personality factors and breast cancer risk: A 13-year follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(3): 213–218.
5. COLMAN, A. M. (2006). *Oxford dictionary of psychology* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
6. DAHL, A. A. (2010). Link between personality and cancer. *Future Oncol.* 6(5), 691–707.
7. EYSENCK, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. [Abstract]. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16: 167.
8. GLASER, R., RABIN, B., CHESNEY, M., COHEN, S. & NATELSON, B. (1999). Stress-induced immunomodulation implications for infectious diseases? *JAMA*, 281(24):2268–2270. doi:10.1001/jama.281.24.2268.



9. HERBERMAN, R. B. (1991). Principles of tumor immunology. In: Temoshok, L. (2000). Coplex coping patterns and their role in adaptation and neuroimmunomodulation: Theory, methodology, and research. *Annals of the New Yourk Academy of Science*, 917: 446–455.
10. HERBET, T. B. & COHEN, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta.analytic review. *Psychosom. Med.*, 55: 364–379.
11. KROL, B., SANDERMAN, R., SUURMEIJER, T., DOEGLAS, D., van SONDEREN, van RIJSWIJK, M., van LEEUWEN, M. & van den HEUVEL, W. (1998). Early rheumatoid arthritis, personality and psychological status: A follow-up study. [Abstract]. *Psychology & Health*, 13(1), 35-48. DOI: 10.1080/08870449808406129.
12. MOOS, R. H. & SOLOMON, G. (1964). Personality correlates of the rapidity of progression of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.*, 23(2): 145–151.
13. NAKAYA, N., TSUBONO, Y., NISHINO, Y., HOSOKAWA, T., FUKUDO, S., SHIBUYA, D. ... & TSUJI, I. (2005). Personality and cancer survival: the Miyagi cohort study. *British Journal of Cancer*, 92: 2089–2094.
14. NYKLÍČEK, I., TEMOSHOK, L. & VINGERHOETS, A. (eds). (2004). Emotional expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications. New York: Brunner-Routledge.
15. SOLANO, L., COSTA, M., TEMOSHOK, L., SALVATI, S., CODA, R., AIUTI, F. ... & BERTINI, M. (2002). An emotionally inexpressive (Type C) coping style influences HIV progression at six and twelve follow-ups. *Psychology and Health*. 17(5), 641–655.
16. STURMER, T., HASSELBACH, P. & AMELANG, M. (2006). Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: Follow-up of population based cohort. *BMJ*, 103: 1359–1365.
17. ŠOLCOVÁ, I. & KEBZA, V. (2006). Typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. *Československá psychologie*, 50(5): 419–430.
18. TEMOSHOK, L. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychological factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology, and tumor-host response. [Abstract]. *Soc. Sci. Med.*, 20: 833–840.
19. TEMOSHOK, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. [Abstract]. *Cancer Surveys*, 6(3):545–567.
20. TEMOSHOK, L. & DREHER, H. (1993). *The Type C Connection: the mind – body link to cancer and your health*. New York: Random House.
21. TEMOSHOK, L. (2000a). Complex coping patterns and their role in adaptation and neuroimmunomodulation: theory, methodology, and research. *Annals of the New Yourk Academy of Science*, 917: 446–455.
22. TEMOSHOK, L. (2000b). Correspondence: Psychological response and survival in breast cancer. *The Lancet*, 355: 404–405.
23. TEMOSHOK, L. (2002). Connecting the dots linking mind, behavior, and disease: The biological concomitants of coping patterns: Commentary on “Attachment and Cancer: A Conceptual Integration”. *Integrative cancer therapies*,1(4), 387–391.
24. TEMOSHOK, L. (2004). Type C coping/Behavior pattern. In Christensen, A. J., René, M. & Smith, J. M. (eds.). (2004). *Encyclopedia of health psychology*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
25. WATSON, M., HAVILAND, J. S. GREER, S., DAVIDSON, J. & BLISS, J. M. (1999). Inluence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *The Lancet*, 354: 1331–1336.



O AUTORECH

PhDr. Hana Peterková vystudovala Filozofickou fakultu v Olomouci, obor psychologie. Aktuálně působí na Psychosomatické klinice v Praze a na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity, kde spolupracuje na interdisciplinárním výzkumu „Osobnost pacienta jako spoludeterminanta onkologické léčby“. Ve své praxi se zaměřuje na psychoterapii a psychosomatiku.

Kontakt: peterkova@psychosomatika.cz



Mgr. et Mgr. Kateřina Skřivanová, Ph.D., vystudovala obory psychologie a ekotoxikologie na Masarykově Univerzitě v Brně, kde působí na Lékařské fakultě jako odborná asistentka. V rámci přírodních věd pracovala na Lékařské fakultě MU v oblasti základního onkologického výzkumu. Pracuje jako psycholožka v oblasti somatické medicíny v Úrazové nemocnici a v ambulanci klinické psychologie v Brně. Oblastí výzkumného zájmu je interdisciplinární obor psychoneuroimunologie v onkologii.

Kontakt: kskrivan@med.muni.cz



MUDr. Dagmar Brancíková absolvovala r. 1992 Univerzitu Jana Evangelisty Purkyně, specializace klinická onkologie. Aktuálně působí na Interní hemato-onkologické klinice při FN Brno.

Kontakt: dagmar.brancikova@fnbrno.cz

Doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D., absolvovala jednooborové studium psychologie na FF brněnské univerzity. Její habilitační docentská práce se zabývala tématem „Psychoterapie nemocných s karcinomem ovaria“. Od r. 1968 pracuje na Gynekologicko-porodnické klinice FN Brno. V r. 2005 se stala přednostkou Ústavu psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně, který od základu vybudovala a koncipovala novou, moderní výuku psychosomatiky, komunikačních dovedností a lékařské psychologie pro budoucí lékaře. Na gynekologicko-porodnické klinice FN Brno i Masarykově Univerzitě pracuje doposud.

Kontakt: mbendova@fnbrno.cz



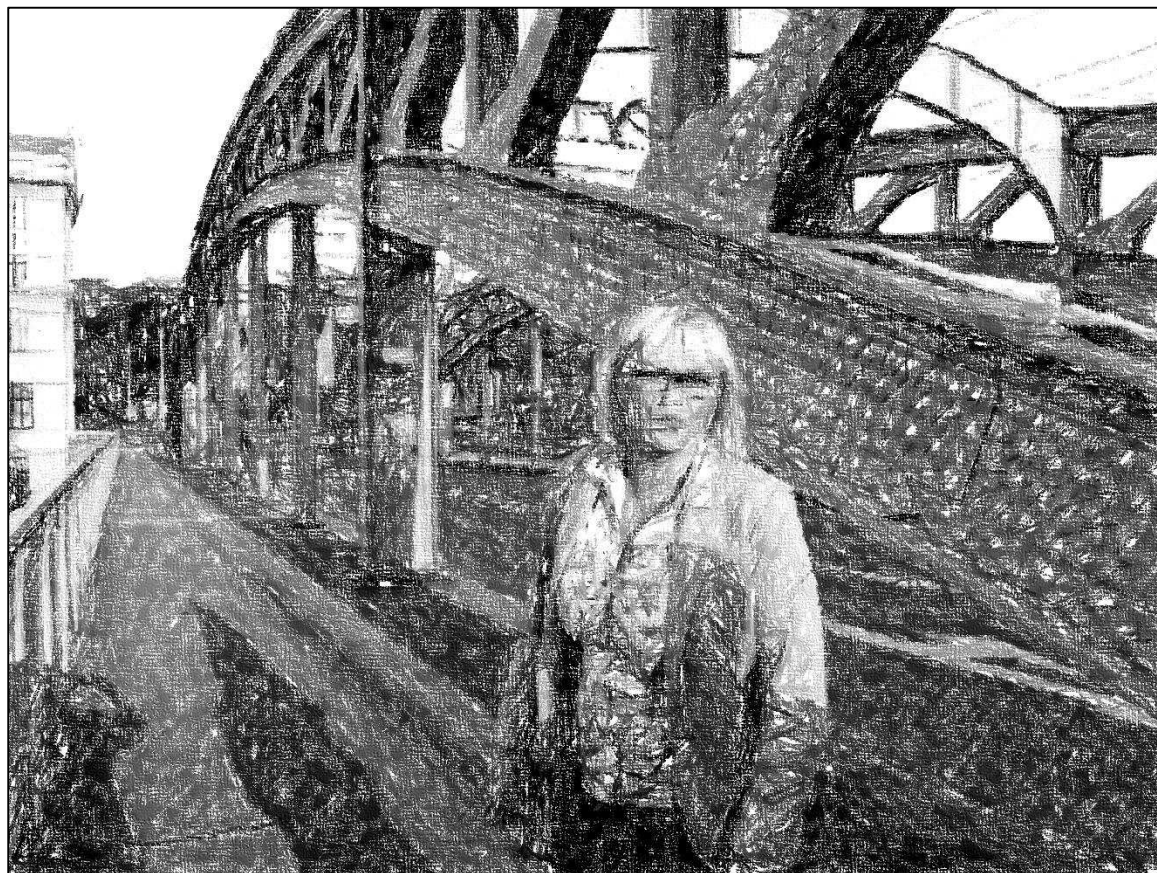
Mgr. et Mgr. Eubomíra Anderková vystudovala psychologii na FF MU a speciální pedagogiku na PdF MU v Brně. V současnosti pokračuje v doktorském studiu na LF MU v programu neurovědy a věnuje se výzkumné činnosti.

Kontakt: lubomira.anderkova@gmail.com

Do redakce přišlo: 23. 9. 2013
Recenze: 30. 9. 2013
Do tisku zařazeno: 31. 10. 2013



VÝZKUM



KODYŠOVÁ E.: VLIV SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÝCH FAKTORŮ PORODNÍHO ZÁŽITKU NA RANOU RODIČOVSKOU SELF-EFFICACY PRVORODIČEK

ABSTRAKT: KODYŠOVÁ E.: VLIV SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÝCH FAKTORŮ PORODNÍHO ZÁŽITKU NA RANOU RODIČOVSKOU SELF-EFFICACY PRVORODIČEK. PSYCHOSOM 2013; 11(4) PP.257-270

Období vstupu do rodičovství je významným přechodovým obdobím v psychické ontogenezi ženy. Důležitým faktorem předvídajícím rodičovské kompetence a emoční pohodu je rodičovská self-efficacy (vnímaná rodičovská účinnost). Nedávné studie ukazují, že rodičovskou self-efficacy matky může ovlivnit i spokojenost s porodním zážitkem. Ta je zase predikována sociálně psychologickými aspekty porodního zážitku, především oporou ze strany zdravotníků a pocitem osobní kontroly. V longitudinálním dvoufázovém výzkumu jsme proto sledovali faktory ovlivňující rodičovskou self-efficacy v období kolem narození prvního dítěte a jednotlivé determinanty porodního zážitku. S využitím postupů mnohonásobné lineární regrese jsme zjistili, že ačkoli je rodičovská self-efficacy z velké míry založena už před porodem, opora ze strany zdravotníků při porodu a snadná utišitelnost dítěte ji mohou významně pozitivně ovlivnit. Potvrdili jsme také rozhodný vliv opory ze strany zdravotníků při porodu na spokojenost s porodním zážitkem i v našem souboru, reprezentativním pro prvorodičky v ČR.



ABSTRACT: KODYSOVA E: SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHILDBIRTH EXPERIENCE AND THEIR IMPACT ON EARLY PARENTAL SELF-EFFICACY OF FIRST-TIME MOTHERS, PSYCHOSOM 2013; 11(4) PP.257-270

Transition to parenthood is a significant transition period in a woman's psychological ontogenesis. An important predictor of parenting abilities and well-being is parental self-efficacy. Recent studies show that mothers' parental self-efficacy can be influenced by childbirth satisfaction, which, in turn, is predicted by social-psychological aspects of childbirth experience, especially support by caregivers. In a longitudinal 2-phase research, we have followed parental self-efficacy determinants working around 1st childbirth as well as childbirth experience determinants. Using multiple linear regression analysis we determined that although parental self-efficacy is mainly prenatally determined, caregivers' support and baby's soothability can impact it positively. We have also confirmed the decisive influence of caregivers' support on childbirth satisfaction in our sample, which is representative for Czech primiparas.

ÚVOD

Téma vstupu do rodičovství se v dnešní době týká v ČR významné skupiny žen. Vzhledem k posunu průměrného věku porodu prvního dítěte (v r. 2005 na 26,6 roku) se nyní stává matkami významná kohorta žen narozených v 70.–80. letech (Eurostat, 2006). Navzdory poklesu porodnosti je rodičovství stále významnou hodnotou a cílem řady osob: dítě nyní neplní ekonomické, ale spíše psychosociální potřeby rodičů.

