

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Aleš Füst

Mgr. Jan Knop

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

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 2/2015 dne 27. 4. 2015, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 3. 2015.

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio a Pencil Skatch. Internetová verze běží na otevřené platformě WordPress na adrese www.psychosom.cz u poskytovatele Wedoš.

ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>

Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 schválila aktualizaci [Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#), který bude použit pro hodnocení v roce 2015, a do kterého byl zařazen také PsychoSom

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. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření 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 sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
 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
 Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., Fak. přírod-hum. a pedagog., TU Liberec
 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., externí spolupracovník několika VŠ kateder
 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

Editorial	89
<i>Chvála V.: Daleká je cesta...</i>	89
Pro praxi	91
<i>Honzák R: Některé nové poznatky o mechanismu spánku</i>	91
Teorie	102
<i>Stackeová D.: Využití kinezioterapie v terapii psychosomatických pacientů</i>	102
Filosofie	113
<i>Vácha M. O.: Zdraví je celek. Opravdu.</i>	113
Politika, koncepce	121
<i>Loew T. H.: Psychosomatická terapie musí být blíže životu</i>	121
<i>Výbor Psychosomatické společnosti ČLS se ohrazuje proti tvrzením MUDr. Hnízdila</i>	131
Z konferencí	132
<i>Psychosomatická mise na kongresu primární péče</i>	132
<i>Jandourková D., Týkalová J.: Psychosomatika v rehabilitaci: Týmová spolupráce</i>	133
Akce	136
<i>Bioenergetická skupina- osm setkání</i>	136
<i>Akce pro porodní asistentky</i>	137
<i>Praktický kurz- O relaxaci</i>	138
<i>Pro porodní asistentky a porodníky</i>	139
<i>Kurz myofasciální integrace I.</i>	140
<i>Seminář s prof. Loewem II.</i>	140
<i>Úvod do zkušenosti supervize</i>	141
<i>Myofasciální integrace II</i>	141
<i>To já ne! To oni! Aneb konflikty mezi námi a v nás.</i>	141
<i>Myofasciální integrace III</i>	142
<i>Blažené nebezpečí</i>	143
<i>MOVING SELF IN PSYCHOTHERAPY</i>	143
<i>Seminář pro porodníky a porodní asistentky</i>	144
<i>Konference v New Orleans</i>	144
Nabídky	145
<i>Spolupráce s lékařem:</i>	145



<i>Dvě zajímavé nabídky z 1. psychiatrické.....</i>	<i>146</i>
Recenze	147
<i>Honzák R.: Co potřebujeme my, kteří nejíme brouky</i>	<i>147</i>
<i>Honzák R.: Nefreudovské nevědomí.....</i>	<i>149</i>
Vychází	152
<i>Radkin Honzák: Jak se dopracovat až k vyhoření (Freudenbergerův postup), 2. vydání</i>	<i>152</i>
<i>Suicidalita u psychických poruch</i>	<i>155</i>
<i>Nervové buňky a jejich svět.....</i>	<i>156</i>
Literární koutek	157
<i>Karel Čapek: Povídka o ztracené noze</i>	<i>157</i>



EDITORIAL



CHVÁLA V.: DALEKÁ JE CESTA...

I když každá liška prý chválí svůj ohon, není asi obvyklé, že bych se někdy nemohl dočkat vydání čísla Psychosomu s tím, že je to počin natolik významný, že je nejvyšší čas doručit informace ke čtenáři. Tentokrát tomu tak je. Chybí zde sice obvyklá kazuistika, s tou jsou pořád nějaké problémy- ne že by jich nebylo dost- potíž je spíš se souhlasem zveřejnění důvěrného materiálu, ale texty, které se tentokrát sešly, jsou obsahem zásadní. Nové informace o poruchách spánku a jejich praktickém řešení čtenáře zvyklého na Honzákovy texty, asi nepřekvapí. I vytrvalá snaha Daniely Stackeové přiblížit fyzioterapii psychosomatickému způsobu práce je nám z předchozích čísel povědomá. Tentokrát ale čtenáři nabízíme dva texty, které odezněly v uzavřených komunitách, a které by mohly zapadnout, kdyby se je nepodařilo získat pro náš časopis. Kdo zná přednášky biologa a

teologa Marka Orko Váchy, nebude překvapen jeho textem „*Zdraví je celek. Opravdu.*“ K naší snaze o rozšíření zorného pole o psycho-sociální aspekty při práci s pacientem přidává Vácha rozšíření ještě větší, na celou přírodu. Učinil tak v přednášce na sympoziu rodinných terapeutů v Dřítěči u Pardubic v březnu t.r. Autor tvrdí, že člověk v rozkládající se rodině, v nestabilní společnosti, v těžce zasažené přírodě sotva může zůstat zdravý. Něco na tom bude.

Text, na jehož rozšíření se nejvíce těším, je záznam ze semináře s prof. T. H. Loewem, jedním z nejvýznamnějších evropských zastánců psychosomatiky, který se zasadil o její prosazení v Německu a dál ji prosazuje v celoevropském kontextu. Během své přednášky na 15. celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci nám

nabídl seminář na téma výuky psychosomatiky na lékařských fakultách v Německu a výbor Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP akci do půl roku akci realizoval. Tušili jsme, že to za naší západní hranicí vypadá s psychosomatikou jinak, ale že bude rozdíl tak veliký, to nás šokovalo. Pro všechny mediky povinných 200 hodin psychosomatiky se sjednoceným obsahem, na které navazuje dalších 250 hodin postgraduálního studia, psychosomatika jako povinná součást všech základních klinických oborů, na 8 000 lékařů s plným vzděláním v psychosomatice, rozsáhlá síť psychosomatických pracovišť podporovaná pojišťovnami, kterým se prostě ekonomicky vyplatí, to je opravdu pro nás hudba budoucnosti. A pokud jde o atraktivitu u nás odmítaného oboru, můžu zde jen citovat prof. Loeweho: *„Obor je velmi atraktivní pro lékaře, kteří už nějaké zaměření mají. V mém týmu jsou lékaři všech možných oborů včetně jedné kolegyně z pracovního lékařství. Kolegové říkají, že už nechtějí ošetřovat kolem 100 pacientů denně nebo pracovat jako robot, dávat jednu narkózu za druhou. Máme vlastně rajské pracovní podmínky. Konsiliární lékař, který pracuje 40 hodin týdně, prohlédne 5 pacientů za den. A lékař, který pracuje na oddělení, se stará o 8 pacientů, kteří tam jsou průměrně 5–8 týdnů. A teď se dostáváme k jádru věci: na základě takovéhle praxe můžeme ukázat, jak se také dá pracovat a jak je to jiné než to, co oni znají. Tento obor je zajímavý i z jiného hlediska. Těch asi 1500 pacientů má kolem 3000 diagnóz, které nejsou v kategorii F, takřkajíc od oka až po zub. Není nic, co bychom tam nepotkali. A léčíme od kojenců až po starce. Proto je to atraktivní obor.“*

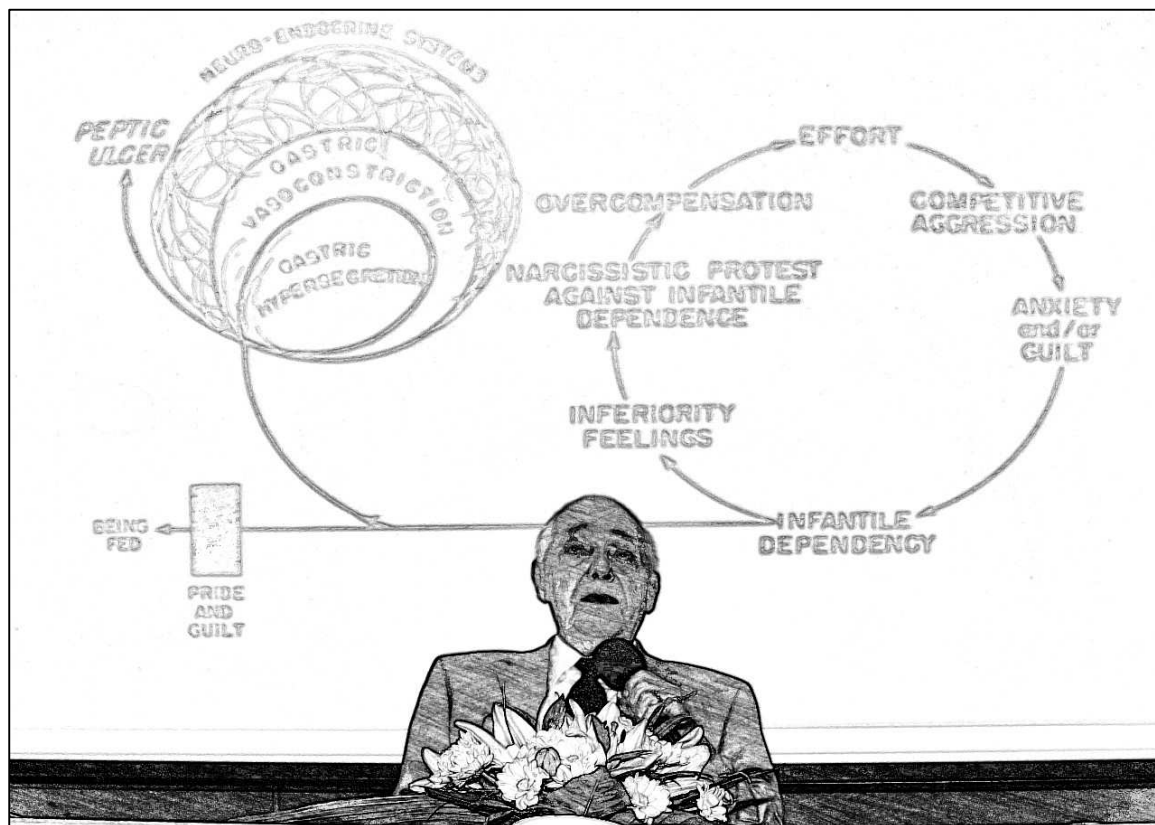
Od jedné kolegyně, která pracuje jako psychiatr na gerontologickém oddělení, a která absolvovala náročný výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch, jsme se nedávno dověděli, jak hodně ji toto studium zasáhlo. Jak se změnil její pohled na

pacienty, kterým by bylo možno pomoci, ale ve stávajícím systému s nedostatkem personálu a naprostým nedostatkem času na pacienta, jí to zkomplikovalo život. Ano, pouhá změna myšlení nebude stačit. Pokud se nezmění systém, ve kterém pracujeme, dokud nebudou podmínky pro naši práci podobné těm, kterých dosáhli kolegové v Německu, alespoň pro tu skupinu pacientů, kteří to nezbytně potřebují, budeme se jen trápit. Ale to znamená dát se znovu na cestu. Nestačí odborná společnost, nestačí zařadit vzdělávání psychosomatiky do vzdělávání zdravotníků, ale znamená to prosazovat takové podmínky pro poskytování naší práce, které umožní uplatnit rozšířené bio-psycho-somatické vidění světa a komplexně pojatou léčbu alespoň v ordinacích psychosomatické medicíny. Umožnit alespoň těm, kdo o to stojí, aby pracovali s takovým množstvím pacientů, se kterým je ještě možné se lidsky setkat. Mnozí dobře cítíme, že to koliduje se současným pojetím „medicíny pro všechny“, medicíny stále specializovanější a masově poskytovanou, péči v pravdě nelidskou, podobnou principům velkochovů. Hlavním argumentem stále bude baťovská ekonomika, která odvíjí své výpočty od výroby bot. Čím více jich můžeme vyrobit, tím levnější může jedna bota být. S lidmi to tak nechodí. Tady platí jiná úměra: čím více pacientů má lékař v ordinaci denně, tím méně se dozví, co jim je a proto tím déle trvá jejich léčba. A proto má stále více pacientů v ordinaci. Pokud to neplatí u pacientů se zlomeninou, nebo s šedým zákalem, u psychosomatických pacientů to platí určitě. A právě proto je rozvoj psychosomatické medicíny uvnitř zdravotnického systému ekonomicky výhodný. Jde jen o to, jak tuto zprávu doručit zdravotním pojišťovnám a organizátorům našeho zdravotnictví. Příští seminář s prof. Loewem 26. května bude právě na toto téma.

V.Ch. v Liberci 27.4.2015



PRO PRAXI



HONZÁK R: NĚKTERÉ NOVÉ POZNATKY O MECHANISMU SPÁNKU¹

SOUHRN: HONZÁK R: NĚKTERÉ NOVÉ POZNATKY O MECHANISMU SPÁNKU, PSYCHOSOM 2015; 13(2) S.91-101

Insomnie je podle Mezinárodní klasifikace spánkových poruch definována jako nedostatek spánku, nebo pocit nedostatečného odpočinku po spánku spojený se zhoršeným denním fungováním, zhoršenou kvalitou života, neklidem, předrážděností, úzkostí, nebo unavitelností. Současný výzkum mechanismu cyklu spánku a bdění přináší nové poznatky o řízení těchto stavů (homeostatický a cirkadiánní systém) a naději na nové léčebné postupy nespavosti.

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice; ředitel MUDr. M. Hollý

IKEM Praha; ředitel MUDr. A. Herman, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze; přednosta doc. MUDr. B. Seifert, Ph.D.



KLÍČOVÁ SLOVA: spánek – nespavost – cyklus spánek-bdění – homeostatická regulace – cirkadiánní regulace – orexin/hypocretin

SUMMARY: HONZÁK R.: **SOME NEW FINDINGS ON THE MECHANISM OF SLEEP.** PSYCHOSOM 2015; 13(2) PP.91- 101

*According the International Classification of Sleep Disorders **insomnia** is defined as not getting enough of sleep or not feeling rested after sleep and associated with daytime impairment such as diminishes quality of life, fatigue, restlessness, irritability, anxiety, or tiredness. Recent research on sleep-wake cycle brings new insights into on the management of these conditions (homeostatic and circadian system) and may provide some promise for new insomnia treatment.*

KEY WORDS: sleep – insomnia – sleep-wake cycle – homeostatic process – circadian process – orexin/hypocretin

ÚVOD

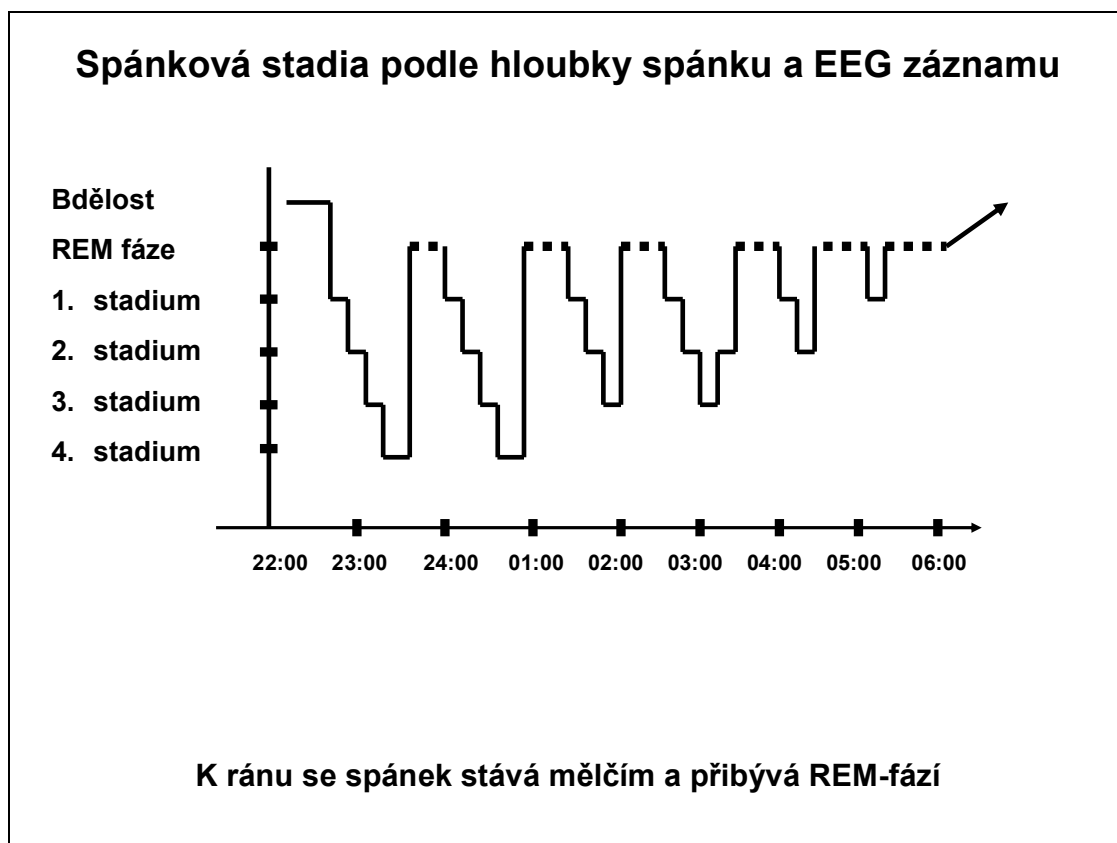
Spánek je možné definovat jako periodický úsek fyziologického stavu bezvědomí, během kterého dochází k nejružnějším (zatím ne zcela probádaným) dějům jak v organismu, tak v mozku. Souvisí jak s ochlazením organismu, tak s řadou (dosud známých) konsolidačních procesů týkajících se především paměti v centrálním nervovém systému (CNS). Toto připomenutí je dost podstatné, protože mnoho definic na internetu setrvává u představy „generalizovaného útluhu“. Za připomenutí stojí také to, že během spánku je kromě CNS velmi aktivní také část imunitního systému.

Potěšitelnou zprávou je i to, že se objevují tendence nevěnovat se pouze patologii, a tedy spánkovým poruchám, ale že by bylo dobré, kdyby se spánková medicína zaměřila také na koncept „spánkového zdraví“ (sleep health), jak doporučuje např. editorial loňského prvního čísla časopisu Sleep (1).

Zdravý spánek probíhá tak, že usneme do dvaceti minut po ulehnutí ve své

oblíbené poloze. Pak se začne zpomalovat mozková aktivita, na EEG se objevují pomalejší a pomalejší vlny, v nejhlubším spánku až takové, že ze záznamu nepoznáme, jde-li „jen“ o hluboký spánek, nebo o bezvědomí. Současně klesá krevní tlak a zpomaluje se akce srdce, zpomaluje se také dech a ostatní tělesné funkce. Zhruba po devadesáti minutách nastoupí první snová fáze, nazvaná podle rychlých pohybů očí (Rapid Eye Movement) REM-fází. Během ní dochází k bouřlivé aktivaci organismu, dech i tep se zrychlují, krevní tlak stoupá, přitom však hloubka spánku je zachována. Sen, který se nám zdá, si můžeme vybavit, pokud se probudíme do pěti minut po jeho skončení. Pokud ne, celý, někdy dobrodružný, někdy fádňí děj, zaspíme. Poté se opakuje devadesátiminutový cyklus hlubokého spánku zakončeného další REM-fází. Jak se blíží ráno, ubývá nejhlubšího a nejtvrďšího spánku a přibývá snů. Smyslem tohoto systému je, abychom se neprobouzeli rovnou „z bezvědomí“, ale abychom byli při probuzení již přece jen trochu čilí.





OBRÁZEK 1

Sny naplňují u mladých lidí něco kolem 20 % doby strávené ve spánku, po čtyřicítce jich trochu ubývá. V seniorském věku je jich ještě méně, souběžně s tím, jak se architektonika spánku rozpadá, je častěji přerušována probouzením a také celková doba strávená ve spánku je většinou kratší. Během REM spánku nám malá pojistka vypne antigravitační svalstvo kolem páteře, abychom nemohli pochodovat a chovat se podle děje, který se odehrává ve snu. Pouze krávy spí i sní vestoje, asi mají jen mírné hezké sny. Pojistku můžeme u pokusných zvířat snadno operativně odstranit, a pak vidíme, co

dělají ve snu. Je zajímavé, že kočky, které byly přes den roztomilé a přítulné, se chovají agresivně, zatímco denní agresivní potvory jsou ve snech těmi nejlaskavějšími zvířátky. U lidí někdy tato pojistka vypadne na počátku degenerativního onemocnění mozku (jako je např. Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, aj.) a objevuje se pak nebezpečná porucha, kdy lidé ve dne hodní a mírní (co se týče rozložení agresivity, je to podobné jako u koček) v noci řádí jak legendární nordičtí bojovníci berserkové a demolují všechno a všechny (2,3).

NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY

Stížnosti na nedostatečný nebo nekvalitní spánek patří k těm

nejčastějším v ordinaci i při běžném hovoru. Přitom však subjektivní pocity



nemusí a většinou ani neodpovídají realitě. Moje osobní zkušenost to potvrzuje. Nějakou dobu jsem se obával, že mě personál spánkové laboratoře, kam jsem posílal své pacienty na vyšetření, bude pokládat za úplného pitomce, protože většina z nich zde celou noc spokojeně prochrupala. Pak mi kolegové vysvětlili, že tak to běžně bývá, a mě opustil mindrák. Lidé často uvádějí víc problémů, než se jich potom v objektivním záznamu vyskytnou.

Dokonce jsou velké studie, které poukazují na to, že pod pojmem „potřeboval bych více spánku“ lidé rozumějí to, že by chtěli přes den víc volného času! Potřeba spánku je velmi individuální, a pokud se pohybuje v rozmezí mezi pěti a devíti hodinami, považuje se to za normu. Teprve za těmito hranicemi se mluví o nedostatečném nebo nadměrném spánku (hyposomnie a hypersomnie).

Proto se steskům na údajně probdělou noc věnuje méně pozornosti a významné je hodnocení toho, jak se člověk cítí přes den. Pokud odvádí standardní výkon, není extrémně ospalý a nemusí si zdřímnout, u starších osob se nevyskytují závratě a pády, považujeme z klinického hlediska spánek za dostatečný. U starších lidí se dokonce nebráníme ani dříve přísně zakazovanému „šlofik“ po obědě. Neměl by však trvat déle než 30–40 minut, aby proběhly jen fáze mělkého spánku a nedošlo na REM fázi (4).

Potřeba odpočinku či kratšího spánku mezi jednou a druhou po poledni nemusí signalizovat žádnou závažnou poruchu. V této době je totiž druhé „dno“ celkové výkonnosti, pozornosti a bdělosti. To první, daleko hlubší, je mezi druhou a čtvrtou hodinou ráno (hodina mezi vlkem a psem), kdy je organismus na svém pesimu, kdy má své „nejslabší

chvilé“. Angličani je nazývají „small hours“ a Němci je označují jako „todte Zeit“ – čas smrti. V této době se odehrává nejvíce malérů a havárií zaviněných lidským faktorem. Komu nestačí statistika dopravních nehod, může se podívat do Černobylu. Druhý kritický úsek je tedy asi hodinu až dvě po poledni. Je sice zcela fyziologický, ale trpí-li jedinec skutečně spánkovou poruchou – tou velmi často bývá spánková apnoe – může zde při mikrosnáních dojít snadno k neštěstí.

Nejčastější stížnost se objevuje na obtíže a problémy s usínáním a je jedno, zda jde o pacienty, sestry ve střídavém provozu, nebo lidi, kteří doktora ani nevyhledali, ale ocitli se v síti nejrůznějších výzkumů. A zase nejčastější příčinou jsou jejich špatné návyky a zlovyky. Pochopitelně jsou i jiné příčiny, ty se však objevují vzácněji a v textu se k nim ještě dostaneme. Dříve než začneme tepat zlovyky, je nutné upozornit na okolnost, kterou sice můžeme ovlivnit, ale kterou máme biologicky zadanou. Je nesporné, že kromě standardních spáčů jsou zde dva typy, které se alespoň zčásti vymykají synchronizaci se světelným dnem, a to skřivánci a sovy. Vznešeně jsou označovány jako osoby se zrychlenou či zpožděnou spánkovou fází.

Biologická podmíněnost a neochota se přeladit dělá se soužití skřivánka a sovy očistec na Zemi a je daleko spíš spouštěčem konfliktů, než povahové rozdíly. Skřivánci chodí spát v devět a straší od půl páté ráno, zatímco sovy ponocují ještě po půlnoci a dostat je před osmou z postele je kumšt. Být sovou se ukazuje jako výhoda při nutnosti sloužit noční směny, také sociálně je to v naší společnosti přijatelnější způsob žití, doporučuji tedy všem skřivánkům, aby se přeladili. Na regulaci fází má vliv jasné bílé světlo. Nikoliv obyčejná



žárovka, protože její spektrum obsahuje málo kýžené 460–480 nm modré. Bolus aplikovaný 2–4 hodiny před hodinou probouzení dotyčnou osobu „přeladí na sovu“ a ta se probudí o 2–4 hodiny později, než to běžně činí. Tedy: probouzí-li se v šest hodin ráno, aplikujeme světlo ve tři hodiny ráno, což posune její vstávání na devátou hodinu. Obdobně můžeme přeladit sovu na skřivánka, pustíme-li na ni bílé světlo v hodině, kdy vstává, a pak ještě jednou za dvě hodiny. Tím její rytmus posuneme zpět o dvě hodiny.

Daleko zajímavější a pro mnoho z nás bližší je nepochopení denního fyziologického rytmu, a především neochota přizpůsobit se mu. Návod na odkazu (5) shrnuje jednoduše pravidla pro klidné

usínání a ručím za to, že bude-li se jimi pacient řídit alespoň dva týdny, jeho problémy při usínání zmizí. Doporučuje se, aby si pacient vedl deník, kde si bude zaznamenávat, co dělal poslední hodiny před ulehnutím.

