

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

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 150 Kč, roční předplatné 500 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka dvojčísla 3-4/2024 dne 15. 10. 2024, recenzní řízení bylo uzavřeno 1. 10. 2024. Redakční návrh prochází diskusí mezi členy redakční rady a sboru recenzentů. Konečná verze nezávislého média je výsledkem pečlivého výběru a svobodné diskuse bez mocenských zásahů zvenčí.

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Grafická úprava, ilustrační foto V. Chvála. V tomto čísle jsou použity převážně záběry z 20. psychosomatické konference v Liberci (foto Chvála, Kubát, Šestáková). The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor webu Web7master s.r.o., www.web7master.com

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace [ERIH PLUS](#)

© [LIRTAPS](#), o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Vychází 4× ročně



Tiráž

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci 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/kramerus/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů. Všechna práva vlastní LIRTAPS, s.r.o. Kopírování a šíření textu odpovídá licenci [CC BY 4.0 DEED](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Volné šíření s uvedením zdroje a autorů.

TENTO ČASOPIS VYCHÁZÍ NEZÁVISLE NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
BEZ SVOBODY NENÍ VĚDY

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
Doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav preventivního lékařství LF UK v H. Králové
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
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Pro mente sana, Bratislava, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., Ústav pôrodnej asistencie, JLF UK, Martin
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha
MUDr. Alena Večeřová-Procházková, MS Psychiatrie, Praha 4 - Spořilov Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



OBSAH

Editorial	70
<i>Vladislav Chvála: Proč je vždycky nakonec válka?.....</i>	<i>70</i>
Pro praxi	72
<i>Drahomír Balašík: Psychotherapie v somatické nemocnici.....</i>	<i>72</i>
Výzkum.....	87
<i>Lucia Mazúchová, Sušienková K.: Význam psycho-sociálnej podpory u žien počas tehotenstva</i>	<i>87</i>
Věda krátce.....	97
<i>Když dítě něco bolí, může být nejlepší první pomocí potvrzení jeho bolesti</i>	<i>97</i>
<i>Střevní bakterie přenášejí geny, aby vyřadily zbraně svých konkurentů</i>	<i>98</i>
<i>Nálada mladých lidí je přímo ovlivněná „lajky“ na sociálních sítích.....</i>	<i>100</i>
<i>Nový výzkum identifikuje klíčové rizikové faktory duševního zdraví dětí po traumatu</i>	<i>101</i>
<i>Stravovací chování rodičů ovlivňuje to, jak jejich děti reagují na jídlo</i>	<i>102</i>
<i>Nová studie zjistila, že partnerské štěstí souvisí s nižšími hladinami stres. hormonů u starších párů.....</i>	<i>104</i>
<i>Každá pátá žena otěhotní přirozeně po početí dítěte pomocí IVF.....</i>	<i>105</i>
Diskuse	107
<i>Ivan Vondřich: Přečetl jsem... ..</i>	<i>107</i>
<i>Vladislav Chvála: Odpověď.....</i>	<i>108</i>
<i>Pavel Čepický: Z diskuse nad krizí výboru SPM.....</i>	<i>110</i>
Úvahy, eseje	111
<i>Jan Poněšický: Psychopatologie osobnostní struktury</i>	<i>111</i>
<i>Ondřej Masner: Naše děti se propadají do deprese a úzkostí – hypotéza o souvislosti s digit. revolucí .</i>	<i>117</i>
Z konferencí a akcí	122
<i>Clara Lewitová: Jaký smysl mají smysly?.....</i>	<i>122</i>
<i>Křest knihy Manipulační léčba profesora Karla Lewita, zakladatele moderní manuální medicíny</i>	<i>126</i>
<i>Helena Franke - Den rodinné terapie</i>	<i>130</i>
Recenze	131
<i>Vladislav Chvála: Stíny v nás aneb člověk nemusí být po bitvě generál, aby viděl, co bylo špatně.....</i>	<i>131</i>
Společenská rubrika.....	134
<i>Radkin Honzák: Za Jiřím Šavlíkem</i>	<i>134</i>



Akce.....	136
<i>Psychosomatická intervence: Odborná akce SPM 10.12.2024.....</i>	<i>136</i>
<i>Sním či bdím: Psychosomatická konference o spánku a jiných změnách vědomí v psychosomatice (Praha, 25.1.2025)</i>	<i>137</i>
<i>Seminář s Clarou Lewitovou</i>	<i>139</i>
<i>Akademie Komplexní Funkční Ortodontie.....</i>	<i>140</i>
<i>Výcvik v analytické psychoterapii.....</i>	<i>141</i>
Knihovnička	142
<i>Desatero Radkina Honzáka</i>	<i>142</i>
<i>Martin Pospíchal: Psychoonkologie</i>	<i>143</i>
<i>Logopedická cvičení u afázie a kognitivních poruch.....</i>	<i>144</i>
<i>Psychologie stárnutí a stáří.....</i>	<i>145</i>
Rozhovory.....	146
<i>Rozhovor s PhDr. Ing. Martinem Pospíchalem, PhD.....</i>	<i>146</i>
<i>Stárnutí a duševní zdraví: Jaké jsou souvislosti a jak jim porozumět? Rozhovor s H.Georgi.....</i>	<i>149</i>
Literární koutek	153
<i>Stanislav Komárek: Já, já, já! já chci! já navěky!.....</i>	<i>153</i>
Pokyny pro autory	157



EDITORIAL



OBRÁZEK 1 ÚČASTNÍCI 20.KONFERENCE SPM V LIBERCI

VLADISLAV CHVÁLA: PROČ JE VŽDYCKY NAKONEC VÁLKA?