Období vstupu do rodičovství je zvláště pro ženy významnou životní změnou. Procesní vývojové modely (Gloger-Tippelt, 1988) popisují především období počátku těhotenství a porodu i raného rodičovství jako kritické pro sebejistotu a pocit kompetentnosti. Vedle výrazné změny sociálních rolí, a

tím i potenciální změny statusu a sebekoncepce, zažívá žena na tělesné úrovni řadu intenzivních procesů spojených s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, popřípadě i kojením dítěte. Ty pak ovlivňují přímo (vlivem hormonů na CNS) i nepřímo (kognitivním zpracováním) její prožívání a chování. Zároveň tyto ve své podstatě fyziologické procesy neprobíhají v sociálním vakuu, ale jsou vysvětlovány a ovlivňovány sociálním kontextem – rodinou, dalšími blízkými osobami, médií a veřejným míněním, ale i zdravotníky, kteří o ženu při porodu a v těhotenství pečují. Interakce s nimi a její charakteristiky jsou pak hlavními faktory kvality porodního zážitku. Studie z nedávné doby zároveň spokojenost s porodem spojily s vyšší rodičovskou self-efficacy.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Rodičovská self-efficacy (někdy překládaná jako sebeuplatnění nebo vnímaná osobní účinnost) je v období vstupu do rodičovství důležitou dimenzí psychické odolnosti. Označuje „názory nebo hodnocení, které má rodič o svých schopnostech zorganizovat a provést

sérii úkolů vztahujících se k rodičovské péči o dítě“ (Montigny & Lacharité, 2005) a je hlavní základnou rodičovských praktik (Bandura, 1997). Vysoká rodičovská self-efficacy koreluje s adekvátnějšími rodičovskými praktikami, které jsou charakterizovány více respon-



zivním, stimulujícím a netrestajícím přístupem (Stifter & Bono, 1998) a s větší mateřskou citlivostí a vřelostí (Teti & Gelfland, 1991); u matek je spojována s nižším výskytem deprese v prvních měsících po porodu (Cutrona & Troutman, 1986) a psychosociálního stresu (Halpern & McLean, 1997), a naopak s lepší vazbou s dítětem, se spokojeností v manželství i s lepší adaptací na rodičovství (Williams et al., 1987). Self-efficacy také zmírňuje dopady nízkého socioekonomického statusu na rodičovské chování u rizikových skupin, jako jsou chudé rodiny (Raikes & Thompson, 2005; Raver & Leadbeater, 1999) nebo svobodné matky (Jackson & Huang, 2000).

Rodičovská self-efficacy se vytváří již předtím, než se jedinec stane rodičem. Předporodní faktory rodičovské self-efficacy lze podle Bandurovy (1997) teorie zdrojů self-efficacy klasifikovat následovně:

1. Osobní zkušenosti s pečováním o malé děti, např. o mladší sourozence či jiné svěřence (Montigny & Lacharité, 2005), jako zkušenost zvládnutí (mastery experience).
2. Pozorování ostatních (především osob, se kterými se jedinec srovnává) v rodičovské roli či při péči o malé děti, např. na předporodních kurzech (Feinberg et al., 2010) nebo pozitivní zkušenost s péčí vlastních rodičů (Leerkes & Crockenberg, 2002), tedy přenesená zkušenost (vicarious experience).

Po porodu zvyšuje rodičovskou self-efficacy mj. informační opora získaná v nemocnici od zdravotníků (Salonen et al., 2009) a temperament dítěte: nejvyšší self-efficacy mají matky malých dětí, které se snadno rozruší, ale i snadno utiší (Leerkes & Crockenberg,

2002). Příčinu lze hledat mj. i v tom, že self-efficacy se zvyšuje postupným a každodenním nácvikem činností spojených s péčí o dítě (Froman & Owen, 1989). Mezi další zdroje vyplývající z teorie self-efficacy je dostupnost verbálního přesvědčování a zvládnání emocí, stresu či únavy. Tuto funkci může plnit či posílit dostupná sociální opora v rodičovství.

Self-efficacy v jedné oblasti však může být zvýšena i jiným způsobem než posilováním kompetencí v této oblasti. Bandura (1997) uvádí několik způsobů generalizace self-efficacy, mezi které patří zvýšení self-efficacy v jiné oblasti, ale ve stejném časovém období, a velmi silná zkušenost zvládnutí. Jako příklad Bandura uvádí svůj experiment s fobiky, kteří po překonání fobie z plazů udávali výrazně zvýšenou sebedůvěru i v dalších oblastech. To je možným teoretickým vysvětlením toho, proč lze za jeden ze zdrojů rodičovské self-efficacy považovat i porodní zážitek.

Porod dítěte je jedním z nejintenzivnějších vývojových přechodů v životě. Dopady porodního zážitku jsou proto v centru řady výzkumů. Souvislost porodního zážitku či péče při porodu a pozdějšího rodičovství zmiňují už klasici vývojové psychologie: Winnicot se zajímal o vliv porodní zkušenosti nejen na dítě, ale i na jeho matku, a o interakce mezi dyádou matka-dítě a jejím okolím, včetně lékařských autorit (Winnicot, 1987). Bowlby dokonce uvádí: „Důkazy z výzkumů naznačují, že ženy, které mají kvůli svým předchozím zkušenostem výraznější sklony k rozvoji nepříznivých rodičovských postojů, jsou více než obvykle citlivé vůči tomu, co se s nimi děje při porodu a po narození jejich dětí. Pro tyto ženy mohou negativní zkušenosti v této době, zdá se, znamenat poslední kapku.“ (Bowlby, 1984, s. 283)



Nedávné výzkumy zaměřené na vývoj rodičovské self-efficacy také určily spokojenost s porodním zážitkem jako významnou, ačkoli jen mírně působící proměnnou (Bryanton, Gagnon, Hatem, & Johnston, 2008; Salonen et al, 2009). Nesledovaly však ani vývoj rodičovské self-efficacy v období před a po porodu, ani jednotlivé faktory spokojenosti s porodem. Teijlingen et al. (2003) ale uvádějí, že měření samotné spokojenosti s porodním zážitkem, bez sledování jeho jednotlivých proměnných, může být silně závislé na rozličných faktorech souvisejících nejen s kvalitou péče, ale i s typem péče poskytovaným v daném zdravotnickém zařízení, s charakteristikami respondentky (věk, účast na předporodní přípravě), popř. i s metodologickými charakteristikami výzkumu (jeho načasování či způsob položení otázky). Samotná vzpomínka na porod je obvykle velmi intenzivní a trvalá, nemění se ani po 15–20 letech. Nejsilnější přitom jsou vzpomínky na emočně či fyzicky silné zážitky (velmi silná bolest či úzkost, samotné narození dítěte), ale i vzpomínky na péči, která byla ženě poskytnuta (Simkin, 1991). V souladu s Teijlingenem uvádí Waldenström, že vzpomínka na porod se může měnit v průběhu prvního roku po porodu; kritickým faktorem změny k lepšímu či k horšímu je přitom spokojenost, či naopak nespokojenost s přístupem zdravotníků při porodu (Waldenström, 2004). To potvrdila i další studie trvalosti porodního zážitku (Stadlmayr et al, 2006).

Hlavní determinanty kvality porodního zážitku tedy podle současného stavu poznání jsou:

1. **Determinanty na straně ženy:** Ačkoli se vliv konkrétních osobnostních charakteristik na spokojenost s porodem neprokázal, strach z porodu ovlivňuje fyziologii i ná-

sledné hodnocení porodu: Úzkost před porodem a při porodu vede k zvýšené produkci katecholaminů, kvůli níž se první doba porodní prodlužuje (Alehagen et al., 2006). Ta také zintenzivňuje bolest v oblasti pánve a zvyšuje percepce bolesti na kortikální úrovni (Lowe, 2002). Rovněž výzkum žen se sklonem ke katastrofizování bolesti potvrdil, že tyto ženy prožívají kontrakce a porod jako celek negativněji (Bussche et al., 2007). Na druhou stranu důvěra ve vlastní schopnost porod zvládnout a celková vyšší self-efficacy hodnocení porodu zlepšuje (Bandura, 1997; Christiaens & Bracke, 2007).

Bylo také zjištěno, že určité osobnostní charakteristiky, především některé kognitivní strategie zvládání (vyhýbavá strategie zvládání, domněnka „jsem lepší než ostatní“ spojená s nízkou frustrační tolerancí), zvyšují riziko posttraumatické stresové poruchy (PTSD) po porodu (Edworthy et al., 2008; Sawyer & Ayers, 2009).

2. **Determinanty týkající se porodního procesu:** velmi silná bolest při porodu, především v druhé době porodní, může porodní prožitek negativně ovlivnit a vést až k posttraumatické stresové poruše, a to i navzdory jiným ochranným vlivům (Soet et al., 2003); přesto její vliv není tak přímý jako vliv charakteristik péče (Hodnett, 2002). Řada studií také zmiňuje způsob vedení porodu (porod kleštěmi či císařským řezem) jako zdroj nespokojenosti s porodním zážitkem, především pokud byl v rozporu s očekáváním ženy (Schytt et al., 2008).
3. **Determinanty týkající se psychosociálních charakteristik porodní péče:** interakce se zdravotníky patří ke klíčovým



proměnným porodního zážitku. Jak bylo uvedeno, má konečný vliv na dlouhodobý porodní prožitek a působí i na vznik posttraumatické stresové poruchy (Sawyer & Ayers, 2009). Ve studiích se nejčastěji objevují dvě zásadní proměnné – sociální opora ze strany zdravotníků či doprovázející osoby a osobní kontrola, kterou žena při porodu zažívá (Fowles, 1998; Takács & Kodyšová, 2011). Ukazuje se také, že opora a kontrola jsou vzájemně provázány: cítí-li žena oporu pro zvládnutí náročných fází porodu, zvyšuje se u ní zároveň pocit kontroly (Fair & Morrison, 2012; Ford & Ayers, 2009). Ve výzkumech se obvykle rozlišuje osobní kontrola interní – nad příliš intenzivními vjemy či pocity – a externí – tedy nad tím, co se děje kolem ní (Green & Baston, 2003).

Interakce mezi rodící ženou a zdravotníky tedy hraje klíčovou roli pro pozdější hodnocení porodu. Důležitou podpůrnou charakteristikou pozitivní interakce je vzájemná důvěra, o které mluvil už Donald Winnicot. Ve své přednášce pro porodní asistentky vyslovil názor, že právě proto, že zdravá matka je vyzrálou a dospělou osobností, není schopna předat při porodu kontrolu porodní asistentce či lékaři, které nezná. Pokud nemá možnost zdravotníky poznat a vybudovat si k nim důvěru, snaží se držet kontrolu ve vlastních rukou, popřípadě obviňuje zdravotníky z problémů, jež nastaly, ať už to je jejich chyba či nikoli (Winnicot, 1987). Významný vliv na průběh interakce mezi ženou a zdravotníky tedy leží v rukou zdravotníků a systému zdravotní péče

při porodu, který poskytuje pro tuto interakci kontext, a tím nastavuje i její formy a hranice.

Důležitým aspektem interakce zdravotníků s rodičkou je sociální opora, ta však nepůsobí přímočaře a sama o sobě. Percepce sociální opory je závislá i na zkušenostech z primární rodiny: teorie podpůrných vztahů postulují, že kladné, přijímající vztahy v primární rodině souvisí s vyšší percepcí sociální opory (Sarason et al., 1993). Další významná oblast výzkumu hledá souvislost mezi percepcí sociální opory a stylem citového připoutání (adult attachment), který ostatně souvisí nejen s rodinnými vztahy, ale i se sebekoncepcí a vztahy s ostatními. Studenti s bezpečným typem připoutání uvádějí zároveň vyšší úroveň percipované opory, která snižuje pocity osamění (Bernardon et al, 2011). Dalším faktorem percepce opory ze strany zdravotníků je i oxytocin. Je prokázáno, že zvýšená hladina centrálního oxytocinu a počet oxytocinových receptorů (vyskytující se i při porodu) ovlivňují specificky sociální percepci, především percepci opory (Heinrichs et al., 2009) a důvěryhodnosti (Mikolajczak et al., 2010). Účinky centrálního oxytocinu na ženy se přitom liší od jeho účinku na muže (Lischke et al., 2012). Při porodu jsou ženy např. citlivé především na stres, který zdravotníci prožívají a který vede i k snížení percipované sociální opory, a následně též spokojenosti s porodem (Schwab, 2001).

Vyslovili jsme proto předběžnou hypotézu, že sociálně-psychologické charakteristiky porodního zážitku ovlivňují rodičovskou self-efficacy. Na základě této hypotézy byl navržen dvoufázový explorativní výzkum.



PRŮBĚH VÝZKUMU

Sběr dat probíhal od jara 2011 do podzimu 2012 ve dvou fázích. První fáze průzkumu se zúčastnilo celkem 231 žen, druhé fáze 118 žen, jejichž data byla následně využita pro finální analýzu. Všechny ženy zařazené do výzkumu byly s to dobře porozumět dotazníku v češtině, čekal je jejich první porod a v době vyplnění dotazníku byly mezi 32. a 42. týdnem fyziologického těhotenství. Prvorodičky byly do výzkumu zařazeny z toho důvodu, že jejich zkušenost s péčí o malé děti byla významně nižší než u vícerodíček, a tak jejich rodičovská self-efficacy mohla být porodním zážitkem více ovlivněna. Závěr těhotenství jako dobu vyplňování dotazníku jsme zvolili

proto, že v tomto období už ženy intenzivně prožívají blízkost porodu a narození dítěte (Gloger-Tippelt, 1988). Po uplynutí dvou měsíců od očekávaného termínu porodu jim byl zaslán druhý dotazník. Tuto dobu jsme zvolili proto, že v té době skončilo rané novorozenecké období a zároveň období šestinedělí, a ženy se už obvykle naladily na potřeby svého dítěte.