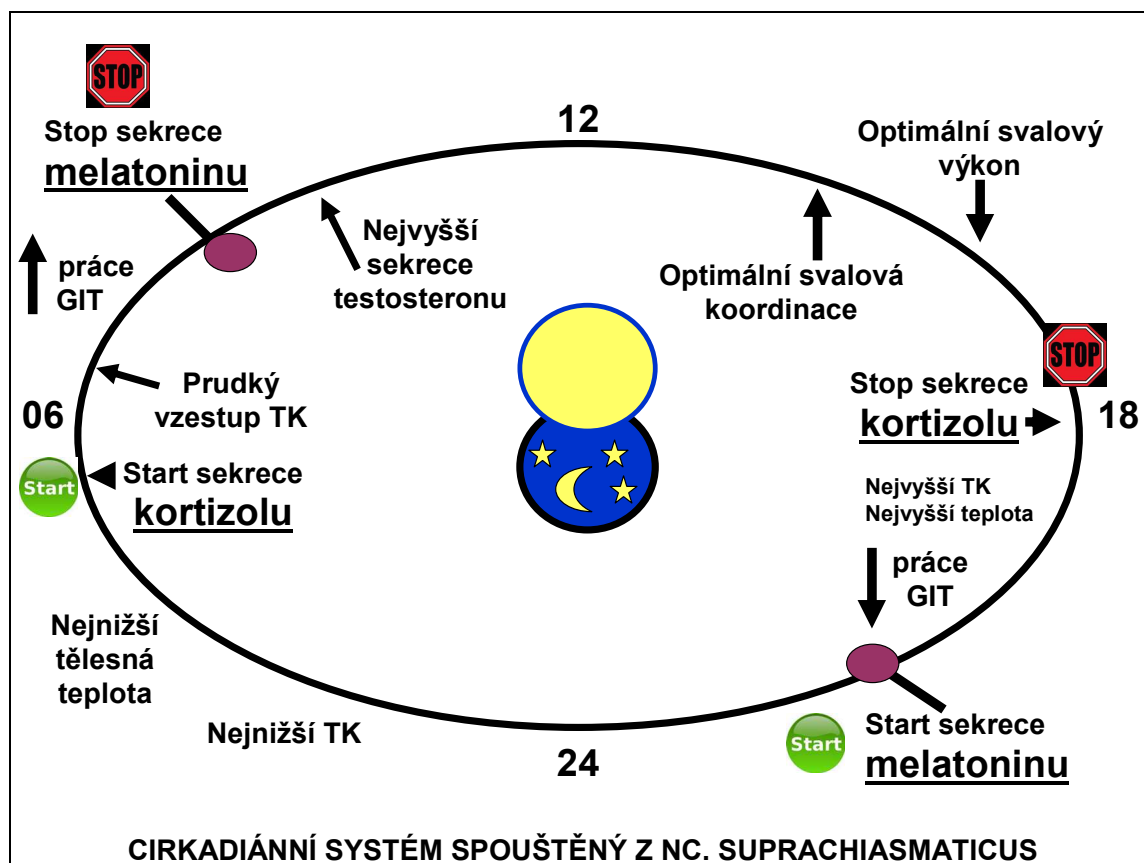
Velice nevýhodná se jeví večerní práce s bílým, resp. namodralým LED osvětlením, doporučují se žárovky, které tohoto světla mají minimum a v USA jsou v současné době v módě oranžové brýle, které si spánkově labilní jedinci mají nasazovat na poslední tři hodiny před usnutím (6). Rovněž signální noční světla mají být zabarvena do oranžova, rozhodně ne do modra.

ŘÍZENÍ CYKLU SPÁNEK – BDĚNÍ

Řízení cyklu spánek – bdění podléhá dvěma systémům, které se navzájem mohou přetahovat, a dokonce působit proti sobě. První je systém homeostatický (v literatuře uváděn také jako S-system), řízený převážně GABAergními mechanismy a ovlivňující především množství spánku. Druhý je systém cirkadiánní (C-system), určující načasování

spánku. Ten je řízen hlavním oscilátorem, jímž je párové jádro *nc. suprachiasmaticus*, k němuž vedou signály z třetích světločivých elementů retiny (objevy r. 2002), intrinsických gangliových buněk. Asi 200 000 gangliových buněk obsahuje pigment melanopsin, který reaguje nejsilněji na modré světlo (7).





OBRÁZEK 2

Homeostatický systém působí v podstatě tím výrazněji, čím déle je člověk vzhůru. S pokračujícím dnem je stále silnější a s nástupem pomalovlnného spánku slábne a ustupuje. Únava a ospalost je výsledkem obsazení příslušných receptorů nejprve adenosinem. Ten lze vyloučit ze hry včasným obsazením receptoru jiným jeho agonistou, a to kofeinem. Spánek přes den zeslabuje účinnost homeostatického mechanismu a posunuje jeho nástup do pozdějších hodin. Další útlumové procesy jsou regulovány GABA, melatoninem a galaninem a propojují se s cirkadiánním systémem. Většina léků používaných proti nespavosti jsou buď deriváty benzodiazepinů, nebo agonisté GABA receptoru.

Cirkadiánní systém působí do jisté míry nezávisle na ospalosti a je řízen

centrálním oscilátorem (reagujícím na sluneční světlo) spolu s řadou cyklicky probíhajících dějů, počínaje sérovými koncentracemi některých neurotransmiterů a dalších molekul, přes tělesnou teplotu, svalovou sílu a koordinaci až po pohyb či klid trávicí soustavy. Oscilátorové systémy jsou přítomny ve většině, ne-li ve všech orgánech až po buněčnou úroveň a mají dost výraznou autonomii, kterou si zachovávají např. i po transplantaci (ledvina odebraná v Kanadě bude první dva dny fungovat podle tamního času).

Melatonin – hormon tmy – je secernován epifýzou, tedy šišinkou, do níž Descartes kladl místo setkání tělesného a duchovního principu. Melatonin nejen zajišťuje útlumové procesy, zároveň je také významným scavengerem – antioxidantem a zametačem volných radikálů.



Jeho sekrece začíná kolem deváté hodiny večerní, končí s ranním světlem a během noci může být u citlivých jedinců dost snadno narušena světelnými podněty, zejména modrým spektrem v délce 460–480 nanometrů. V praxi se doporučuje lidem s poruchami spánku zajistit si na noc skutečně tmu ničím nerušenou (monitor, světelný smog zvenčí, TV, další světelné zdroje atd.). Ještě několik hodin před skončením sekrece melatoninu začne cirkadiánní systém vyplavovat z nadledvinek kortizol jako přípravu na denní stres. Rytmičné střídání melatoninu a kortizolu je možné detekovat a jejich určení může být součástí vyšetření při některých spánkových poruchách (např. narušení nočními směnami).

V ideálním případě se oba systémy ve večerním čase setkají a zajistí kvalitní spánek ve vzájemné spolupráci. Narušení cirkadiánního systému přichází v úvahu při přeletu časových pásem, narušení homeostatického systému bývá nejčastěji způsobeno špatnou spánkovou hygienou, což je zároveň také nejčastější příčina pacienty uváděné „nespavosti“.

Shora uvedené řídicí systémy (GABA, melatonin, galanin, adenosin) můžeme radit k útlumovým, zajišťujícím spánek;

ŘEŠENÍ BĚŽNÝCH SPÁNKOVÝCH PORUCH (HYPOSOMNIE)

Vzhledem k tomu, že většina spánkových poruch souvisí s bídou spánkovou hygienou, je na prvním místě její úprava a vytvoření zdravých stereotypů. Vedení behaviorálního spánkového deníku je alespoň částečnou zárukou kontroly režimu i výsledků terapie. Na záznamech je třeba trvat zvláště tehdy, vyžaduje-li pacient zvýšení dávek hypnotik či sedativ. Nácvič autogenního tréninku je

proti nim stojí systémy, které zajišťují bdělost, především serotoninergní, adrenergní a noradrenergní, cholinergní, dopaminergní a histaminergní (z těch nejdůležitějších). Oba systémy jsou v křehké rovnováze na způsob houpačky a stabilitu bdělého stavu přes den zajišťuje v rámci cirkadiánního řízení systém orexin/hypokretinový (8,9).

Je to peptid, molekula, která chybí pacientům trpícím narkolepsií, a ti proto upadají do náhlého spánku ve chvíli, kdy třeba jen dočasně útlumové systémy dosáhnou převahy. (Důležitá poznámka: orexin je tatáž molekula jako hypocretin; protože byla objevena v tutéž dobu nezávisle na dvou pracovištích, nese tento podvojný název.) Orexin se podílí také na regulaci příjmu potravy, kdy je žádoucí, aby hladový jedinec shánějící potravu byl bdělý. Je aktivován a stimuluje příjem v závislosti na snížených hodnotách plazmatické glukózy v orchestraci s dalšími regulačními látkami (leptin, ghrelin). S dopaminem se podílí na procesech vedoucích k závislostem. Jeho nedostatek u pacientů trpících narkolepsií je příčinou toho, že ani po vysokých dávkách terapeuticky aplikovaných stimulancií nevzniká na tyto – jinak potenciálně návykové látky – žádný návyk.

indikován jako součást režimových postupů.

Benzodiazepiny jsou často používanými a zneužívanými přípravky. Jejich široce inhibiční účinek spočívá ve vazbě na alfa-podjednotku GABA receptorového komplexu, kde podporuje útlumovou složku systému spánek–bdění. Ta spočívá v sedaci, svalové relaxaci, zpomalení psychomotoriky, ústupu



tělesných i psychických příznaků úzkosti a potenciálním vývoji závislosti (u vnímavých osob do 6 týdnů).

Z-hypnotika (zolpidem, zopiclon, eszopiclon, zaleplon, aj.), agonisté GABA receptoru se rovněž vážou na jeho alfa-podjednotku, ale více specificky, takže je menší riziko vzniku závislosti. Většina u nás dostupných hypnotik patří do této skupiny. Všechna jsou pouze na lékařský předpis, nicméně patří k nejužívanějším přípravkům.

Melatonin a agonisté melatoninového receptoru. Ve většině zemí lze zakoupit melatonin jako potravní doplněk, u nás je jeho distribuce vázána na lékařský předpis. Za levnou cenu je však možno objednat melatonin v Bratislavě. Běžně užívaná dávka jak při poruchách spánku, tak při přeletu časových pásem je 3 mg. Z agonistů jeho receptoru je v USA schválen přípravek Remelteon, který údajně nemá nežádoucí účinky ani riziko závislosti (10).

Antihistaminika se mohou uplatnit proto, že histaminový systém se aktivně podílí na udržení bdělého stavu. Běžně prodejné léky této skupiny blokují H₁

receptor. Nedoporučují se pro delší užívání.

Antipsychotika v malých dávkách (quetiapin 25 mg, olanzapin 2,5 mg) inhibují serotonin, noradrenalin, acetylcholin, dopamin, nebo též histamin. Jejich sedativního účinku se běžně využívá při léčbě psychických poruch; pokud jde o primární poruchy spánku, zatím nejsou k dispozici dlouhodobé studie. Jisté je, že oba přípravky mají vzestup hmotnosti mezi častými nežádoucími účinky.

Antidepresiva se sedativním účinkem by se neměla podávat při idiopatické hyposomnii, ale pouze tehdy, jsou-li přítomny příznaky úzkostné či depresivní poruchy.

Blokátor orexinových receptorů. V USA byl schválen a uveden na trh první lék z této skupiny s názvem „suvorexant“. Z mála klinických studií se jeví jako účinný, z pokusu na zvířatech vyplývá riziko poškození plodu v případě těhotenství (11).

MOLEKULY, KTERÉ SE BIOMEDICÍNĚ JEVÍ JAKO DŮLEŽITÉ:

Acetylcholin – je transmitters na nervosvalové ploténce a také jedním z nejvýznamnějších transmitters v CNS a ve vegetativním systému, a to ve všech pregangliových vláknech, ve všech parasympatických postgangliových, a dokonce také v některých sympatických postgangliových (potní žlázy). Působí na dvojí typ receptorů: nikotinové a muskarinové. Jeho působení je následovné: vyvolává kontrakci sfinkteru pupily, aktivuje činnost slinných žláz, na srdci vede ke zpomalení vedení vzruchu a snížení tepové frekvence, dále vede ke kontrakci bronchů a aktivuje v nich sekreci, zvyšuje tonus a sekreci v žaludku a ve střevech, snižuje zde napětí sfinkterů, vyvolává kontrakci žlučníku, zvyšuje exokrinní sekreci pankreatu, aktivuje glykogenezi v játrech, aktivuje tonus a sekreci v tlustém střevě. V močových cestách působí kontrakci močovodu, kontrakci detruzoru močového měchýře a snížené napětí sfinkteru. Vlákná z S₂-S₄ zajišťují erekci.

Adrenalin – patří mezi katecholaminy a vzniká působením enzymu fenyletanolamin-N-metyltransferázy na noradrenalin především v dřeni nadledvin a také v adrenergních



neuronech prodloužené míchy. Adrenalin je jeden z působků zajišťujících na periférii „vyšší obrátky organismu“. Do mozku neprostupuje, ale vede k pocitu úzkosti prostřednictvím signálů o celkové aktivaci z periférie.

Noradrenalin – katecholamin vznikající z dopaminu. Je hlavním regulátorem poplachové fáze stresové reakce. Funkcí noradrenalinu je umožnit krátkodobě v organismu zvýšenou aktivitu. Urychluje srdeční tep, zvyšuje rozklad glykogenu na jednodušší monosacharidy, ale také roztahuje cévy v kosterních svalech a zvyšuje tak jejich oksylichování.

Dopamin – prekurzor dvou předchozích transmiterů vzniká z L-dopa, jež byla vytvořena z esenciální aminokyseliny L-tyrosinu. Vyskytuje se v sympatických (adreneregních) neuronech a v buňkách dřeně nadledvin. V současnosti je znám hlavně jako „hormon odměny“ pro *nc. accumbens* – jedna z látek podstatných pro vývoj závislosti. V CNS působí také jako neurotransmitter regulující motoriku. Ve vyšších dávkách aktivuje a stimuluje srdeční činnost.

Adenosin jako signální molekula se váže na adenosinové receptory, které mají řadu funkcí. V centrální nervové soustavě podporují útlum a spánek a snižují dráždivost neuronů na určité přenašeče, v srdci snižují srdeční frekvenci a tlak.

GABA – kyselina gamaaminomáselná patří mezi inhibující transmitery. Její působení na GABA receptor vyvolá otevření chloridového kanálu a vstup chloridového iontu vede k hyperpolarizaci membrány, a tím k potlačení stimulace neuronu. Má tedy anxiolytický účinek, dále účinky sedativní, myorelaxační a antikonvulzivní.

Galanin je neuropeptid hojně přítomný v mozku, míše a trávicím traktu člověka i ostatních savců. O jeho funkcích toho není mnoho známo, ví se však, že se podílí na inhibici akčních potenciálů v neuronech. Tyto jeho vlastnosti se uplatňují v regulaci cyklu spánku a bdění, vedení a zvládání bolesti, regulaci příjmu potravy a při rodičovském chování. Vykazuje neuroprotektivní aktivitu a podílí se na neurogenezi.

Melatonin je hormon produkováný epifýzou v různém množství, které závisí na světle, tmě a také roční době. Hladiny melatoninu jsou silně závislé na střídání světla a tmy. Jeho produkce je největší právě během tmy a maxima dosahuje mezi druhou a čtvrtou hodinou noční. Ve dne totiž zafunguje suprachiasmatické jádro hypothalamu a zablokuje tvorbu melatoninu v epifýze. U člověka má melatonin vliv na hypotalamo-hypofyzární systém a vzestup jeho hladiny je spojen s nucením ke spánku (ovlivňuje tzv. cirkadiální rytmy). Melatonin se podílí na regulaci celoročního rytmu, tj. střídání období léta a zimy. Snížená produkce melatoninu regulovaná rovněž délkou světelného dne se podílí u mnoha živočichů na odbrzdění produkce pohlavních hormonů v jarním období; tato funkce je u člověka výrazně potlačena.

Většina funkcí melatoninu je zprostředkována přes melatoninové receptory, ostatní působení se vysvětluje jeho mimořádnou antioxidační aktivitou. Poslední výzkumy naznačují, že organismus vyrábí v GIT až 500× víc melatoninu než v epifýze.

Kortizol zvyšuje celkovou pohotovost organismu při zátěžových situacích (stresech, infekčních chorobách, velké tělesné námaze, dlouhodobém hladovění). Jeho účinek na metabolismus by se dal jednoduše popsat jako katabolický, antianabolický a diabetogenní. V játrech má však efekt anabolický. Kortizol se zúčastňuje přeměny všech



základních živin a je obecně charakterizován jako hormon s účinkem na metabolismus všech základních živin, průběh zánětů, dráždivost CNS, emoční stabilitu/labilitu a další děje. Sekrece kortizolu je spouštěna adrenokortikotropním hormonem (ACTH). ACTH má cirkadiánní charakter, s nejvyšší úrovní produkce ráno do 9. hodiny, s nejnižší před usínáním a do půlnoci. Produkce kortizolu cirkadiánní rytmus ACTH pochopitelně kopíruje.

Serotonin: 5-hydroxytryptamin (5-HT) – je indolamin, který vzniká v enterochromafinních buňkách sliznice tenkého střeva a v mozku, krevní destičky nejsou schopny jej syntetizovat, ale mohou jej vychytávat a zase uvolňovat. Má pět typů receptorů a pro své mnohostranné působení zaujímá výjimečné místo mezi neurotransmitery. Může být považován také za jakéhosi dirigenta jejich činnosti. Vytváří se z tryptofanu, esenciální aminokyseliny, jejíž nedostatek v potravě se u citlivých jedinců může projevit propuknutím deprese nebo závažných úzkostných stavů. Tato skutečnost byla opakovaně experimentálně ověřena. Doporučení stravy bohaté na tryptofan není tedy jednou z babských pověr, ale racionální léčebný a preventivní postup.

V CNS se podílí serotonin na mnoha funkcích, zejména regulaci emotivity a impulzivity. Rovněž se podílí na integraci kognitivních funkcí a úrovně vědomí. Nedostatek serotoninu je jedním z atributů deprese a úzkostných poruch. Porucha serotoninové regulace se objevuje také u schizofrenie.

LITERATURA:

1. Buysse D. J. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*, 2014;37(1):9-17
2. St Louis E. K.: Key sleep neurologic disorders: Narcolepsy, restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease, and REM sleep behavior disorder. *Neurol Clin Pract*. 2014 Feb;4(1):16-25
3. Veauthier C.: Sleep disorders in multiple sclerosis. Review. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2015 May;15(5):546
4. Ancoli-Israel S.: Sleep Is Not Tangible or What the Hebrew Tradition Has to Say About Sleep. *Psychosom Med*, 2001;63:778-787
5. <http://psychologie.cz/co-delat-kdyz-nemuzete-usnout/> (dostupné 10.4.2015)
6. http://well.blogs.nytimes.com/2015/04/07/can-orange-glasses-help-you-sleep-better/?_r=0 (dostupné 10.4.2015)
7. Krystal A. D., Benca R. M., Kilduff TS. Understanding the sleep-wake cycle: sleep, insomnia, and the orexin system. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(suppl 1):3-20
8. Beuckmann C. T., Yanagisawa M.: Orexins: from neuropeptides to energy homeostasis and sleep/wake regulation. *J. Mol. Med. (Berl)*. 2002 Jun;80(6):329-342
9. Mieda M., Sakurai T.: Overview of orexin/hypocretin system. In Stephen G. Waxman, Donald G. Stein, Dick F. Swaab and Howard L. Fields, editors: *Progress in Brain Research*, Vol. 198, Amsterdam, The Netherlands, 2012, pp. 5-14



10. Johnson M. W., Suess P. E., Griffiths R. R. Ramelteon: a novel hypnotic lacking abuse liability and sedative adverse effects. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006;63(10):1149–1157

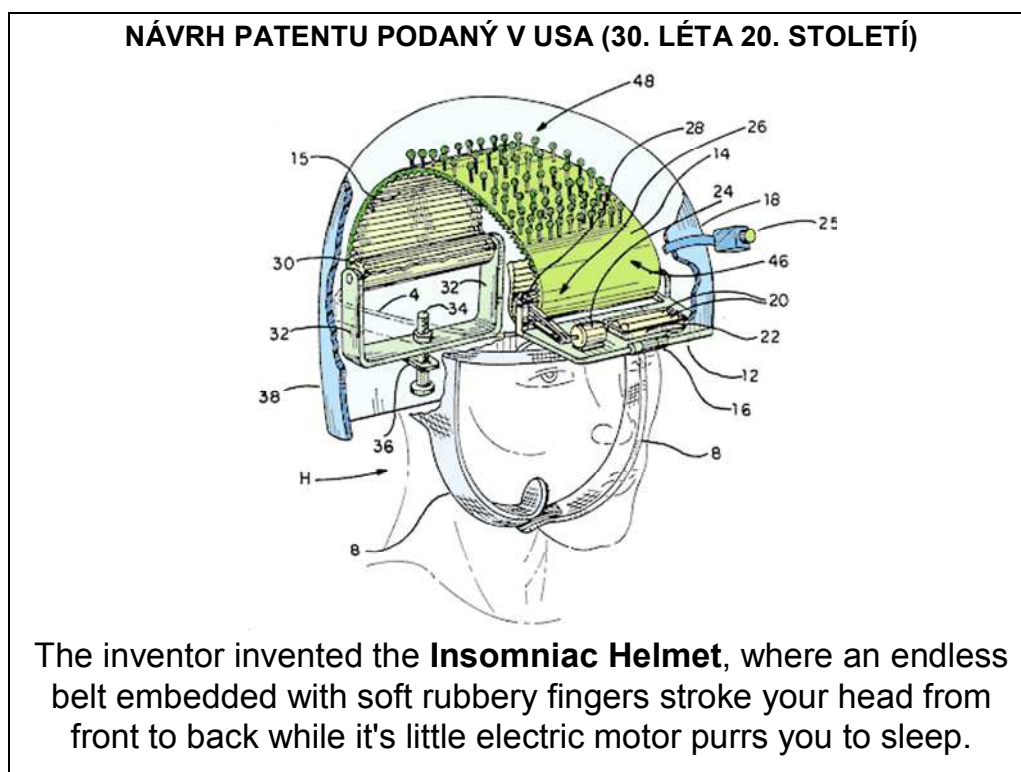
11. Herring W. J., Snyder E., Budd K., et al. Orexin receptor antagonism for treatment of insomnia: a randomized clinical trial of suvorexant. *Neurology.* 2012;79(23):2265–2274

Praha – 11. dubna 2014

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Korespondenční adresa: radkinh@seznam.cz

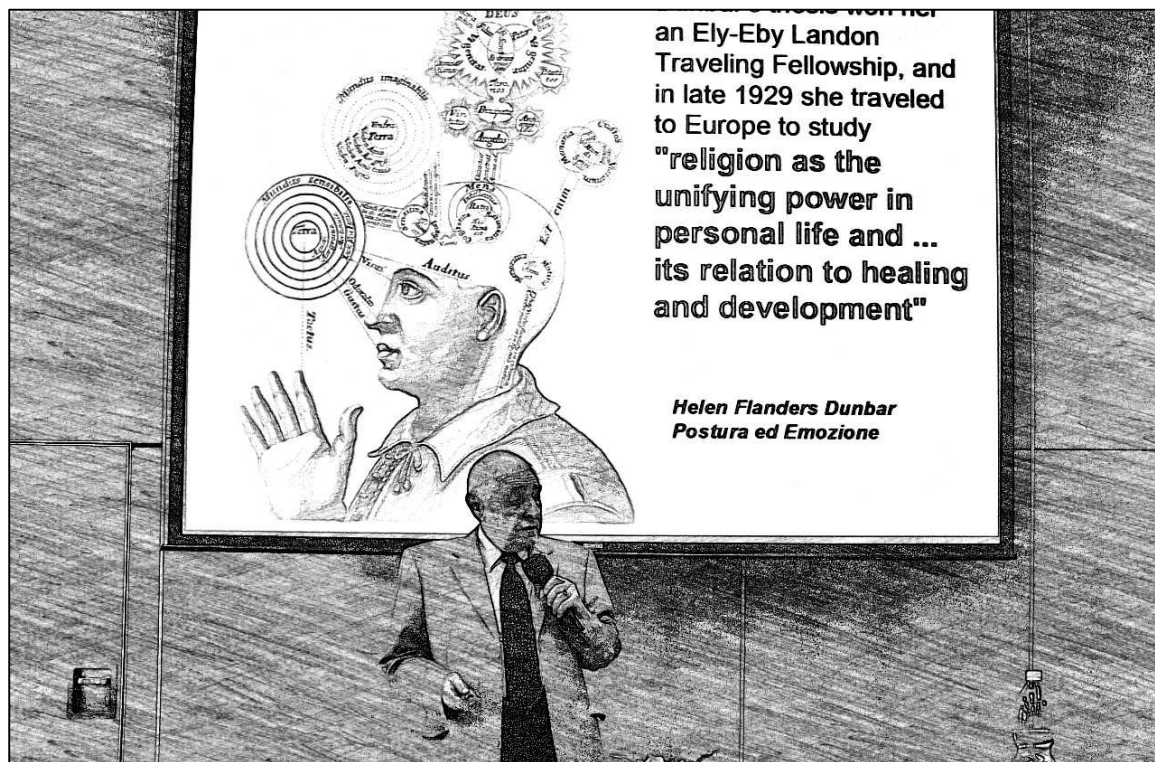
Střet zájmů: žádný



OBRÁZEK 3



TEORIE



STACKEOVÁ D.: VYUŽITÍ KINEZIOTERAPIE V TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ

ABSTRAKT: VYUŽITÍ KINEZIOTERAPIE V TERAPII PSYCHOSOMATICKÝCH PACIENTŮ, PSYCHOSOM 2015; 13(2), S.102-112

Pozitivní vliv pohybové aktivity na psychiku je věcí obecně známou. Příspěvek přináší informaci o možnosti využití cílené pohybové aktivity v terapii psychiatrických a psychosomatických pacientů neboli kinezioterapie. Její indikace vychází ze znalosti psychosomatických vztahů v rámci pohybového systému a z poznatků o specifickém vlivu jednotlivých druhů/typů pohybové aktivity na psychiku.