Jak blažená jsou léta prožitá v míru! Už jsme dávno zapomněli, že vždycky nakonec je válka. A tak se zase dívíme. Stejně jako se divili členové mezinárodních mírových hnutí před 1. světovou válkou, nebo Karel Čapek v r. 1938, jak neodvratně se svět propadá do válečného pokřiku a řítí do válečné pohromy, dívíme se dnes i my. Karel Čapek ve svém článku „Bože, vrať světu pravdu“ píše doslova: *„Bože, který jsi stvořil národy a všem jsi vdechl touhu žít ve cti, zbav dnešní svět toho nejhoršího: lži. Lži, která podpírá a připravuje násilí a učí lidi nenávidět se navzájem. Lži, která otravuje národy a vykopává mezi nimi propasti, jež snad ani desítky let nevyrovnejí.“*

Na první pohled to vypadá, že lidé už ani do hospody na kus řeči nejdu. Ale nejspíš v každém městě najdete tu jednu

nebo dvě nejzaplivanější, kde to večer hučí jako v úle. Někteří chlapi ještě v montérkách, zanedbaní, neholení, očima propichují příchozího. Je náš? Není náš? A hned zase pokračují ve svých vášnivých diskusích. Nadávají na vládu, na zkorumpovaný režim, servítky si neberou. A ve svých chlapecky trucovitých řečech se obracejí znovu k Východu, odkud čekají zaručenou spásu. „Jó to za komunistů...“, odsekne vám i hospodský, který nestačí čepovat pivo pro tu rozzlobenou bandu chlapů. Podobně to zaznívá v sauně, kde sice šeptem, ale stále troufaletěji probublává ta nenávisť. I v ordinaci, stárnoucí muž, kdysi majitel heren, které zaplavily každé město. Svými kumpány okradený a opuštěný, bezradně se rozhlíží po smyslu života. Ví, že mě tím našte, ale stejně si neodpustí vyslovit to jméno diktátora, který už aby nás taky



zachránil, jak sám sobě ve svých beznadějných snech namlouvá. Kdo se má za něj postavit, když tato vláda to nedělá? Už nemá ani ty právníky, kteří chránili kdysi i jeho malé herní impérium.

Jak to, že jsme znovu na prahu války? Jak to, že se jí vzájemně znovu můžeme strašit, a stačí to k tomu, aby se znovu ti nejprohnanější dostali k moci? Zatím ještě ne u nás, ale na Slovensku ano. Matky, které ještě nedávno, před pěti lety lomily rukama nad vraždou dvou mladých lidí, dnes na mikrofon beze studu prohlásí, že „nevěří, že je na Ukrajině válka, je to určitě jen nahrané“. A jdou, babky hodné a naivní, a hodí svůj hlásek tomu, kdo tehdy byl u moci, a jen o vlásek unikl odpovědnosti a nejspíš i spravedlnosti. Ovce samy si zvolí za pastýře vlka. Ano, Karle Čapku. „Bože, vrať nám pravdu“. Ale proč zase?

Ještě před koncem dvacátého století napsal francouzský sociolog Gilles Lipovetsky tehdy možná nepochopitelnou větu: „*Jednadvacáté století buď bude etické, nebo nebude vůbec*“. Už mu rozumíte? Každá malá lež, každý drobný podvod na druhém, každé malé nepoctivé vítězství nad naším bližním nás všechny vždy znovu přiblíží k válce. Možná jen o malý

krok, který nestojí za řeč. Velký podvod a velká lež, o velkém kroku. Spravedlnost, která tvrdě stíhá malý podvod, ale vůbec si neporadí se zmizelými miliardami z účtů kampaňek, s odkloněnými miliony ze státního na soukromé účty, s podvodně získanými dotacemi. Vítězný úsměv známého lobbisty, když mu jeho „opravdu velmi drazí právníci“ vyhrají bitvu se státem, který se marně pokouší prosadit spravedlnost. A aby toho nebylo dost, ještě nakonec mu na státu (vlastně na nás všech) vysoudí milionové odškodné. My všichni, s každým svým malým nebo velkým vylhaným vítězstvím posunujeme každý den náš svět blíž válce. „Bude buď etické, nebo nebude vůbec...“

A konečně novináři, ti „hlídací psi demokracie“, kteří se snaží ze všech sil alespoň nakonec zveřejnit všechny ty skandální špinavosti a nespravedlnosti v naději, že to pomůže (a někdy fakt pomůže). Jenže všechny ty zprávy o špinavostech více než k prosazení spravedlnosti plní hlavy těch upracovaných, zanedbaných, svými ženami opuštěných chlapů, co se tak napařují v hospodě. Stejně jako před první, před druhou, tak i před tou další válkou.

V. Chvála 9. 4. 2024

PF 2025



PRO PRAXI



OBRÁZEK 2: DVACÁTÁ PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE V LIBERECI

DRAHOMÍR BALAŠTÍK: PSYCHOTERAPIE V SOMATICKÉ NEMOCNICI.

SOUHRN

Psychoterapie, obecně léčba psychologickými prostředky, je v somatické nemocnici nutně spojena s léčbou somatických chorob a patří tedy k hraničním disciplínám na pomezí psychologie a medicíny, psychosomatice. Té se pak věnují nejen psychologové, ale i mnozí lékaři, protože od r. 2013 jde u nás o nastavbový atestační lékařský obor, s psychoterapií propojený (1). Viz např. Česká psychoterapeutická společnost (ČPtS) ČLS JEP zabývající se psychoterapií jako nastavbovým lékařským oborem. Psycholog, zapojený do této specializace, se proto musí orientovat v základních pojmech různých medicínských oborů (a užívaných zkratkách), nebo mít psychosomaticky zaměřeného lékaře jako spolupracovníka. Nejde ale jen o medicínu; psychoterapeuti, ať psycholog či lékař, by se měli zabývat i kulturními kontexty vývoje chorob a jejich léčby a v základních formách psychoterapie se zacvičovat. Naše příručka „z praxe pro praxi“ by jim v tom chtěla pomoci, i když jen na úseku psychoterapeutické praxe v somatické nemocnici s kratší dobou hospitalizace (u nás v průměru 7-8 dní, navíc přednostně věnovaných léčbě somatické). V současné době lékaři samotní u nás sice psychosomatiku i psychoterapii neodmítají, ale sami se praxe v těchto oblastech neúčastní. Chceme ukázat, že má smysl tuto situaci



změnit a seznámit se specifičností psychoterapie v somatické nemocnici začínající, psychosomaticky se orientující psychology i lékaře (ale informovat i lékaře „pouze“ somatické) mj. tak, že je seznámíme s odbornou literaturou a našimi zkušenostmi.