Co do způsobu porodu a poporodní péče byl vzorek reprezentativní pro populaci prvorodiček v ČR. Jejich věk a vzdělání byly přitom vyšší než dostupné údaje o průměrném věku a vzdělání prvorodiček.

METODY

V **první fázi výzkumu** ženy vyplňovaly dotazník s běžnými sociodemografickými položkami a položkami zaměřenými na obecný průběh stávající gravidity. Dále byla zjišťována úroveň *sociální opory* z hlavních zdrojů (rodiče, přátelé, partner, partnerovi rodiče) na pětistupňové škále („Ohodnoťte prosím míru podpory, kterou v současnosti cítíte ze strany několika důležitých osob ve vašem životě“). Cronbachova $\alpha = 0.617$.

Očekávané zvládnutí porodu (porodní self-efficacy) bylo zjištěno krátkou verzí dotazníku Childbirth Self-efficacy Scale (Lowe, 1993). Ta se skládá ze 16 položek, které žena hodnotí na škále 1–10 podle toho, do jaké míry je přesvědčena o své schopnosti dané chování při porodu využít, např. „Využít při kontrakcích dýchání“, „Vnímat povzbuzení ostatních“ (Ip et al., 2008). Cronbachova $\alpha = 0.926$.

Předporodní úroveň *rodičovské self-efficacy* byla zjištěna 25položkovým dotazníkem Parental Expectations

Survey (Reece, 1992), určeným pro rodiče dětí ve stáří 1–3 měsíce. Obsahuje položky popisující jednotlivé oblasti péče o dítě (např. „Poznám, kdy je mé dítě nemocné“, „Dokážu své dítě navyknout na dobrý režim při večerním ukládání“, či „Dokážu projevit lásku ke svému dítěti“). Ve shodě s teorií self-efficacy je možné zjišťování očekávané self-efficacy právě v případě, že osoba zatím nemá možnost sledované chování nijak uplatnit, ale očekává jeho uplatnění v blízké budoucnosti (Bandura, 1997). Původní instrukce byla proto přeformulována takto: „Následující tvrzení popisují přesvědčení některých novopečených rodičů o svých schopnostech starat se o své dítě. Představte si, že se vaše dítě už narodilo, je s vámi doma a vy o něj pečujete. Po přečtení každého tvrzení prosím označte jedno číslo mezi 1 (vůbec nezvládnou) a 10 (jistá, že zvládnou), které podle vás nejpřesněji popisuje to, co vy sama/sám



očekáváte ve vztahu k rodičovství.“ Cronbachova $\alpha = 0.957$.

V **druhé fázi výzkumu** ženy opět odpovídaly na otázky týkající se průběhu porodu a poporodního období a zdravotního stavu svého vlastního a dítěte po porodu i v době vyplňování dotazníku, včetně kojení. Dále hodnotily na škále 0–10 *spokojenost s porodem*, a to spokojenost celkovou, spokojenost se sebou a spokojenost se zdravotníky; *bolest*, kterou cítily v průběhu porodu (celkově a ve chvíli, kdy byla nejsilnější); *spokojenost s oporou osoby*, která ji doprovázela při porodu; a *temperament dítěte* (iritabilita a obtížná utišitelnost). Cronbachova α pro kumulativní skóre spokojenosti = 0.829; pro kum. skóre bolesti = 0.897.

Sociální opora je opět zjišťována u čtyř hlavních zdrojů (rodiče, přátelé, partner, jeho rodiče), ale tentokrát podrobněji. Ženy měly na pětistupňové škále ohodnotit zájem dané osoby či osob o dítě, zájem o její pocity, její pomoc s péčí o dítě a pomoc s péčí o domácnost. Cronbachova $\alpha = 0.783$.

Percipované *sociálně psychologické charakteristiky interakce se zdravotníky* v průběhu porodu jsme sledovali dotazníkem Support and Control in Birth (SCIB) (Ford et al., 2009). Má 3 dimenze o celkem 12 položkách sledujících na pětistupňové škále *oporu* ze strany zdravotníků (např. „Zdravotníci mě povzbuzovali, abych vyzkoušela nové způsoby, jak to zvládnout“ či „Zdravotníci ignorovali to, co jsem jim říkala“); 10 položek sledujících *interní kontrolu* ženy v průběhu porodu (např. „Bolest byla příliš velká, než abych ji mohla mít pod kontrolou“ či „Získala jsem kontrolu tím, že jsem pracovala ve shodě se svým tělem“); a 11 položek sledujících *externí kontrolu* ženy v prů-

běhu porodu (např. „Mohla jsem vstát a pohybovat se, jak jen jsem chtěla“ nebo „Neměla jsem kontrolu nad tím, kdo přicházel a odcházel z místnosti“). Při plánovaném císařském řezu měly ženy zaškrtnávat střední možnost. Cronbachova α (opora) = 0.906; Cronbachova α (vněj. kont.) = 0.856; Cronbachova α (vnit. kont.) = 0.872.

Sledovali jsme i charakter *opory po porodu ze strany zdravotníků*, a to 3 položkami, které na pětistupňové škále zjišťovaly percepci dostupnosti základních typů sociální opory (instrumentální/informační, emoční, hodnotící), a 7 položkami zjišťujícími rovněž na pětistupňové škále charakter rad, které se nedělkám dostávaly v souvislosti s péčí o dítě (přiměřenost, užitečnost, srozumitelnost, povzbuzující, relevance, shoda s předchozí znalostí, shoda s informacemi od ostatních zdravotníků na oddělení). Cronbachova $\alpha = 0.916$.

Znovu jsme zjišťovali zvládnání porodu dotazníkem CBSEI, ve stejném znění, ale s mírně upravenou instrukcí: „Vzpomeňte si na to, jaký porod byl, když jste měla časté a silné kontrakce a když jste tlačila, abyste dítě porodila. Pro každé níže uvedené tvrzení uveďte, jak jste dokázala dané chování využít tak, aby vám pomohlo s porodním procesem, a to tak, že vyberete jedno číslo mezi 1 (vůbec ne jistá) a 10 (naprosto jistá). Při plánovaném císařském řezu zaškrtněte pro chování, které jste nemohla využít (např. zvládnání kontrakcí), 5.“ Cronbachova $\alpha = 0.934$.

Poslední metodou byl opět dotazník PES, zjišťující poporodní rodičovskou self-efficacy. Instrukce tentokrát vynechávala větu začínající slovy „Představte si...“ a vztahovala se k přesvědčením o schopnostech aktuálně o dítě pečovat. Cronbachova $\alpha = 0.965$.



VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

Spokojenost s porodem

Závislá proměnná: celková spokojenost s porodem

Nezávislé proměnné:

- očekávání ženy operacionalizované jako porodní self-efficacy v těhotenství (CBSEI T1),
- účast na předporodní přípravě,
- suma obou škál měřících bolest v průběhu porodu (celková a maximální),
- všechny tři dimenze dotazníku SCIB (SCIB opora, SCIB vnější kontrola, SCIB vnitřní kontrola),
- operativní porod (císařský řez, porod kleštěmi či vakuumentrací),
- nepostupující porod,
- distres plodu,
- epidurální anestezie.

Byla provedena kontrola předpokladů provedení MLR (linearita, homoskedastičita, normalita rozdělení). Finální model také splňoval podmínky přijatelnosti. Po nalezení finálního modelu metodou Stepwise za použití SPSS 19 byly do regrese vloženy jako kontrolní i sociodemografické a porodnické proměnné. Žádná z nich neměla statisticky významný vliv na model.

stičita, normalita rozdělení). Finální model také splňoval podmínky přijatelnosti. Po nalezení finálního modelu metodou Stepwise za použití SPSS 19 byly do regrese vloženy jako kontrolní i sociodemografické a porodnické proměnné. Žádná z nich neměla statisticky významný vliv na model.

Výsledek MLR

Predikční model obsahuje tři z deseti prediktorů a byl dosažen ve třech krocích. Byly vyloučeny proměnné vnější kontrola (SCIB), CBSEI 1, předporodní příprava, celková bolest při porodu, operativní porod, distres plodu a epidurální anestezie. Model byl statisticky významný, $F(3,114)=57,46$, $p<0,001$, a vysvětlil zhruba 59 % celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2 = 0,602$, upravené $R^2=0,591$).

Model	b	SE(b)	Beta	t	p (t)	r ²	sr ²	SK
Konstanta	-1.589	2.068		-.769	.444			
SCIB opora	.311	.039	.497	7.967	.000	.639	0.222	0.823
SCIB vnit. kont.	.339	.052	.409	6.539	.000	.584	0.149	0.753
Nepostup. Porod	-3.821	1.241	-.183	-3.079	.003	-.249	0.033	-0.321

Pozn.: Nezávislou proměnnou je spokojenost s porodem. $R^2=0,602$, uprav. $R^2=0,591$. SE(b) je standardní chyba b. sr² je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturní koeficient.

Tab. 1 – Výsledky MLR pro nezávislou proměnnou spokojenost s porodem

Spokojenost s porodem je v tomto modelu predikována **oporou ze strany zdravotníků, vnitřní kontrolou při porodu a tím, že žena nezažila nepostupující porod**. Hrubé a standardizované regresní koeficienty prediktorů spolu s jejich korelacemi se spokojeností s porodem, kvadráty semiparciálních koeficientů a strukturními koeficienty jsou uvedeny v tab. 1. Rozdílná byla velikost jedinečného rozptylu vysvětleného každou z proměnných, jak

ji reprezentují kvadráty semiparciálních korelací: zatímco opora ze strany zdravotníků vysvětluje asi 22 % rozptylu, vnitřní kontrola při porodu necelých 15 % a nepostupující porod asi jen 3 %. Inspekce se zohledněním strukturních koeficientů ukazuje, že zatímco opora ze strany zdravotníků a vnitřní kontrola při porodu jsou silnými indikátory spokojenosti s porodem, nepostupující porod je spíše mírným indikátorem nespokojenosti s porodem.



Změna rodičovské self-efficacy

Závislá proměnná: změna rodičovské self-efficacy mezi oběma měřeními (PES T2-T1)

Nezávislé proměnné:

- rodičovská self-efficacy před porodem (PES T1),
- všechny tři dimenze dotazníku SCIB (SCIB opora, SCIB vnější a SCIB vnitřní kontrola),
- spokojenost s porodem (suma tří položek),
- sociální opora po porodu,
- sociální opora před porodem,
- celková opora na oddělení šestinedělí,
- obě položky sledující temperament dítěte: "dítě se dá obtížně uklidnit", "dítě se snadno rozpláče".

Byla provedena kontrola předpokladů provedení MLR (linearita, homoskedasticita, normalita rozdělení). Finální

model také splňoval podmínky přijatelnosti. Po nalezení finálního modelu metodou Stepwise za použití SPSS 19 byly do regrese vloženy jako kontrolní i sociodemografické a porodnické proměnné. Žádná z nich neměla statisticky významný vliv na model.

Výsledek MLR

Predikční model obsahuje tři z deseti prediktorů a byl dosažen ve třech krocích. Byly vyloučeny proměnné vnější kontrola (SCIB), vnitřní kontrola (SCIB), spokojenost s porodem, celková opora na oddělení šestinedělí, snadná rozrušitelnost dítěte, sociální opora před porodem a sociální opora po porodu. Model byl statisticky významný, $F(3,114)=29,01$, $p<0,001$, a vysvětlil zhruba 42 % celkového rozptylu změny rodičovské self-efficacy ($R^2 = 0,433$, upravené $R^2=0,418$).

Model	B	SE(b)	beta	T	p (t)	r ²	sr ²	SK
Konstanta	84.368	11.833		7.130	.000			
PES T1	-.440	.055	-.584	-7.996	.000	-.477	0.318	-0.725
Obtíž. utišit. dítě	-3.258	.731	-.327	-4.454	.000	-.319	0.099	-0.485
SCIB opora	.536	.158	.256	3.400	.001	.195	0.058	0.296

Pozn.: Nezávislou proměnnou je změna rodičovské self-efficacy. $R^2=.433$, uprav. $R^2=.418$. SE(b) je standardní chyba b. sr^2 je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturní koeficient.
Tab. 2 – Výsledky MLR pro nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy

Nárůst rodičovské self-efficacy (PES T2-T1) je predikován primárně nižším skórem předporodní rodičovské self-efficacy (PES T1), snadnou utišitelností dítěte a vyšším skórem opory ze strany zdravotníků při porodu. Hrubé a standardizované regresní koeficienty prediktorů spolu s jejich korelacemi se změnou rodičovské self-efficacy, kvadráty semi-

parciálních koeficientů a strukturními koeficienty jsou uvedeny v tab. 2. Rozdílná byla velikost jedinečného rozptylu vysvětleného každou z proměnných, jak ji reprezentují kvadráty semiparciálních korelací: zatímco předporodní rodičovská self-efficacy vysvětluje téměř 32 % rozptylu, snadná utišitelnost dítěte necelých 10 % a opora ze strany zdravotníků při porodu vysvět-



lovala necelých 6 %. Inspekce se zohledněním strukturních koeficientů ukazuje, že zatímco (ve shodě s očekáváními) nízká úroveň kontrolované proměnné PES T1, tedy rodičovské self-efficacy před porodem, je silným

indikátorem růstu rodičovské self-efficacy, utišitelnost dítěte je středně silným indikátorem a opora ze strany zdravotníků mírným indikátorem růstu rodičovské self-efficacy.

SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A ZÁVĚR

Výsledky MLR s nezávislou proměnnou spokojenost s porodem potvrzují dosavadní zjištění o prediktorech spokojenosti s porodním prožitkem. MLR s nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy zase ukázala dominantní vliv předporodní self-efficacy a potvrdila známé působení neutišitelnosti dítěte. Kromě toho se potvrdila i naše původní hypotéza o vlivu opory ze strany zdravotníků při porodu na rodičovskou self-efficacy.

Tento proces lze v rámci teorie self-efficacy vysvětlit tím, že opora poskytovaná zdravotníky při porodu působí jako verbální povzbuzování, které pomáhá ženám strukturovat a zvládnout náročný porodní proces. Ten může žena navíc vnímat nejen jako bolestivý, fyzicky náročný děj, ale i jako rodičovský akt, kdy po měsících více či méně pasivního čekání přivádí dítě na svět a kdy se skutečně stává matkou. Verbální povzbuzování a empatický přístup mohou mít v této chvíli významný vliv právě na formování jejího rodičovského sebepojetí, které úzce souvisí s její rodičovskou self-efficacy.

Předběžné podrobnější analýzy dat (n=99) také ukázaly, že pro některé ženy může platit alternativní model nárůstu rodičovské self-efficacy. Zatímco u žen se středoškolským a nižším vzděláním se uplatňovaly faktory uvedené zde, u vysokoškolaček (n=49) k nárůstu rodičovské self-efficacy přispívala namísto opory právě vnější kontrola při porodu.

Tyto ženy měly také významně nižší rodičovskou self-efficacy než ženy s nižším vzděláním (Kodysova, 2012).

Vyjdeme-li z poznatků o vývoji rodičovského chování, které má svůj základ i ve zkušenostech z raného dětství a pravděpodobně se vyvíjí souběžně i s ranou citovou vazbou, a z poznatků o percepci sociální opory, která je citovou vazbou a zkušeností z primární rodiny též ovlivněna, rýsuje se zajímavý obraz toho, jak porodní zážitek vstupuje do vývoje rodičovské self-efficacy. Zdá se, že pro ženy s bezpečnou citovou vazbou, kterým přijímání sociální opory nedělá obtíže a které mají pravděpodobněji i vyšší rodičovskou self-efficacy, je pro optimální vývoj rodičovské self-efficacy rozhodující právě zážitek opory ze strany zdravotníků. Je však možné, že ženy s jinou než bezpečnou citovou vazbou a s problematickým vztahem k sociální opoře ze strany ostatních, které mají přitom pravděpodobněji nižší úroveň rodičovské self-efficacy, profitují ze zážitku vnější kontroly při porodu. Tuto dualitu by bylo možné vysvětlit tím, že využití strategie zvládnání, která je ženě i v běžném životě bližší, potvrzuje ženinu sebestotu, že zvládne i další náročné situace, které ji v rodičovství čekají. Rolí zdravotníků při porodu je pak facilitovat využití dané strategie, tedy umožnit ženě mít kontrolu nad průběhem porodu, či nabídnout pečující, vstřícný přístup (Kodysova, 2012). Vzhledem k tomu, že analýzy byly provedeny na relativně malém vzorku a pouze v souvislosti se



vzděláním, nikoli s úrovní rodičovské self-efficacy, je tato úvaha však zatím pouze spekulací. Její ověření by si

vyžádalo větší vzorek, kde by bylo zastoupeno poměrně více žen s nižší rodičovskou self-efficacy.

Do redakce přišlo: 7. 10. 2013

Recenze: 9. 10. 2013

Do tisku zařazeno: 31. 10. 2013

VYBRANÁ LITERATURA

1. Alehagen, S., Wijma, K. & Wijma, B., 2006. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85(1), s. 56–62.
2. Bandura, A., 1997. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
3. Bowlby, J., 1984. *Caring for the Young: Influences on Development. V: Parenthood*. New York: The Guildford Press, s. 269–284.
4. Bussche, E., Crombez, G., Eccleston, C. & Sullivan, M., 2007. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(3), s. 275–282.
5. Christiaens, W. & Bracke, S., 2007. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(26).
6. Cutrona, C. E. & Troutman, B. R., 1986. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57(6), s. 1507–1518.
7. Domes, G. a další, 2007. Oxytocin improves “mind-reading” in humans. *Biological Psychiatry*, 61(6), s. 731–733.
8. Edworthy, Z., Chasey, R. & Williams, H., 2008. The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), s. 123–138.
9. Eurostat, 2006. Population Statistics 2006. [Online] Dostupné z: http://es.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EH-06-001/EN/KS-EH-06-001-EN.PDF
10. Feinberg, M., Jones, D., Kan, M. & Goslin, M., 2010. Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *Journal of Family Psychology*, 24(5), s. 532–542.
11. Ford, E., Ayers, S. & Wright, D. S., 2009. Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18(2), s. 245–252.
12. Fowles, E. R., 1998. Labor concerns of women two months after delivery. *BIRTH*, 25(4), s. 235–240.
13. Froman, R. & Owen, S., 1989. Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal*, 3(3), s. 199–210.
14. Gloger-Tippelt, G., 1988. *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
15. Green, J. & Baston, H., 2003. Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *BIRTH*, 20(4), s. 235–247.



16. Halpern, L. & McLean, W. J., 1997. Hey mom, look at me! *Infant Behavior and Development*, 20(4), s. 515–529.
17. Heinrichs, M., von Dawans, B., Domes, G. et al, 2009. Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 30(4), s. 548.
18. Hodnett, E., 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), s. 160–172.
19. Ip, W.-Y., Chung, T. K. H. & Tang, C. S. K., 2008. The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: the development of a short form. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), s. 333–340.
20. Jackson, A. S. & Huang, C. C., 2000. Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers: the mediating role of self-efficacy. *Journal of Social Service Research*, 26(4), s. 29–42.
21. Kodysova, E., 2012. Social support and personal control in childbirth, education and parental self-efficacy. [EHPS 2012 Abstracts.]. *Psychology & Health*, 27(sup1), s. 249.
22. Leerkes, E. M. & Crockenberg, S. C., 2002. The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, 3(2), s. 227–247.
23. Lischke, A. a další, 2012. Oxytocin increases amygdala reactivity to threatening scenes in females. *Psychoneuroendocrinology*, 37(9), s. 1431–1438.
24. Lowe, N., 2002. The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), s. 16–24.
25. Mikolajczak, M. a další, 2010. Oxytocin makes people trusting, not gullible. *Psychological Science*, 21(8), s. 1072–1074.
26. Montigny, F. & Lacharité, C., 2005. Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), s. 387–396.
27. Raikes, H. & Thompson, R. A., 2005. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), s. 177–190.
28. Raver, C. & Leadbeater, B. J., 1999. Mothering under pressure: Environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology*, 13(4), s. 523–534.
29. Reece, S., 1992. The parent expectations survey. *Clinical Nursing Research*, 1(4), s. 336–346.
30. Salonen, A. a další, 2009. Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), s. 2324–2336.
31. Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A. & Sarason, I. G., 1993. Investigating the antecedents of perceived social support: Parents' views of and behavior toward their children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), s. 1071–108.
32. Sawyer, A. & Ayers, S., 2009. Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health*, 24(4), s. 457–471.
33. Schwab, R. a. M. I., 2001. *Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft*. V: E. a. U. U. Brähler, 2. vyd. Giessen: Psychosozial-Verlag, s. 54–70.
34. Schytt, E., Green, J. M., Baston, H. A. & Waldenström, U., 2008. A comparison of Swedish and English primiparae's experiences of birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), s. 277–294.
35. Simkin, S., 1991. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *BIRTH*, 18(4), s. 203–210.
36. Soet, J., Brack, G. & Dilorio, C., 2003. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *BIRTH*, 30(1), s. 36–46.
37. Stifter, C. & Bono, M., 1998. The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother--infant attachment. *Child: Care, Health & Development*, 24(5), s. 339–351.
38. Takács, L. & Kodyšová, E., 2011. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*, 76(3), s. 199–204.



39. Teti, D. M. & Gelfland, D. M., 1991. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, Svazek 62, s. 918–929.
40. Waldenström, U., 2004. Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time?, 31(2), *BIRTH*, 31(2), s. 102–107.
41. Waters, H. S. & Waters, E., 2006. The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, 8(3), s. 185–197.
42. Williams, T. M. a další, 1987. Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, Svazek 8, s. 251–265.
43. Winnicott, D., 1987. *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley.

Autorka: Mgr. Eliška Kodyšová, PhD., v roce 2013 obhájila na katedře psychologie FF UK Praha disertační práci s názvem „Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy prvorodiček“. V o.s. APERIO působí od r. 2005 a věnuje se jako poradkyně, lektorka i metodička problematice vstupu do rodičovství a rodičovství.



RECENZE



HONZÁK R.: ČESKÉ VYDÁNÍ KNIHY KEVINA DUTTONA MOUDROST PSYCHOPATŮ

Kevin Dutton: Moudrost psychopatů. (The wisdom of psychopaths. Lessons in life from saints, spies and serial killers.) Emitos, Brno, 2013, 275 s. ISBN978-80-87171-36-3, cena neuvedena

Jsou mezi námi. Jsou jiní, jiné, ale mají dokonalé mimikry. Jsou odvážní, chladnokrevní, šarmantní, mají charisma. Jsou úspěšní ve všech společenských vrstvách, ve kterých se pohybují a kam podle své další osobnostní výbavy patří. Od galerky, přes běžná prostředí, po vysoké finance a politiku. Přitahují nás jako plamen svíčky mýru. Většinou je ale poznáme až po ovoci, které bývá často

trpké. Jsou totiž zvláštní kombinací chladnokrevných predátorů a nemilosrdných parazitů. Přesto se od nich nedokážeme odpoutat, necháme se hypnotizovat jejich osobním kouzlem a opakovaně nabíháme na vidle jejich roztomilých kousků.

Nejsou takoví všichni. Někteří využijí svých schopností ve prospěch druhých a



jsou užiteční – hrdinové, chirurgové, astronauti, záchranáři, hasiči, světci. Ale těch zase tak mnoho není. Také se o nich tolik nepíše. Nebo se nejspíš neví, že do tohoto společenství patří. Kdo by takhle diagnostikoval třeba Saturnina, vítěze čtenářské soutěže o nejoblíbenější českou knihu? A koho by vůbec napadlo jméno prvního člověka na Měsíci, Neila Armstronga?

Psychopati. To slovo bylo na konci minulého století vykázano z oficiálního psychiatrického slovníku, protože prý nositele takové označení uráželo. Charakterizovalo skupinu lidí, kteří nebyli nemocní, ale ani úplně zdraví, a už vůbec nepředstavovali to, čemu se říká ideální norma. V Myslivečkově učebnici, která pro nás za studií a pak ještě nějakou dobu platila jako závazná, byla k nadpisu přičiněna ještě synonyma: praštění, vrtáci. Nutno dodat, že tato epiteta se vztahují jen na některé druhy. To pan profesor Heveroch byl ohleduplnější a svůj spis nazval *O podivínech a lidech nápadných*. Dodnes mě fascinuje jeho poetický popis lenosti jednoho pacienta, o němž napsal, že ho nepostihla příchynost k práci.

JAK SE TO DOOPRAVDY MÁ S MOZKEM?

Následující příběh pochází z apokryfních pramenů Třetí knihy Makabejců, kapitoly druhé, nikdy nebyl kanonizován a co je známo, nikdy se o to ani jeho hlasatelé nepokusili, obávající se důsledků, které by to orbi et urbi přineslo. Podle mého soudu je však daleko věrohodnějším popisem dávné situace než historka o Hadovi, která byla vymyšlena dodatečně, aby zakryla Jahvův dějnotvorný omyl. Nebýt jej, byli bychom dodnes v Ráji.

5) Devátého dne (pondělí – den Statanášův) si Hospodin povolal Adama

Původně to byla směs nejrůznějších podivuhodností lidské povahy a chování, jak ale pokračovalo klasifikační běsnění, byla také hysterie přejmenována na emočně nestabilní poruchu. Místo psychopatií máme dnes poruchy osobnosti, a u toho nezůstalo. O něco později se v duchu korektnosti stali ze zlodějů tuneláři a z krádeží odklánění peněz.

Psychopatie je ale natolik libozvučné slovo, že by bylo hříchem je zavrhnout navždy. Prožívá v posledních letech vzkríšení v novém významu. Označuje sice jen jednoprocenní, ale nepřehlédnutelnou menšinu příslušníků druhu *Homo sapiens sapiens*, jejíž předností je, že postrádá strach a nádavkem ještě jednu podstatnou, specificky lidskou vlastnost, a to svědomí. Není proto divu, že se někteří badatelé tážou, zda k našemu druhu vůbec patří. Dnes už je můžeme odlišit nejen podle chování, ale také – pomocí nejmodernějších zobrazovacích metod – podle atypické činnosti jejich mozků.

a Evu a pravil: Milé děti, protože jste byly hodné a v den mého odpočinku jste mě nebudily ani řvaním, ani blbými otázkami, mám tu pro vás dva dárky. Kdo dostane ten první, bude moci čurat vestoje.