Vliv pohybu na psychiku lze obecně popsat jako anxiolytický, antidepressivní a abreaktivní (ve smyslu odreagování od stresu). Kromě těchto účinků pohybu můžeme v cílené terapii využít i specifických psychosomatických vazeb, např. balanční schopnosti a stabilita se zhoršují při vyšší hladině úzkosti a naopak – balanční cvičení úzkostné prožívání snižují.



K pochopení vlivu pohybové aktivity na psychiku významně přispěl také Csikszentmihalyiho koncept prožitku flow. Jde o prožitek pohroužení do prováděné aktivity, při kterém prožíváme vnitřní harmonii a uspořádanost, uspokojení pouze z provádění dané činnosti bez vazby na její výsledek, přestáváme vnímat čas a pocítujeme schopnost dokonalého soustředění a vnitřního klidu. Prožitek flow při pohybové aktivitě může být velmi intenzivní s meditačním nábojem a může být významným faktorem zvyšujícím kvalitu života.

Většina vědeckých studií se shoduje v tom, že právě u psychiatrických a psychosomatických pacientů vykazuje pohybová aktivita větší efekt než u osob zdravých. U těch se preventivní vliv pohybové aktivity na psychiku nazývá kinezioprotekce. Bylo jí věnováno mnoho pozornosti ve sportovní psychologii. U výkonnostních sportovců bývá vlivem provádění dané sportovní aktivity popisováno lepší psychické zdraví. Zásadní studie zabývající se touto problematikou byla provedena s použitím testu POMS pro diagnostiku psychického stavu. Zjistilo se, že sportovci vykazují nižší hodnoty v položkách T, D, A, F a C a vyšší hodnoty v položce V. Tento jen se nazývá „iceberg profile“. Psychologické benefity pohybové aktivity jsou často hlavním motivačním faktorem u řady jedinců, kteří se různým druhům cvičení a kondičnímu sportování věnují.

Pohybová aktivita kromě zmíněných účinků také významně ovlivňuje vnímání těla, které se stává „reálnější“ (vyšší aferencí z proprioreceptorů), a může se měnit i vztah k tělu, které přináší nové prožitky pohybu v prostoru, zprostředkuje změnu psychického stavu a to vše může sehrát důležitou roli v prevenci vzniku i v terapii psychosomatických onemocnění. V neposlední řadě může být pohyb i prostředkem, jak měnit tělesnou hmotnost a vzhled těla, které se pak stává „produktem“ naší vůle a to významně mění náš vztah k němu. Na druhou stranu tento aspekt pohybové aktivity může být i zdrojem potencionální patologie u disponovaných jedinců, např. u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy.

KLÍČOVÁ SLOVA: pohybová aktivita, psychosomatika, kinezioterapie

ABSTRACT: STACKEOVA, D.: KINESIOTHERAPY IN PSYCHOSOMATIC PATIENTS THERAPY. PSYCHOSOM 2015; 13(2), PP. 102- 112

Psychological benefits of physical activity are popularly known. This article offers information about application of physical activity in psychiatric and psychosomatic patients' therapy – so called kinesiotherapy. Its indication is based on psychosomatic relations of movement apparatus knowledge and knowledge of specific psychological effect of different types of physical activity.

Psychological benefits of physical activity are in general anxiolytic, antidepressive and abreactive effect (i.e. stress abreaction). Besides that we can use specific psychosomatic relations in applied therapy, f.e. balance abilities and stability get worse as a result of higher anxiety and the other way around – balance exercises can reduce anxiety.



Concept „flow experience“ by Csikszentmihalyi was very useful in understanding psychological effect of physical activity. Flow is experience of becoming absorbed, harmony and orderliness, satisfaction with only doing the activity independently on its result. This is experience when we don't perceive time, we feel perfect concentration and inner peace. Flow experience can be very intensive, near meditation experience, and it can be important factor of quality of life improving.

The most of research studies found out that physical activity has higher effect in psychiatric and psychosomatic patients than in healthy persons. In these it is called kinesioprotection and it is one of the main research subjects of sport and exercise psychology. Performance athletes have better psychical health than non-athletes. The POMS test for actual psychical state diagnostic was used in essential research study focused on this problem. Its result was that performance athletes have lower values in T, D, A and F items a higher value in V item – this is called “iceberg profile”. Psychological benefits of physical activity are often the main motivation factors in persons who do sports and fitness exercises regularly.

Except the above mentioned benefits of physical activity it improves Physical Self – it is more “realistic” (thanks to more intensive proprioception), and it can change the relationship to the own body too. The body brings new experience of movement in space, causes actual psychical state's change and that can play important role in psychosomatic diseases prevention and therapy.

Last but not least the physical activity can be the way how to reduce body weight and to change body shape. In this case our body becomes product of our strong will and it can change our relationship to the own body. On the other hand it can be reason of potential pathology in persons with predisposition to this, as f.e. in patients suffering from eating disorders.

KEY WORDS: physical activity, psychosomatic, kinesiotherapy

ÚVOD

Efekt kinezioterapie neboli využití cílené pohybové aktivity v terapii psychiatrických a psychosomatických pacientů je vědeckými studii prokázán, v naší praxi však ne plně využíván. I to mne vedlo k sepsání příspěvku, který si vám dovoluji předložit.

Vztah mezi pohybovou aktivitou a aktuálním psychickým stavem byl zkoumán mimo jiné také sportovními psychology. Výsledky jejich vědeckých studií mohou být přínosné i pro klinickou praxi. Zatímco pro výkonnostního sportovce je důležitá otázka jak

vyladit psychický stav před soutěží, aby dosáhl maximálního výkonu, pro účastníky kondičních pohybových aktivit je pohybová aktivita prostředkem k upevnění zdraví a k dosažení psychické pohody a určitým „obohacím života“. Tento vliv nazývá Hošek (2007a) kinezioprotekcí. Pro pacienty pak může být pohyb prostředkem s terapeutickým vlivem. Fakt, že má pozitivní vliv na psychiku, je obecně dobře znám. Zásadní otázkou je, zda je možno tento vliv blíže specifikovat, zda je možno určit optimální pohybový režim z pohledu



maximalizace jeho psychologických benefitů. Na to se pokusím odpovědět s vědomím toho, že určit v tomto smyslu obecná doporučení je obtížné, protože pocit psychického komfortu neboli pohody je subjektivní, u každého z nás

podmíněný jinými parametry. Je vždy spojen s určitým somatickým stavem, vliv dané pohybové aktivity je do značné míry předurčen naší motivací a postojem k ní i tím, jak se nám v ní daří.

VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA PSYCHICKÝ STAV

Pokud hovoříme o vlivu pohybové aktivity na psychický stav, můžeme jej obecně charakterizovat jako vliv abreaktivní (ve smyslu přeladění a odreagování stresu), anxiolytický a antidepresivní (Weinberg, Gould, 1995, Folkins, Sime, 1981, Buckworth, Dishman, 2002). Míra tohoto vlivu a délka jeho trvání je dána řadou faktorů, jak vnitřních (osobnostní faktory, výchozí psychický a somatický stav, zkušenost s danou pohybovou aktivitou a vztah k ní), tak vnějších (typ dané pohybové aktivity, její intenzita, délka trvání a další). Rovněž tak nelze tyto vlivy úplně oddělovat, jelikož jsou vzájemně provázány, např. anxiolytický vliv souvisí s odreagováním stresu apod., a mohou se potencovat.

První výzkumy v oblasti vlivu záměrné pohybové aktivity na náladu (Weinberg, Gould, 1995) byly ve většině případů prováděny na běžcích. Popisuje se „běžecká špička („runner’s high“) jako pocit pohody, relaxace a euforie po běhu. Tento vliv byl zpočátku připisován především produkci endorfinů, jeho mechanismy jsou však složitější (v úvahu přichází vliv pravidelného rytmu pohybu, změna dýchání a další).

V pozdějších výzkumech byl často srovnáván vliv aerobní a anaerobní pohybové aktivity na náladu. Výsledky těchto studií však nebyly jednotné, a to jak z důvodu metodologické náročnosti organizace podobných sledování, tak z důvodu vlivu dalších faktorů, které

ovlivňují konečný psychický stav sledovaných probandů. Nicméně jogging a další druhy aerobní pohybové aktivity jsou častěji užívány v terapii depresivních pacientů (Greist, Klein, Eischens, et al., 1979, McCann, Holmes, 1984, Hughes, 1984, Martinsen, Medhus, Sandvik, 1985, Harris, 1987).

Touto problematikou se zabýval Raglin (2001), který rovněž zdůrazňuje rozdílnost vlivu pohybové aktivity jak podle jejího druhu, tak podle individuality účastníka. Aerobní aktivita podle něj má výrazný vliv na snížení anxiozity a depresivity, který trvá několik hodin a přímo nezávisí na intenzitě aktivity. Silový trénink má podle něj výrazný vliv na redukcii anxiozity u těch osob, které mají vysokou tzv. rysovou úzkost (osobnostní rys). Dále uvádí jako další autoři rozdíl v efektu pohybové aktivity na aktuální psychický stav u psychicky zdravých osob a pacientů trpících úzkostnými nebo depresivními poruchami, kde pohybová aktivita vykazuje vysoký terapeutický efekt (Raglin, 2001, Tkachuk, Martin, 1999). Byl zjištěn pozitivní účinek pohybové aktivity i v terapii jiných psychických onemocnění, rovněž tak přispívá k redukcii menopauzálních symptomů (Slaven, Lee, 1997). U nás zpracovala koncept využití pohybu v terapii psychiatrických pacientů (kinezioterapie) Hátlová (2003). Daná pohybová aktivita může s sebou nést i negativní aspekty v situaci,



kdy se stává kompenzací, resp. hyperkompenzací jiných problémových oblastí života (Brewer, Petrie, 2002). I když může dojít k dočasné pozitivní změně aktuálního psychického stavu vlivem pohybové aktivity, konečný dopad může být naprosto negativní. Bývá popisována závislost na pohybu, která může vést k vážnému sebepoškození.

U výkonnostních sportovců bývá vlivem provádění dané sportovní aktivity popisováno lepší psychické zdraví. To bylo prokázáno v rozsáhlé studii s použitím testu POMS (viz dále) pro diagnostiku psychického stavu. Bylo zjištěno, že sportovci vykazují nižší hodnoty v položkách T, D, A, F a C a vyšší hodnoty v položce V. Tento jev se nazývá „iceberg profile“ (Morgan, 1980, Berger, B. G., & Owen, D. R., 1988). Pro úplnost a přesné pochopení uvádím základní informace o užití diagnostické metodě:

POMS (Profile of Mood States)

Test POMS je jednou z nejužívanějších diagnostických metod pro měření APS (LeUnes, Burger, 1998). Autoři tohoto testu jsou Douglas McNair, Maurice Lorr a Leo F. Droppleman (1971, vydal Educational and Testing Service, U.S.A., 1981). Českou verzi zpracoval prof. František Man. Jeho název ve volném překladu znamená „profil nálady“.

Test obsahuje šest položek:

1. Tension – Anxiety (napětí – úzkost)

Adjektiva skórující pro tuto položku označovanou T popisují míru svalového napětí, které má své projevy somatické i psychomotorické. Jde o pocit napětí, třes, podrážděnost, neklid, úzkost a nervozitu apod.

2. Depression – Dejection (deprese – sklíčenost)

Tato položka, označovaná D, je testována pomocí adjektiv charakterizujících pocity vlastní ceny resp. bezcennosti, nevýznamnosti, emocionální izolovanosti a pocity bezvýchodnosti a neštěstí (jde o výrazy jako nešťastný, zarmoucený, smutný, rozmrzelý, zoufalý, bezcenný, osamělý apod.).

3. Anger – Hostility (hněv, zlost – nepřátelství)

Tato položka, označovaná A, je testována pomocí adjektiv charakterizujících pocity zlosti, hněvu a antipatie vůči ostatním lidem (jde o výrazy jako rozhněvaný, nepřátelský, popudlivý, zlomyslný, nevraživý apod.).

4. Vigor – Activity (energičnost – aktivita)

Tato položka, označovaná V, je testována pomocí adjektiv popisujících stavu aktivity a dostatku energie (jde o výrazy jako živý, aktivní, energický apod.).

5. Fatigue – Inertia (únava – netečnost)

Tato položka, označovaná F, je testována pomocí adjektiv popisujících únavu, netečnost, nedostatek energie (jde o výrazy jako vyčerpaný, netečný, unavený, loudavý apod.).

6. Confusion – Bewilderment (nepořádek – zmatek)

Tato položka, označovaná C, je popisována adjektivy jako nepořádný, zmatený, neschopný koncentrace, popletený apod.

Dotazník obsahuje řadu adjektiv (65) charakterizujících zmíněné stavy, jejichž míra je vyjádřena pětibodovými numerickými škálami s verbálním zakončením.

Stackeová (2007) tento test použila ve studii zaměřené na změnu aktuálního psychického stavu vlivem posilovacích cvičení ve fitness centru. U položek T, D



a A došlo ke statisticky významnému snížení průměru dané hodnoty po absolvování tréninkové jednotky a u položky V ke statisticky významnému zvýšení dané hodnoty po absolvování tréninkové jednotky. Nebyly zjištěny rozdíly u mužů a u žen.

K pochopení vlivu pohybové aktivity na psychiku významně přispěl Csicskszentmihalyiho koncept prožitku flow. Jde o prožitek pohroužení do prováděné aktivity, při kterém prožíváme vnitřní harmonii a uspořádanost, uspokojení pouze z provádění dané činnosti bez vazby na její výsledek, přestáváme vnímat čas a pociťujeme schopnost dokonalého soustředění a vnitřního klidu. Tento prožitek nám může zprostředkovat pohybová aktivita, ovšem

individuálně velmi různá, záleží na naší motivaci, individuálních dispozicích, zkušenostech a postojích. Prožitek flow při pohybové aktivitě může být velmi intenzivní, s meditačním nábojem. Hošek (2007a) zdůrazňuje jeho význam pro kvalitu života.

Zmíněné prožitky a změny APS zprostředkované pohybovou aktivitou mohou hrát zásadní roli v motivaci kondičně cvičících a sportujících, čemuž byla věnována řada studií (Weyerer, Kupfer, 1994, Taylor, Sallis, Needle, 1985), které svědčí o tom, že mají stejnou, ne-li větší důležitost než motivy výkonové či estetické.

ANXIOLYTICKÝ VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA PSYCHIKU

Zatímco antidepresivní vliv pohybové aktivity bývá přičítán spíše produkci látek, jako jsou endorfíny, anxiolytický vliv je zprostředkován pravděpodobně především změnou stavu svalového systému. Roli mohou hrát i další faktory, např. opakování určitého pohybu v pravidelném rytmu působí anxiolyticky.

Svalové napětí a jeho distribuce jsou významně ovlivněny naší psychikou. Obecně lze říci, že ve stresu, který je vždy provázen zvýšeným napětím až úzkostí, svalový tonus stoupá, ovšem nerovnoměrně, a v některých svalových skupinách paradoxně dokonce klesá – dochází tedy vlivem stresu k redistribuci svalového napětí. To má za následek porušení dynamické svalové rovnováhy mezi fázičnými a posturálními svaly a vzniká či prohlubuje se svalová dysbalance, popisovaná v klinických oborech. Psychika je tedy jedním z možných

faktorů, které hrají roli při jejím vzniku či zhoršení.

Emoční faktory ovlivňují rovněž funkci posturálního svalového systému a stabilitu. Při úzkosti dochází ke zhoršení kvality funkce posturálního svalového systému a stability. Tento vztah vedl k realizaci studie, ve které byly balanční cviky aplikovány v terapii jedinců s úzkostnými poruchami a bylo dosaženo pozitivních změn psychického stavu vlivem tohoto cvičení (Stins et al., 2009). Stins (2009) rovněž zaznamenal anomálie ve funkci posturálního systému u dětí se zvýšenou hladinou úzkosti. Redfern et al. (2007) zjistili, že osoby trpící generalizovanou úzkostnou poruchou a panickými atakami s agorafobií reagují jinak než kontrolní skupina osob ve studii zjišťující posturální senzitivitu; osoby se zmíněnými poruchami byly více závislé na zrakových podnětech (Redfern et al., 2007).



Feldenkreis (<http://www.feldenkrais.com/download/senseability/sense24.pdf>) popisuje změny svalového napětí jako obrannou reakci, která přichází v situaci ohrožení nebo má vztah ke stresu dlouhodobého charakteru. Podobně je změna svalového napětí jako specifická obranná reakce popisována v Lowenově bioenergetické analýze.

Mechanismy vlivu úzkosti na pohybový systém byly nejčastěji sledovány u pacientů trpících některou z úzkostných poruch. U těchto pacientů se často setkáváme s myalgii (Goodman et al., 2007). Nejčastějším společným nálezem je zvýšené svalové napětí (Hoehn-Saric et al., 2004), které bývá v klinické praxi označováno také jako limbický hypertonus. Nález vegetativních změn není u úzkostných poruch zdaleka tak konzistentní jako právě nález zvýšeného svalového napětí (Hoehn-Saric et al., 2004).

Emoční stav ovlivňuje kromě stavu svalového systému bezprostředně také proces dýchání, který má rovněž významný vliv na distribuci svalového napětí a další tělesné funkce. Při úzkosti se dech zrychluje, je povrchní a převažuje horní typ dýchání. Dochází jak k okamžité změně, tak (při dlouhodobě přetrvávajícím emočním ladění) k trvalé změně dechového stereotypu. Vzhledem k tomuto úzkému vztahu mezi dýcháním a prožíváním můžeme také využít dechová cvičení pro regulaci psychického stavu.

Při změně dýchání se u jedinců trpících úzkostí aktivují svaly v oblasti krku, ramen a šíje, což vede k protrakci a elevaci ramen a kraniálnímu posunu bránice. Dochází k prodloužení aktivní

expirace v klidu a typickému nádechovému postavení hrudníku. V důsledku aktivního výdechu chybí přirozená odpočinková pauza mezi nádechem a výdechem. Klesne také plicní ventilace, obzvláště v některých částech, a hrozí vyšší riziko bronchitidy, zápalu plic i jiných podobných poruch (Bunkan, 2008). Výzkumy ukázaly, že 80 % těch, kdo trpí chronickými respiračními chorobami, splňuje též diagnostická kritéria pro úzkostné a depresivní poruchy (Kunik et al., 2005). Zhoršená funkce bránice má dopad na funkci vnitřních orgánů a může se podílet na vzniku jejich chorob. Při sníženém rozsahu pohybu bránice je omezeno prokrvení pánevního dna a celé pánevní oblasti, což ovlivňuje funkci orgánů zde uložených (Møller et al., 2001; Bunkan, 2008). Hrozí sexuální poruchy, poruchy menstruačního cyklu, vznik hemoroidů či poruchy močení, popřípadě vznik syndromu bolestivé pánve u žen (Kirste et al., 2002). U pacientů s panickými atakami byla zjištěna nižší klidová hladina CO₂ ve srovnání s pacienty s generalizovanou úzkostnou poruchou a zdravými osobami (Hegel et al., 1997).

Obecně lze říci, že změny respiračních funkcí mají vliv na dechový stereotyp, a tím ovlivní svalové napětí ve svalech podílejících se na dýchání. To může podpořit vznik bolestivých stavů pohybového systému, které působí na naši psychiku jako stresový faktor a mimo jiné opět ovlivňují funkci hybného systému. Tak vznikne „začarovaný kruh“ neustálého prohlubování obtíží. Pohybová aktivita je jednou z možností, jak jej přerušit. Celkově může být jedním z velmi efektivních postupů v terapii pacientů trpících patologickou úzkostí.



VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ

Kromě zmíněných účinků pohybová aktivita významně ovlivňuje vnímání těla. Tělo se stává „reálnější“ (vyšší aferencí z proprioreceptorů), může se měnit i vztah k tělu, které přináší nové prožitky pohybu v prostoru a zprostředkuje změnu psychického stavu. To vše může sehrát důležitou roli v prevenci vzniku i v terapii psychosomatických onemocnění. V neposlední řadě může

být pohyb prostředkem jak měnit tělesnou hmotnost a vzhled těla, které se pak stává „produktem“ naší vůle. Tím se významně mění i náš vztah k němu. Na druhou stranu tento aspekt pohybové aktivity může být zdrojem potenciaální patologie u disponovaných jedinců, například u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy.

ZÁVĚR: JAK APLIKOVAT UVEDENÉ VĚDECKÉ POZNATKY V PRAXI?

Z uvedených poznatků pro praxi vyplývá:

- Při jakýchkoliv aktivitách zaměřených na zvýšení kondice obecně je psychologickým efektem vzrůst celkové psychické odolnosti a zlepšení psychického ladění (viz „iceberg efekt“).
- Pohybovou aktivitou zaměřenou na zlepšení kvality funkce pohybového systému ve smyslu harmonizace svalového tonu, zlepšení funkce posturálního systému, zlepšení stability a zlepšení dechových funkcí můžeme cíleně ovlivnit psychické ladění – snížit napětí a úzkost.
- Pohybová aktivita převážně aerobního charakteru (neboli vytrvalostní) působí „euforizačně“, tudíž vykazují efekt u pacientů s depresivním syndromem.
- Pohybová aktivita silového charakteru prostřednictvím zvýšené aference z proprioreceptorů zlepšuje kognitivní složku tělesného sebepojetí – reálnější vnímání těla může hrát významnou roli v prevenci i terapii psychosomatických onemocnění.
- Pro dosažení zmíněných psychologických benefitů pohybové aktivity je nezbytné akceptovat individuální adherenci a motivaci v této oblasti. Hošek (Hošek 2007b) doporučuje vytvořit vlastní „cvičební niku“ neboli preferenci takové pohybové aktivity, která nám přináší pocity spokojenosti a pohody.