Klíčová slova: psychoterapie a její formy, psychosomatika, specifika somatické nemocnice, somaticky a psychosomaticky orientovaní psychologové a lékaři.

SUMMARY: BALASTIK D.: PSYCHOTHERAPY IN SOMATIC HOSPITAL, PSYCHOSOM 2024; 22 (3-4) PP. 72-86

Psychotherapy, i.e. "a treatment by psychological means", is in somatic hospitals necessarily interlinked with the treatment of somatic diseases. It is part of "psychosomatics", which is closely related to both psychology and medicine. Psychosomatics is pursued not only by psychologists, but also by many physicians. Since 2013 physicians can also become certified in psychosomatic medicine by pursuing a specialization in the medical field, closely related to psychotherapy (1). An example is the Czech Society of Psychotherapy (Česká psychoterapeutická společnost, ČPtS), which studies psychotherapy as a specialized medical field. A psychologist pursuing this specialization must, therefore, be familiar with the basic terms and abbreviations of various medical fields or collaborate with a psychosomatically oriented physician. It is not just about medicine, however, the psychotherapist, be it a psychologist or physician, should also look into the cultural contexts of disease development and treatment, and practice basic forms of psychotherapy. Our handbook, "Z praxe pro praxi" (From Practice for Practice), aims to help them with this, specifically in the area of psychotherapeutic practice in somatic hospitals with short hospitalization times (an average of 7-8 days, primarily focused on somatic treatment). Currently, physicians in our country do not reject psychosomatics or psychotherapy, but they do not actively participate in these areas. We want to show why it makes sense to change this situation and introduce the specifics of psychotherapy in a somatic hospital to beginner, psychosomatically oriented psychologists and physicians (and also advise somatic physicians about it), e.g. by introducing them to scientific literature and our experiences.

KEYWORDS: psychotherapy and its forms, psychosomatics, specifics of somatic hospitals, somatically and psychosomatically oriented psychologists and physicians.

MALÁ EXKURZE DO OBLASTI FOREM PSYCHOTERAPIE.

Dle účinných faktorů a používaných metod rozeznáváme řadu forem psychoterapie (2). Významnou ale může být v somatické nemocnici našeho typu i psychoterapeutická synkreze, kterou zpočátku nazýval Kratochvíl terapií eklektickou (tč. spíše integrativní), kterou jsme sami rovněž používali (3). Krátká délka hospitalizace nastoluje ale hlavně problém, jak

v ní uplatnit psychoterapii, když je navíc nutno část této doby věnovat medicínské péči, příp. i dalším psychologickým činnostem (psychodiagnostice, poradenství, konzultaci s lékaři atd.). Je jasné, že s některými pacienty nebude psychoterapie (např. dynamická) možná vůbec, s jinými pak jen některé její formy, nebo postupy integrativní a mnohé až po dimisi.



Podle našich zkušeností jsou vhodné ty postupy, které jsou **nenáročné na čas, převážně individuální** (skupinu lze v somatické nemocnici vytvořit jen výjimečně), částečně **náhledové**, příp.

PRAKTICKÉ ZAČÁTKY

Před přímým kontaktem bychom si o pacientovi měli zjistit co nejvíce dat (z chorobopisu, od lékařů, sester, příbuzných aj.). Jednak o jeho chorobě, léčbě, délce hospitalizace, o jeho informovanosti atd. Jde o známý problém, nakolik má být pacient o svém zdravotním stavu informován. V současnosti to řeší zákon (111/2007), dle něhož má pacient právo na úplnou informaci o svém zdravotním stavu i o obsahu své zdravotnické dokumentace (4). Jenom psychologie má výjimku, podle níž má pacient právo znát popis příznaků choroby, diagnózu, interpretaci výsledků diagnostických testů (tedy ne testy samotné) a popis terapeutického přístupu. Domníváme se, že je to vyhovující, protože jinak bývají pacienti o

akční, podpůrné a symptomatické atd. U mnohých pacientů půjde jen stěží uplatnit jeden terapeutický směr a bude nutno s nimi pracovat **integrativně**.

svém zdravotním stavu informování i když si to někdy nepřejí. Terapeuti by pak měli být připraveni, jak se např. vyhnout otázkám pacienta, které může kvalitně zodpovědět jen lékař. A ještě drobnost: sestry na oddělení bývají někdy málo informované o tom, co je psychoterapeutická intervence. Snadno tak pošlou psychologa za pacientem na pokoj, kde mu budou „asistovat“ jeden či více jeho spolupacientů. Za těchto podmínek je nevhodné s nemocným pracovat a je nutné zajistit mu soukromí alespoň opticky. Např. na JIP (Jednotka intenzivní péče), kde leží více pacientů a nemocnému, navíc napojenému na různé monitory a infuze, může navodit alespoň zdání soukromí plenta u postele.

NĚKTERÉ Z KONKRÉTNÍCH FOREM PSYCHOTERAPIE PACIENTŮ V SOMATICKÉ NEMOCNICI

Níže uvádíme některé formy psychoterapeutických technik, které jsme zkoušeli s menším či větším efektem v naší nemocnici. Nejde o návody, ale spíše o inspiraci, při níž víme, že některé jednotlivé terapeutické postupy nebudou samy o sobě kvalitní a bude je nutno někdy spojovat, upravovat a zjednodušovat.

1. Empaticko – racionalizační rozhovor v psychoterapii.

Rozhovor s pacientem patří k nejvýznamnějším explorativním i terapeutickým prostředkům psychologa, psychiatra, ale i psychosomaticky zaměřeného lékaře. U nás používáme formu

rozhovoru, kterou jsme nazvali **empaticko-racionalizační**. Má blízko k rozhovoru dle racionálně-emoční terapie Alberta Ellise (5), příp. kognitivní terapie Aarona Becka (6) a formálně i ke kontejnovacímu rozhovoru podle Biona (7). Blízko ale neznamená totéž. **Např. u Elise** proto, že vyvolávající negativní události (tedy **A** dle jeho schématu) bývá u nás třeba těžká somatická choroba, anebo dokonce amputace, což je oproti řadě psychických potíží až příliš silné trauma. Vyvolává pak již zpočátku nepřiměřenou emoční reakci (**C** dle Ellise) i u lidí, jejichž názory a přesvědčení (**B**) nejsou iracionální či dysfunkční.