6) I zmocnil se Adam dárku a jal se pobíhat po Ráji a občurávat radostně všechny stromy.

7) Smutně hleděla Eva a tichým hlasem se zeptala: A co zbylo na mne?



8) I pravil Hospodin: je to taková ublemtaná věc, říká se jí mozek.“

Protože Eva byla hodná holka a taky proto, že se jí ta blivanina drobet ošklivila, rozdělila se s Adamem, zatímco on si svůj dárek sobecky ponechal pouze pro sebe. Nutno dodat, že její motivy nebyly jenom altruistické, domnívala se totiž, že s takto obdařeným tvorem se lépe domluví. To se jí však nikdy nesplnilo...

Odmítneme-li tuto kreacionistickou hypotézu, nezbývá nám, než spolehnout se na vyprávění pamětníků. Ti vzpomínají, že před dávnými a dávnými časy, tedy o něco víc než před dvěma sty dvaceti miliony let, se na Zemi objevili plazi, a ti že už vládli jakýmsi mozkiem. Sice malým, takže jim netlačil na velký mozek, a tím pádem si nikdy nestěžovali na bolesti hlavy, ale natolik houževnatým, trvanlivým a kvalitním, že jim vydržel dodnes. A v tom malinkém mozku, jako v čínské skříňce, bylo a je ukryto mrňavé jádro, tvarem se podobající oloupané mandli, takže se mu říká amygdala. Jak se sluší na mozek, řídí chování svého majitele. Amygdala toho neumí moc, ale to, co umí, umí dobře. Umí vyvolat strach a hněv. Na její pokyn tvor, který jí vlastní, buď ztuhne, nebo prchá, nebo útočí.

Podle posledních neověřitelných a také neověřitelných poznatků zánik většiny plazů způsobila jejich flatulence (měli jen ten malý mozek, neměli rozum a nenechali si předepsat Espumisan), střevní plyny vyvolaly skleníkový efekt, oteplilo se a bylo po dinosaurech. Nutno dodat, že na jejich vyhynutí se podíleli také malí savci, kteří jim chodili pít vejce. Tím savci významně obohatili svou stravu o bílkoviny a umožnili svým mozům, aby zdárně rostly. Mozky se činily, seč jim síly stačily a před necelými pětadvaceti miliony let se usadily v

lebkách našich předků rozšířeny o spoustu vývojových etází završených kůrou, jejíž malé šedé buňky zdárně využívá Hercule Poirot. Nicméně amygdala se svým okouzujícím primitivním uměním zde neustále zůstává. A pracuje.

Kognitivně behaviorální psychoterapeutická škola používá k výkladu svých teorií modelu tří mozků. Mluví o dinosaurím mozku, jehož funkce odpovídají skutečně tomu, co dodnes umějí plazi, tygřím mozku, což je ta část, která narostla od geologického období karbonu až po objevení se našeho prvního prapředka, a lidském mozku, jehož složitost nás ohromuje a někdy děsí. Mozku, v jehož mechanismu jsou obsaženy jak myšlenky (různé), tak všechny emoce a mezi nimi vyšší sociální city, kterými jsou soucit a altruismus, jež sdílíme s nejbližšími příbuznými primáty, slony, delfíny a velrybami.

Pro konkrétní představu nabízím model, který jsem odcizil svému pensylvánskému kolegovi, Andrewu Newbergovi. Položte ruku dlaní nahoru a představte si, že na ní leží malá oloupaná mandle. To je amygdala. Vedle ní si představte půlku jádra vlašského ořechu. To je talamus, mozkové jádro, které zpracovává všechny informace, jež na nás doléhají – od čichového podnětu, přes dotek, bolest, tep srdce, facku od protivníka, titulek v novinách, až po naše vlastní myšlenky (mezi nimiž se může vyskytnout i nápad, že se stane něco strašného). Teprve zpracovány talamem jdou signály do dalších, vyšších i nižších oddílů nervového systému. Nyní sevřete ruku v pěst a natočte ji hřbetem k sobě. Vaše paže představuje míchu a prodlouženou míchu a vaše sevřená pěst všechny podkorové části mozku, jejichž činnost si většinou vůbec neovědomujeme. Nyní položte na prsty a hřbet ruky zmačkaný papírový ubrousek; to je ta slavná kůra mozková. Vpředu je její frontální (čelní)



lalok, nahoře oblast parietální (temení), vzadu lalok okcipitální (týlní) a po stranách lalok temporální (spánkový), na jehož spodku se skrývá amygdala. Dáte-li obě ruce k sobě, dostanete představu obou mozkových polokoulí – hemisfér – a tam, kde máte palce, je oblast nazývaná cingulární kůra, kde se mimo jiné stýkají procesy rozumové a citové a kde sídlí centrum oznamující nám, jak se cítíme, zda dobře a v pohodě, nebo nějak ničemně.

Když se objeví signál nebezpečí (včetně té naší nezapné myšlenky o imaginárních hrůzách), talamus, který jej zaregistruje, může postupovat rychlou cestou a přes amygdalu a další jádra jej poslat do hypotalamu, který spustí stresovou reakci mobilizující organismus k boji nebo útěku (fight or flight), a to dříve, než si to plně uvědomíme. Výše zmínění kognitivci říkají, že dinosauří mozek se naplno ujal vlády a lidský mozek zcela rezignoval na své funkce, přestože nejde o život a není nutné se ani rvát, ani prchat. Může ale volit i cestu pomalejší přes paralelní zapojení mozkové kůry, která zašmátrá v paměťové bance zvané hipokampus, kde dojde k zvážení a vyhodnocení rizika, a zvolí pak přiměřeně rozvážnější řešení.

Psychopat má tenhle mechanismus nastavený jinak, ve srovnání s námi porouchaný. Pohled od očí smrti mu nezrychlí tep, neroztřese kolena, neprožene mráz po zádech, nezježí chlupy, ale naopak ho naladí do optimálního pracovního tempa, v němž řeší problém v naprostém klidu, s chladnou myslí a perfekcionismem profesionála. Profesionála virtuóza. Ať již se jedná o bankovní loupež, nájemnou vraždu, přistání na Měsíci, milionovou finanční transakci či neurochirurgický výkon vyžadující přesnost na desetiny milimetru. To, co většína z nás naprosto nepotřebuje ke štěstí, ho uvádí do stavu uspokojení a pohody,

a protože nejen strach, ale i další emoce má deficitní – je doslova a do písmene bezcitný. Představuje to pro něj jenom příjemné vzrušení. Proto je jeho výkon o několik tříd lepší než výkon průměrného jedince, který se chtě nechťe rozptyluje pochybnostmi, úzkostí, nejistotou.

Mezi činnostmi, které vyvolávají nejvíce vzrušení, patří kromě sexu především zabíjení. Lovce nemusí trefit jelena, ani nadháněče, lovce však může snadno trefit šlak, jak dokládá řada kardiologických studií. To ale není případ psychopata. A tak není divu, že z této skupiny se rekrutují sérioví vrazi, nájemní vrazi, Rambové, Jamesové Bondové, Maty Hari a další dodavatelé palcových titulků bulvárním mediím. Nenechme se ale mást. Ne všichni psychopati jsou vrahy – je jich jen mizivé procento – a už vůbec ne všichni vrazi jsou psychopaty. Psychopatičtí vrazi tvoří mezi všemi, které najdeme ve vězeních, pouhých dvacet procent. Zato jejich „efektivita“ je obdivuhodná – až osmdesátiprocentní. Jsou to šelmy, které loví, je to pro ně stejně náročné dobrodružství, jako pro nás uvařit kafe. Kdyby se totiž tygr měl při každém lovu rozrušit stejně jako pan rada, kterého pozvali na hon, musel by se zbláznit.

Hluboko v osmdesátých letech minulého století podnikli američtí kriminologové zajímavou studii. Do Central Parku v New Yorku umístili kamery, které hodinu snímaly běžný provoz. S pořízeným filmem pak badatelé projedli křížem krážem věznic v USA a tázali se zde dočasně umístěných lupičů, koho by si vybrali jako oběť loupežného přepadení. Všichni se shodli na několika zcela stejných osobách. Analýzou pohybu těchto lidí bylo zjištěno, že se pohybují jinak než ostatní, že plynulost jejich chůze jaksi „drhne“. Závěr studie vyzněl v tom smyslu, že zločinec se chová jako káně kroužící nad



polem a pozorující, která z myši se pohybuje hůř, neobratně, a při útoku mu tedy neunikne. Když se před pár roky tázali sériového vraha, podle čeho si vybíral své oběti, které nejprve opakovaně znásilňoval, a pak teprve zabil, odpověděl, že podle chůze. Instinkt dravce. Kočka, když si hraje s myší, to také nemyslí zle.

Autor nejznámějšího a nejpoužívanějšího dotazníku ke stanovení míry psychopatie (The Psychopath Checklist), kanadský psycholog Bob Hare, zachytil dvacet vlastností charakterizujících tyto osobnosti. Na každou otázku je možno odpovědět NE = 0 bodů, ZČÁSTI = 1 bod a PLATÍ ZCELA = 2 body. Nelekněte se, když získáte celkové skóre kolem šesti bodů, protože každý z nás je trochu praštěný, ideální „kulatá osobnost“ neexistuje. Slušný psychopat se pohybuje až někde nad dvaceti body. Kevin Dutton přirovnává výsledky testu k mixážnímu pultu zvukaře, kde šoupátka jsou nastavena do různé výšky. Jsou-li všechna nadoraz (skóre blížíci se nebo dokonce rovné čtyřiceti), je nanejvýš pravděpodobné, že takový člověk skončí ve vězení. Dokáže-li však agresivní a především antisociální tlaky stáhnout na přijatelnou míru, může se úspěšně pohybovat v běžném svobodném světě a zneužívat svých schopností na náš účet. Není bez zajímavosti, kolik psychopatických rysů bylo shledáno u různých prezidentů (přiznávám, že mi chybí odvaha psychopata, a proto nebudu žádného našeho jmenovat). Zato uvedu některá Hareho kritéria, podle nichž psychopata dobře poznáme:

-) Dovede velmi úspěšně působit na své sociální okolí. Má kouzlo osobnosti a neodolatelný šarm. Umí se vetřít do přízně takovým způsobem, že oklame i profesionály.

-) Má pocit grandiozity, narcismus, sebestřednost, představu o své nebeťčné ceně, významnosti a důležitosti. Váže se to logicky k předešlému, protože tím může druhé oslnit.

-) Má potřebu neustálého vzrušení, jinak je ohrožován nudou. Pohybuje se „v rychlé dráze“, vyhovuje mu styl „na hraně“, kde se neustále něco děje. Mnozí se dopouštějí kriminálních činů nikoliv pouze pro zisk, ale především pro adrenalinový pocit napětí.

-) Je patologickým lhářem. Umí fabulovat historky většinou o své velkoleposti, o svých plánech vyhlížejících navenek altruisticky, uvnitř však zcela prázdných, bezobsažných, nereálných.

-) Má neobyčejně vyvinuté manipulační schopnosti. Přesvědčivě předestírá své plány, do nichž vplétá ostatní osoby, je-li konfrontován se zcela odlišnou pravdou, dovede se z toho bleskově vylhat. Nic ho nevyvádí z míry, naopak, výsledkem řady navzájem si odporujících prohlášení je nakonec zcela zmatené okolí.

-) Zcela postrádá pocity lítosti nad čímkoliv, co udělal, chybějí pocity viny, jakkoliv důsledky jeho činů mohou být tragické a z hlediska nezúčastněného hodnoceny jako hrůzné.

-) Má zcela prázdný emoční život, navzdory předstírané vřelosti a občas dramaticky předváděným afektivním projevům trpí emoční chudobou.

-) Citovou prázdnotu zaplňuje četnými sexuálními avantýrami, je promiskuitní, většinou má řadu krátkodobých manželství, souběžných vztahů.

-) Je impulzivní, má nedostatečnou kontrolu vlastního chování, a to od dětství. V anamnéze objevíme již od školních let patologické lhaní, záško-



láctví, šikanování, krádeže, předčasné získávání zkušeností s drogami, alkoholem, zbraněmi, sexem. Adolescence už bývá poznamenána závažnou kriminalitou. V téměř stylu pokračuje.

•) Vede parazitický způsob života, bezskrupulózně bere vše, chybějí mu realistické dlouhodobé cíle. Běžný způsob obživy je pro něj nudný.