Do redakce přišlo 26. 1. 2015

Po recenzi přijato k tisku 30. 3. 2015

Střet zájmů: žádný

LITERATURA

1. Beginner's Guide to Feldenkrais Method Lessons [online]. *Senseability (A newsletter of applications of the Feldenkrais method of somatic education written by Guild*
2. *Certified Feldenkrais Teachers*). 2002, 24, 3 cit. 2011-10-01]. Dostupné z <http://www.feldenkrais.com/download/senseability/sense24.pdf>



3. BERGER, B. G., OWEN, D. R. Stress reduction and mood enhancement in four exercise modes: Swimming, body conditioning, Hatha yoga, and fencing. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 1988, 59, 148-159. ISSN 0270-1367
4. BREWER, B. W., PETRIE, T. A. Psychopathology in Sport and Exercise. In Van Raalte, J. L., Brewer, B. W. (eds.). *Exploring Sport and Exercise Psychology*. USA : APA Books, 2002. ISBN 978-1557983558
5. BUCKWORTHE, J., DISHMAN, R., K. *Exercise psychology*. USA : Human Kinetics, 2002. ISBN 978-0736000789
6. BUNKAN, B. H. *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS 2001, 2008. ISBN 978-82-05-35-184-4
7. FOLKINS, C. H., SIME, W. E. Physical fitness training and mental health. *American Psychologist*. 1981, 36, 373-389. ISSN 0003-066X
8. GOODMAN, C. C., KELLY SNYDER, T., E. *Differential Diagnosis for Physical Therapists- screening for Referral*. Missouri : Saunders, Elsevier Inc., 2007. ISBN 978-0-7216-0619-4
9. GREIST, J. H., KLEIN, M., H., EISCHEMS, R., R., FANS, J., GURMAN, A., S., MORGAN, W., P. Running as a treatment for depression. *Comprehensive Psychiatry*. 1979, 20, 41-54. ISSN: 0010-440X
10. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0
11. HARRIS, D., V. Comparative effectiveness of running therapy and psychotherapy. In MORGAN, W. P., GOLDSTON, S. E. (Eds.), *Exercise and mental health*. Washington, DC: Hemisphere, 1987. ISBN 0891165649. s. 123-130
12. HEGEL, M., T., FERGUSON, R. Psychophysiological Assessment of Respiratory Function in Panic Disorder: Evidence for a Hyperventilation Subtype. *Psychosomatic Medicine*. 1997, 59, 224-230. ISSN 0033-3174
13. HOEHN-SARIC, R., Mc LEOD, D. R., et al. Somatic Symptoms and Physiologic Responses in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. An Ambulatory Monitor Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004, 61, 913-921. ISSN 0003-990x
14. HOŠEK, V. Kinezioprotekce kvality života a kinezioterapie duševních poruch. In HOŠEK, V., TILINGER, P. (eds.), RYCHTECKÝ, A. (rec.) *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých*. 1.vyd. Praha : FTVS UK, 2007 (a). ISBN 978-80-86317-53-3. str. 5-8
15. HOŠEK, V. Sport a osobní pohoda. In HÁTLOVÁ, B., WAIC, M. (recs.), FIALOVÁ, L. (ed.) *Wellness, zdraví a životní styl*. Vyd. 1. Praha : FTVS UK, 2007 (b). ISBN 978-80-86317-54-0. str. 41-48
16. HUGHES, J. R. Psychological effects of habitual aerobic exercise: A critical review. *Preventive Medicine*. 1984, 13, 66-78. ISSN 0091-7435
17. KIRSTE, U., HAUGESTAD, G. K. Kroniske Bekkensmerter hos Kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002, 122, 1223-7. ISSN 0029-2001



18. KUNIK, M. E., ROUNDY, K., VEAZEY, C. et al. Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. American College of Chest Physicians. *Chest*. 2005, 127, 1205-1211. ISSN 0012-3692
19. MØLLER, T., HEGNA, E. A. Behandling i Angstgruppe- nytte og utbytte. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2001, 20, 121, 2370-2. ISSN 0029-2001
20. LEUNES, A., BURGER, J. Bibliography on the Profile of Mood States in sport and exercise, 1971-1998. *Journal of Sport Behavior*. 1998, 21, 53-70. ISSN: 0162-7341
21. MARTINSEN, E. W., MEDHUS, A., SANDVIK, L. Effects of aerobic exercise on depression: A controlled study. *British Medical Journal*. 1985, 291, 109. ISSN 0959-8154
22. McCANN, I. L., HOLMES, D. S. Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984, 46, 1142-1147. ISSN 0022-3514
23. McNAIR, D. M., LORR, M., DROPPLEMAN, L. F. Manual for the Profile of Mood States. San Diego: Educational and Industrial Testing Services, 1971
24. MORGAN, W. P. Test of champions: The iceberg profile. *Psychology Today*. 1980, 14, 92-99, 102, 108. ISSN 0033-3107
25. RAGLIN, J. Physical Activity and Mental Health : A Complex Relationship. In *Perspectives and Profiles – Book of Abstracts of the 6th Annual Congress of the European College of Sport Science and 15th Congress of the German Society of Sport Science in Cologne, 24-28. 7. 2001*. Germany, Cologne : Sport und Buch Strauss GmbH, 2001. ISBN 3-89001-235-3. s. 26
26. REDFERN, M. S., FURMAN, J. M., JACOB, R. G. Visually Induced Postural Sway in Anxiety Disorders. *J Anxiety Disord*. 2007, 21, 5, 704-716. ISSN 0887-6185
27. SLAVEN, L., LEE, CH. Mood and symptom reporting among middle-aged women: The relationship between menopausal status, hormone replacement therapy, and exercise participation. *Health Psychology*. 1997, 16, 3, 203-208. ISSN 0278-6133
28. STACKEOVÁ, D. Psychological Benefits of Fitness - Possibilities of Actual Psychical State Changes. *Acta Universitatis Carolinae, Kinantropologica*. 2007, 43, 2, 27-33. ISSN 1212-1428
29. STINS, J. F., LEDEBT, A., EMCK, C., et al. Patterns of Postural Sway in High Anxious Children. *Behavioral and Brain Functions*. 2009, 5, 42, 1-9. ISSN 1744-9081
30. TAYLOR, C. B., SALLIS, J. F., NEEDLE, R. The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*. 1985, 100, 195-201. ISSN 0033-3549
31. TKACHUK, G. A., MARTIN, G. L. Exercise Therapy for Patients With Psychiatric Disorders: Research and Clinical Implications. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1999, 30, 3, 275-282. ISSN 0735-7028
32. WEINBERG, R. S., GOULD, D. *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. USA : Human Kinetics, 1995. ISBN 0-87322-812-x
33. WEYERER, S., KUPFER, B. Physical exercise and psychological health. *Sports Medicine*. 1994, 17, 108-116. ISSN: 0112-1642

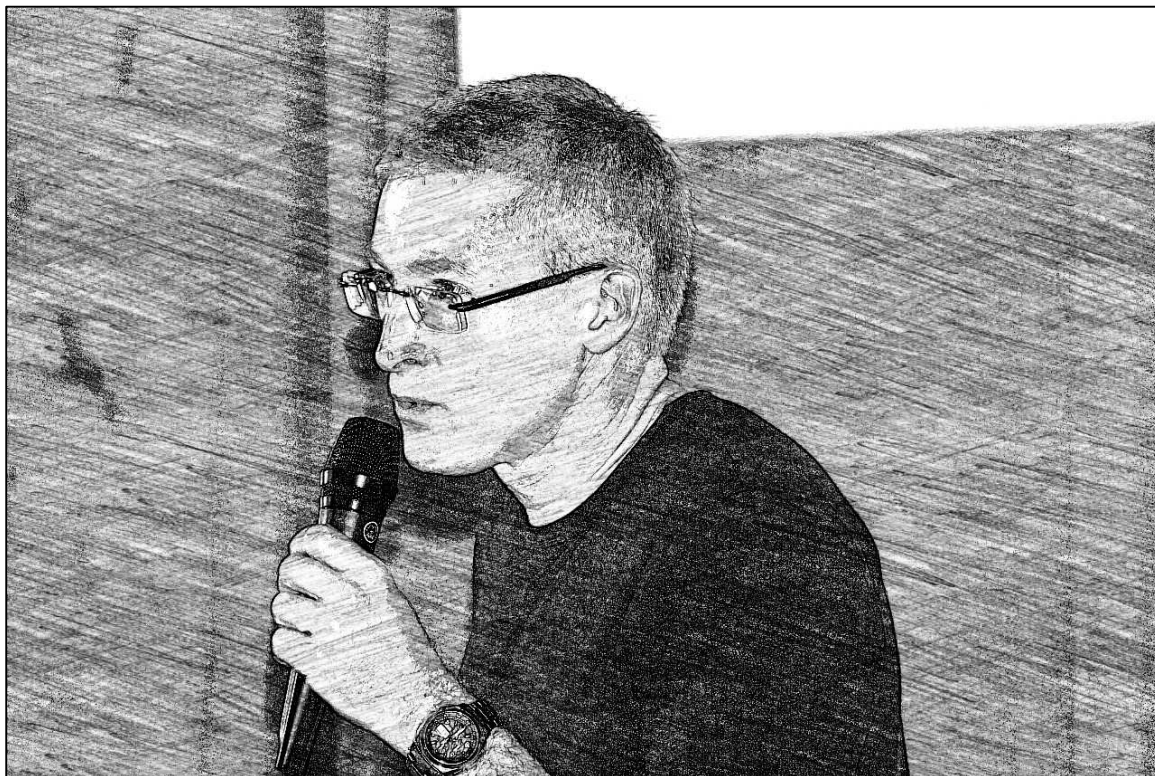


Kontakt na autorku

PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.
FTVS UK Praha
E-mail: stackeova@volny.cz



FILOSOFIE



VÁCHA M. O.: ZDRAVÍ JE CELEK. OPRAVDU.

ABSTRAKT: VÁCHA M. O.: ZDRAVÍ JE CELEK. OPRAVDU. PSYCHOSOM 2015; 13(2) S.113- 120

S rozvojem molekulární a evoluční biologie si víc a víc uvědomujeme komplikovanost sítí vztahů mezi jednotlivými organismy v biosféře. Každý druh ve své existenci životně závisí na jiných druzích a ty zase na dalších. Někdy je souhra dvou druhů tak těsná, že vyhynutí jednoho druhu znamená zánik obou, někdy dokonce již popisujeme soustavu jako jeden druh. Evoluční vznik každého druhu je silně ovlivněn horizontálními přenosy genů, endosymbiózami etc. Jakýkoli eukaryotický organismus na Zemi, včetně člověka, je složitou stavebnicí genů rozmanitého původu. S nástupem epigenetiky a epigenetické dědičnosti vzniká představa, že prostředí změnu nejen vybírá, nýbrž především vytváří a že tato změna se různými mechanismy může dědit. Člověk tedy není izolován od okolní přírody. Je její součástí v mnohem silnějším smyslu, než jsme si kdy mysleli.

KLÍČOVÁ SLOVA: endosymbióza, epigenetická dědičnost, druh, biosféra, lidský mikrobiom, evoluční biologie



ABSTRACT: VACHA M. O.: HEALTH IS WHOLENESS. REALLY. PSYCHOSOM 2015; 13(2), PP.113-120

The contemporary development of molecular genetics and evolutionary biology and new informations stemming from both these fields learn us, that the complexity of life and global net of relationships in each and every ecosystem is much more complex as previously thought. Every species is in its existence dependent on other species and they still on others. Cooperation between the two species is sometimes so tightly connected, that extinction of one species inevitably leads to the extinction of the other. We even sometimes describe the system as one species altogether. Each and every eucaryotic organism on this planet is a complicated system of genes of different origin, with strong influence of horizontal gene transfer, endosymbiosis etc. The research in the field of epigenetics and epigenetic inheritance lead us to the idea, that the environment not only select the new forms of a species, but that the environment first and foremost induces the emergence of new phenotypes and that these changes are or at least sometimes can be inherited. Human being is not isolated from the rest of the nature. We are part of the nature in much stronger sense than we have ever considered.

KEY WORDS: endosymbiosis, epigenetic inheritance, species, biosphere, human microbiome, evolutionary biology

ÚVOD: VŠE JE SPOJENO

Environmentální hnutí snad začalo v roce 1962 vydáním knihy Rachel Carson *Ztichlé jaro* (Carson 1962), kdy jsme si možná poprvé v dějinách uvědomili, že my, lidé, jsme již silnější než příroda a že je v naší moci ji zcela zničit. Ještě jiný okamžik ale poznamenává vznik environmentalismu: první fotografie naší planety z vesmíru, pořízená v rámci mise Apollo ve stejných šedesátých letech. Pohled na naši planetu z hloubi kosmu, kdy si člověk nemůže neuvědomit křehkou krásu biosféry, kde je vše spojeno se vším. Nejhlouběji je život ještě na nejzazším dně oceánů jedenáct kilometrů pod povrchem, nejvýše jsou spory či snad i drobný hmyz deset kilometrů nad zemí. Biosféra je dvacet kilometrů tenká propojená vrstva, křehká a zranitelná. Kdyby Země měla velikost jablka,

biosféra by byla tenčí než jablečná slupka.

Jeden z vůdčích – a nejslavnějších – textů environmentalismu je Řeč náčelníka Seattla, známá také pod názvem „Jsme částí země“, která prý pochází z roku 1855. Byla publikována v sedmdesátých letech 20. století, tedy zhruba v desetiletí vzniku environmentalismu. O její pravost se dodnes vedou spory. Důležitý však není původ textu, nýbrž myšlenky v něm obsažené.

„Kdyby všechna zvířata vymizela, zemřel by člověk na velkou samotu ducha. Co se stále děje zvířatům, stane se brzy i lidem. Všechno je vzájemně spojeno. Co postihuje zemi, postihne i syny země.“

Text je míněn poeticky a svou atmosférou přesně zapadá do počátků environmentálního hnutí. Ano, pokud by



v křehké biosféře všechna zvířata vymizela, člověk by zemřel smutkem, jeho diagnózou by byla „velká samota ducha“.

Moderní biologie první dekády 21. století se k této myšlence vrací, ovšem v na-

prosto jiném, pragmatickém, materiálním a měřitelném smyslu. Pokud by všechna zvířata vymizela, člověk by zemřel, avšak jeho diagnóza by byla mnohem prozaičtější.

ZDRAVÍ JE CELEK

Slovo „zdraví“ (health) má stejné indoevropské kořeny jako slovo „vyléčit se“ (heal), „celek“ (whole), nebo dokonce „svatý“ (holy). Být „healthy“ je literárně totéž co „to be whole“; uzdravit (to heal) znamená učinit někoho celkem (to make whole) (Berry 1995, str. 86). Podobně ve francouzštině „sain“ znamená zdravý a „saint“ svatý. Tělo je vnímáno jako defektní nebo potenciálně defektní stroj, ojedinělý, osamocený a izolovaný od okolního prostředí. Cigarety jsou považovány za nezdravé, v širším, planetárním kontextu ovšem dýcháme smog. Vyhýbáme se nezdravému jídlu, ve svém prostředí nejsme ovšem již schopni se vyhnout karcinogenům či endokrinním disruptorům v něm.

Na konferenci „Spiritualita a léčení“ (Spirituality and Healing) pronesl v roce 1994 Wendell Berry přednášku s volně přeloženým názvem „Zdraví je členství v komunitě“ (v originále „Health is Membership“) (Berry 1995, str. 86). Základní myšlenka je prostá, velmi

environmentální a, řekl bych, velmi psychosomatická. Pro lékaře současnosti je otázka zdraví vymezena otázkou po těle pacienta, které léčí, bez ohledu na jeho okolí a bez úvah o něm. Nelze ovšem být zdravý v rozbitém těle, které žije v rozbité rodině, která se nachází v rozbité společnosti v kontextu rozbité přírody. Vše je spojeno. Lékaři se věnují rozbitému tělu, v druhém, dalším okruhu se psychosomatici a rodinní terapeuti věnují širšímu okruhu rodiny, ovšem, soudí Berry, zdraví závisí též na stavu společnosti, na stavu přírody a na stavu planety jako takové, na zdraví celého vesmíru.

V následujícím textu se zaměříme na vztahy mezi organismy v biosféře (1), kdy organismus potřebuje rozmanité jiné organismy k přežití, následně pak na situaci, kdy jeden organismus je s druhým spojen tak těsně, že jeden bez druhého nepřežije (2), a konečně kdy je provázanost tak těsná, že je již praktičtější mluvit o jednom druhu (3).

1. BIOSFÉRA JE CELEK

Čím víc rozumíme biosféře, tím víc se ukazuje jako komplexnější a krásnější (Wilson 2006, str. 6) a tím víc ji vnímáme jako celek. Je biologická pravda, že každá molekula kyslíku, kterou jsme právě vdechli, vznikla někdy v nějaké rostlině. Každý atom uhlíku našeho těla pochází původně ze vzduchu a byl kdysi včleněn fotosyntézou do

nějaké rostliny. To, že se můžeme nadechnout, nebo že škrtnutá sirka hoří, je umožněno nejen existencí tropických pralesů, ale zároveň (a spíše) sinicemi a řasami fotosyntetizujícími v mořích a oceánech světa. Tropické pralesy sice skutečně vyprodukují na metr čtvereční nejvíc kyslíku ze všech ekosystémů, jejich celková rozloha je ovšem tak malá,



že většina planetárního kyslíku je vyprodukována právě v mnohem rozlehlejších oceánech. Na Marsu ani na Venuši by se sirka nevžňala, neboť zde nejsou fotosyntetizující organismy. Samotná existence člověka tak vpravdě záleží existenci mikroorganismů na opačné straně planety. Pokud by všechny organismy vymizely, člověk by nejen zemřel na velkou samotu ducha, nýbrž by se především udusil. A s kolika druhy

jsme podobným způsobem spojeni tak, že jejich vyhynutí znamená náš konec, a s kolika druhy jsou ony spojeny tak, že jejich vyhynutí znamená jejich konec, a tím i náš konec? Už kdysi dávno si Aldo Leopold kladl podobnou otázku (viz Leopold 1949). Vyjmeme-li z těla vlka srdce, vlk zemře. A vlk je srdcem ekosystému. Co se s ekosystémem stane, vybijeme-li všechny vlky?

2. ŽÁDNÝ ORGANISMUS NENÍ OSTROV

Básník John Donne (1571 – 1631) je autorem citátu „žádný člověk není ostrov“ („Žádný člověk není ostrov, sám pro sebe, každý je kusem kontinentu, částí pevniny“). Ukazuje se, že totéž platí pro jakýkoli organismus na Zemi, a to do takové míry, že někdy nevíme, zda máme daný systém popsat jako jeden druh, nebo dva. Znovu a znovu se ukazuje, že příroda naši zálibu pro systematiku a přesné definice nesdílí. Lišejníky definujeme jako jednotlivé druhy, i když je známo, že jde o symbiotické spojení řasy nebo sinice na jedné straně a houby na straně druhé. Vztah mezi houbou a řasou je ovšem velmi komplikovaný, obecně houba spíše využívá řasu a můžeme mluvit o mutualistickém (pro oba výhodném) vztahu nebo o vztahu poloparazitickém či parazitickém. Záleží na kontextu. Pokud někdy žije lišejník dlouhou dobu ve tmě, houba přeroste a stráví řasu. Pokud je jindy lišejník dlouho ve vodě, řasa „utopí“ houbu a přeroste ji (Margulis 2003, str. 20).

Plž *Elysia viridis* konzumuje řasy rodu *Codium*, a získává z nich chloroplasty, které v jeho těle týdnů či měsíců prosperují a fotosyntetizují. Plž potom již nemusí přijímat potravu a stačí mu, když se koupe ve světle. Jeho buňky jsou pak s výjimkou nejranějších fází života před přijímáním potravy směskou

živočišného i rostlinného původu. Podobně v mnoha druzích korálů v teplých mořích žijí rozmanité druhy fotosyntetizujících organismů, které svým hostitelům zajišťují glukózu. Tento jev se mnohokrát opakuje v přírodě, kdy heterotrof pohltí fotosyntetizujícího eukaryota či sinici a dojde k zpožděnému natrávení či dlouhodobější kooperaci. Tento druh symbiózy vznikl v evoluci mnohokrát nezávisle na sobě (Ruppert et al. 2004, str. 19).

Netopýr *Anoura fistulata*, žijící na svazích And, je jediným opylovačem rostliny *Centropogon nigricans*. Kalich rostliny má délku 8–9 cm, jazyk netopýra má délku 8,5 cm. Oba takto výrazně specializované druhy tak putují napříč tisíciletími spolu, vyhynutí jednoho by téměř jistě znamenalo i vyhynutí druhého.

Známější případ je orchidej *Angraecum sesquipedale* na Madagaskaru, která vytváří nektar až na konci 30 cm dlouhé ostruhy. Charles Darwin o této orchideji předpověděl, že zde někde musí existovat její opylovač. Mnohem později byl tento tvor skutečně objeven, jde o lišaje *Xanthopan morgani praedicta*. Jméno *praedicta*, předpovězený, má právě z tohoto důvodu. I zde jde o spolupráci výhodnou pro oba druhy.



Orchidej má jistotu, že další navštívený květ bude opět patřit jejímu druhu, a pyl se tedy dostane na správné místo; lišaj má jistotu, že žádný jiný druh hmyzu mu nebude sát nektar na louce „jeho“ orchidejí. I zde jdou ovšem oba druhy evolucí společně, zamčení jeden do druhého; vyhynutí jednoho znamená zánik obou. Můžeme pak ale ještě mluvit o jednom druhu?

Takových příkladů nabízí příroda nepřehledně a bylo by mnohem obtížnější, ne-li

nemožné, najít druh, který by těsným nebo volnějším způsobem nezávisel na mnoha jiných. Zda budeme mluvit o vzájemně výhodné spolupráci nebo i reciproční exploataci, je lhostejno, příroda takovéto kategorie nezná. Tyto formy kooperace vznikaly přes různé parazitismy či poloparazitismy a ani vzniklý mutualismus není vždy stabilní strategií, oba druhy se brání přehnané exploataci, a naopak se snaží využít druhého, jak to jde (Futuyma 2005, str. 440-441).

3. ŽÁDNÝ ČLOVĚK NENÍ OSTROV

Na povrchu našich těl, a především v našem trávicím traktu žije řada druhů mikroorganismů, bez kterých, zdá se, se více nebo méně stěží obejdeme. Můžeme sami sebe definovat jako superorganismus, který zahrnuje naše vlastní buňky plus fluktuující skupiny bakterií a virů, které sdílejí prostor našeho těla, a někdy dokonce vstupují do našeho genomu. Tento nový koncept může přehodnotit naši definici toho, kdo jsme; můžeme sami sebe definovat jako amalgám nás a jich. Protože viry a bakterie našeho mikrobiomu rostou, vyvíjejí se v cyklech trvajících dvacet minut nebo i méně a vyměňují si geny laterálně – tedy uvnitř druhu i mezi druhy – i náš kombinovaný lidský mikrobiom je dynamičtější a interaktivnější, než jsme si mysleli, když jsme o sobě uvažovali jako o bytosti (Rhodes 2013, str. 2).

Mitochondrie v buňkách člověka mají svou vlastní, kruhovou DNA, byť velmi malou, o délce 16 569 pb, dělí se nezávisle na mitózách buňky, ve které žijí. Mitochondrie člověka obsahují dnes 37 genů a nejsou již schopny samostatné existence. Je tomu tak proto, že v průběhu evoluce se řada mitochon-

driálních genů přesunula do jádra a stala se integrální součástí genomu člověka, mitochondrie jsou tedy již existenčně vázány na proteiny kódované geny jádra. Ovšem pro tvorbu některých proteinových komplexů, jako je ATP-syntáza, je třeba součinnosti mitochondriálních i jaderných genů. Dnes se považuje za jisté, že mitochondrie byly původně samostatně žijící alfa-proteobakterie. Mitochondrie ovšem již nejsou považovány za mutualistické bakterie osídlující buňky našeho těla, jsou považovány za část nás samotných. Mitochondrie nejen „máme“, my jimi „jsme“. Příklad ovšem můžeme obrátit: ani buňky člověka nejsou schopny žít bez mitochondrií.

Podobných příkladů je v přírodě mnoho. Mravenci rodu *Atta* se živí výhradně houbou rodu *Gongylophorus*, která roste v hloubi mravenišť na směsi rozžvýkaných listů. Spolupráce jde tak daleko, že při rojení si dokonce nová královna jako „věno“ nese ve speciální kapse hyfy této houby, aby mohla vůbec založit nové mraveniště (Hölldobler and Wilson 1990, str. 596-603). Houba jako taková již není známa z přírody a prav-



děpodobně není schopna žít samostatně – to ovšem mravenec taky ne.

Pokud ovšem člověka považujeme za jeden druh, pak bychom zřejmě měli mravence *Atta* a houbu *Gongylophorus* považovat rovněž za jeden druh.

Podobně mnoho genů člověka má virový či bakteriální původ a dostaly se k nám v různých chvílích evoluce horizontálním přenosem. Člověk samotný je tedy spíše pozoruhodná skládanka mnoha různých zdrojů a v biologickém slova smyslu těžko mluvit o jeho „individualitě“.

NĚCO NOVÉHO VZNIKÁ SPÍŠE SPLYNUTÍM NEŽ ODŠTĚPENÍM.

Zatímco dříve se kreslil strom života, kde metaforicky každá větev představovala samostatnou linii, a štěpení pak cestu k jednotlivému druhu, dnes spíše hovoříme o síti života. Zejména v počátcích evoluce byl zřejmě horizontální přenos genů mnohem častější a termín „druh“ tak možná dostal svůj význam až překvapivě pozdě. Dodnes můžeme všechny bakterie na světě považovat nejen za jediný „druh“, nýbrž dokonce za jediný „organismus“. Teoreticky je možno, aby se jakýkoli gen z jakékoli bakterie dostal na jakoukoli jinou bakterii na opačném konci planety, to a bez ohledu na to, zda jde o tyčky,

koky nebo spirily. Cesta by jistě mohla být velmi dlouhá a přes mnoho prostředníků, v teorii to ovšem možné je.

Život na světě nepřevládl díky dobývání, nýbrž díky síti vztahů. Mitochondrie i chloroplasty byly původně samostatně žijící organismy, které byly buďto pohlceny jinou, větší buňkou, nebo začaly tuto buňku parazitovat, ovšem nakonec vznikl kompromis, kdy napadající i napadený přežili a spolupráce se ukázala výhodnou pro obě strany. Takto vznikly eukaryotické buňky z prokaryotických, mitochondrie evolučně dříve než chloroplasty.

EPIGENETIKA: PROSTŘEDÍ NÁS PROMĚŇUJE

Tradiční darwinismus je založen na myšlence mutace a selekce. Jedinci v populaci se od sebe odlišují, žádní dva nejsou úplně stejní, a to ani v rámci sourozenců, dětí stejných rodičů. Mnohé z těchto odlišností jsou dědičné. Přežití v boji o existenci není náhodné; částečně závisí na zděděných vlastnostech. Jedinci, kteří zdělili vlastnosti, které nejlépe odpovídají na nároky prostředí, pravděpodobně zanechají víc potomků než ostatní. Tato nestejná schopnost jedinců přežít a zanechat potomstvo povede k postupným změnám v populaci; vhodné vlastnosti se budou v průběhu generací akumulovat (viz Mayr, 2001). *Prostředí změnu netvoří, pouze ji*

vybírá. Prostředí si můžeme představit jako zámek, do kterého organismus zkouší skrze své potomstvo množství klíčů, nejlépe adaptovaní přežijí. Změna je náhodná a primární, prostředí pak funguje jako síto. Pokud se prostředí změní, změní se druhy – nebo vymřou.

S nástupem epigenetiky se tato představa začíná měnit. Epigenetiku definujeme jako vědu zkoumající mechanismy, které vytvářejí fenotypovou variaci bez toho, aby změnily nukleotidovou sekvenci genů. Termín se tedy používá k popsání mechanismů, jež způsobují variaci spíše změnou exprese genů než změnou jejich sekvence.



Epigenetická dědičnost je definována jako variace děděné z jedné generace organismů do následující, které ovšem nejsou zakódovány v primární sekvenci písmen DNA (Gilbert and Epel 2009, str. 12), Fenotyp jedince velmi často závisí na vlivu prostředí. U člověka jde o jeho výživu, způsob života etc. Ovšem nepředpokládalo se, že by organismus byl schopen předat získané vlastnosti do další generaci. Lamarckovská „dědičnost užívaného a neužívaného“ se ukázala jako mylná; i když muž pravidelně cvičí v posilovně, jeho svaly to ovlivní, ovšem již ne svaly jeho dítěte.

Epigenetická dědičnost ovšem takovéto změny „povoluje“. Pokud se organismus setká během života s predátorem, u řady druhů dochází k dramatické změně těla. *Daphnií* naroste speciální přilbovitý útvar, pulcům žáby *Hyla chrysoscelis* se objeví červené výstražné zbarvení a naroste jim svalovina (Gilbert and Epel 2009, str. 3-5) etc. a takových a podobných případů je nepřeberně. Ovšem zdá se, že alespoň někdy

ZÁVĚR

Člověk spojen sítí vztahů s mnoha dalšími organismy v biosféře, kterou obývá, závisí na bakteriích, mitochondriích a i mnohé jeho geny získal horizontálním přenosem.