Samozřejmě, pokud jsou, je to ještě horší. Nicméně k diskusi (**D**) a vytváření nové, adaptivní filosofie pro pacienta (**E**) se ale uchylujeme, stejně jako ke hledání nových životních cílů (**G**). Stejně tak lze v rozhovoru využít i některých postupů kognitivní terapie **Aarona Becka**. Ale např. logická argumentace, kterou doporučuje, nemívá často u pacientů kladnou odezvu, stejně jako hledání dysfunkčních schémat. Spíše se snažíme o sokratovský dialog (spočívající v kladení takových otázek, aby pacient našel správné řešení sám) atd. Náš cíl je ale stejný: aby pacient akceptoval sebe, byť tělesně postiženého či invalidního, radoval se z toho, co zbývá, a netrápil se tím, co nemá. **Bionovo kontejnování** má rovněž blízko k našim postupům, ale spíše co do formy. Empaticky akceptujeme stesky pacienta, snažíme se je „očistit“ hlavně od úzkostných prvků a předat mu je zpět ve „stravitelnější“ podobě. Bion ale nazval kontejnováním komunikaci mezi matkou a zdravým dítětem, která je předpokladem jeho dalšího, normálního vývoje. Těžko můžeme tvrdit, že je to stejné jako komunikace mezi psychologem, lékařem a dospělým nemocným, kde se měla zřejmě tato technika nazvat jinak.

Náš rozhovor pak strukturujeme do několika částí probíhajících někdy paralelně:

V 1. části projevujeme účast a pochopení pro obavy a úzkosti pacienta; jde tedy vlastně o nabídku terapeuta vzít symbolicky část jeho psychických potíží na sebe. Slovně snad „už na to nejsi sám“, nebo „nabízím ti, abys na to nebyl sám“. Ke sblížení s ním lze využívat i tzv. „paging“, něco jako zrcadlení, jak ho známe z neurologického programování (viz dále). Současně ale neposilujeme (gesty, nebo slovy „dobře“, „ano“ apod.) jeho těžkosti a bolesti, když o nich mluví, a vyhýbáme se direktivním radám a pokynům.

Ve 2. části dáváme prostor pacientovi. Necháme ho mluvit, a i když to někdy bývá jen vodopád stesků a stížností, neponujeme mu a spíše ho jen pozorně posloucháme. Podle situace se na něj usmíváme, eventuálně se pokusíme o legraci (opatrně u paranoiků!). Již takto můžeme dosáhnout zlepšení pacientova psychického stavu. *Např. jeden z našich pacientů z urologie po radikální cystectomii a jiných chorobách přišel na sessi se sběrným sáčkem na moč a celý smutný. Nechali jsme ho mluvit a on nám na závěr s výrazně zlepšenou náladou řekl, že si už dlouho s nikým tak dobře nepopovídal; bohužel, byl to bývalý stranický funkcionář a zřejmě na takový „dialog“ zvyklý.*

Ve 3. části se již snažíme o racionální zpracování potíží nemocného, jeho reálných eventuálně ireálných úzkostí, obav a stížností. Radíme mu, vysvětlujeme, posilujeme jeho léčebný optimismus. Např. informujeme o moderní léčbě, kompenzaci a rehabilitaci, hledáme a korigujeme dysfunkční schémata a myšlenky (např. „nemocný člověk je všem na obtíž“, nebo je „méněcenný“ apod.).

Ve 4. části je vhodné připomenout rodinu a přátele, protože pacient někdy přemýšlí egocentricky. Problémem je, když člověk nikoho blízkého nemá, nebo je mu nedostupný.

5. etapu věnujeme informacím o významu psychického boje s tělesnou chorobou a jejími následky a naopak, o negativních důsledcích rezignace.

V 6. etapě ukazujeme pacientovi možnosti úniku od úzkostných intruzí, např. vyhledáváním dostupných interferujících podnětů, např. TV, rádio, luštění křížovek, eventuálně vyvoláváním vzpomínek na příjemné zážitky atp.

No a v poslední, 7. části, posilujeme obranu podporou sebevědomí. *Např.*



pochválíme ho, jak dosud obtíže zvládal, a vyjádříme důvěru v sílu jeho osobnosti. Např. uvedeme, že jsme se s takovým statečným chováním ještě nesetkali a že by nás měl sám informovat, co by mu prospělo...a divíme se tomu a chválíme atd. Samozřejmě se občas stane, že se v rozhovoru objeví i závažnější potíže, které je nutno řešit později systematickou psychoterapií, příp. hned spoluprací s psychiatrem.

Určitým rizikem rozhovoru, ale i jiných verbálních intervencí, jsou paranoidní projekce některých pacientů, podle nichž za jeho chorobu a léčebné komplikace mohou doktoři, v terapeutovi pak vidí jejich reprezentanta a vybíjí si na něm svoji agresivitu (je otázkou, zda mu tuto možnost poskytnout, nebo zda raději intervenci ukončit). *Jedné pacientce s nádorovou infiltrací do čelných dutin, prorůstajících do mozku a vyvolávajících řadu psychických a neurologických poruch, se odtlumila zasutá zloba a dost dlouhou dobu nás častovala invektivami, nadávkami apod. Nebylo snadné to „strávit“.* Dalším problémem jsou neoprávněné požadavky na psychologa: např. změnit léčbu, některá psychofarmaka, dokonce i vydat potvrzení pro navrácení zbrojního pasu. *Mimochodem, v tomto případě šlo o pacienta, který přišel do naší nemocnice na patologii, aby se tam kvůli podnikatelskému krachu zastřelil; naštěstí se mu to nepovedlo. Potvrzení jsme mu samozřejmě nedali (a samozřejmě ne proto, že tak mizerně střílel).* Rozhovoru lze využít i při jiných problémech pacientů, např. rodinných a profesních, vzniklých na bázi choroby, nebo chorobou komplikovaných. Zde se snažíme i o konkrétní pomoc, např. navázat kontakt s rodinou, příp. součinnost s nemocničním sociálním oddělením (může působit i mimo nemocnici) atd. Písemnou komunikaci lze při psychoterapii v somatické nemocnici využít málokdy (viz bolest,

somnolence, infuze, eventuálně dysgrafie, stud před jinými atd.).