Po této, zdaleka ne vyčerpávající, inventuře padoušství se zákonitě vnučuje otázka, kde tedy je ona „moudrost“ uvedená v titulu knihy? Vraťme se k přirovnání psychopatických vlastností k mixážnímu pultu zvukaře a hledejme zde odpověď. Pro mnoho lidí by bylo přínosné nastavit některé charakteristiky – typické pro psychopaty – na sociálně přijatelnou úroveň. Strach je nesporně užitečná emoce, ale rozhodně jej dnes nepotřebujeme tolik jako před dvaceti miliony let. Zatím... Navíc kolem 20 % populace trpí takovou úzkostí, že je považována za chorobnou. Není nutné dopracovat se k bezohlednosti psychopata, ale jistá míra asertivity a nebojácnosti by mnoha lidem zlepšila život, nehledě ke všem problémům, které strach a úzkost v celospolečenské atmosféře způsobují.

Více lehkosti a šarmu v mezilidských vztazích by jednoznačně projasnilo ve společnosti celkovou náladu, která alespoň u nás, se vyznačuje značnou mírou zapšklosti, ponurosti a malé vstřícnosti. Lidé nemusí být hned

okouzlující, ale kdyby byli alespoň usměvaví, vlídní a ochotní, žilo by se nám všem líp. A bylo by úplně jedno, že to je jenom zdvořilostní slupka. Kdo poznal kousek světa, dá mi zapravdu, že v pařížských ulicích je příjemněji než v pražských.

Houževnatost, sportovní hantýrkou řečeno, „tah na branku“, je vlastnost, kterou nelze zavrhnout. Je pravým opakem stále více se rozplemeňující „prokrastinace“ – směsi lenosti a neurotického fňukání o překážkách. Totéž platí o akčnosti, která ve společnosti nyjící po všeobjímajícím sociálním státu zní jako téměř sprosté slovo. Bylo by dobré, kdyby se Čech přestal vyznačovat tím, že místo toho, že něco za pět minut udělá, dokáže půl hodiny mluvit o tom, proč to nejde.

A nakonec je tu vlastnost společná psychopatům a buddhistickým mnichům (ti se k ní museli složitě dobrat), pro niž nemáme český jednoslovný ekvivalent, a to „mindfulness“, plné prožití okamžiku tady a teď. Nejde tu jen o vzácné využití času ve smyslu Kiplingovy básně: „Když řekneš, čase, svými vteřinami všemi / mně, jak bych závodník byl, služ! / Pak pán a vítěz na celé jsi zemi / a co víc; pak synu můj, jsi muž.“ Jde více o to, že v tomto stavu se naše vědomí rozšiřuje, naše narcistní ego ustupuje do pozadí a stáváme lepšími. Tentokrát ve smyslu Goethova Mefista, který říká: „Té síly díl jsem já, / jež chtíc vždy konat zlo, / přec dobro vykoná.“

22. 7. 2013 Radkin Honzák



HONZÁK R.: AD KŘÍŽOVÁ E., ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA V ČESKÉ REPUBLICĚ

Eva Křížová dává k dispozici další práci na téma, které vyvolává v laické i odborné veřejnosti rozporné a protichůdné reakce, je velmi široké, takřka neuchopitelné a velmi často zamlžené natolik, že není v diskusích zřejmé, o kterém z jeho dílčích aspektů je vlastně řeč. Publikace, jež je reedicí studie, podpořené Nadáním Josefa, Marie a Zdeňky Hlávkových, vyjde v nakladatelství Karolinum.

Díky svému mnohaletému studiu této problematiky (zohledněnému v několika předcházejících seriózních publikacích) autorka nejen přesně zmapovala nepřehledný terén, ale také jasně a kriticky nasvětila jednotlivé subsystémy této komplikované změti aktivit a s nadhledem a bez předsudků zhodnotila jejich přínos i nedostatky. Přístup pojala jak historicky, tak v evropském kontextu. Vytvořila tak plastický mnohvrstevný obraz rozsáhlého a významného sociologického jevu, který se tu vyskytuje, bez ohledu na sympatie či odpor okolí.

Vynikající je již první část, v níž autorka nekonfrontačně definuje objekt svého bádání a přesně denotuje dále používané pojmy „doplňková“ a „alternativní“ medicína, včetně významového posunu kmene „alter“. Stejně jemně a srozumitelně osvětluje společné znaky a rozdíly mezi oficiální medicínou (EBM – Evidence Based Medicine) a zkoumanými neoficiálními proudy. Mohu potvrdit, že zachycení historie (kterou jsem žil) je přesná a výstižná.

Oddíl věnovaný homeopatii, která se těšila krátkou dobu také oficiálnímu statutu, je rozsáhlý a současně přehledný, a to přesto, že popisuje neobyčejně komplikovanou situaci jak v samotných

směrech homeopatie, tak v jejím průniku do postupů používaných lékaři. Cenné jsou podrobné odkazy na nejrůznější zdroje, výsledky zjišťování postojů všech zainteresovaných skupin i oficiální stanoviska současného vedení ČLK.

Totéž příznivé vyjádření patří další části, týkající se akupunktury. Její zakotvení je časově delší a sahá hluboko před socialistické období díky tehdejšímu nerozbornému přátelství s lidovou Čínou, které zvadlo až sovětsko-čínskými spory a válečným konfliktem na Usuri. Tento historický aspekt se pravděpodobně podílí na benevolentnějším přijímání této školy širokou lékařskou obcí, navzdory tomu, že z hlediska EBM je její učení stejně iracionální jako homeopatie (žádné anatomické struktury sice nebyly v akupunkturálních bodech prokázány, ale také žádný zástupce vědy si nedal tu práci, aby zjistil, že v těch místech je nápadně odlišný kožní odpor/vodivost).

Lidové léčitelství, které je náplní dalšího oddílu, rozděluje laickou a odbornou názorovou část zhruba stejným dílem a nadpoloviční většinu nezískal žádný z názorů, s tím, že lékaři lidovému léčitelství přejí trochu méně, zatímco právní normy mu nechávají volné pole působnosti, ač nezprošťuje léčitele odpovědnosti za poškození zdraví, což autorka kriticky reflektuje. Na druhé straně vypichuje skutečnost, že 5 % respondentů uvedlo jako důvod návštěvy léčitele malou pozornost ze strany lékaře. Logicky navazuje kapitola věnovaná novějším, méně tradičním a vesměs importovaným léčitelským metodám.



Za jádro publikace považuji závěrečné tři části, týkající se postojů laické a odborné veřejnosti k praxi, tak jak se u nás provozuje, ale také k některým teoretickým a filosofickým východiskům v souvislosti se zdravím, nemocí a procesem údravy. Rozsáhlý seznam literatury shrnuje nejen soubor konkrétních dat, ale také odkazy na obecněji pojaté zdroje, které se zaměřují na poslání i místo medicíny a pomoci definované jako zdravotní v dnešním světě.

Doplňková a alternativní medicína tu je a žije bohatým životem bez ohledu na kritiku a pokusy o restrikcí a zmapování

této významné sociální skutečnosti je záslužný čin. Navíc způsob, kterým se autorka svého úkolu podjala, a studie, kterou závěrem předložila, je na jedné straně zaujatý (tím mám na mysli, že z práce je patrné, že byla stvořena s láskou a péčí) a na druhé straně vysoce profesionální. Text je přehledný, napsaný velmi hezkým jazykem a věřím, že bude sloužit jako velmi kvalitní podklad jak pro budoucí kroky v této oblasti, tak jako cenný zdroj pro badatele v budoucnosti.

Závěr: Jde o vynikající originální práci, mapující sledovanou oblast. Má vysokou badatelskou i společenskou hodnotu.

Praha, září 2013 MUDr. Radkin Honzák, CSc.



Z KONFERENCÍ



BOUŘLIVÁ DISKUSE NAD PSYCHOSOMATIKOU V LD 18. 10. 2013

Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP pořádala vědeckou schůzi na téma PSYCHOTERAPIE A PSYCHOSOMATIKA tradičně v Lékařském domě. Garantem byl MUDr. Jiří Berka. Po třech přednáškách (**R. Honzák: Odysseův syndrom, J. Poněšický: Specifita psychoterapie psychosomatických pacientů, V. Chvála, L. Trapková: Přináší psychoterapie do psychosomatiky více či méně jistoty?**) následovala panelová diskuse. Sál sice nebyl nabitý k prasknutí, ale diskuse kolem psychosomatiky výrazně

přibýlo od chvíle, kdy se dostala do novely vládní Vyhlášky 185/2009 o vzdělávání ve zdravotnictví na úroveň specializačních atestací. Otázek je rozhodně více než odpovědí. Tak už to v této disciplíně, rozprostřené napříč všemi obory, chodí. Už jen kóan – je psychosomatika obor, nebo způsob myšlení, zůstane nejspíš dál kóanem. To by ale nemělo bránit institucionalizaci výuky zdravotnických pracovníků. Tím spíš, že výzkum materiálních okolností vzniku chorob jde s takovou vervou vpřed, že nové generace lékařů, kteří se



při studiích setkali s psychosociální problematikou jen jako s jakýmsi



plakátem, prázdným heslem nebo vůbec, nemají ani ponětí o hlubokém významu této rozsáhlé oblasti lidské existence na zdraví a nemoc. A taky na to, co se v léčbě mezi lékařem a pacientem vlastně odehrává. A to může být nebezpečné.

Otázky na obsah výuky a obsah samotného oboru, kterým se bude psychosomatika zabývat, otázka po hranicích, které bude nutné vyznačit. Kdo všechno se začne hlásit k

psychosomatice, to teprve uvidíme. Rizik je přitom celá řada. Na mnohá z nich jsme upozornili v přednáškách a diskuse vyznačila další. Psychosomatickou medicínu si někdo plete jen s psychoterapií, jiný s homeopatií nebo akupunkturou, nebo s Jonášovou tzv. celostní medicínou. Jasno jsme se pokusili do problematiky vnést v těchto přednáškách a diskusi, ale nejspíš bude třeba v diskusi pokračovat.

V. Chvála 20. 10. 2013



CO BYLO POD POVRCHEM V OSTRAVĚ? (10.–13.10. 2013) ANEB CHVÁLA OSTRAVĚ



O psychiatrické konferenci se dá málokdy napsat, že byla povedená. Ale tentokrát o té poslední, pořádané v Ostravě 10.–13. října, to rozhodně napsat lze. Jestli je opravdu Ostrava tak inspirativní, jak řekl v úvodu nový předseda PS MUDr. Martin Hollý, nebo to bylo tím, jak sympaticky se organizace konference už více než před rokem ujal tým prim. MUDr. Petra Šilhána, nebo prostě konečně dochází na generační výměnu v PS, nevíme. Tématem konference byly doporučené postupy v psychiatrii, a – světe div se – zdaleka to nebyly jen seznamy farmak. Psychoterapie a psychosociální intervence se staly běžnou součástí doporučených postupů, řada symposií byla věnována přímo některým směrům PT. Stížnosti se ozývaly jen na malou kapacitu těchto stále žádanějších a indikovaných služeb. Pozvání jsme byli také jako rodinní terapeuti, ale místo dostala i dlouho odmítaná a přehlížená psychosomatika. Na nedostatek zájmu jsme si rozhodně nemohli stěžovat, a dokonce i na samém konci konference byl zlatý salonek, kde probíhalo sympozium o psychosomatice, plný! Samozřejmě, že se psychosociální témata a problematika psychoterapie objevují s blížící se reformou psychiatrické péče stále častěji, když právě na tyto oblasti

by měla být reforma zaměřená. Ale buďme rádi, že je z čeho vybírat, že už existuje řada pracovišť, která dokázala psychoterapii do svého programu zavést a trvale ji dává k dispozici. Velkému zájmu se těšilo i sympozium věnované psychoanalýze s Janem Poněšickým a Jiřím Kocourkem, nebo psychodynamice, psychobiologií a terapií deprese, kde se doplňoval analytický pohled Jana Poněšického s nejnovějšími poznatky zobrazovacích metod u deprese v referátu Tomáše Nováka z VÚPS. Účastníci věnovali pozornost právě tak psychoterapii existenciální a logoterapii (Irena Zvánovcová), gestalt PT (Juraj Rektor) jako rogersovské PT (Jan Holeyšovský), nebo, zde mnohem obvyklejší KBT v neodmyslitelném a stále sympatickém podání Jána Praška a jeho moravského týmu. Opravdu vstřícná a přátelská atmosféra v hotelu Clarion v prosluněné Ostravě jako by skrývala něco pod povrchem... ale co to mohlo být? Otevřenost, s jakou mladí organizátoři otevřeli dveře všem, kdo chtěli vstoupit, byla udivující. Pozvali dokonce i Davida Ondráčka z Transparency International, který



hovořil na provokativní téma ukazující na celou společnost: „Rozbitá společnost v rukou nemocné elity“, sice jen ve virtuální podobě v přímém přenosu ze



svého domova, ale zato velmi seriózně. V době, kdy se vliv nadnárodních farmaceutických korporací stává méně viditelným, nepřestává trvat riziko jejich vlivu na chování celých zdravotnických systémů a při neuvěřitelných 258 mld (!) ročně vynakládaných na léčbu všech „onemocnění mozku“ (jak na závěr informoval plénum dr. Hollý) musí existovat reálné riziko, že by mohla být i chystaná reforma „infikována“ těmito zájmy. I když David Ondráčka firmy



nedémonizoval, na půdě PS byly jeho výzvy k maximální opatrnosti víc než na místě. Naše úloha byla ukázat ve dvou sympoziích možnosti a současnou situaci rodinné terapie a psychosomatiky. Sympozium o rodinné terapii moderovala Ludmila Trapková. Vystoupili na něm ještě i David Skorunka a Lucie Hornová. Skorunka přednesl brilantní přehled o vývoji rodinné terapie a o její současné situaci ve světě (bylo by třeba publikovat in toto!). Ukázal zejména na fakt, že u zrodu rodinné terapie často stáli přímo psychiatři, ale kde je dnes u nás rodinnou terapii v rukou psychiatrů vidět? Jako by mu odpovídala Hornová ve svém referátu, když ukázala, jak u nich v Rychnově nad Kněžnou využívají rodinnou terapii a systemické myšlení v rámci pracoviště klinické psychologie, kde sama vede multidisciplinární tým. Trapková pak ukázala, jak náročná je výuka rodinných terapeutů na půdě Cestou domů 13. 10. 2013 V. Chvála

Institutu rodinné terapie a psychosomatiky v Liberci, kde byl letos zahájen už pátý cyklus komplexního vzdělávání v rodinné terapii psychosomatických poruch, schválený pro zdravotnictví.