Argumenty týkající se důvodů, proč bychom měli chránit přírodu, jsou nejčastěji (1) utilitaristické (druhy v sobě možná obsahují chemikálie, které nám jednou pomohou léčit rakovinu). Další argumenty jsou (2) estetické (jde o krásné scenérie, které občerstvují ducha) nebo (3) náboženské (nemáme právo zničit dílo Božího stvoření nebo způsobit vyhynutí jakéhokoli Božího tvora).

a u některých druhů se tyto změny projeví ještě i v následující generaci, a to i za situace, že se tato nová generace s predátorem již nesetká. *Prostředí zde tedy změnu nejen vybírá, nýbrž ji i vytváří.* Prostředí, na rozdíl od pojetí klasického darwinismu, není jen filtrem, který selektuje již existující variace, nýbrž je samo spíše zdrojem variací!

Ukazuje se, že při jevu, popsaném jako heterocybernie (možno přeložit jako „změna vlády“) (Gilbert and Epel 2009, str. 372-375) je možné, že pokud prostředí ovlivňuje stejným směrem po mnoho generací daný druh, tato změna fenotypu se nakonec zafixuje geneticky a zůstává stálá i tehdy, když tlak prostředí pomine.

Prostředí obsahuje signály, které umožní vznikajícímu organismu produkovat fenotyp, který zvětší jeho fitness v daném konkrétním prostředí. Obecně řečeno, jaký budu, záleží na tom, s kým se během života setkám a alespoň v některých případech to ovlivní i fenotyp potomků.

Ekologická vývojová biologie přináší nové odpovědi na tuto otázku. Odpověď si půjčuje z utilitaristického argumentu, ale činí jej bezprostředním a intimním: ekosystémy bychom měli chránit, protože jsme jejich součástí. Nejsme tedy my, pak zeď a za zdí příroda, kterou bychom měli případně chránit. Jsme částí země a ona je částí nás, ovšem v mnohem silnějším smyslu, než si myslíme, že se kdysi domníval náčelník Seattle.

Příspěvek byl přednesen na sympoziu rodinné terapie v Dříteči 21. 3. 2015



LITERATURA

1. Berry, W., (1995) *Another Turn of the Crank*. Counterpoint. Berkeley, CA.
2. Carson, R., (1962) *Silent Spring*. Houghton Mifflin. Cambridge, Mass.
3. Futuyma, D. J., (2005) *Evolution*. Sinauer Associates, Inc. Sunderland, MA, USA.
4. Gilbert, S. F., Epel, D., (2009) *Ecological Developmental Biology*. Sinauer Associates, Inc. Sunderland, MA. USA
5. Hölldobler, B., Wilson, E. O., (1990) *The Ants*. Springer-Verlag. Berlin.
6. Leopold, A., (1949) *A Sound County Almanac: And Sketches Here and There*. Oxford University Press. USA.
7. Margulis, L., Sagan, D., (2003) *Acquiring Genomes. A Theory of the Origin of Species*. Basic Books. Perseus Book Groups. New York.
8. Margulis, L., (2000) *What is Life?* University of California Press, Berkeley and Los Angeles.
9. Mayr, E., (2001) *What Evolution Is*. Basic Books, New York.
10. Rhodes, R., (2013) Introduction. Looking Back and Looking Forward. in Rhodes, R., Gligorov, N., Schwab, A.P., (eds.) (2013) *The Human Microbiome. Ethical, Legal, Social Concepts*. Oxford University Press. Oxford.
11. Ruppert, E. E., Fox, R. S., Barnes, R. D., (2004) *Invertebrate Zoology. A Functional Evolutionary Approach*. 7th ed. Thomson Brooks/Cole. Belmont, CA. USA.
12. Seattle (1993) *Jsme částí země – řeč náčelníka Seattlea 1855*. Zvláštní vydání. Brno.
13. Wilson, E. O., (2006) *The Creation. An Appeal to Save Life on Earth*. W. W. Norton & Company. New York, London.

Informace o autorovi

Marek Vácha, Ústav etiky, 3. lékařská fakulta UK, Praha
 Kontakt: Marek.vacha@lf3.cuni.cz; tel: +420777242397

Marek Vácha vystudoval molekulární biologii a genetiku na MU v Brně a teologii na UP v Olomouci a I'ET v Bruselu. Je přednostou Ústavu etiky na 3. lékařské fakultě UK v Praze.

Do redakce přišlo 15. 4. 2015
 Do tisku zařazeno: 21. 4. 2015
 Střet zájmů: žádný



POLITIKA, KONCEPCE



LOEW T. H.: PSYCHOSOMATICKÁ TERAPIE MUSÍ BÝT BLÍŽE ŽIVOTU

ŘEKL PROF. THOMAS H. LOEW¹ Z REGENSBURGU O PREGRADUÁLNÍ VÝUCE PSYCHOSOMATIKY NA NĚMECKÝCH LF NA SEMINÁŘI 10. 2. 2015

Na semináři, který se konal 10. února na psychosomatické klinice v Praze, jsme vyslechli přednášku prof. Loewa z Regensburgu (Řezna). V úvodu popsal MUDr. David Skorunka, PhD. tristní situaci psychosomatické medicíny na našich LF. Krom toho, že podpora ze strany je mimořádně slabá, chybí seriózní výzkum. Psychosomatika žije

¹ Vedoucí Centra pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii a odpovídajícího oddělení Universitní kliniky v Regensburgu a kliniky v Donaustauf, Víceprezident AEPM (Association of European Physicians for Psychosomatic Medicine), mluvčí Generální konference psychosomatické medicíny, bývalý prezident DGPM (Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie), President Německé společnosti pro lékařskou hypnosu a autogenní trénink, vizeprezident Německé společnosti pro psychodynamickou psychoterapii



v praxi, protože tam je jí třeba, ale s pacienty máme tolik práce, že na výzkum nemáme čas. Tak vzniká začarovaný kruh, kdy nedostatek podpory a času brání výzkumu a nedostatek výzkumných prací znemožňuje získat podporu pro psychosomatiku. Mj. také proto je těžké na LF výuku psychosomatiky prosadit. Následující rozhovor vznikl jako přepis přednášky a diskuse. Otázky doplnila redakce.

Red.: Je slučitelná psychosomatika s vědeckým přístupem?

L.: Kdybychom se vrátili o třicet let zpátky, tak bych stejnou přednášku jako kolega Skorunka mohl přednést v Německu. Takže vidíte, že budoucnost v psychosomate existuje. Chci, abyste věděli, že psychosomatika je vědecká, není třeba to vzdávat. Nechci se tady uvádět jako skvělý příklad, ale mám kumulovaný impakt faktor přes 400 a Hirschův index přes 30, takže vědecky se můžete umístit docela dobře i s psychosomatikou. To je možná ten klíč, potřebujeme v Česku chytré výzkumy s mnoha body, aby se ostatní podívali na to, co se tady děje. Tam, kde není v lese žádná cesta, dá se jít různými zkratkami a někdy se člověk dostane i na vrchol.

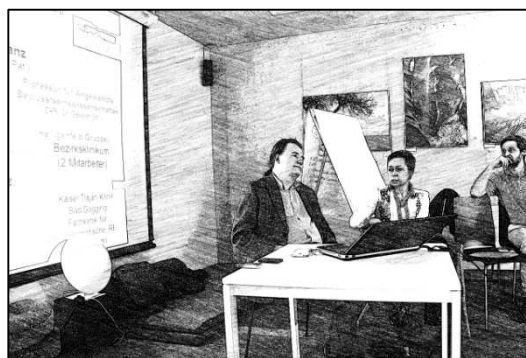
Red.: Jak vypadá situace v Regensburgu dnes?

L.: Rád vám řeknu něco o tom, co se v Regensburgu děje. Horní Falc, kde je Regensburg hlavním městem, byla za dob železné opony jednou z nejchudších oblastí v Německu. Od české hranice to bylo do Norimberku autem přes čtyři hodiny, přestože to není tak daleko. Psychosomatika postupuje s civilizací. Čím civilizovanější je země, tím potřebnější je psychosomatika. Když jsem byl před patnácti lety povolán do Regensburgu, řekl jsem si: teď přišla civilizace do Horní Falce. A skutečně, moje katedra byla poslední, která na

tamní lékařské fakultě vznikla. Měl jsem dojem, že jsem jmenován jen proto, že jsem jmenován být musel. Protože jen tak byl tento předmět předepsán jako aprobační. Původně to byla katedra interní medicíny a já jsem byl jmenován také proto, že jsem nejen internista, ale i psychiatr. Takže to byla taková kompromisní situace.

Red.: Jak je to ve srovnání s jinými německými LF? A jak velký prostor u vás dostává psychosomatika v praxi lékařů?

L.: Ještě před dvěma lety to byla nejmladší LF v Německu a druhá nejmenší s 880 klinickými lůžky na univerzitní klinice. To je dáno tím, že ve městě a okolí už bylo hodně komunálních nemocnic. Důsledkem toho je každý profesor na univerzitě současně primářem v některé z těch stávajících nemocnic. Abyste měli nějakou představu o rozsahu naší péče: máme 30 000 hospitalizovaných pacientů na klinice za rok a děláme asi 1500 konsilií. Asi 5 % z těchto pacientů ošetřujeme u nás.



Red.: Jaké problematice se nejvíce věnujete? A kolik máte zaměstnanců?

L.: Zaměřujeme se na dvě oblasti: jednou je chronická bolest, druhou je nadváha. To je zvláštní problém našeho kraje v porovnání s ostatními oblastmi Německa. Žádný národ v Německu neváží tolik jako občané Horní Falce. Možná máme něco společného – něco jako podobnou kuchyni. U nás nemůže být řízek menší než přes celý talíř. Před 15 lety jsem začínal sám s polovičním úvazkem sekretářky. A dnes má psychosomatická klinika přes 100 zaměstnanců. V akademické části jsou napůl lékaři a psychologové (celkem 18 různých profesí a 12 národností), kteří nyní pracují na pěti různých místech. Oddělení má 25 lůžek. Máme čekací listy takové, že bychom bez problémů zaplnili i 50 lůžek.

Red.: U nás prakticky nejsou psychosomatická lůžka, když nepočítám stanice pro léčbu PPP na psychiatrické klinice. Vyplácejí se v Německu psychosomatická lůžka?

L.: Historie psychosomatiky s hospitalizací je v Německu úspěšná. V době, kdy se celkový počet nemocnic a lůžek snížil o třetinu, jsme se rozvinuli z 2800 lůžek pro psychosomatické pacienty na 10 000. Za stejnou dobu psychiatrie redukovala ze 72 000 lůžek na 55 000 lůžek. Takže v jádru je to úspěch a vedle nemocnice Donaustauf máme ještě rehabilitační kliniku se 40 lůžky, kde jsem spoluodpovědnou osobou. Odráží to poměr mezi psychosomatickou nemocnicí a rehabilitační péčí. Na jedné straně 10 000 nemocničních lůžek na druhé straně 20 000 rehabilitačních lůžek a každý rok z těch 80 milionu obyvatel je asi 200 000 obyvatel hospitalizováno na našich lůžkách. Z toho byste si mohli vypočítat, kolik

psychosomatických lůžek byste potřebovali v Česku.

Red.: Umím si představit, že je to pro pacienty výborné, ale je to přijatelné i pro lékaře?

L.: Obor je velmi atraktivní pro lékaře, kteří už nějaké zaměření mají. V mém týmu jsou lékaři všech možných oborů včetně jedné kolegyně z pracovního lékařství. Kolegové říkají, že už nechtějí ošetřovat kolem 100 pacientů denně nebo pracovat jako robot, dávat jednu narkózu za druhou. Máme vlastně rajske pracovní podmínky. Konsiliární lékař, který pracuje 40 hodin týdně, prohlédne 5 pacientů za den. A lékař, který pracuje na oddělení, se stará o 8 pacientů, kteří jsou tam průměrně 5–8 týdnů. A teď se dostáváme k jádru věci: na základě takovéhle praxe můžeme ukázat, jak se také dá pracovat a jak je to jiné než to, co oni znají. Tento obor je zajímavý i z jiného hlediska. Těch asi 1500 pacientů má kolem 3000 diagnóz, které nejsou v kategorii F, takříkajíc od oka až po zub. Není nic, co bychom tam nepotkali. A léčíme od kojenců až po starce. Proto je to atraktivní obor.

Red.: Můžete, prosím, ještě krátce říci něco k definici oboru, než se budete věnovat tomu, co učíte studenty? Protože to je to nejdůležitější, co bychom teď potřebovali od vás slyšet.

L.: Jak se tedy ten náš obor jmenuje? Jmenuje se psychosomatické lékařství nebo psychosomatika. Historicky s vývojem německého prostředí je to dvou-slovné označení – psychosomatická medicína či psychosomatické lékařství – s myšlenkou dělat jiné lékařství. Když si sednu ke stolu s kolegy z EFMA (Evropské fórum lékařských asociací), tam je psychosomatické lékařství velmi nebezpečným pojmem, protože v Evropě existují síly, které chtějí vidět psycho-



somatickou medicínu jako *alternativu* ke klasické medicíně. Ale není to alternativa. Jsme uprostřed dění. Proto si myslím, že ten pojem psychosomatika je politicky dlouhodobě nejchytřejší.

Red.: U nás se setkáváme stále s velkým despektem vůči psychosomatičce, nebo se někteří kolegové, třeba praktičtí lékaři, domnívají, že jejich obor je již bio-psycho-sociálně orientován, a je proto zbytečné rozvíjet psychosomatiku jako samostatný obor. Jak máme argumentovat při obhajobě naší existence?

L.: Máme nejméně pět bodů pro vědecké zdůvodnění rozvoje psychosomatiky.

Zaprvé: Psychosomatika sleduje člověka od buňky k mezilidským vztahům a zase zpátky. To je nutné zdůrazňovat, abychom dali najevo, že jsme také biochemickým oborem. Samozřejmě neurotransmitery, receptory a dráhy hrají svoji roli. My ale pracujeme na tom, abychom tyto oblasti dokázali projikovat směrem do společnosti. Abychom spojovali mikroskopickou úroveň se sociálními interakcemi člověka. Umíme sledovat společenské jevy až zpět po úroveň buňky.

Zadruhé: Definitivně jsme oborem s největším psychosociálním pochopením nemoci. Je rozhodně rozdíl, jestli je někdo nemocný cukrovkou a je bezdomovec, nebo je nemocný cukrovkou a je úředníkem na ministerstvu financí.

Zatřetí: Chápeme, že lidé vstupují do vzájemných vazeb a žijí ve vztazích. A že vazba má přímý vliv na procesy neurotransmiterů. To se promítá v systému a systém to ovlivňuje. My jako terapeuti jsme součástí systému. To jsou naše diagnostické a terapeutické možnosti. A platí to stejně jako gravitace, která působí na hřebík, jímž chirurg spravuje nohu. Ať říkají

kolegové, co chtějí, je to přírodovědecký princip.

Začtvrté: Děláme „vzpomínkovou“ medicínu (slovní hříčka: „Innere Medizin“ versus „Erinnerungsmedizin“), přičemž Innere Medizin je vnitřní medicína a Erinnerung je paměť. Takže my jsme odborní lékaři pro „vzpomínkovou vnitřní medicínu“. Protože žijeme vždy v tom momentě, ve kterém žijeme, ale také se vždy vracíme k tomu, co jsme kdy v životě zažili, a nejen v našem životě, funguje to minimálně tři generace zpátky. Dnes již umíme na genech ukázat, že psychosociální efekty mají vliv na generaci vnuků. V zahraničí se mě často ptají, jak je možné, že má Německo nejlepší psychosociální zabezpečení na světě. Protože jsme extrémně traumatizovanou společností. Máme miliony obětí. Máme miliony pachatelů. A máme miliony vnuků pachatelů i vnuků obětí. To se netýká jenom posledních dvou světových válek. Válka pokračuje, do Německa přijde ročně 200 000 nových uprchlíků z válečných oblastí. Ve své ambulanci mám utečence ze Somálska, Sýrie, Iráku, Afghánistánu. A to bude v ostatních evropských zemích podobné, i když ne v tak velkém měřítku. A ti, kterým je dnes 40 let (Chorvati, Srbové), žijí mezi lidmi a jsou také oběťmi a jsou i takovými pachateli. A tak za 3–4 roky přijdou utečenci z Ukrajiny a Ruska se stejnými traumaty. Takže je před námi hodně práce.

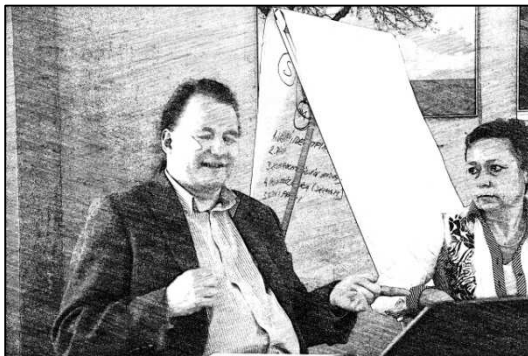
Tím se dostáváme k dalšímu bodu – zvládnutí nemoci. Už nejde o to, abychom diskutovali, jestli je příčina nemoci fyzická, nebo psychická. Tyto knihy jsou dávno zavřené, jenom ne každý internista je pochopil. Ale lidé se dostávají do těžkých životních situací a musí nám být jasné, že nejde pouze o léčení traumat, nemusí to být válka, stačí těžká nemoc, která dostane člověka na



JIP. Člověk, který jeden den ležel z jakéhokoli důvodu na JIP, má pravděpodobnost 1:20, že na základě tohoto pobytu bude mít posttraumatický stresový syndrom. Takže se musíme dívat do života velmi ze široka, ale nemusíme vyhledávat pacienty, oni přijdou sami.

Red.: To je velmi široké pojetí. Mohou tohle všechno hradit zdravotní pojišťovny?

L.: Důležitou zkušeností pro psycho-terapeuty je také to, že každá psycho-terapie nemusí zatížit zdravotní pojišťovnu. Je velmi těžké rozlišit, co je normální těžká životní situace, se kterou se musí člověk vyrovnat, a kde začíná medicína. Dá se to shrnout do pyramidového pravidla: 90 % lidí řeší své problémy sami, mají svou odolnost, mají sociální systémy, které je podpoří a nějakým způsobem to zvládnou; 10 % potřebuje naši ambulantní pomoc a 1 % potřebuje hospitalizaci. Tomuto procentu musíme stavět koluzní hnízda.



Red.: A jak se má psychosomatika vymezit vůči stávající psychiatrii?

L.: Ano, to je důležitá otázka. Tady se vyskytuje řada syndromů z učebnice psychiatrie, na níž jsem se také podílel, je to nyní nejlépe prodávaná učebnice v Německu. Takže já jako psychosomatik můžu říci také něco psychiatrům. Je spousta syndromů kolem návyků, či kolem demencí, se kterými má

psychiatrie spoustu práce. A potom existují oblasti, kde to přesahuje, kde se to překrývá s oblastí osobnostních poruch, deprese. V Německu probíhá diskuse, zda deprese patří psychosomatikům, nebo psychiatrům. Na to je jednoduchá odpověď. Stejná jako u otázky komu patří bolest. Chirurgovi? Neurologovi? Anesteziologovi? To není v medicíně nová otázka. Je jen potřeba změnit úhel pohledu na věc. Přišli jsme na to, že je potřeba psychosomatické pacienty, kteří se někdy léčí psycho-terapií na psychiatrických odděleních, vyvést jinam, aby se mohli uzdravit. K tomu se ale vrátím později.

Red.: Tohle také říkáte medikům?

L.: My jsme to u nás udělali tak, že máme základní blok psychosomatiky při studiu medicíny, a na to potom navazuje další odborné studium všeobecné medicíny, interny nebo gynekologie. Není to fakultativní, je to závazné. Tento program má každý internista, každý gynekolog a každý všeobecný lékař. Na tom není nic zvláštního. Ale v průběhu let jsme pochopili, že je užitečné tyto znalosti mít. A potom je další volitelná fakultativní možnost studovat jako internista, všeobecný lékař nebo gynekolog psychoterapii a také ji používat. A k tomu přibývají specialisté na psychosomatiku. Takže my jsme takříkajíc „třetí řada“, jako u antibiotik... A psychosomatika je stejně účinná jako chirurgie. Jsme intervenční obor, a vždycky se zapomíná na to, že můžeme udělat i velkou škodu. Nejdůležitější vedlejší účinek psychoterapie je rozvod. Měníme rodiny. A to je potřeba brát velmi vážně.

Red.: Jak dlouhou dobu už tato proměna medicíny v Německu probíhá?

L.: Takhle je to u nás organizováno od roku 1970. A nikdy by to nepřišlo ze



strany lékařů! Bylo to politické rozhodnutí díky náhodě a velkému štěstí. Doktor Horst Richter, možná ho znáte i v Čechách, vnesl do psychosomatiky v Německu světlo. Byl tehdy v těsném kontaktu s Willym Brandtem. Studenti sami chtěli změnit studium, a on jim to pomohl prosadit přímo přes vládu. Takže na základě toho bylo studium na LF v této podobě zavedeno v r. 1975. Je potřeba vědět, že už v prvních dvou letech studia medicíny se 25 % studijních témat týká psychosociálních otázek, a to jak v anatomii, tak v biologii nebo i ve fyziologii. Německé univerzity jsou hodnoceny podle určitých ratingů od nejlepších po nejhorší. Od té doby, co LF v Regensburgu existuje, je vždy mezi nejlepšími třemi, protože naše studenty cvičíme v psychosociálních předmětech. Podle mé osobní zkušenosti je dobře, že u nás máme vedle sebe katedru pro sociální psychologii, pro lékařskou psychologii a vedle ní i katedru pro lékařskou sociologii, což je ale něco jiného než sociální medicína.

Red.: Jakou z těch kateder vedete vy?

L.: Měl jsem to štěstí, že jsem pět let zastupoval dvě katedry, a to lékařskou psychologii a lékařskou sociologii, a k tomu jsem měl vlastní katedru psychosomatickou. Takže jsem měl přehled o všech psychosociálních oborech a mohl jsem to dát trochu do pořádku. Myslím, že pro vás by mohla být takovou orientační pomůckou informace, v jakém rozsahu vyučujeme: 50 hodin lékařská psychologie, 50 hodin lékařská sociologie, jenom 50 hodin psychiatrie a 50 hodin psychosomatiky, a to během pěti let studia na LF. Když to rozpočítáte na semestry, tak to jsou 2 hodiny z 30 hodin v týdnu. Není to moc, je toho právě tak, aby se to dalo snést.

Red.: Jak pak navazuje na pregraduální studium vzdělávání lékařů?

L.: Podívejme se do dvou směrů. Jednak jak to jde dál. Během studia mají lékaři 200 hodin psycho- a socio- disciplín. Další studium v tomto směru je integrováno do vzdělávání odborných lékařů. Padesát hodin psychosomatiky a k tomu třicet hodin balintovské skupiny absolvují mladí lékaři v přípravě k atestaci z vnitřního lékařství, všeobecného lékařství a gynekologie. Na příštím sjezdu německých lékařů má dojít k integraci tohoto studia do všech oborů. Když to zase rozložíte, tak je to 50 hodin psychosomatiky během studia a při specializaci na odborného lékaře dalších 50 hodin. Pregraduální a postgraduální příprava je v tomto směru sladěna.

Red.: Nemají lékaři v Německu – oproti našim lékařům – psychosomatiky už plné zuby?

L.: My, kteří je učíme, jim říkáme: „Můžete nás třeba i nenávidět, ale projít tím musíte.“ Protože, nemyslete si, přijetí psycho- a socio- oborů studenty LF v Německu nebude lepší než u studentů v Česku. Asi 10 % to považuje za dobré, ale máme i těch 10 % na druhé straně spektra, pro které je to těžké. Pokud ale lékař chce, může dále studovat psychoterapii, to je dalších 150 hodin teorie plus samozřejmě sebezkušenost (70 hodin), na které navazuje léčebná praxe pod dohledem (220 hodin) se supervizí (každá čtvrtá hodina, celkem 50 hodin supervize). Další vzdělávání psychoterapie, když sečtete všechno dohromady, představuje asi 600 hodin, které lze absolvovat během 3–5 let. Je to dramatický rozdíl oproti odborným lékařům. Odborný lékař pro psychosomatiku pak má nejméně 1500 hodin léčby pod supervizí. U nás je to tak, že internista nebo všeobecný lékař, který se učí psychoterapii, dělá individuální



terapii. Odborný lékař pro psychosomatiku dělá rodinnou, párovou nebo skupinovou terapii. Takže je to vysoce specializovaná práce. To je ještě důležitý bod pro vymezení proti psychiatrii. Lékaři k nám přicházejí studovat ne proto, že chtějí mít papír, ale proto, že chtějí mít výborné pracovní podmínky. Není to jako například na psychiatrické klinice, kde máte pacienty s demencí, závislé a klasické psychiatrické pacienty. My máme atmosféru, kde jsou pacienti ochotní k psychoterapii.

Red.: Sliboval jste vysvětlit, proč si myslíte, že je třeba psychosomatické pacienty vytáhnout z psychiatrických klinik, pokud tam tedy někteří vůbec jsou. To možná dělá mezi vámi a psychiatry zlou krev, ne?