2. Autogenní trénink, AT

Vytvořil psychiatr J. H. Schultz před 90 lety (8). Od té doby se tato technika velmi rozšířila, různě modifikovala a dnes patří k nejznámějším terapiím, vhodným i v akutní medicíně. Jde o jednoduchou, ale dosti účinnou techniku, při níž se pacient učí, za pomoci imaginace a autosugesce, ovládat některé funkce neurovegetativního systému. Např. svalovou relaxaci, dilataci i kontrakci cév, regulaci dýchání, některé funkce viscerálních orgánů a krevního tlaku v oblasti hlavy (někdy se přidává i srdeční tep). To samozřejmě nějaký čas trvá, takže při krátké hospitalizaci lze provádět pouze některé ze souboru základních 6 -7 cviků. A někdy ani ne jako auto-, ale spíše heterosugesce. Jsou ale i talentovaní jedinci, kteří si tuto techniku osvojí brzy, často za podpůrné imaginace (např. při formuli „do oblasti břicha proudí teplo“ představy, jak jim na břicho svítí slunce apod.). KAT jsme se uchylovali, zvláště když pacient pociťoval dlouhodobé psychické (ale často i somatické) tenze, které nedokázal sám uvolnit, nebo když pociťoval nepříjemné vnitřní tlaky až lehčí bolesti viscerálních orgánů bez somatického nálezu apod. Samozřejmě nutná byla jeho spolupráce, např. navozená již zmíněným rozhovorem. Po zvládnutí AT mívali někteří zajímavý pocit, jakoby leželi ve vaně plné teplé vody, z níž jim vykukovalo pouze čelo jako spojka se světem (trochu to připomíná začátek mýtu o Achillovi). V praxi pak lze některé formulky obměnit, např. teplo u ekzematiků nahradit chladem.

AT má ale ještě další, a to střední stupeň (s nácvikem individualizovaných předsevizetí) a vyšší stupně (zaměřené na stenziaci a aktivaci), v nichž se pracuje mj. s dalšími imaginacemi, nejlépe v návaznosti na stupeň základní. Vzhledem



k času se ale v akutní medicíně jen málokdy povede tyto stupně propojit. Pokoušeli jsme je proto (mnohdy s efektem) aplikovat samostatně (o čemž se zmíníme později).

3. Progresivní relaxace Jacobsonova

Bývá leckdy vhodnější než AT, protože nevyžaduje ani trénink, ani autogenii. Pacient, nejlépe vsedě a v relaxované poloze, postupně realizuje jednotlivé cviky dle instrukcí terapeuta. Dle potřeb si je potom může zapsat a naučit zpaměti a cvičit sám. V této technice jde především o napětí a svalovou relaxaci, která je však oproti AT velmi důkladná a týká se téměř všech svalových partií (9). Výsledkem je psychická relaxace začínající od svalů na rukách a předloktí, které napínáme a povolujeme, poté postupujeme k bicepsu a tricepsu, svalům kolem očí, úst atd. až nakonec k chodidlům. Progresivní relaxace může přinést i dobrou reciproční inhibici (viz dále) při některých úzkostných tenzích např. před chirurgickým zákrokem.

4. Meditace

Nepatří, jak je obecně známo, pouze k mystice, ale ve své modifikované podobě jde i o významnou techniku psychotherapeutickou. Její název je odvozen nejen z latinského „meditatio“ (přemítání, cvičení, příprava), ale i „meditari“, doslova „být posouván ke středu“. A to se skutečně děje, když se člověk naučí medítovat a při pravidelném rozjímání je posouván ke středu své psyché, svého Self, bytostného já. Toho se nedosáhne přemýšlením což je proces vědomý, který lze řídit a mívá často konkrétní cíl. Zmíněným rozjímáním se psyché soustřeďuje sama na sebe, vypíná se vědomá kontrola a dochází k odtržení od okolní reality a ponoření do tak říkajíc „hlubin duše“. Je to doprovázeno i neurovegetativními relaxačními změnami (pokles pulzu, krevního tlaku, rychlosti dechu, spotřebou O₂ aj.). Meditace, o níž jsme se pokoušeli v

naší nemocnici, zůstávala u relaxace a počátečního odtržení od reality, a tedy i od problémů a traumat; pacient si je prostě nechal zmizet. Cest jak medítovat je více. Dr. Reinwaterová z Kalifornie nás učila např. „Cestu do čínského chrámu“, k němuž se chodilo imaginativně vzhůru po nesčítelných schodech (10). Nebo jinou, při níž pacient seděl na židli v poloze, kterou umožňovalo jeho zranění a léčba, a to se zavřenými očima, nebo očima otevřenými s fixací nějakého bodu před sebou. Následovalo celkové uvolnění, zaměření „do sebe“, dýchání nosem a počítání při nádechu a výdechu. Pacient počítal od 1 do x (rychlostí, která mu vyhovovala) a zpět. Pokud se objevila nějaká myšlenka, nepřemáhal ji, pouze si ji uvědomil, odložil a dýchal s počítáním dál. Délka meditace se pak měla postupně prodlužovat. Dle našich zkušeností meditace vyhovovala motivovaným introvertům, kteří měli zájem trénovat i sami. Tuto meditaci bylo někdy vhodné doplnit cvičením sebeuvědomování (*pacient si představuje jednotlivé části svého těla, poté jeho levou a pak pravou stranu, horní a dolní část a na závěr si řekne: „To jsem já“*). Takové sebeuvědomování je vhodné i pro lidi zdravé, kteří intelektuálně či administrativně pracují a málo se věnují své fyzis.