Na posledním sympoziu, které bylo věnováno psychosomatice, jsem položil publiku nesnadnou otázku, zda patří psychosomatika psychiatrii. Ne že bych na ni dostal odpověď. Však ona bude pracovat pod povrchem dál a dříve nebo později se na ni odpověď najde! Ostatně že by to, co se skrývalo pod povrchem v Ostravě, byly skryté a dlouho neřešené problémy, konflikty, nezodpovězené otázky psychiatrické péče a péče o duševní zdraví v ČR vůbec? A tam by patřila také spolupráce s psychology a dalšími profesemi v rámci péče o duševní zdraví, nejen psychiatrie? Kdo ví? Nebo spolupráce psychiatrie s minulým režimem bez dostatečné (nebo jakékoli) sebereflexe? Každopádně na některé naše otázky jsme si již odpovědi dali: například zda za současných podmínek lze provozovat moderní pracoviště zaměřená na léčbu psychosomatických pacientů, na nichž působí multidisciplinární tým. Iva Švarcová z České Lípy, a Jaromír Kabát z Prahy to ve svých referátech ukázali více než výmluvně. Ať je to ale cokoli, pod povrchem to doutná, organizuje se to a časem to vydá své plody. První jsme sklízeli už v Ostravě.



KONFERENCE SPIRITUALITA VE VZDĚLÁVÁNÍ- OLOMOUC 21. - 22. 10. 2013

Katedra Sociologie, andragogiky a kulturní antropologie Filozofické fakulty Univerzity v Olomouci uspořádala konferenci pod názvem „Spiritualita ve vzdělávání“. Během dvou dnů zaznělo skoro třicet příspěvků, jež se různým způsobem i různým obsahem dotýkaly obtížně uchopitelného tématu duchovní stránky člověka. Na úvod vystoupili tři zahraniční filosofové. Kanadčan Jack Miller připomněl, že vzdělávání by vždy mělo duši spoluutvářet („education should be soul making“) nebo alespoň o ni pečovat, přispívat k jejímu rozvoji. Připomněl Thomase Moora, jenž pojem duše vrátil do současného diskurzu (T. Moore: *Care of the Soul*, 1993), ačkoliv věda stále nemá důkaz její existence. Zmínil ve frommovském duchu pojem mezilidské lásky a sympatie a naznačil paralelu mezi spiritualitou a kontemplativností. Vzdělávání by mělo zahrnovat kontemplativní elementy, mj. prostřednictvím osobnosti učitele. Duše učitele se účastní výuky vždy, když je přítomen na výuce v plném slova smyslu, je komplexně mentálně angažován v procesu výuky, reaguje na aktuální situace a náladu, působí autenticky (byť to nemusí znamenat odhalování svého osobního já).

Duchovnost byla připomenuta ve velice proměnlivých podobách, od pěstování espritu a duchaplnosti, přes charisma a zapálenost až ke kontemplaci a meditaci. Jazykový rozbor podaný Davidem Carrem z Edinburghu ukázal nesmírně široké spektrum významů anglického slova „spiritual“. A čeština se nedá zahanbit, když užívá různých variant slova duchovní, duševní, duchařský,

oduševnělý, zduchovnělý pro vyjádření něčeho podobného v různých variantách a nuancích. David Carr zmínil dvě kritéria spirituality: prvním je schopnost nedívat se na věci je z hlediska praktické využitelnosti, nýbrž cenit si je, pro to, čím jsou (v tom se nepochybně kryje s postojem filosofickým) a druhým je prvek transcendence. Jim Parry, působící na FTVS v Praze, prezentoval spiritualitu ve vzdělávání jako „schopnost učitele spojovat předmět se zájmem svým a zájmem studentů“ a neodpustil si několik kritických poznámek na kompetenční spory ve Velké Británii mezi různými profesními skupinami o to, komu přísluší péče o spirituální potřeby pacientů v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních.

Příspěvky českých účastníků se pohybovaly od gnoseologické problematiky (J. Kalenda: *Spiritualita ve vzdělávání v postpozitivistické epistemologii*) přes vylíčení důsledně antispirituální nálady na středních školách po „esoteriku pro seniory“ a šamanský turismus (referující o navozování spirituálních stavů halucinogenní bylinou jihoamerických Indiánů ayahuasca). Alternativním přístupem ke spiritualitě ve vzdělávání byla prezentace zážitkové pedagogiky. Vybraná a na zátěž předem připravená skupina studentů předmětu filosofie přírody se pod vedením pedagogů zúčastnila 10denního zimního horského přechodu na sněžnicích za extrémních podmínek (vše sebou v batohu, spaní ve stanu, oheň jako záchrana života a prostorový střed formování skupiny). Má takový výkon



spirituální elementy? V překonávání sama sebe, konfrontaci s nepohodlím a bolestí (chlad, puchýře, námaha), v připomínce předcivilizačního stavu a zranitelnosti, respektu k živlům a zážitku skupinové opory u ohně nejspíše ano.

Tento příspěvek si nekladl za cíl referovat o všech z nich, jako spíše zpracovat dojem, který z takové interdisciplinárně pojaté konference vyplýval. A tento pocit se blížil až jakémusi intelektuálnímu zjitření. Je již celkem obecně přijímané, že spiritualita nemusí mít nutně religiózní podobu, ale nejasnosti se vynořují nad tím, kde jsou hranice nereligiózní spirituality a jestli každý projev zahledění se do sebe či komunikace se svým já budeme v detradicionalizované společnosti vnímat jako spirituální jev. Zatímco je tedy snadné shodnout se na náboženské spiritualitě, mnohem více nejistoty zažíváme v diskuzi nad duchovností nereligiózní. I zde se překrývají prvky psychické s duchovními, ale chybí nebo je diskutabilní průkaznost spirituálnosti. (Samozřejmě jsem si vědoma bohaté odborné literatury, jež má v definicích spirituality „jasno“ nebo „jasněji“). Je přijímáno, že vesmír, příroda i umění jsou transcendentní, ale jak se pozná, že zážitek s nimi je spirituální? Jakou roli hraje filosofické, racionální pěstování spirituality? Je spirituální identické s morálním? Umění má duchovní moc, ale je tomu tak vždy a za všech okolností? Tušíme, že nikoli, ale kdo může s určitostí říci, kdy tomu tak je a kdy už ne? Jsou systemické konstelace, jež byly rovněž v jednom příspěvku prezentovány, pedagogickým nástrojem, jenž může spiritualitu rozvíjet nebo je to zanášení „plevele“ do políčka spirituality?

Pestrý pelmel přístupů a příspěvků (včetně postesknutí nad tabuizací smrti v české společnosti a neefektivností

multikulturní výchovy) ukazuje na znepokojivou mnohotvárnost fenoménu, jež plodí více otázek než odpovědí. Ačkoli některé příspěvky vzbuzovaly poměrně ohnivou diskuzi, nebylo možné jim upřít úsilí a snahu se k tématu duchovnosti přiblížit. Snad by se někdy dalo vytknout jen myšlenkové kliše nebo slabiny ve vědecké důkladnosti. Zdá se mi ale, že snaha vědy poznávat spiritualitu objektivistickými metodami, je slepou cestou. Spiritualita se nachází mimo rámec, který logicko-matematicky založená věda může zkoumat. To, že je metodologické uchopení vnímáno jako problém, zaznělo i v příspěvku Jana Kalendy k filosofii vědy. Načrtnul (bohužel bez bližší konkretizace) postpozitivistické paradigma přístupu k realitě jako jedno z možných řešení pastí, do kterých se současná věda dostává. Jak bylo objasněno v debatě, postpozitivismus není šancí výlučně pro humanitní a sociální vědy, jak by se nabízelo, ale zcela naopak podněty pro něj přicházejí především z oblasti fyzikálního výzkumu, kde pozitivismus také, a to je asi překvapivé, narazil na své meze.

Sekularizace vytěsnila spiritualitu z veřejného života západních společností a tím se vytratila i z většiny vzdělávacích procesů. Postsekulární společnost, o níž se již dnes hovoří, znovu hledá něco posvátného a toto posvátné bude mísit velice různorodým způsobem s profáním. Hybridizace a heterogenita zasahují i spiritualitu. V poslední době vidáme píáno v parku, na nádraží nebo v jiném veřejném prostoru k dispozici komukoli ke hraní. Může být takové „nízkoprahové“ piano prostředkem netradičního spirituálního prožitku? Splynuli s ním v zastavení ruka byt neumělá a začne-li člověk brnkáním rezonovat se sebou i světem, jak jsem to pozorovala



na hlavním nádraží v Praze, myslím, že ano.

připravil ve spolupráci se studenty olomoucké univerzity.

Velké poděkování patří Pavlu Veselskému, který konferenci moderoval a

Eva Křížová, Evangelická fakulta Univerzity Karlovy v Praze



POLITIKA, KONCEPCE



ZALOŽÍME NOVOU ODBORNOU SPOLEČNOST ČLS?

Aktivita kolem legislativy psychosomatické medicíny si vyžaduje hledání hranic, řízení výuky a certifikace odborníků. Dosud se o udržování tohoto tématu v medicínských kruzích starala psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti. Jak se ukázalo, nestarala se špatně, když se podařilo zařadit psychosomatiku do novely Vyhlášky 185/2009 Sb. o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Pravomoci sekcí odborných společností obecně jsou pochopitelně limitované, nezávislé organizace stojící mimo Českou lékařskou společnost nedisponují potřebným odborným kreditem, a proto vznikl návrh založit novou

odbornou společnost na půdě ČLS J.E.P. Ta by měla být otevřena všem zájemcům o psychosomatickou medicínu, organizovat výuku, konference, spolupracovat se všemi aktivními psychosomatickými sekcemi v jednotlivých odborných společnostech, ale měla by vzít na svá bedra i odpovědnost za naplnování vyhlášky 185/2009 ve věci psychosomatické medicíny na základě demokratických principů. Přes všechny pochybnosti, které jsem kolem tohoto kroku měl, přiklonil jsem se na stranu těch, kteří po založení této nové společnosti volali. Na ČLS J.E.P jsme odeslali tuto žádost.

V.Ch



ŽÁDOST NA ZALOŽENÍ NOVÉ ODBORNÉ SPOLEČNOSTI (OS) /SPOLKU LÉKAŘŮ (SL) V ČLS JEP

Předsednictvo ČLS JEP

Sokolská 31

120 26 Praha 2

Vážený členové předsednictva ČLS JEP,

žádáme Vás o souhlasné stanovisko se založením nové organizační složky v ČLS JEP.

PŘÍLOHY:

1. Zdůvodnění návrhu na založení nové organizační složky

Psychosomatická medicína má v našich zemích dlouhodobou tradici, ale jako v jiných zemích Evropy, s masivním rozvojem biologických metod, se dostala po 2. světové válce na okraj hlavního somatického proudu medicíny. Niemně, s Engelovou bio-psycho-sociální koncepcí pojetí nemocí, akceptovanou WHO (r. 1977) se vrátila zpět do spektra moderní medicíny. Avšak vzdělávání lékařů bylo a je v drtivé většině zaměřeno na biologické aspekty a to i v psychiatrii, která by měla být orientována více na komunikační léčbu (psychoterapii) než na převládající biologické výzkumy a odvozené léčebné postupy (farmakoterapie). Výsledkem je skutečnost, že psychosomaticky nemocného si předávají odborníci různých somatických oborů (interna, neurologie, gynekologie, chirurgie aj.) a stává se, z pohledu nákladů na léčbu, jedním z nejdražších pacientů. V některých oborech přesahuje počet těchto pacientů 40% (experimentální a statistické studie u nás i v zahraničí). V Německu vedla tato zjištění k uzákonění základní psychosomatické péče jako nástavbového vzdělávání pro lékaře s atestacemi v různých oborech už v r. 1983. U nás bylo takové vzdělávání jen plánováno. Novela

vyhlášky 185/2009 o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví již tuto problematiku řeší, a je třeba zajistit její naplnění.