L.: Ano, to je důležitá politická otázka – proč jsme pacienty léčitelné psychoterapií vyjmuli z psychiatrických klinik. Víme, že to ztěžuje práci psychiatrů, protože naši pacienti jsou v psychoterapeutických skupinách na psychiatrické klinice vítáni. Ale je třeba si přiznat, že tito pacienti mají problém, protože se sami v tomto prostředí mohou jen těžko uzdravit. Ze svého „autismu“ a starosti o ostatní se nestarají o svou vlastní cestu. Vlastně vždycky přišli zkrátka, proto jsme je vyjmuli. Druhý velký problém je, že na bedrech psychiatrických zařízení v Německu leží často i břemeno forenzní psychiatrie. Není možné ošetřovat na stejné klinice oběti i jejich trýznitele. To nejde. Nejméně 40 % žen na psychiatrických klinikách v Německu je sexuálně zneužito, proto je potřeba je dát do jiného prostředí.

Red.: Takže teď jsme pochopili, jak studium pokračuje a na co kladete důraz. Neumím si ale představit, kde lékaři v běžné praxi najdou čas k tomu dalšímu studiu, třeba psychoterapie.

L.: Řekněme, že lékař, který pracuje ve všeobecném lékařství, se učí psychoterapii. To znamená, že pokračuje formou dalšího vzdělávání zpravidla na psychosomatické klinice, má teoretické přednášky, pak léčí pacienty ve své vlastní praxi a chodí dělat supervizi na kliniku. Může taky po určitou dobu pracovat na psychosomatické klinice a automaticky tam získává praxi v léčení. Na psychosomatické klinice je supervize integrována do hodinového plánu spolupracovníků. Každé pondělí ke mně přijde na dvě hodiny externí supervizor a asistenti si ho rezervují na termín.



Posluchač: Máte nějaký přehled, kolik praktických lékařů má tuto specializaci z psychosomatiky?

L.: Je to asi 8000 lékařů v celém Německu, kde aktuálně působí na 440 000 lékařů. Ti, kteří studovali po roce 1970, aspoň slyšeli o psychosomatice. Od r. 1986 navíc všichni odborníci všeobecného a interního lékařství studovali psychosomatickou péči – to je přibližně 75 000. A dodatečný titul psychoterapie má 8000 lékařů, ze 440 000 jsou to 2–3 %. Vedle toho ještě 4000 odborných lékařů pro psychosomatiku a asi 6000 psychiatrů. Čísla, to je někdy těžká věc, protože mnoho lékařů, tak jako já, mají odbornost psychiatrie a zároveň jsou odbornými lékaři psychosomatiky, takže na kterou stranu se já počítám – to je otázka.



Posluchač.: Mám otázku ohledně supervize. Jak jsem viděl u kolegů v Heidelbergu, lékař přijde a prezentuje svůj případ a vy pak vedete rozhovor před panelem kolegů, třeba z video-nahrávky.

L.: Jsou různé možnosti. Musíte vědět, že Heidelberg je světovým centrem psychosomatiky a psychoterapie. Psychosomatická klinika v Heidelbergu má dlouhou tradici už od padesátých let minulého století. Mají tři katedry psychosomatiky a v žádném jiném městě nežije tolik psychoanalytiků jako v Heidelbergu. My v Bavorsku vidíme situaci tak, že nejsme špatní, ale respektujeme diktát vzdálenosti. Mým základním mottem je, že se to musí dát zorganizovat tam, kde žijí lidé. To znamená, že jednou za měsíc jezdím na naše kliniky a dělám tam supervizi celý den, 6–8 hodin, a to polovinu ve skupině a polovinu individuálně. Tito primáři přicházejí za mnou, nemáme žádné náklady na vzájemné vzdělávání. I já se tak můžu podívat, jak to dělají ostatní. Zčásti mají také stejné pacienty, protože někdo je dneska tady a za dva roky jde jinde, je to regionální péče.

Red.: U nás, pokud se vůbec psychosomatika na LF vyučuje, si každá škola prosadí svůj vlastní program. Také se někde vyučuje lékařská psychologie, etika nebo alternativní medicína, ale nemáme žádnou jednotnou koncepci. Je to u vás v Německu také tak?

L.: Obsahy, které chceme studentům zprostředkovat, a studium základní psychosomatické péče na sebe navazují. To znamená, že studenti se mají učit to, co budou později potřebovat. Máme vždycky stejnou zkušenost, že to studenti považují za zbytečné, resp. nadbytečné. Snažím se jim to zprostředkovat tímto obrázkem. Student má blok a tužku a říká mi – já přeci umím psát. A já mu

řeknu ne – má se z tebe stát Leonardo da Vinci. Ten má také blok a tužku, ale dělá s tím něco úplně jiného a ty se u mě můžeš naučit, jak se to dělá. Studenti si většinou představují, že na jiných klinikách se setkávají s ideálními pacienty, to znamená, že je to „jenom zlomená noha“, „jenom srdeční infarkt“, nebo „jenom deprese“. Ale tohle je naše realita. Pacient má 40 diagnóz a je nervózní. Většina psychosomatických oddělení na univerzitách to dělá tak, že z 50 hodin dělají polovinu hodin semináře s teoretickým obsahem, a ve druhé polovině pak mají studenti konkrétní kontakt s pacienty. U mě musí každý student udělat podrobné vyšetření sám – a to je první velký rozdíl oproti jiným klinickým oborům. Protože v jiných oborech vyšetřují jako holubi, přelétávají. Všichni studenti si chtějí něco udloubnout, každý má nějakou otázku a je to nesystematické. To umění, které se u nás učí, je bio-psycho-sociální anamnéza, a studenti na to mají formuláře. Snažím se naučit je, že to může pomoci i lékaři a že nejsme na policii. Není žádné umění ptát se řádek po řádku. Vedeme otevřený rozhovor, student se učí to integrovat, a především se učí to také prezentovat. To je velmi důležitý prvek, za to je mi fakulta vděčná. Vychováváme ve studentech disciplínu, jak mají mluvit o pacientech. Učíme se na třech úrovních. Jedna úroveň je – mám čas na tři věty, druhá úroveň – mám čas na deset vět, třetí úroveň – představím pacienta podrobně. A teď přichází velmi důležitý bod v klinické realitě, a to edukace pacienta. Přesně tak to studentům vysvětluji.

Red.: Mají na to studenti dost pacientů?

L.: Když vezmete univerzitní kliniku v Regensburgu se 30 000 pacienty za rok a střední dobou pobytu 6 dní, kde jeden asistent ošetřuje 20 pacientů, tak musí udělat 20 anamnéz za týden a 20



propouštěcích zpráv. A jednou jsme s katedrou dělali výzkum, jak vypadá práce lékaře. Jeden z těch výstupů byl, že o pacientovi musí lékař až 100× podávat zprávu. Problém je, že když vezmete například kardiologii, tak 80 % pacientů má stejnou diagnózu MKN, je jim mezi 60–80 lety, mají bílé nebo žádné vlasy a andělíčka. A jediné otázky jsou, měl-li infarkt před třemi dny, třemi týdny, nebo třemi měsíci, a jestli to byl infarkt na přední, nebo na zadní stěně. A teď přijdeme my s psychosomatickým přístupem. Když totiž z té nemoci uděláte život, tak si to najednou dokážete pamatovat. Já vlastně prodávám psychosomatiku jako mnemotechnický trik a jako můstek k excelentní klinické prezentaci.

Red.: To by určitě přivítali i naši lékaři. Obávám se, že každý z nás ošetřuje mnohem více pacientů, než se dá zvládnout. Nejde ovšem jen o nás lékaře, ale i o to, aby pacient uvěřil, že vidíme právě jeho vlastní příběh, že není jen „žlučníkem pod oknem vpravo“ nebo „infarktem na přední stěně u dveří“.

L.: Dělali jsme výzkum týkající se lékařských zpráv. Čím se vyznačuje dobrá lékařská zpráva, kdy ji někdo čte, kdy ji nikdo nečte. Ukázalo se, že ji někdo čte tehdy, když v něm vyvolává zvědavost. To znamená, že tam musíme roztrousit nějaké biografické a emocionální informace a najednou je zpráva zajímavá. Co chceme studenty naučit? Především empatii. To je něco, co se dá i testovat. A když se zeptám studentů, jestli znají svůj emocionální kvocient, tak okamžitě zpozorní, protože je to zajímavá. A potom si toho musíme mnohem více vysvětlovat. Psychosomatika nespočívá v psychoanalytickém „hmmm“. Další bod je, že musíme dbát na naše vlastní vnímání, a tím otevíráme veliké pole, které vytváří most mezi naším tělesným pocitem a naší řečí. To

jde až k tělesnému přenosu, že já jako ten, kdo dělá vyšetření, mohu cítit symptomy, které pacient má, a nemá to nic společného s esoterikou. To už umíme dnes velmi dobře zdůvodnit. Jde například o mimickou interakci, o řeč těla. A to jsou témata, která jsou pro studenty zajímavá. Potom standardní situace vyšetření zažít také interakci. Dalším heslem je „relaxace“ jako důležitá intervenční možnost, která je velmi podceňována. A tady se můžeme opřít o aktuální výzkumy z oboru interní medicíny, traumatologie, dermatologie.



Red.: Na co se tedy mají studenti u vás zaměřit? Na nemocný orgán? Na celý život pacienta?

L.: Vždycky se říká, že psychosomatika nemá žádný cílový orgán, a to je její problém. Samozřejmě že máme cílový orgán – formatio reticularis (šedou hmotu mozkovou), to je náš cílový orgán. A teď napíná otázka – co je cílovým orgánem psychiatrie? To jsou přece mozkové závity nad tím, ty my jim rádi necháme, s tím nemáme problém. Pro nás je ale důležitým pojem stresu, ten se podceňuje. Co musí pochopit pacienti i studenti, že stres není psychologický problém, že se nemůže vzít a položit stranou. Svět není spravedlivý. A to můžu nejlépe vidět, když vezmu v novinách úmrtní oznámení – někteří lidé žijí 50 let, někteří 100 let, tak co je na tom spravedlivého? A problém psychosomatických pacientů v zásadě je, že jsou



vlastně neurotici, kteří chtějí přesně tu spravedlnost, která neexistuje. Umřou v 50, když se jim nepodaří regulovat svůj stresový systém. My to dneska umíme skvěle měřit. Variabilitu srdečního tepu můžeme změřit, když pacient provádí stresové úkoly, mluví třeba o psychosociální události ze svého života. Na křivkách můžeme pacientovi ukázat, jak reaguje a jak je těžké ho zase dostat do normálu. Nemusíme mít strach z diagnózy osobnostní poruchy. Mohu citovat jednoho pacienta, který říkal – děkuji, máte pravdu, mám osobnostní

poruchu. Já cítím, že moje osoba je narušena tím, co se všechno děje kolem mě.

Red.: A na to stačí ho naučit relaxaci?

L.: Uvolnění je důležité téma. V medicíně se postoje k určitým tématům podceňují. Máme báječné zásobené léky – například na chronické bolesti hlavy. Ale pacienti dělají špatné věci. Špatně užívají léky, nevedou si deníky. Každý lékař by měl vědět, jak to funguje. Na této planetě by vlastně neměl být žádný pacient s bolestmi hlavy.

Záznam diskuse, případně s dalšími reakcemi čtenářů může pokračovat v dalším čísle.



TISKOVÁ ZPRÁVA výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP

VÝBOR PSYCHOSOMATICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS SE OHRAZUJE PROTI TVRZENÍM MUDR. HNÍZDILA

Výbor odborné společnosti psychosomatické medicíny považuje za nutné se ohradit proti tvrzením MUDr. Jana Hnízdila v článku „Nejcennější léky máme v sobě“, který byl uveřejněn 23. ledna 2015 v časopise *Téma* 4/2015. Boj za prosazení psychosomatického myšlení do české medicíny, který MUDr. Hnízdil jako rehabilitační lékař již delší dobu vede, je sice potřebný, ale značné zjednodušování, kterého se ve veřejných médiích opakovaně dopouští, je zavádějící a ve skutečnosti může vyvolat v odborné veřejnosti spíše odpor, než vstřícný souhlas.

„Tvrdit, že pacientovi stačí vysvětlit jeho problém a je vyhráno, je zavádějící,“ říká MUDr. Vladislav Chvála, který vede tým Střediska psychosomatických poruch v Liberci přes 25 let. „Psychosomatická léčba je pěkná dřina, především pro pacienta samotného a často i pro celou jeho rodinu. Žádné zázraky v rukou nemáme ani při respektování bio-psycho-sociální teorie vzniku a udržování nemoci,“ dodává.

Postoj, kterým MUDr. Hnízdil psychosomatiku naprosto devaluje na úroveň amatérského léčení, je vyjádřen jeho sdělením, že je pouhý překladatel. Představuje si, že vysvětlí pacientovi, „co mu leze krkem, co nemůže strávit, nebo čeho má plnou hlavu“, a pacientovi se uleví. „Samozřejmě, že existují celé překladové slovníky metafor a symbolů, kterými naše tělo vyjadřuje naši složitou intrapsychickou a sociální realitu, pokud ji nemůžeme řešit. Ale je zřejmé, že samotná četba takových knih, ani půlhodinový rozhovor, jak tvrdí MUDr. Hnízdil, na to nestačí,“ doplňuje PhDr. Ludmila Trapková, klinická psychologka a rodinná terapeutka. „Často je to heroická práce, kterou musíme s celou rodinou podniknout, aby se ohrožujícího

symptomu zbavila. Vůbec se nedivíme tomu, že většina pacientů dává stále ještě přednost pouhému potlačování svých potíží léky nebo raději podstoupí operaci, než by se zabývali svými komplikovanými vztahy.“

Pravdou je, že převážná část českého zdravotnictví není schopna využívat bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci, jak ho přijala Světová zdravotnická organizace (WHO) už v r.1977. Oproti třeba německým lékařům, kteří mají už během studia povinných 200 hodin psychosomatické medicíny už od roku 1986, se naši medicíci mohou seznámit s touto rozsáhlou oblastí jen na některých lékařských fakultách v maximálně 20 hodinovém nepovinném kurzu. „Vypadá to tak, jako by se celá naše odborná zdravotnická veřejnost psychosomatice bránila,“ sděluje MUDr. Jaromír Kabát, chirurg, který vede tým Psychosomatické kliniky v Praze. „Nedávno se to potvrdilo na sjezdu delegátů odborných společností ČLS, když jen 34 hlasů nestačilo na přijetí naší odborné společnosti, která sdružuje přes 230 odborníků, mezi ostatní společnosti ČLS,“ dodává MUDr. Vladislav Chvála. „Nemůžeme se pak divit, že se této oblasti, pro léčbu především chronických nemocí tak důležité, ujímají laici, léčitelé, nebo takoví solitéři, jako je MUDr. Hnízdil. S jeho zjednodušeným pojetím rozhodně nemůžeme souhlasit,“ uzavírá MUDr. V. Chvála.

V Liberci a v Praze, 18. 2. 2015

MUDr. Vladislav Chvála, předseda SPM ČLS
PhDr. Ludmila Trapková, členka výboru SPM ČLS
MUDr. Jaromír Kabát, vědecký sekretář výboru SPM ČLS



Z KONFERENCÍ



PSYCHOSOMATICKÁ MISE NA KONGRESU PRIMÁRNÍ PÉČE

V pátek 27. února 2015 Mgr. et Mgr. Jana Týkalová a Mgr. Danuše Jandourková vystoupily s odborným sdělením na 9. kongresu primární péče. V hlavním sále TOP hotelu Praha pro 1000 posluchačů přednesly v rámci přednáškového bloku „Když se hádá duše s tělem“ příspěvek na téma „ Psychosomatika v rehabilitaci: týmová spolupráce“. Koordinátorem bloku, který byl umístěn do hlavního sálu, byli MUDr. Jiřina Dvořáková a MUDr. Rudolf Procházka. Zazněly zde 4 přednášky.

- *Chvála V., Trapková L.: Rodinná terapie – užitečná součást psychosomatického pracoviště*
- *Ročňová M., Masner O.: Který pacient je vhodný pro psm péči?*
- *Branná B.: Psychosomatika v ordinaci pediatra*
- *Týkalová J., Jandourková D.: Psychosomatika v rehabilitaci: týmová spolupráce*

Zde nabízíme zkrácené znění jedné z přednášek:



JANDOURKOVÁ D., TÝKALOVÁ J.: PSYCHOSOMATIKA V REHABILITACI: TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE

Příspěvek bloku psychosomatiky na Kongresu primární péče, Praha, 27. -28. února 2015



Centrum komplexní péče Dobřichovice je nestátní zdravotnické zařízení, které nabízí péči v oboru rehabilitačního lékařství, fyzioterapie a klinické psychologie. Klienti se k nám dostávají jednak cestou „standardní“: na doporučení praktického lékaře či specialisty nebo přímo k našim lékařům. Ti jim pak doporučí další péči v rámci CKP. Někteří klienti přijdou přímo na rehabilitaci s poukazem FT nebo cestou od psychologa k lékaři či fyzioterapeutovi.

- | | | | |
|----|--------------------|---|-------------------------------------|
| 1. | lékař | → | fyzioterapeut |
| 2. | Lékař | → | fyzioterapeut → psycholog |
| 3. | Externí lékař (FT) | → | fyzioterapeut → psycholog → (lékař) |
| 4. | Psycholog | → | lékař → fyzioterapeut |
| 5. | Psycholog | → | fyzioterapeut |

Tým se vytváří postupně dle vstupního vyšetření, vývoje terapie a potřeb klienta. Touto cestou se k nám dostane kolem 2000 pacientů za rok, kteří čerpají v průměru 8 fyzioterapií ročně (až 25 terapií x jednorázová konzultace). Každý pacient se nachází v jiné fázi svého onemocnění, na což je už v začátku terapie třeba myslet. Velmi důležitou se zde jeví role fyzioterapeuta, který je s klientem z celého týmu v kontaktu nejvíce. Fyzioterapeut má roli jakéhosi zprostředkovatele propojení psychosomatických souvislostí nemoci, může

být „mostem“ propojujícím somatický a psychický náhled na nemoc. Někdy je péče fyzioterapeuta, jeho podpora a bezpečný terapeutický vztah jedinou a dostatečnou cestou péče o pacienty, někdy předává fyzioterapeut pacienta do péče klinického psychologa.

Druhou možnou cestou k péči v CKP Dobřichovice je tzv. komplexní psychosomatické vyšetření. To se týká asi 80 klientů za rok, kteří jsou většinou motivováni pro psychosomatickou péči anebo alespoň tuší psycho-somatické souvislosti své nemoci. Vyšetření probíhá v předem sestaveném týmu odborníků, který se vytváří na základě předem vyjasněných očekávání pacienta. Komplexní psychosomatické vyšetření klienta u více odborníků s následnou společnou konzultací a shrnutím pro pacienta probíhá většinou ve dvou dnech:

- | | |
|---------|--|
| 1. den: | 1,5 hod. rehabilitační lékař |
| | 1,0 hod. fyzioterapeut |
| 2. den: | 1,0 hod. klinický psycholog |
| | 1,0 hod. týmová konzultace |
| | (setkání všech odborníků) |
| | 1,0 hod. shrnutí a doporučení pro pacienta s klinickým psychologem |

Na krátké kazuistice pacienta Lukáše H. bychom chtěli ilustrovat výhodu tohoto přístupu v péči o klienta.

Zakázka pacienta: zbavit se bolesti hlavy, které trvají 3 roky a objevují se zejména při sportu, začít znovu sportovat

Pohled lékaře:

- Neurologicky negativní nález (ORL, oční vyš. EEG, CT mozku, RTG)
- Po interní stránce zdrav, jen suchost oční sliznice
- Asymetrická postura – asymetrie ramen, pánve, přetížení a zkrat šíjových svalů, svalová dysbalance



- Vyhlazená fyziologická zakřivení páteře

Pohled fyzioterapeuta:

- Nestejná délka končetin
- Nepoměr ve velikosti chodidel
- Svalové dysbalance
- Nestabilita postury

Pohled psychologa:

- Složitá rodinná anamnéza, traumata z dětství
- Absence relaxačních činností → nahromaděné napětí
- Dysbalance na více rovinách
 - duchovní přesahy vs. konzum (práce v reklamní agentuře)
 - osobní vs. pracovní život

Terapie:

- Navázání vztahu, vytvoření důvěry
- Nalézání „balance“ a vyrovnávání na více rovinách:
 - podpatěnka – zlepšení již po 3 dnech!
 - aktivace nohou, stabilizace prstů u nohou
 - relaxace a následná aktivace pánevního dna a celého osového systému
 - hledání rovnováhy mezi pracovním a osobním životem
 - ventilace a vyjadřování emocí
 - náročné situace v původní rodině – těžké onemocnění matky, komplikovaný vztah s otcem
 - hledání prostoru pro sebe-realizaci

Přínosy pro pacienta:

- Propojení somatické, psychologické a sociální roviny téma nerovnováhy a hledání stability se objevuje na všech úrovních systému (svalová dysbalance, emoční, hodnotová nerovnováha) na všech těchto úrovních je

smysluplné terapeuticky intervenovat a témata propracovávat - u pacienta dochází k propojování

- Pochopení souvislostí při vzniku a udržování obtíží – na somatické úrovni došlo k dekompenzaci dlouhodobě „oslabeného místa“ (nestejná délka končetin) z důvodu přetížení z nadměrné fyzické aktivity, kterou kompenzoval vysoké psychické napětí a nespokojenost

Tento způsob práce má své výhody, ale i úskalí. Pacient bývá motivovaný pro komplexní psychosomatické vyšetření, sám se k němu přihlašuje s určitým náhledem na souvislosti stonání. Pro pacienta, ale i pro odborníky je velkým přínosem možnost konzultovat příběh a obtíže pacienta v týmu, získávat pohled ostatních odborníků na jeho příběh a obtíže. Limitující pro tento způsob práce je její časová, organizační a finanční náročnost. Snahou týmu v CKP Dobřichovice je vylepšovat a zefektivňovat práci s klientem V souvislosti s organizováním komplexních psychosomatických vyšetření se objevují témata a otázky jako např. jak a kde získat čas na studium dokumentace, kterou s sebou pacient přináší – jak a kde získat čas na zpracování závěrečné zprávy z vyšetření, kdo ji sepisuje a kdo předává pacientovi – zda je možné zapojit do komplexních psychosomatických vyšetření i lékaře a jiné odborníky mimo tým CKP – zda je možná a přínosná účast pacienta na týmové poradě – a mnohé další.

Do redakce přišlo 9. 3. 2015

Zařazeno do tisku 30. 3. 2015

Střet zájmů: není

Kontakty na autory: info@ckp-dobrichovice.cz tel.: 257 713 076, 723 603 600, Na Vyhlídce 582, 252 29 Dobřichovice, www.ckp-dobrichovice.cz





AKCE

Všechny akce podporované výborem Společnosti psychosomatické medicíny jsou na stránkách společnosti na www.psychosomatika-cls.cz

BIOENERGETICKÁ SKUPINA- OSM SETKÁNÍ

Uzavřená seberozvojová skupina bioenergetických cvičení a technik psychoterapie zaměřené na tělo. Skupinu vede Mgr. Tereza Koryntová.

Osm setkání, 5.5.2015 - 23.6.2015

Více informací: danuse.jandourkova@ckp-dobrichovice.cz
[Stránky pořadatele.](#)

ČEMU SE SEZENÍ VĚNUJÍ?

- rozvíjení vnitřní pozornosti těla, dechu, uvolňování svalových napětí
- propojování tělesných a emočních prožitků
- technikám na zvýšení tělesné a duševní pohody
- učíme se zacházet se sebou samým v souvislostech s běžným životem

KOMU JE SKUPINA URČENA?

- pro zájemce o zlepšení psychické kondice
- zájemcům o vlastní sebepoznání a seberozvoj
- pro ty, kteří potřebují odbourat stres či nepohodu
- pro klienty s psychosomatickými obtížemi, zatížené např. chronickou únavou či bolestí zad
- při potížích s nespavostí
- pro zájemce o zlepšení psychické kondice

CHCETE VĚDĚT VÍCE O BODYTERAPII?

Pokud hledáte více informací o tomto velmi zajímavém směru v práci s člověkem, přečtěte si tento [článek](#) anebo se obraťte přímo na Terezu Koryntovou.

Cena: 2 600,- za 8 setkání

[ONLINE PŘIHLÁŠENÍ](#)



AKCE PRO PORODNÍ ASISTENTKY

Milí a vážení,

dovolujeme si Vám poslat/připomenout informace o odborných vzdělávacích akcích pro zdravotníky z oblasti porodnictví. Všechny naše akce jsou akreditovány odbornými společnostmi: pro lékaře Českou lékařskou komorou, pro porodní asistentky Českou konfederací porodních asistentek, pro zdravotníky záchranné zdravotnické služby Českou asociací sester. Prosíme o předání informací z tohoto mailu jak lékařům, tak porodním asistentkám Vaší porodnice.

Všechny nabízené kurzy vedou ke zlepšení dovedností zdravotníků, zvýšení kvality péče nabízené ženám v těhotenství, během porodu i v době poporodní. Ve svém důsledku snižují strach zdravotníků z důsledků vykonávání vlastní profese, což snižuje stres, který při vykonávání vlastní profese prožívají. Svůj klid pak mohou předávat těm, o něž pečují. Informace a dovednosti, které zdravotníci na kurzech získají mohou přispět i ke snížení primárních císařských řezů (snížení úzkosti žen, přirozený porod koncem pánevním...).

V příloze posíláme podrobné pozvánky na jednotlivé akce. Akce jsou řazeny podle data konání:

15- 17. 5. 2015, Praha [Cesty snů 1](#)

Cesty snů – využití metody řízené imaginace pro posílení prenatální vazby mezi matkou a dítětem

Lektorka:

Eva-Maria Müller-Markfort (Německo),

- diplomovaná porodní asistentka, prenatální psycholožka, psychoanalytička
- jedinečný vysoce individualizovaný výcvikový program v rámci celoživotního vzdělávání sestávající z 5 víkendových bloků
- nová koncepce péče o těhotné ženy využívající poznatků prenatální psychologie

Motto: Nejvyšší a nejkrásnější povinností porodních asistentek je nezklamat důvěru do nich těhotnými ženami kladenou, ale naopak si této důvěry vážit jako vzácného daru.