5. Jóga

Vyžaduje většinou delší nácvik a v józe zblhlého terapeuta. Je proto mylná představa, že by mohla být prováděna s pacienty, kteří se v nemocnici „ani neohřejí“. Podobně nacvičovat jógu s pacienty těžce nemocnými, kteří jsou hospitalizováni sice déle, ale jsou téměř fyzicky nemožní, je pak téměř vysloveně nevhodné (11). Z jednoho populárního časopisu ale víme o skupině hospitalizovaných onkologických nemocných, s nimiž byla jóga prováděna v onkologickém zařízení zavedenou lékařkou a údajně s dobrými výsledky. Nebylo ale jasné, zda šlo spíše o



zlepšení jejich psychického stavu a kvality života (což samozřejmě není nevýznamné!), než o zlepšení jejich onkologické symptomatologie. *Sami jsme se před lety pokoušeli s několika pacienty na ORL po laryngectomii šetrně nacvičit známý „Pozdrav slunci“. Spolupracovali a říkali, že se jim to líbí a že si najdou po propuštění nějaký jóginský oddíl, ale zpětnou vazbu nemáme. Považujeme tedy za možné pokusit se v somatické nemocnici s některými nepříliš postiženými a motivovanými pacienty o lehčí ásány, ale spíše jako motivaci ke cvičení jógy po dimisi, nebo je učit relaxovat podle jógického šavásána či jóga nidra. Relaxace se ostatně užívá v medicíně dosti často, o čemž najdeme v literatuře řadu informací (12).*

6. Hypnóza

Je dle našich zkušeností dobře využitelná i v somatické nemocnici (13). Obchází logické myšlení a využívá autority terapeuta a jeho sugescí ke zmírnění či odstranění potíží, nebo k navození vhodných postojů a forem chování apod. Její účinnost hodně závisí na sugestibilitě pacienta, která se sice dá cvičením zvýšit, ale 8 dní je na to dost málo, a proto jsme hypnózu prováděli jen u zřejmě sugestibilních a motivovaných pacientů. Jinak se ovšem v medicíně uplatňuje často i samotná sugesce obecně, zvláště při podávání léků. Jde např. o známý placebo efekt, který je velmi rušivý při výzkumech léků, ale výhodný pro kliniku.

Před léty nám poslali z neurologické kliniky mladou pacientku s podivnými epileptickými záchvaty, o nichž se začali domnívat, že mohou být psychogenní. Již při 1. sezení ale pacientka sdělila, že vlastně psychologa nepotřebuje, protože dostala nový a velmi silný lék, po kterém záchvaty přestaly a že musí proto p. doktoru poprosit o snížení dávek. Ptali jsme se na jméno toho zázraku, ale pacientka uvedla jméno zcela neznámé. Od

ošetřující lékařky jsme se pak dozvěděli, že jde o placebo!

Při placebo efektu působí sugesce nespecificky, na různá léčiva, při hypnóze ale užíváme většinou sugesce specifické, konkrétní a cílené a zvyšujeme sugestibilitu pacienta až do nekritičnosti a stavu změněného vědomí. V něm se pak může měnit, dle pokynů terapeuta a jeho sugescí motorika, vnímání (např. lze vyvolat iluze, halucinace pozitivní i negativní atd.), analgezie, neurovegetativní reakce, emoce, paměť, lze navodit věkový regres aj.

Ještě připomenutí, že je několik druhů hypnózy. Např. spánková, pasivní neboli „mateřská“, při níž je pacient uspáván jako dítě a jednak aktivní, bdělá, „otcovská“, při níž je používáno příkazů a pacient upadá do hypnotického stavu direktivně. Tato forma se nám ale pro svůj poněkud konfrontační charakter příliš neosvědčovala. Dle hloubky pak může být hypnóza lehká, střední, příp. hluboká, která je pro některé zákroky vhodnější. Můžeme v ní např. odsugerovat nejen strach z lehčího chirurgického zákroku, ale i zmírnit až odstranit bolest (při, nebo po některých operacích), některé patologické symptomy psychické i fyzické (např. kožní), a to buď již při 1. kontaktu (veruky), nebo, lépe, postupně, v několika sezeních. Mimo to již dávno Charcot, a taky Freud s Breuerem zjistili, že v hypnóze je možné odkrýt vytěsněné konflikty či traumata, uvědomit si je a odreagovat (14). S hypnózou máme v somatické nemocnici dobré zkušenosti u některých kožních chorob; např. u jedné naší pacientky, trpící několik let kopřivkou, se jí podařilo zcela odstranit. Jiné pacientce pomáhala hypnóza alespoň zmírňovat důsledky ekzému, k nimž patřilo mj. zarudnutí kůže, její suchost a praskání, svědění a škrabání do krve (např. když zavazovala dětem na kluzišti boty s bruslemi, kapala jí z rukou na led krev



aj.). *Hypnózou jsme ale v nemocnici taky úspěšně odstranili aichmofobii, která komplikovala vyšetření, konkrétně při odběrech krve. Podařilo se ji odstranit ve 2 seancích, kdy jsme navíc rozkryli i rané trauma vyvolané rodiči, kteří v raném věku pacienta „řešili“ jeho přirozený strach z injekcí hrozbami. Jiný případ, kdy byla hypnóza zase terapeuticky neúspěšná, jsme před lety publikovali (15).*