Jsme přesvědčeni, že o organizaci vzdělávání v psychosomatice, o budování sítě psychosomatických pracovišť a dodržování mantinelů psychosomatické praxe nemůže zajistit jen pracovní sekce některé ze stávajících odborných společností JEP (Psychiatrická společnost, Česká psychoterapeutická společnost ČLS). Za specifických podmínek socialistického zdravotnictví vzniklá Společnost pro psychosomatické integrace, která, podobně jako psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti, odvedla již svůj podíl práce, zejména v oblasti výzkumu a udržování povědomí o psychosomatice, ale pro nové úkoly, které před nás klade novela Vyhlášky 185/2009, cítíme potřebu založení nové, samostatné odborné společnosti ČLS. V neposlední řadě pak prohlášení ministra zdravotnictví ČR z února t. r. o zřízení samostatného oboru psychosomaticky, umocňuje nezbytnost založení samostatné odborné společnosti, která bude na základě stanov sdružovat všechny zdravotnické pracovníky, setkávající se v praxi s problematikou psychosomaticky, napříč lékařskými i nelékař-



skými obory ve zdravotnictví (včetně klinických psychologů a psychoterapeutů, či fyzioterapeutů), kteří budou členy týmů psychosomatických pracovišť. Náplní činnosti odborné společnosti bude podpora teoretických studií a klinického výzkumu a racionalizace léčebných postupů. Hlavní pracovní doménou bude uplatnění specializované péče o psychosomatické pacienty v klinické praxi.

Založením odborné společnosti se snažíme překonat léta trvající deficit organizované, specializované psychosomatické péče o pacienty s chronickými poruchami, a to na základě moderních medicínských poznatků, jak biologických, tak i psychosociálních věd. Zásadní rozdíly ve vzdělávání odborníků v takto odlišných oborech medicínské činnosti dosud brání uplatnění psychosomatického přístupu a způsobu myšlení v našem současném zdravotnictví.

Signatáři (abecedně)

1. Prof. MUDr. Karel Benda, Dr.Sc, radiolog a lymfolog Obor radiologie, lymfologie, Radiologická klinika FN Brno a LF MU v Brně, ARCUS Onko-lymfo centrum Brno, člen ČLS J.E.P, čestný člen radiologické, lymfologické a angiologické společnosti.
2. MUDr. Vladislav Chvála, sexuologie, Pracoviště: Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Jáchymovská 385, Liberec 10, psč. 46010, tel. 7437138846, e-mail: chvala@sktlib.cz
3. MUDr. Jiří Šavlík, CSc., interní medicína, psychosomatika; Pracoviště: Denní stacionář Horní Palata, SFN 1; člen ČLS
4. MUDr. Jaromír Kabát, obor: chirurgie pracoviště: Psychosomatická klinika Praha, Patočkova 3, 16900 Praha 6, LF 1. UK Kateřinská 32, Praha 2, chirurgie, člen ČLS
5. MUDr. Ondřej Masner, obor: praktický lékař, psychoterapeut, pracoviště: LSPP FN Motol, Psychosomatická klinika Praha
6. MUDr, PhDr. Jan Poněšický, PhD, člen ČLS, docent na PVŠPS a na DIPP (Dražďanský Institut psychodynamické psychoterapie) a supervizor na Median Klinik Berggiesshuebel a Schwedenstein Klinik Pulsnitz, SRN. (Též na Psychosomatické klinice v Patořkově ulici).
7. PhDr. Ludmila Trapková, Obor: klinická psychologie, psychoterapie, Pracoviště: Ordinance klinické psychologie a psychoterapie Praha, člen týmu SKT Liberec

2. Jmenný seznam zakládajících členů (min 50 členů)

MUDr. Bartůšková Ludmila, Mgr. et Mgr.
Mgr. Bečvářová Monika
Prof. MUDr. Benda Karel, Dr.Sc.
Doc. PhDr. Bendová Marcela, Ph.D.
MUDr. Bobotová Sylva
MUDr. Brychta Leopold

MUDr. Čajka Vít
PhDr. Černý Vojtěch, PhD.
MUDr. Dutková Andrea
MUDr. Friedrichová Jindra
MUDr. Frolíková Marie
MUDr. Fürst Aleš
MUDr. Hánová Zina



MUDr. Hronová Romana
 MUDr. Chvála Vladislav
 PhDr. Chválová Trapková Ludmila
 Mgr. Jahnová Hana
 MUDr. Jirmanová Ivana
 MUDr. Kabát Jaromír
 MUDr. Kárová Šárka
 Mgr. Knop Jan
 MUDr. Kubínek Josef
 Mgr. Lipská Julie
 MUDr. Luftová Petra
 MUDr. Magasvari Dolejší Lucia
 Mgr. Macháček Jiří
 MUDr. Machanderová Jana
 MUDr. Machová Štěpánka
 MUDr. Masner Ondřej
 Mgr. Mauer Miloš
 MUDr. Mothejlová Martina

PhDr. Neudertová Hana, Ph.D.
 MUDr. Nováková Dagmar
 Mgr. Nováková Martina
 PhDr. Peterková Hana
 MUDr. Petrovská Petra
 MUDr. Pokorná Petra
 MUDr., PhDr. Poněšický Jan, PhD.
 MUDr. Poněšický Jiří
 MUDr. Poradovská Jana
 MUDr. Procházková Marta
 MUDr. Procházková Večeřová Alena
 Mgr. Růžička Petr
 PhDr. Severová Jana, CSc.
 MUDr. Šavlík Jiří, CSc.
 MUDr. Šroubková Daniela
 MUDr. Šťastná Barbora
 MUDr. Švarcová Iva
 Mgr. Žmolíková Jana

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ 6.9.2013

Na tomto setkání dr. Blanka Majerová seznámila přítomné s u nás dosud ojedinělou profesí klinické lingvistky. Hovořila nejen o vývoji lidské řeči, jeho závažných poruchách a možných léčebných postupech, ale i o významu řeči v tvorbě vztahů, o vnitřní řeči o úctě k jinakosti a v neposlední řadě o užitečnosti revize a boření vžitých pravidel. Po přednášce následovala schůze výboru, kdy byl upřesněn program setkání SPPS do konce kalendářního roku. Dle plánu se uskuteční se Psychosomatický sklípek v Kobylí, přednáška členů pacientské organizace Parkinson-Help, návštěva psychosomatické kliniky ve Vídni a neformální předvánoční setkání na téma: Co bychom přáli psychosomatice pod stromeček. Též byla zmíněna výuka psychosomatiky na 3. LF UK.

Zapsala G. Seidlová



AKCE, NABÍDKY



OTEVÍRÁ 8. ROČNÍK

KURZ RODINNÉHO PORADENSTVÍ PRO PRACOVNÍKY POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

doporučený OR SOFT – Society of Family Therapy v rámci malých vzdělávacích programů

Kurz má akreditaci MPSV

Východiskem kurzu rodinného poradenství/terapie je chápání problémů klienta jako symptomu souvisejícího s rodinným systémem a vývojem rodiny. Práce se symptomem klienta v kontextu vývoje rodiny má pro rodinu ozdravný potenciál a mnohdy bývá efektivnější než práce s jednotlivcem bez zapojení rodinných příslušníků.

Základním cílem kurzu rodinného poradenství je rozšířit pohled pracovníků pomáhajících profesí v oblasti adiktologických, sociálních a psychosociálních služeb na problematiku klienta o kontext rodinného systému a naučit se základním dovednostem při práci s rodinou.

Obsahem kurzu je seznámení s teoretickými základy rodinného poradenství a rodinné terapie a nácvik základních dovedností a intervencí rodinného poradenství. Kurz není výcvikem v rodinné terapii.

Použité metody výuky:

- přednášky zaměřené na předávání teoretických znalostí
- zpracovávání zadaných témat v malých skupinkách
- nácvik praktických dovedností pro práci s rodinami
- samostatné zpracování kazuistiky a její prezentace
- závěrečný supervizní seminář

Rozsah kursu: 112 hodin, z toho 10 hodin domácí práce na přípravě kazuistiky, cca 50% kursu budou tvořit teoretické bloky a výuka, zbytek pak praktické nácviky a workshopy. Součástí kursu je i závěrečný supervizní seminář v rozsahu 10 vyučovacích hodin.



Lektoři kurzu:

Doc. PhDr. K. Balcar, PhDr. A. Paloušová, Mgr. J. Knop, MUDr. V. Chvála, PhDr. L. Chválová Trapková, PhDr. Josef Radimecký, PhD., Mgr. Ivana Radimecká, MUDr. Markéta Skálová, Mgr. O. Počarovský, Mgr. A. Roubalová, Mgr. A. Kuda, MUDr. Richard Zajíc, Mgr. Irena Kulhánková, PhDr. David Cichák a Mgr. Hana Heindorferová

Cena kurzu: 15.500,- Kč

Kurzovné je možno uhradit ve 3 splátkách, první splátka: 9.000,- Kč do 31.1. 2014, druhá splátka: 4.000,- Kč do 16.5. 2014, třetí splátka: 2.500,- Kč do 5.9.2014

Zahájení kurzu: 31.1.2014

Místo konání kurzu: o.s. Prev-Centrum, Meziškolská 1120/2, Praha 6

Termín pro podání přihlášek: 10.1.2014

Podrobné informace o obsahu a časovém harmonogramu na www.prevcentrum.cz

Kontaktní osoba: Jana Havelková, e-mail: office@prevcentrum.cz,

tel. 233 355 459, 777 161 139.



PŘÍPRAVA 15. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI

IDENTITA PSYCHOSOMATIKY

16. října – 18. října 2014

Liberec, vědecká knihovna

Vážené kolegyně, kolegové, přátelé,

Přípravný výbor 15. konference psychosomatické medicíny vás srdečně zve na 15. konferenci psychosomatické medicíny znovu do Liberce.

Podařilo se nám společnými silami zavést psychosomatickou medicínu do novely vládní Vyhlášky 185/2009 o vzdělávání ve zdravotnictví. Tak začala nová etapa vývoje psychosomatiky u nás. Naplnili jsme zatím jen legislativní předpoklad existence psychosomatiky, jako medicínského oboru. Vystala tím naléhavá potřeba definovat obsah oboru a vymezení jeho hranic. Proto se jeví téma identity psychosomatiky jako aktuální.

Ve dnech 16. - 18. 10. 2014 chceme navázat na tradici celostátních setkání všech zájemců o psychosomatickou problematiku ve zdravotnictví v Liberci.

Program bude jako obvykle pestrý, rádi bychom si však položili otázky týkající se identity:

- Na jakých teoretických základech stojí psychosomatická medicína, kterou chceme nabízet v rámci našeho zdravotnictví?
- Jaké metody jsou v rámci psychosomatické péče v medicíně základní, a co už přesahuje rámec takto definované péče?
- Jak má být vybaveno zdravotnické pracoviště, které se věnuje především psychosomatickým pacientům?
- Jak fungují multidisciplinární týmy v našem zdravotnictví?
- Jak vyučovat lékaře případně mediky psycho-sociálním dovednostem, které rozšíří jejich převážně biologické medicínské vzdělání?
- Jaké zkušenosti mají naši kolegové se zaváděním psychosomaticky orientované praxe v jednotlivých místech ČR?
- Jaký výzkum potřebuje psychosomatická medicína?

Aktivní přihlášky na adresu chvala@sktlib.cz

Na setkání s Vámi se těší

za přípravný výbor konference

MUDr. Vladislav Chvála

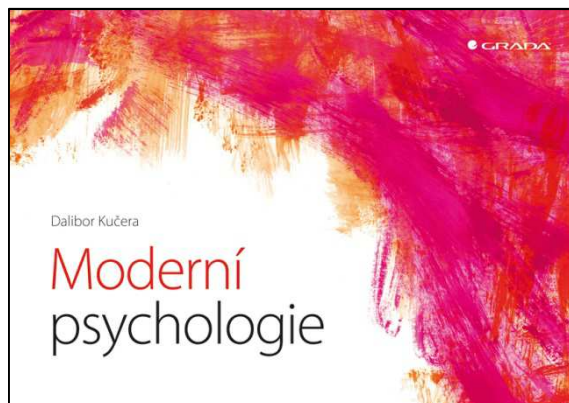


VYCHÁZÍ

název: **Moderní psychologie**

podtitul: **Hlavní obory a témata současné psychologické vědy**

autor: Kučera Dalibor
ediční řada: Psyché
formát: 240 × 167
vazba: V2
rozsah: 216 stran
prodejní cena včetně DPH: 349 Kč
ISBN: 978-80-247-4621-0



ANOTACE:

Tato praktická příručka, shrnující základní poznatky psychologické vědy, je určena především čtenářům, kteří ocení její aktuálnost, sdělnost, přehledné uspořádání a kompaktní rozsah. Její koncepce navazuje na populární zahraniční přehledové publikace, členění textu však vychází ze struktury obvyklé pro domácí vysokoškolské studium. Pro zpestření je publikace vybavena také „okénky“ přinášejícími dodatečné informace a zajímavosti a celkem 120 ilustracemi, fotografiemi a grafy. Řada pojmů je uváděna v původní terminologii, což čtenáři usnadní získávání dalších informací v zahraniční literatuře, ve vyhledávacích či v odborných databázích. Knihu uvítají například studenti psychologie a příbuzných oborů, ale také odborníci hledající přehledný výtah z již přečtené literatury.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz



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 nedodržení 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 pošlete, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na



adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