Pracovní jazyk: **Angličtina – nebude tlumočeno**

Podrobné informace a přihláška: www.pdcap.cz nebo přímo:

<http://www.pdcap.cz/Texty/PDS/KurzPA-EM2015.html>

Těšíme se na Vás

Za tým Porodního domu U čápa, o.p.s.

Zuzana Štromerová, tel. 602 958 396



PRAKTICKÝ KURZ- O RELAXACI

Termín: 16. května 2015

Cena: 1.000,- Kč (platba nejpozději do 30.4.2015)

Kde se koná: CKP Sámova, Sámova 410/28, P 10

Dotazy: info@ckpsamova.cz

Registrace: [online přihlášení](#)

Anotace odborného kurzu: Původem slova autogenní jsou dvě řecká slova autos= já, sám a tó genós= původ, zrod. Autogenní trénink tedy jednoduše znamená cílově zaměřenou, systematickou práci na sobě. Principem je stav vnitřního duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění, k němuž dochází cestou autosugesce. Cvičící se koncentruje na určité myšlenky a představy, které ovlivňují jeho psychiku a organismus. Podmínkou je odpoutání se od vnějších vlivů.

Jaké jsou účinky autogenního tréninku?

- Zvyšuje schopnost soustředění
- Zlepšuje kvalitu spánku
- Pomáhá při léčbě některých poruch (např. vysoký krevní tlak)
- Navozuje pocit uvolnění
- Regeneruje organismus
- Ve vyšších stupních ho lze využít na zbavení některých zlovyků (např. kouření)
- Při dlouhodobém cvičení zlepšuje kvalitu života a duševní vyrovnanost

Obsah kurzu:

- principy a účinky relaxačních metod
- vznik a obsah fází autogenního tréninku
- možnosti a limity účinnosti autogenního tréninku
- trénink jednotlivých fází a zpětná vazba
- individuální přístupy v rámci autogenního tréninku
- zkušenosti, propojení na rozvoj osobnosti a eliminaci psychosomatických potíží
- zdroje, inspirace
- závěr

Jak kurz probíhá? Nejdříve si řekneme, jak vše funguje a potom budeme nacvičovat. Projdete si několika fázemi: pocit tíže, pocit tepla, regulace srdce, úprava dechu, regulace břišních orgánů, pocit chladu na čele.

Časový harmonogram

- 8.30 – 9.00 Prezence účastníků, organizační záležitosti
- 9.00 – 9.30 Seznámení, úvod, očekávání
- 9.30 – 12.00 Principy a účinky relaxačních metod, vznik a obsah fází autogenního tréninku, možnosti a limity účinnosti autogenního tréninku, trénink jednotlivých fází a zpětná vazba
- 12.00 – 13.00 Pauza na oběd
- 13.00 – 15.00 Trénink jednotlivých fází a zpětná vazba
- 15.00 – 15.30 Diskuze a závěr

Lektor: [PhDr. Luděk Vajner](#)

Určeno pro: všechny zájemce o tuto tematiku, fyzioterapeuty, lékaře, maséry, pedagogy, pomáhající profese i laickou veřejnost

S sebou: Pohodlné oblečení (návčik probíhá vleže na karimatkách), psací potřeby, blok.



PRO PORODNÍ ASISTENTKY A PORODNÍKY

18. 5. 2015 Velká zasedací místnost 1. LF UK, Na bojišti 3, Praha 2.

19. 5. 2015 Přednáškový sál, budova Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje, Kamenice 798/1d, **Brno 18. 5. 2015 Velká zasedací místnost 1. lékařské fakulty UK), Na Bojišti 3, Praha 2.**

Evoluce porodu koncem pánevním: nové paradigma pro optimální péči

JCh1 Evoluce+porodu+koncem+pánevním+pozvánka

Lektoři:

Betty-Anne Daviss¹, mimořádná **profesorka**, odbornice v oblasti porodů koncem pánevním s více než 40letou praxí, a epidemiolog **profesor Kenneth C Johnson, PhD²**

1 Department of Obstetrics and Gynaecology, Midwifery Division, Montfort Hospital, 713 Montreal Road, Ottawa, Ontario, and Adjunct Professor of Gender and Women's Studies at Carleton University, Ottawa, Ontario, Canada

2 Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa, 451 Smyth Road, Ottawa, Ontario K1H 8M5, Canada

Odborný garant akce: Prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.

Seminář bude probíhat jako jednodenní workshop. Účastníci si mohou vybrat, zda se chtějí programu účastnit v Praze nebo Brně.

Z výsledků vysoce kvalitních, přelomových výzkumných prací z Frankfurtu, Austrálie a Kanady vyplývá, že u žen, které rodí dítě koncem pánevním vkleče na všech čtyřech nebo ve stoje, je mnohem menší pravděpodobnost poranění nebo nutných zásahů. Naopak je mnohem pravděpodobnější, že tyto ženy prožijí nerušený porod. Během semináře se naučíte lépe porozumět mechanismu porodu koncem pánevním, a naučíte se také hmaty a techniky, díky nimž je pomoc při porodu koncem pánevním ve vertikální pozici preferovanou metodou.

Pracovní jazyk: **Angličtina – bude tlumočeno**

Podrobné informace a přihláška: www.pdcap.cz nebo přímo:
<http://pdcap.cz/Texty/PDS/KurzPA-KP2015-2.html>



KURZ MYOFASCIÁLNÍ INTEGRACE I.

ODBORNÝ KURZ MYOFASCIÁLNÍ INTEGRACE ORGANIZOVANÝ CKP ROSETA
23.-24. KVĚTNA 2015: [VÍCE ZDE](#) (NA WWW.ROSETA.CZ)

Motto: *“Tělo je naším výrazem ve světě, viditelná forma našich záměrů.”*

(M. Merleau-Ponty: Prvenství vnímání)

Zveme Vás na odborné kurzy z oblasti fyzioterapie a celostní práce s tělem. Tři kurzy s názvy „Myofasciální integrace - strukturální integrace“ jsou zaměřeny na manuální práci s pojivovou tkání (myofasciemi) a na využití pohybu v terapii (vnímání, uvědomování si sebe skrze pohyb, prostorové vědomí a uvědomění si napětí a uvolnění).

SEMINÁŘ S PROF. LOEWEM II.

VÁS SRDEČNĚ ZVEME NA

SEMINÁŘ S PROF. THOMASEM H. LOEWEM

„VÝZKUM V PSYCHOSOMATICE A PSYCHOSOMATICKÁ PRACOVNÍŠTĚ V NĚMECKU“

Přednáší: Prof. Dr. med. Thomas H. Loew (přednosta Psychosomatické kliniky v Řeznu, Německo, vedoucí lékař v Centru pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii na univerzitě Regensburg, viceprezident AEPM (Association of European Physicians for Psychosomatic Medicine))

Kdy: Úterý, 26. května 2015, 14:00 – 18:00

Kde: nemocniční kaple, PAVILON M (klinika dětí a dorostu), Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady Šrobárova 50, Praha 10 (doprava: stanice metra Želivského)

Cena: Účast je zdarma.

Registrace: není nezbytná, ale pro orientační přehled o počtu účastníků zvolte, prosím, registraci na www.psychosomatika-cls.cz (pro přihlášené uživatele) [zde](#). Pokud by to nefungovalo, pošlete informaci o své plánované návštěvě semináře na adresu organizátora (masnerovi@gmail.com). Pokud změníte své plány, odhlaste svou rezervaci, prosím, také na těchto stránkách.

Za Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP se na Vás těší MUDr. Ondřej Masner.



ÚVOD DO ZKUŠENOSTI SUPERVIZE

Zveme Vás na zcela nový kurz zkušené lektorky a iniciátorky zavedení supervizní pomoci na zdravotnická pracoviště. Kurz se jmenuje “Úvod do zkušenosti supervize – praktický kurz pro lékaře, fyzioterapeuty a další odborníky”. Proběhne v CKP Dobřichovice v pátek 29.5. od 14:30.

Kurz vede **Mgr. et Mgr. Veronika Víchová**, psycholožka, psychoterapeutka a supervizorka. Pracuje na Klinice adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Cena: 800,- (do 8.5.)

[ONLINE PŘIHLÁŠENÍ](#)

MYOFASCIÁLNÍ INTEGRACE II

ODBORNÝ KURZ MYOFASCIÁLNÍ INTEGRACE ORGANIZOVANÝ CKP ROSETA: 30-31.5. 2015 [VÍCE ZDE](#)

Motto: *“Tělo je naším výrazem ve světě, viditelná forma našich záměrů.”*

(M. Merleau-Ponty: Prvenství vnímání)

Zveme Vás na odborné kurzy z oblasti fyzioterapie a celostní práce s tělem. Tři kurzy s názvy „Myofasciální integrace - strukturální integrace“ jsou zaměřeny na manuální práci s pojivovou tkání (myofasciemi) a na využití pohybu v terapii (vnímání, uvědomování si sebe skrze pohyb, prostorové vědomí a uvědomění si napětí a uvolnění).

TO JÁ NE! TO ONI! ANEB KONFLIKTY MEZI NÁMI A V NÁS.

Termín: 30. května 2015

Cena: 990,- Kč (platba nejpozději do 15.5.2015)

Kde se koná: CKP Sámova, Sámova 410/28, P 10

Dotazy: info@ckpsamova.cz

Registrace: [online přihlášení](#)

Pozvánka: [Pozvánka To já ne. To oni. 30.5.2015](#)

Lektor: [PhDr. Luděk Vajner](#)

V centru komplexní péče Sámova pracuje jako klinický psycholog – psychoterapeut a vede výcviky AT (autogenního tréninku). Je absolventem FF UK – obor psychologie a MFF UK – obor učitelství matematika – fyzika. Absolvoval výcvik v psychoanalýze. Od roku 1989 má soukromou psychoterapeutickou praxi, v komerčních firmách působí jako lektor, konzultant a kouč.



Anotace odborného kurzu:

V pomáhajících profesích se často setkáváme s nedorozuměním, konflikty mezi lidmi. Často si říkáme: „Jak je to možné, že došlo ke konfliktu, když jsme se tak snažili...“ V semináři si probereme příčiny, průběh, důsledky a prevenci různých typů konfliktů. Podíváme se na konflikt jako na pozitivní možnost změny. Budeme spolu diskutovat o různých příčinách nedorozumění s klienty i se spolupracovníky. Základní otázkou bude: Jak my sami přispíváme ke konfliktu, jak ti ostatní.

Seminář bude interaktivní – kromě informací se bude odvíjet formou diskuze, sdílených zkušeností, případových studií.

Obsah semináře:

- Co je to nedorozumění, konflikt
- Rozdělení konfliktů
- Příčiny konfliktů (organizační, osobní, střety typů)
- Šumy v komunikaci
- Jak jsem na tom já (využití typologie MBTI)
- Konfliktní typy a strategie jejich zvládnání
- Konfliktní situace a jejich rozbor
- Simulované situace z praxe
- Diskuze a závěr

Časový harmonogram

- 8.30 – 9.00 Prezence účastníků, organizační záležitosti
- 9.00 – 9.30 Seznámení, úvod, očekávání
- 9.30 – 12.00 Blok 1 s tématy: co je to nedorozumění, konflikt; rozdělení konfliktů; příčiny konfliktů (organizační, osobní, střety typů); šumy v komunikaci; jak jsem na tom já (využití typologie MBTI)
- 12.00 – 13.00 Pauza na oběd
- 13.00 – 15.00 Blok 2 s tématy: konfliktní typy a strategie jejich zvládnání; konfliktní situace a jejich rozbor; simulované situace z praxe
- 15.00 – 15.30 Diskuze a závěr

Určeno pro: všechny zájemce o tuto tematiku, vedoucí skupin a fyzioterapeuty, lékaře, maséry, pedagogy, pomáhající profese i laickou veřejnost

S sebou: Pohodlné oblečení, psací potřeby, blok.

MYOFASCIÁLNÍ INTEGRACE III

ODBORNÝ KURZ MYOFASCIÁLNÍ INTEGRACE ORGANIZOVANÝ CKP ROSETA III 5.-6. ČERVNA 2015: [VÍCE ZDE](#)

Motto: *“Tělo je naším výrazem ve světě, viditelná forma našich záměrů.”* (M. Merleau-Ponty: Prvenství vnímání)

Zveme Vás na odborné kurzy z oblasti fyzioterapie a celostní práce s tělem. Tři kurzy s názvy „Myofasciální integrace - strukturální integrace“ jsou zaměřeny na manuální práci s pojivovou tkání (myofasciemi) a na využití pohybu v terapii (vnímání, uvědomování si sebe skrze pohyb, prostorové vědomí a uvědomění si napětí a uvolnění).



BLAŽENÉ NEBEZPEČÍ

Miniseminář s Ivanem Verným 10.6. v 17:30 v Praze, místo bude upřesněno. Více zde [Blazene nebezpeci__Praha 2015](#)

Mezinárodní a mezioborová konference

MOVING SELF IN PSYCHOTHERAPY

9. - 10. 10. 2015, Praha. Více na stránkách konference [zde](#)

Celostní a vztahové pojetí Self v psychoterapii se zaměřením na tělové Self v psychoterapeutickém procesu a vztahu.

Zvláštní pozornost bude věnována těmto oblastem:

- klinické kontexty propojení těla a mysli a jejich vztahové ukotvení;
- implicitní, non-verbální interakce mezi terapeutem a klientem, kinestetická empatie,
- somatický přenos a protipřenos;
- tělový obraz, tělová paměť a preverbální témata, trauma a disociace;
- sociální a kulturní kontexty tělového Self v klinické praxi.

Přednášející:

Prof. Dr. med. Dr. phil. **Thomas Fuchs** (Německo), **Laura Galbusera**, MSc. (Itálie), **Peter Philippon**, MSc. (UK), MUDr. **Radana Syrovátková**, BC-DMT (ČR), PhDr. **Anton Polák** (ČR), **Stacey Hurst**, BC-DMT, GLCMA (USA), Mgr. **Ondřej Novák** (ČR), **Agnieszka Sokolowska**, MSc. (Polsko), **Sybill Assmann**, MSc. (Německo), Prof. Dr. **Wolfgang Tschacher** (Švýcarsko).

Překlad zajištěn.



SEMINÁŘ PRO PORODNÍKY A PORODNÍ ASISTENTKY

III. 15. – 17. 10. 2015, Praha

Je možné nahradit vedení porodu přáním ženy? Forenzní aspekty a nové výzvy pro porodní asistenci.

Odborný kurz pro zdravotníky z oboru porodnictví

Lektorka:

Barbara Kosfeld, MSc, MBA, porodní asistentka s více než 35letou praxí, zakladatelka porodního centra a akademie pro porodní asistentky

Kurz zahrnuje přednáškovou část, práci s obrazovým materiálem (záznamy historického sběru dat, protokoly) a diskuzi. Důraz je kladen na klíčovou úlohu porodní asistentky v podpoře zdraví matky a dítěte z dlouhodobého hlediska. Velkou výzvou jsou pro porodní asistentky novodobě zavedené postupy, které jsou mnohdy v rozporu s praktikami ověřenými po staletí. Obtížné bývají také situace, kdy je přání ženy v rozporu s postupem, který porodní asistentka zvolí jako nejvhodnější pro podporu zdraví ženy a dítěte.

Pracovní jazyk: **Angličtina – bude tlumočeno**

Podrobné informace a přihláška: www.pdcap.cz nebo přímo:
<http://www.pdcap.cz/Texty/PDS/KurzPA-BK2015.html>

KONFERENCE V NEW ORLEANS

Členové naší společnosti jsou zváni na konferenci na jih USA do New Orleans. Více [zde](#)

The Art and Science of Communication in Psychosomatic Medicine. 11-14.11. 2015

Dear Dr. Masner, if you are able, perhaps you can share APM's call for abstracts with members of the Czech Society for Psychosomatic Medicine?

Thanks for whatever you feel able to do!

Kind regards

James Vrac, CAE

Executive Director

Academy of Psychosomatic Medicine

Direct: [301.718.6523](tel:301.718.6523)

Web: www.apm.org

APM: *Psychiatrists Providing Collaborative Care Bridging Physical and Mental Health*



NABÍDKY

SPOLUPRÁCE S LÉKAŘEM:

Rádi bychom spolupracovali s lékařem či lékařkou, který pracuje v kontextu bio - psycho - socio - spirituálním tedy celostně. Je tedy somatický profesionál (nejlépe asi praktický lékař nebo internista) s psychoterapeutickým výcvikem nebo dalším jiným vzděláním mimo somatickou medicínu.

Je pro nás důležité, aby uměl a chtěl pracovat týmově v rámci multiprofesního složení psychosomatického týmu, kde by byli psychoterapeuti, psychiatři, body terapeuti, stážisté popřípadě další specialisté.

Naším cílem je nabízet psychosomatické služby pro klienty Centra Gaudia (v Praze a v Brně) a jejich rodiny se zaměřením na možnost konzultací s multiprofesním týmem na živo přímo při sezení (reflektující tým, koterapie), nebo formou konsilii nad případem, nebo možností po prvním sezení domluvit setkání s dalšími odborníky na stejném místě. Nabízíme jak práci s jednotlivci, přímo klienty s psychosomatickými potížemi, tak rodinné terapie těchto klientů a jejich blízkých (dopad problému na rodinu, jako i rodinného systému na problém).

V tuto chvíli je koncept v procesu tvorby a rozjezdu, takže hledáme nejlepší formy spolupráce v týmu, nabídky klientům, časový požadavek na lékaře zatím není dán, ze začátku 1 den za 14 dní.

Zájemci, obraťte se na MUDr. Olgu Kunertovou (kunertova@gaudia.cz)



DVĚ ZAJÍMAVÉ NABÍDKY Z 1. PSYCHIATRICKÉ

FYZIOTERAPEUT / FYZIOTERAPEUTKA

První psychiatrická s. r. o.

Nabízíme:

- práci fyzioterapeuta na plný úvazek v ambulantním provozu
- odpovídající finanční ohodnocení
- nástup možný ihned nebo dle dohody
- místo pracoviště - Praha 4, Chomutovická 1444/2

Požadujeme:

- Vzdělání v oboru fyzioterapie odb. 902 (DiS, Bc. či Mgr.) + osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu (zákon č. 96 /2004 Sb., v platném znění)
- Velmi dobré komunikační schopnosti; vstřícné chování a příjemné vystupování; pečlivost a spolehlivost; schopnost týmové spolupráce
- Uživatelská znalost PC

V případě zájmu zašlete prosím životopis na

e-mail : prvni.psychiatricka@gmail.com nebo nás kontaktujte na tel. 777 011 877

PSYCHIATR/PSYCHOSOMATIK

První psychiatrická s. r. o.

Přijme – psychiatra se zaměřením na psychosomatiku.

Nabízíme:

- odpovídající finanční ohodnocení
- nástup možný ihned nebo dle dohody na plný i částeční pracovní poměr
- místo pracoviště - Praha 4, Chomutovická 1444/2

Požadujeme:

- Velmi dobré komunikační schopnosti; vstřícné chování a příjemné vystupování; pečlivost a spolehlivost; schopnost týmové spolupráce

V případě zájmu zašlete prosím životopis na

e-mail : prvni.psychiatricka@gmail.com nebo nás kontaktujte na tel. 777 011 877



RECENZE

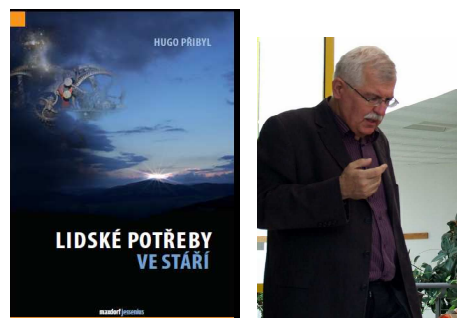
HONZÁK R.: CO POTŘEBUJEME MY, KTEŘÍ NEJÍME BROUKY

Recenze knihy Hugo Příbyl: **Lidské potřeby ve stáří**

Volební propad Důchodců za životní jistoty měl včera svou dohru... Eduard Kremlička, aby splnil svůj slib... byl nucen změnit předmět sázky a místo chrousta zkonzumoval potemníka.

Hospodářské noviny 13. 6. 2001

Stárnutí je celostní, nezvratný, dynamický proces, který postihuje do značné míry ničivými změnami všechny živé organismy. Abychom byli spravedliví, je potřeba dodat, že se tak děje již od jejich samého početí. Program *apoptózy*, neboli sebezničení je ukryt v každé buňce. Dětskou nevinnost spojenou s neméně intenzivní surovostí si udržíme s bídou do poloviny povinné školní docházky. S nadlidským úsilím si někteří z nás uchovávají zralost, prožívání a jednání sladkobolného věku puberty, nicméně většina lidí „podobna trojnožce utíká bílému sněhu“ a přestože „se nedožije sta let, starostí si dělá na tisíce“. Přitom, jak řekl trefně Miloš Kopecký, blbé není stáří, ale ty blbé kecy těch druhých o tom!



Stáří má velké výhody; především jsou tu až tři stovky jeho definic a potom čínské přísloví: Jestliže je v rodině starý člověk, vlastní tato rodina drahokam. Přesto je nemáme rádi (stejně jako chorobnou depresi) a je třeba jistého úsilí k překonání tohoto do značné míry nevědomého odporu, který se od samotného fenoménu stáří paprskovitě rozbíhá k jednotlivým starým lidem. Mýty, které v této oblasti panují, nám dovolují „umýt si ruce“ nad řadou nepravostí, které se zde dějí – nenechávejme je žít! Že dědeček a babička ujídají chlebička, se sice mezi agitační hesla již nevylepuje, ale nevrle postoje k nakupujícím staříkům v supermarketech k tomu nemají daleko.

Přitom již více než před třiceti roky byl WHO vypracován a také přijat pozitivní program **4D** naplňování potřeb seniorské generace:

Demedicinalizace. Medicína nemůže řešit komplexní zajištění seniorů. Kompetence jsou omezeny a odpovědnost definována. Je žádoucí, aby péče o staré lidi byla v dostatečném rozsahu převedena do režimu ambulantních zdravotních a sociálních služeb a jiných společenských oblastí.



Deinstitucionalizace. Je nezbytné podpořit péči v domácím prostředí, podporovat starající se rodiny, komunitní formy péče. Rovněž je také důležité posilovat partnerství samotných pacientů – seniorů. **Deprofesionalizace.** Z určitého úhlu pohledu se o seniora může jistým způsobem postarat prakticky každý. Proto je vhodné zapojit do spolupráce každého, kdo je ochoten a schopen se na této péči (spolupráci) podílet. Do této participace můžeme zahrnout dobrovolnictví, sousedskou výpomoc, seniorskou svépomoc atd. **Deresortizace.** V této souvislosti se hovoří o celospolečenské prostoupenosti seniorské problematice, tzn., že každý obor lidské činnosti může pro populaci seniorů něco udělat. Proto by zdraví a ekonomicky činní lidé měli být alespoň rámcově informováni o potřebách seniorů (multidisciplinární povaha potřeb a služeb).

V této oblasti je před námi práce jak na kostele. Pachatelé dobra tak nemusí platit školné černouškům v Ghaně, ani jezdit zachraňovat deštné pralesy, nýbrž mohou pomoci teď a tady v každodenní starosti a péči o rozrůstající se segment naší populace. Pomáhat není snadný úkol a ti, jimž je pomoc nabízena, jsou často nevděční; protože pomocníci jim nabízejí něco, co nepotřebují, co si dokážou obstarat sami, navíc někdy docela neurvalým způsobem.

Pokud se chce někdo do těchto aktivit zapojit, má k dispozici velmi užitečného rádce. MUDr. Hugo Příbyl, praktický lékař a geriatr, který má velice vřelý vztah ke zdravým i chorým stařešinům, vydal stručnou, přehlednou a výbornou příručku **Lidské potřeby ve stáří**, která je napsaná PRO LIDI. Mezi ně počítá také zdravotníky, ale předpokládá, že nejužitečnějšími pomocníky jsou ti nejbližší, kteří jsou seniorkám a seniorům nejbližší.

Po krátké úvodní části následují kapitoly věnované lidským potřebám je ukázkou, která lze čtivě zpracovat encyklopedická hesla, že se z nich stane text, který se nejen dá číst, ale je i zajímavý. Navíc široký záběr na jednotlivé přístupy a pohledy zde předčí některé učebnice psychologie.

Praktická část svědčí o autorově niterném zájmu o jeho pacienty, navíc je napsána stylem nenásilného pedagogického textu. Každá otázka je návodem, jak si počínat v situacích, kde komunikace velmi často vážně a zdravotník/pomáhající se přesouvá k instrumentálně laděné péči (kterou – mezi námi – by možná lépe poskytl robot). Trapnost či napětí chvíle mohou být překlenuty použitím čehokoliv z předložených dotazů a bude-li pomáhající vytrvalý, možná rozpovídá i autistu.

Mně na celém rukopisu fascinuje autorův neskrývaný zájem o lidi, jeho doslova čapkovský přístup vesnického doktora, který je, na rozdíl od Čapkových časů, vyzbrojen i většími možnostmi z oblasti medicíny než tím dobrým slovem. Z textu to doslova vyzraňuje a je to nakažlivé.