7. Některé techniky psychosyntézy a gestalt terapie

Zmiňujeme se o nich společně, protože jejich tvůrci, R.Assagioli (10) a F.L.Perls (16), byli téměř vrstevníci, původně psychoanalytici a jejich terapeutické systémy vznikaly skoro souběžně. Zdůrazňují individuální zkušenosti pacienta, uznávají jedinečnost každého jedince a jeho zodpovědnost za své činy a volbu a podtrhují důležitost vztahu já – ty mezi terapeutem a pacientem; při psychoterapii neinterpretují atd. Assagioli byl, řekněme, „pružnější“ a do svého systému zahrnul více prvků např. z Freuda (jehož byl „nezdárným žákem“), Junga, ale hlavně Perlse samotného (třeba techniku „prázdné židle“, kde je pac. povzbuzován k dialogu s jakoukoli nepřítomnou osobou (s ním je např. v konfliktu). Perls zase převzal do gestaltu řízené snění a práci s „podosobnostmi“ (jako je např. „Topdog“, kritik či sabotér s typickou agresivitou a „Underdog“, který se prosazuje pláčem a zdánlivou bezmocností; něco jako rodič a dítě u Erica Berna). Dle některých autorů se ale Assagiolimu povedlo vytvořit syntézu originální, s novou teorií osobnosti. Oproti Perlsovi uznával např. existenci Já a považoval je za neměnný střed lidského vědomí, které může kontrolovat všechny komplexy, či, jak on to nazýval, „podosobnosti“. Uznával taky existenci universálního, transpersonálního Já, tedy spirituální „duši“. To Perls jednoznačně odmítal, jak nám potvrzovala jeho žačka dr. Janette Rainwaterová, která nás v 90.

letech minulého století v psychosyntéze školila. *Měla výcvik přímo u Assagioliho i Perlse, kterému říkala familiárně „Fritz“ a vyprávěla, jak se „Fritz vzteká“, když někdo v jeho přítomnosti mluvil o Já. Vzhledem k času jsme mohli v nemocnici uplatnit jen některé jejich techniky. Např. večerní přehled chtěl po motivovaném pacientovi, aby si představoval, co se mu za uplynulý den přihodilo, ale pozpátku, od večera do rána, aby to znovu neprožíval, jenom pojmenoval a uvědomil si např., co zapomněl. Další den jsme s tím, pokud to šlo, pracovali. Meditaci jsme už zmínili, technika prázdné židle byla užitečná a taky řízené imaginace: např. putování do jeskyně (nižšího nevědomí), cesta po louce (střední nevědomí) a na horu (nevědomí vyšší); bez interpretace. Nebo taky cesta do minulosti (pokud jde o budoucnost, doporučovala nám dr. Rainwaterová tam s pacientem necestovat, pokud nemá vyřešené problémy v přítomnosti a minulosti).*

8. Neurotechnologie

Nebo taky Psychotechnologie, Mind technology, či Cyberphysiology. To vše jsou synonyma pro techniky, které mohou obohatit paletu našich psychoterapeutických možností i v rámci akutní nemocniční medicíny (17). Jde o interdisciplinární obor, který se začal profilovat asi v 60.letech min. stol. a jeho hlavním cílem je zdokonalovat činnost mozku a jeho prostřednictvím i další psychické a tělesné funkce. Za tímto cílem se využívají speciální diagnostické a stimulační přístroje. Stručně připomeneme, že průměrná hodnota bioelektrického výkonu mozku dospělého člověka se pohybuje mezi 8 – 13 Hz a že vyšší hodnoty znamenají excitaci a nižší útlum. Dle toho pak dělíme aktivitu mozkových elektrických vln do 4 skupin, resp. hladin vědomí, korelujících s psychickým stavem. Hladina Beta (14-30 Hz) znamená pozornost,



soustředěnost, bdělost, ve vyšších hodnotách (od 22 Hz výše) ale i tenzi, podrážděnost a stres. Alfa hladina (8-13 Hz) je spojena s klidem a relaxací, při úrovni Theta (4-7 Hz) již mozek nereaguje na smyslové podněty, ale z nevědomí se uvolňují snové obrazy a nakonec Delta (4 Hz a níže), která znamená naprostý útlum, typický pro synchronní (NON-REM) spánek. Konkrétně se neurotechnologie pokoušejí ovlivnit elektrickou činnost, resp. hladinu vědomí příznivou pro psychické potřeby pacienta. Jedna z možností je audiovizuální stimulace speciálními přístroji. Tato zařízení synchronizovaným drážděním zrakových a sluchových receptorů (ze speciálních brýlí a sluchátek), mění bioelektrickou aktivitu zrakových a sluchových mozkových center, což se přenáší i na další mozková centra, a nakonec na celý organismus. Tak navozujeme celkovou relaxaci k regeneraci vnitřních sil, příp. zvyšujeme bdělost a koncentraci, a tedy i psychickou a fyzickou výkonnost. K audiovizuální stimulaci jsme využívali přístroj Halcyon, s jeho 30 relaxačními a stimulačními programy (jiné přístroje jich mají i více). Navození potřebných změn nevyžaduje od pacienta žádný zácvik a u někoho může přinést efekt hned v 1. sezení (jen výjimečně někteří lidé audiovizuální stimulaci nesnášejí). Není vždy nutné pochopit funkci přístroje, protože někomu naopak imponuje, že jde o něco „vědeckého“ a technického. My sami jsme používali Halcyon k relaxacím psychických i fyzických tenzí, příp. i lehkých křečí. Při nich nasadíme ležícímu pacientovi příslušné brýle a sluchátka, zapneme přístroj a v urč. dobu zase vypneme (viz fotografie 1). Ještě zmínka o přístroji Thought Stream, který umožňuje měřit hodnoty EDR (Eketro-Dermal Response), dříve KGO (Kožně galvanický odpor), a tak pomocí biofeedbacku získat informace o změnách kožního odporu např. ve stresových situacích, nebo při zklidňování a relaxaci. Upozorní nás

to na event. komplexy, příp. stav tělesných procesů a psychosomatické potíže (viz fotografie 2).