Lidské potřeby ve stáří

Hugo Příbyl

Formát: A5

Vazba: brož., 96 stran

Rok vydání: 2015

Cena: 195,- Kč

ISBN: 978-80-7345-437-1



HONZÁK R.: NEFREUDOVSKÉ NEVĚDOMÍ

Leonard Mlodinow: **Subliminal. How your unconscious mind rules your behavior.** Vintage Books, New York, 2012, cena brož. 15 USD, ISBN: 978-0-307-47225-0

Autor je synem poválečných židovských emigrantů z Polska, narodil se v roce 1954. Jeho původní záměr studovat chemii se změnil po roce 1973, kdy strávil nějakou dobu v kibbutzu v Izraeli. Jediné tři anglicky psané knížky, které tam našel, byly z pera Richarda Feynmana (*Feynmanovy přednášky z fyziky* dokonce vyměnil za džiny a přivezl si je domů) a zcela změnil jeho zaměření. Kromě vědecké práce se zabývá také popularizací vědy a spolu s předními vědci, např. se Stephenem Hawkingem, Mattem Costellem, nebo Joshem Nashem vydal několik knih, dále se podílel na scénáři k seriálu Star Trek a příběhům Mac Gyvera. (Jestli psal ten scénář, kde Mac Gyver treffi padoucha šutrem vystřeleným z „velepraku“ provizorně vytvořeného z řídiček kola a hrdinových šlů, má u mne body navíc.)

Poslední kniha, která je několik let americkým bestsellerem, je věnována nevědomí a jeho vlivu na naše jednání. Přestože tento pojem uvedl do psychologie a posléze do dalších věd o člověku již více než před stoletím Sigmund Freud, o jeho existenci a významu byly dlouhou dobu pochybnosti. Pohled do zákulisí práce mozku umožnil teprve rozvoj neurověd a především zobrazovacích metod, které nám alespoň zčásti umožňují nahlédnout, jak mozek skutečně pracuje.

Na rozdíl od Freuda autor nevnímá nevědomí v psychoanalytickém pojetí, ale jen jako pracovní nástroj mozku, jehož činnost si vůbec neuvědomujeme. Dokonce mu nepřičítá ani teleologické tendence orientované na přežití jedince nebo druhu, jak to činí David Eagleman v podobně zaměřené publikaci *Incognito. The secret lives of the brain* vydané jen o rok dříve u stejného nakladatele. Mlodinow na desítkách provedených experimentů jen demonstruje, jak pracuje mozek svými prostředky a postupy a jak formuje naše myšlení a jednání, aniž to přiřazuje nebo podřizuje nějakému dalšímu principu.

První část je věnována elementárním kognitivním procesům, a je zde zdůrazněno, že vnímání – ať už probíhá jakýmkoliv smyslovým kanálem – vůbec není pasivní otiskování okolí, ale aktivním dějem, při kterém si mozek vlastně vytváří „svou“ realitu doplňováním celé řady prvků a částí vnímaného celku. Stejně zákony platí při ukládání do paměti a vybavování, které vůbec není přesné. Vše tohle je ale podnikáno ve prospěch sociálních dovedností, jež jsou nezbytné, protože člověk patří do smečky, která mu umožňuje jak přežít, tak se vyvíjet. ToM (= Theories of Mind), přemýšlení o tom, jak se ke mně staví a jak přemýšlejí druzí, jsou pracovním nástrojem sociální adaptace a podstatnou součástí sebeuvědomění a také vlastního sociálního zařazení.

Nevědomé mechanismy sociálních dovedností jsou – včetně zajímavé historie některých omylů či objevů, jejich zapomenutí nebo ztracení a následného znovuobjevení – popisována v dalších kapitolách nazvaných *Reading people*, *Judging people by their covers* a *Sorting people and things* poukazující především na četné omyly vycházející z chyby nazývané ve vědecké práci BIAS. V životě pak nejčastěji označované za předsudek, na němž je zajímavé to, že si ho vůbec nebyváme vědomi (explicite versus



implicite). Navzdory nepřesnostem, které z toho vyplývají, je možno tyto postupy našeho mozku považovat za adaptivní a tedy výhodné.

Dvě následující kapitoly jsou věnovány příslušnosti ke skupině, skupinové morálce a pocitům. V první je podrobně probírán hlavně Sheriffův sociálně psychologický experiment z padesátých let navazující na jeho pilotní práce týkající se konformity členů jakékoliv skupiny. Pocity a emoce jsou traktovány především v mezilidských souvislostech. Nechybí varování, že podobně jako u kognitivních funkcí je možné pracovat třeba s falešnou vzpomínkou, také zde se nelze stoprocentně spoléhat na „gut feelings“, protože i emoce mohou být interpretovány zcela chybně. Třeba aktivace vyvolaná expozicí riziku může být při „nastrčení správného objektu“ desinterpretována jako sexuální vzrušení.

Závěrečná kapitola je věnována konstruktovi označovanému jako „self“ (podle některých = pravé já, podle autora už ne). Pro člověka, který je psychologicky erudován, zde dochází k velmi nepřehlednému matení pojmů. Autor nejprve prezentuje ego kriminálních psychopatů, pokračuje přes bludy psychotiků s porušenou osobní orientací až po sebepercepci běžného člověka a dochází k závěru, že stejně, jako mozek, vnímá zevní svět na základě zčásti doplněných a zčásti zcela rekonstruovaných informací, vytváří mínění analogickým způsobem, vesměs nekriticky.

A svým prizmatem pak každý z nás vidí svět okolo sebe. Studenti Dartmouthu a Princetonu měli posoudit fotbalové utkání, v němž byl Dartmouth poražen, přestože hrál velmi ofenzivně a surově. Navzdory tomu studenti Dartmouthu shledali jen polovinu tvrdých zákroků svého týmu nepřijatelných, zatímco studenti Princetownu jich posoudili dvakrát tolik. K tomu autor dodává: stejně jako vidíme fotbalové utkání, vidíme každý svět a jeho hru ze své perspektivy. Toho nejsou ušetřeni ani vědci, takže následuje řečnická otázka, jsou-li ve své práci skutečně objektivními soudci nebo zapálenými advokáty svých teorií.

A tak možná i život máme takový, jaký ho chceme vidět...

Skutečnost, že autor popularizuje oblast, která není jeho pracovní, má své výhody i nevýhody. K těm prvním patří srozumitelnost textu, záběr do témat od základů a nezatíženost žádnou apriorní filosofií. Za nevýhodu bych považoval neprovázanost s dalšími poznatky, které se vynořily mimo autorem sledované okruhy (např. na Sheriffovy práce navazuje rozsáhlý výzkum sociální psychologie věnující se problémům MY-ONI, je to především Joshua Greene a jeho *Moral tribes*, vedle falešných vzpomínek existují také po létech se vynořivší pravé, viz vražda Susan Kay Nanson probíraná v Kalifornii po 20 letech, která otázku pravých a falešných vzpomínek otevřela, není také jasné, zda Nixonův muž John Dean, svědčící v aféře Watergate, byl „jen“ zapomětlivý, nebo patologický lhář, kapitola o pocitech je velmi stručná a vůbec neodkazuje na základní práce Golemanovy, Damasiovy, Panskeppovy, přičemž poznámkový aparát obsahuje stovky citací velmi kvalitních prací, aj.).

Lidem, pro něž nevědomí je pracovním polem, nepřinese kniha mnoho nových poznatků, ale nějaké určitě ano (například blindsight – „slepovidec“ trpící korovou slepotou po CMP, přesto se vyhýbající překážkám na cestě; což otvírá otázky, kde všude mimo korová centra končí aferentní smyslová vlákna a jaký to má význam), navíc utříděné do systému: kognitivní funkce, emoce, sociální vztahy. Pro ty, kteří nevědomí mají pouze



jako výmluvu, „*vytěsnil jsem to*“, pro povinnosti do nichž se jim nechce, je to bohaté tržiště poznatků, o nichž se jim ani nesnilo, které nepochybně povedou k přehodnocení jejich pohledu na blízké i vzdálenější bližní a dopřeje-li jim jejich poctivost, třeba i na sebe.

26. dubna 2015

Radkin Honzák



VYCHÁZÍ

RADKIN HONZÁK: JAK SE DOPRACOVAT AŽ K VYHOŘENÍ (FREUDENBERGERŮV POSTUP), 2. VYDÁNÍ

Nic na světě nevznikne náhle, vše má své různě dlouhé prodromy, čekací doby. Andělé žijí příliš dlouho, vážky příliš krátce. Myš přivede na svět v průměru šest malých myšátek za tři týdny po početí, ale slonice jen jedno slůně až za 22 měsíců. Inkubační doba vyhoření není jednotná, záleží na mnoha osobnostních faktorech a na mnoha zevních



okolnostech. Přechod mezi prodromy a plně rozvinutými obtížemi je plynulý. Sám Freudenberger při svém pozdějším diagnostickém pátrání spoléhal více na pocitovou stránku než na nějaké přesné měření. Sám říká, že stačilo vyslovit slovo „burnout“ a ti, kteří jej prožívali, nebo k němu nezdžitelně spěli, živě reagovali a rezonovali.

Niméně již na cestě k debaklu postižený jedinec cítí určité vnitřní pnutí, prožívá konflikt motivů: na jedné straně touží po nastoupené dráze jít dále, na druhé mu „cosi“ hlásí, že to není cesta dobrá. Více než jasná logická úvaha, která je deformována nevědomým obranným mechanismem „popření“, upozorňují na rizika různé emoční projevy, které však v naší kultuře máme tendenci přehlížet a bagatelizovat a v případě tak silného zaujetí, jaké lze vysledovat u kandidátů vyhoření, se emoce neocitají ani na periférii zájmu. Tyto jemné signály u nich nedosahují prahu uvědomění, protože se většinou vyhlašují za zdravé a nezdolné.

Nemůžeme-li tedy v prevenci stanovit časový interval, který by upozorňoval na aktuální přítomnost rizika, můžeme využít zkušeností, jež do jakéhosi vývojového cyklu začali skládat již od osmdesátých let minulého století Herbert Freudenberger a Gail North. Poslední revize textu je z roku 2006.¹ Cyklus má dvanáct kritických fází, které se nemusí objevit všechny a nemusí vždy jít za sebou popsáním způsobem.

1. NUTKAVÁ SNAHA PO SEBEPROSAZENÍ.

Na počátku můžeme často pozorovat nepřiměřené ambice. Jsou patrné snahy prosadit se v pracovní oblasti a tato snaha často přerůstá až do patologického nutkání.

2. ZAČÍNÁ PRACOVAT VÍCE A TVRDĚJI.

Jelikož musí dokázat sobě i ostatním, že zvládne i to, co mu v práci nevyhovuje, nastaví si laťku velmi vysoko. Aby dosáhl stanovených cílů, zaměřuje se přednostně na práci, která vyžaduje více úsilí, než je běžné. Není výjimkou, že se snaží stále dělat všechno potřebné

¹Women's Burnout: How to Spot It, How to Reverse It, and How to Prevent It. Herbert J. Freudenberger and Gail North. Doubleday, 1985



(i nepotřebné) sám. Tím současně předvádí, že je nenahraditelný, jestliže stačí udělat takovou spoustu práce bez jakékoliv pomoci druhých.

Psychologický obranný mechanismus popření (denial) představuje nevědomý posun reality do podoby, ve které by ji jedinec rád viděl.

Dodatečný komentář většinou zní: To jsem si neuvědomil.

Podobá se dětské reakci: zakrýt si oči před nebezpečím.

3. PŘEHLÍŽENÍ POTŘEB DRUHÝCH.

Jakmile se plně soustředí na práci a prakticky všechn čas a úsilí jí obětuje, nemá čas, ani energii na cokoli jiného. Rodina, přátelé, jídlo, spánek se začínají zdát nepotřebnými a nezajímavými, protože mu ubírají čas a energii, kterou by měl investovat do práce.

4. PŘESUNUTÍ KONFLIKTU.

Většinou už v těchto okamžicích si jedinec začne uvědomovat, že něco je v nepořádku, ale není schopen rozpoznat zdroje svých problémů. To může vyvolat vnitřní krizi a evokovat pocit ohrožení. Také se objeví první tělesné obtíže – příznaky stresu.

5. REVIZE A POSUNUTÍ HODNOT.

V tomto stadiu se jedinec izoluje od ostatních ve snaze vyhnout se možným konfliktům a současně ještě intenzivněji popírá své základní potřeby, přestože ty se prostřednictvím příznaků slabě i silněji ohlašují. Práce pohlcuje veškerou energii, která zbyla, a žádná již nezbyvá na přátele, zájmy, potěšení. V novém systému hodnot dominuje práce a nastává emoční otupení.

6. POPÍRÁNÍ VZNIKAJÍCÍCH PROBLÉMŮ.

Člověk se stává netolerantním. Nemá rád sociální kontakty, přestává je vyhledávat, a pokud se na nich musí podílet, představují pro něj nesnesitelnou zátěž. Zvenčí je patrná narůstající agresivita a sarkasmus. Dost často začne obviňovat časovou tíseň, která je údajně odpovědná za vzrůstající problémy, a zapomíná přitom na to, že je pánem svého času a že jediná cesta z narůstajících problémů je změna vlastního přístupu a jednání.

Blud je posedlost nevědomým obsahem, který se jako takový neasimuluje do vědomí. A poněvadž vědomí existenci takových obsahů popírá, nemůže je asimilovat. Vyjádřeno náboženským jazykem: Člověk již nemá žádnou bázeň boží a domnívá se, že vše je ponecháno lidské úvaze. Tato pýcha, resp. zúženost vědomí, je vždy nejkratší cestou do ústavu choromyslných.²

C. G. Jung

² V pozdních dobách obrozeneckých byla psychiatrie v Českém království oficiálně nazývána „choromyslnictvím“



7. STAŽENÍ.

Sociální kontakty jsou již na minimu a situace se záhy změní v úplnou izolaci. Může začít vyhledávat alkohol, uklidňující prášky, drogy; pracuje přece „jak se má“ a zaslouží úlevu. Často se objevují pocity beznaděje a ztráty smyslu.

8. ZCELA JASNĚ PATRNĚ ZMĚNY CHOVÁNÍ.

Spolupracovníci, rodina, přátelé, ale i další lidé v jeho sociálním okolí už nemohou přehlédnout, že se jeho chování změnilo.

9. DEPERSONALIZACE.

Při ztrátě kontaktu se svými potřebami a vlastně sám se sebou je možné, že přestává pociťovat sebe i druhé jako cenné osobnosti. Jeho pohled na život se zužuje, je schopen vnímat pouze (nemilou) přítomnost a život se mění v pouhou sérii mechanických funkcí.

10. VNITŘNÍ PRÁZDNOTA.

Cítí se vnitřně vyprázdněný a pokouší se to překonat zběsilými aktivitami, jakými jsou třeba přejídání, sex, alkohol nebo drogy. Tyto aktivity většinou pak překračují běžné sociální meze (viz americké úsloví: hard working – hard drinking).

11. DEPRESE.

Vyhoření v sobě může zahrnovat významnou depresivní složku. V takovém případě se postižený cítí vyčerpaný, beznadějný, indiferentní k okolí a domnívá se, že budoucnost mu nemá co nabídnout. Jeho život ztratil smysl a přibývá typických depresivních symptomů, jak psychických, tak tělesných.

12. SYNDROM VYHOŘENÍ.

Objevuje se emoční, celkový psychický i tělesný kolaps, který může být důvodem k vyhledání lékařské pomoci. V extrémních případech se současnou přítomností deprese se mohou objevit i sebevražedné tendence, na něž je možné pohlížet jako na snahu uniknout ze situace. Ale jen malé procento takto postižených jedinců se o sebevraždu pokusí.



SUICIDIALITA U PSYCHICKÝCH PORUCH

autor: Látalová Klára, Kamarádová Dana, Praško Ján
ediční řada: Psyché

formát: B5
vazba: V2
rozsah: 216 stran
prodejní cena včetně DPH: 349 Kč
ISBN: 978-80-247-4305-9

anotace:

Sebevražedné chování pramení z emocionálně nesnesitelného pocitu psychické trýzně a z neschopnosti nalézt východisko z prožívaného stresu. Zejména u pacientů s psychickými poruchami jde o nejvážnější problém. Motivy suicidality jsou různé, většinou velmi osobní. Pro psychiatra je vysoce důležité jim porozumět, protože od toho se odvíjejí možnosti, jak pomoci pacientům v jejich aktuální krizi i jak snižovat riziko sebevražedného jednání v budoucnosti. Cílem knihy je přispět k tomu, aby bylo možné lépe porozumět souvislostem, umět komunikovat s potenciálně suicidiálními pacienty a účinněji jim pomáhat.

Publikace je určena lékařům-psychiatrům, psychologům, studentům lékařských fakult i pracovníkům v pomáhajících profesích. Vyčerpávajícím způsobem analyzuje suicidalitu u různých typů psychických poruch, například u schizofrenie, bipolární afektivní poruchy, deprese, poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, spánku či poruch způsobených užíváním návykových látek. Nabízí vodítka, jak zabránit sebevražednému chování pomocí krizové intervence, farmakologie nebo psychoterapie.

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

GRADA

Klára Látalová, Dana Kamarádová, Ján Praško

Suicidalita u psychických poruch



NERVOVÉ BUŇKY A JEJICH SVĚT

autor: Miroslav Orel
ediční řada: Psyché

formát: B5
vazba: V2
rozsah: 216 stran
prodejní cena včetně DPH: 299 Kč
ISBN: 978-80-247-5070-5

anotace:

Kniha přináší aktuální přehled o světě nervových buněk, které jsou základem složité a komplexní činnosti nervového systému, a tedy i všech duševních dějů a procesů.

Seznamuje s jedinečnou stavbou a funkcí těchto buněk, s komunikací a spojením mezi nimi i s nejvýznamnějšími poruchami a možnostmi jejich ovlivnění a léčby.

Součástí systematicky strukturovaného textu jsou i četné ilustrace a schémata. Publikace předkládá stručný souhrn základních vědomostí pro studenty a absolventy oborů, které se nervovou činností a duševní oblastí zabývají a pro něž jsou rozsáhlé medicínské publikace příliš detailní a obsáhlé – tedy pro studenty psychologie, pedagogiky, sociální práce, ošetrovatelství, fyzioterapie nebo stomatology. Také ti, kdo studují medicínu či farmakologii, knihu ocení jako kompendium základních poznatků.



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



LITERÁRNÍ KOUTEK

Přinášíme další ukázkou psychosomatických pozorování z krásné literatury, tentokrát z Povídky o ztracené noze z Čapkových Povídek z druhé kapsy.

KAREL ČAPEK: POVÍDKA O ZTRACENÉ NOZE

ukázka

„Za války,“ pravil pan Král, „se daly všelijaké zvláštní případy, a kdyby se sebralo, co všechno lidé dělali, aby nemuseli bojovat za Rakousko, tak by to dalo víc foliantů nežli tahle Acta sanctorum, co vydávají páteři bollandisté: Já mám synovce, Lojzík se jmenuje, on má tamhle v Radlicích pekařství; a když ho za války odvedli, tak mně říkal, strejčku, to vám povídám, na frontu mě nedostanou, to si spíš nohu useknu, než bych jim šel pomáhat, těm kryšám německým.

Ten Lojzík byl šikovný hoch; dokud ty nováčky cvičili v kvérgrifech, mohl se přetrhnout samou horlivostí, takže nadřízení v něm viděli příštího hrdinu, nebo dokonce budoucího kaprála; ale když dostal vítr, že za pár dní je povevou na frontu, udělal si horečku, chytal se za pravou půlku břicha a žalostně hekal. Tak ho odvezli do špitálu a vykuchali mu slepé střevo; to on už si Lojzík tak zařídil, aby se mu ta rána pomalu hojila. Ale za nějakých šest neděl mu to jakžtakž srostlo, ať dělal co dělal, a pořád ještě nebyl konec války. Tehdy jsem ho ve špitále navštívil. Strejčku, povídá Lojzík, teď už mně nepomůžte ani pan feldvébl; já čekám každou chvíli, že mě odtud vymustují.

Tehdy byl u nás vrchním štábním lékařem ten pověstný Oberhuber. Později se ukázalo, že ten chlap byl vlastně dočista blázen, ale to víte, vojna je vojna, a kdybyste dali divoké svini zlatý límec, bude komandýrem. To se rozumí, před tím Oberhuberem se všechno třáslo; on jenom běhal po špitálech a řval na každého Marš na frontu, aťš měl otevřenou tbc nebo průstřel míchy; a nikdo mu nesměl odporovat. Ani se nepodíval, co má ten marod napsáno na tabulce nad postelí, jenom se z dálky kouk a už řval Frontdiensttauglich! Sofort einrücken! A pak už ti nepomohli všichni svatí.

Teda ten Oberhuber přišel inšpicírovat špitál, kde čekal Lojzík na svůj osud. Jakmile bylo slyšet burácení už dole ve vratech, museli se všichni marodi krom nebožtíků postavit do pozoru vedle svých postelí, aby přijali vysokého pána, jak se patří. Ono to čekání trvalo trochu dlouho, a tak Lojzík pro větší pohodlí skrčil jednu nohu, opřel se kolenem o kavalec a stál na druhé noze. V tu chvíli tam vrazil Oberhuber, fialový vztekem, a křičel už ve dveřích Marš na frontu! Ten chlap rukovat! Tauglich! - Pak se podíval na Lojzíka, jak stojí na jedné noze, a zrudl ještě víc. Einbeinig, zařval. Sofort poslat domů! Himl, proč tady držíte toho jednonohého chlapa?



Copák je tady chlív pro mrzáky? Pryč s ním! Darebáci, za tohle vás všechny pošlu na frontu! - Šarže, zsinalé hrůzou; koktaly, že to bude ihned zařízeno; ale to už Oberhuber křičel u další postele, že musí sofort na frontu vojáček včera operovaný.

V tu hodinu tedy byl Lojzík s vlastnoručním podpisem Oberhuberovým propuštěn ze špitálu domů jako jednonohý invalida. On byl ten Lojzík tuze rozumný hoch; hned si podal žádost, aby byl jako trvalý mrzák vyškrtnut ze seznamu mužů vojenskou službou povinných a aby mu byla vyměřena invalidní renta, že jako pekař potřebuje obě nohy, třeba, jak se o pekařích říká, křivé, takže s jednou úředně potvrzenou nohou nemůže vykonávat své povolání. S náležitým úředním průtahem dostal vyřízení, že se mu povoluje pětačtyřicetiprocentní invalidita, následkem čehož mu přísluší pobírat tolik a tolik korun invalidní renty měsíčně. Dobrá, tedy tím se vlastně teprve začíná ta historie o ztracené noze.

Od té doby pobíral Lojzík invalidní rentu, pomáhal tátovi v pekárně, a dokonce se i oženil; jenom někdy pozoroval, že na tu nohu, co mu ji Oberhuber upřel, jakoby drobet kulhá nebo napadá; ale i tomu byl rád, že to aspoň vypadá, jako by měl protézu. Potom byl konec války a přišla republika; ale ten Lojzík z takové té pořádnosti a svědomitosti bral tu invalidní rentu dál.

Jednou ke mně přišel a bylo vidět, že má nějaké starosti. Strejčku, vyhrkl po chvíli, mně se zdá, že se mně ta noha nějak krátí nebo usychá. A hned si vysoukal nohavici a ukazoval mně tu nohu; byla tenká jako hůlka. Já mám strach, strejčku, povídá Lojzík, že o tu nohu přece jenom přijdu.

Tak s tím jdi k doktorovi, ty trumbero, radím mu.

Strejčku, vzdychl Lojzík, já si myslím, že to není nemoc; ono to je snad proto, že tu nohu nemám mít. Vždyť já to mám černé na bílém, že mám pravou nohu až po koleno pryč, - nemyslíte, že mně od toho tak usychá?

Po nějaké době přišel ke mně znovu - to už se musel opírat o hůl. Strejčku, řekl pln úzkosti, já jsem mrzák; už se na tu nohu nemůžu ani postavit. Doktor říká, že to je atrofie svalů a že to je nejspíš od nervů. On mě s tím posílá do lázní, ale tak se mně zdá, že tomu sám nevěří. Strejčku, sáhněte, jak mám tu nohu studenou, jako by mrtvá byla. On doktor říká, že to je špatný oběh krve, - nemyslíte, že mně ta noha uhnije?

Tak poslouchej, Lojzo, řekl jsem mu, já ti dám jenom jednu radu: Přihlas tu nohu úředně a požádej, aby ti škrtli, že jsi jednonohý. Já myslím, že se ti ta noha potom spraví.

Ale strejčku, namítal Lojzík, to oni pak řeknou, že jsem bral tu invalidní rentu neprávem a že jsem ošidil erár o fůru peněz. Dyť já jim ty peníze budu muset vrátit!

Tak si nech ty peníze, ty lakoto pekařská, povídám mu, ale přijdeš o nohu; mně pak sem brečet nechod'.

Za týden byl u mne zas. Strejčku, drmolil hned ve dveřích, oni mně na úřady nechtějí tu nohu uznat; říkají, že je beztoho uschlá a k nepotřebě, - co mám s nimi dělat?

To byste nevěřili, co to dalo běhání, než Lojzíkovi úředně přiznali, že má obě nohy; ale to se ví, potom měl Lojzík potahování, že ošidil erár o invalidní rentu, ba měl být žalován i proto, že se vyhnul konání vojenské povinnosti; chudák Lojzík se naběhal od úřadu



k úřadu, ale ta noha mu začala sílit. Snad mu zesílila od toho, že musel tolik běhat; ale já myslím, že to bylo spíš proto, že mu ji úředně přiznali; on takový úřední dekret má přece jenom velikou moc. Nebo si myslím, že mu ta noha usychala proto, že ji měl vlastně neprávem; nebylo to s ní v pořádku, a to se člověku vymstí. Já vám řeknu, čisté svědomí, to je ta nejlepší hygiena; a kdyby lidé byli spravedliví, snad by ani nemuseli umřít.“



POKYNY PRO AUTORY

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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší.

Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

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

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

Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový



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

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