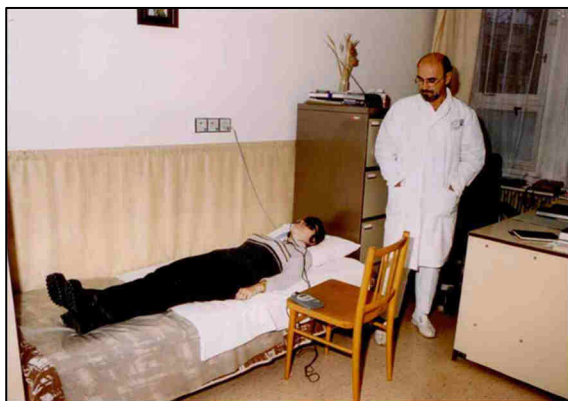
9. Neurolingvistické programování, NLP

Je metoda vytvořená v 70. letech minulého století Bandlerem (matematik a programátor) a Grinderem (lingvista). První informace jsme o ní dostali na výcvikovém semináři vedeném dr. J. Barbaričem v Brně 1993, v naší literatuře o ní informuje pozdější monografie (18). Její zvláštní název lze snad vysvětlit jako Tvorbu a úpravu vzorců vnímání, myšlení a citění pomocí percepce a řeči. Někteří mluví krátce o Neurolingvistické psychotherapii. Dle autorů je mozek něco jako počítač, který může být špatně naprogramovaný. Pomocí technik NLP se pak člověk učí s mozkem správně komunikovat, odstraňovat a opravovat jeho chybné programy a učit ho novým, nepatologickým. Důležitou roli v tom hrají tzv. „reprezentační systémy“, resp. „vjemové kanály“. Dle autorů má každý člověk rozvinutý pouze 1 kanál (vizuální, nebo auditivní, či kinestetický) a ostatní jsou méněcenné. Chceme-li proto s mozkem pacienta terapeuticky pracovat, musíme nejprve zjistit jeho specifický reprezentační systém a mluvit s ním tak říkajíc „jeho jazykem“. Vedle toho autoři dále analyzovali záznamy terapeutických seancí nejúspěšnějších terapeutů (Erikson, Satirová, Perls), z nichž vyeliminovali základní faktory jejich terapeutické úspěšnosti. Na nich poté postavili vlastní soubor terapeutických technik založených mj. na „pacingu“, raportu s pacientem, vcítěním se do něj a taky např. sladěním své řeči s rychlostí a rytmem jeho řeči a dýchání. Terapeutické metody pak vycházejí hlavně z **vizualizace**, imaginace a symbolizace. Např. člověka, který pacienta zúzkostňuje, si nemocný v představě zmenší, příp. představí v šaškovském kostýmu atp., tj. upraví jeho vizuální



modalitu, která se dosud jevila jako hroživá. Dle autorů NLP se totiž při změně modalit změnil i její prožívání a úzkost mizí.

Může se přitom pracovat i se symboly: *např. jeden náš pacient si svoji bolest symbolicky*



Fotografie 1



Fotografie 2

představil jako velkou, těžkou a černou kouli, tedy vlastně ve dvou modalitách (vizuální a kinestetické). V imaginaci jsme pak postupně měnili její barvu na žlutou (pro něj sympatickou) a současně zmenšovali její velikost, a tím i její váhu, až se z ní nakonec stala pouhá tečka, kterou odfoukl vítr. Bolest se přitom skutečně zmenšovala a ztrácela. Zajímavé je, mimo další techniky i tzv. „rámování“, které jsme používali např. při redukci strachu z medicínského výkonu. Zjistili jsme přitom, že NLP lze úspěšně používat u motivovaných pacientů s rozvinutou

schopností imaginace a ochotou ke spolupráci.

10. Na proces orientovaná psychoterapie, POP

Byla vyvinuta Arnoldem Mindelem, původně teoretickým fyzikem, pak analytickým psychologem, který si nakonec vytvořil svůj vlastní terapeutický systém se svéráznou terminologií (19). I u něho jsou informace signály, které probíhají v komunikačních kanálech – zrakovém, sluchovém, propioceptivním (vnímá změny polohy a pohyb), kinetickém (pohybovém) aj. Základní pozornost se věnuje tzv. procesům, a to primárním, což jsou děje vědomé, verbální a sekundárním, které jsou nevědomé a projevované fyzicky, nebo ve snech. Dojde-li k jejich inkongruenci, je to známkou, že jsou v rozporu se svým Self (dle autora tzv. „snovým tělem“). Pokud takový rozpor není zvědoměn, vytváří se podmínky pro jeho chorobnou projekci, kterou Self na tento rozpor upozorňuje. Není-li dále reflektován, Self zesiluje patologické příznaky, příp. je převádí do chronicity. POP se proto zaměřuje na zjišťování zmíněných rozporů primárních a sekundárních procesů, jejichž harmonizace vede k ústupu nemoci. Vedle toho ale pracuje i s tzv. „přepínáním kanálů.“ Např. při přepnutí procesu z propioceptivního kanálu do jiného, např. vizuálního, porucha rovněž mizí. K přepnutí dojde ale většinou i automaticky, při tzv. amplifikaci, což je dle Mindela vědomé zesilování sekundárních procesů.

Informace z kazuistiky: *Pacient z interní kliniky, 39 l., u kterého byla v 31 l. diagnostikována esenciální hypertenze. Byl neúspěšně léčen ambulantně, opakovaně hospitalizován v naší brněnské nemocnici a v Thomayerově nemocnici v Praze, vždy bez trvalejšího efektu. Nakonec bylo přikročeno k adrenalectomii, čímž se snížila produkce kortisonu (zvyšuje TK). Jenže efekt nebyl trvalý, takže*



TK pacienta se opět zvyšoval, což ho nakonec dostalo do invalidního důchodu. Osobně se domníváme, že původně mohlo jít o psychastenika s generalizovanou anxiózní poruchou, čemuž nasvědčovala řada symptomů. Např. komplex méněcennosti, nejistota, bázlivost, intrapsychické tenze a vegetativní labilita (závratě, třes, cefalea, palpitace, průjmy; oscilující TK mohl být jedním z nich). Domníváme se, že pacient měl, vedle internisty a chirurga, jít i k psychiatrovi a klinickému psychologovi.

Bylo zřejmé, že při omezené délce hospitalizace se poruchy nezvládnou, a proto jsme se zaměřili pouze na některé, ve výkladovém rámci POP. Jako základní jsme zvolili techniku amplifikace, protože pacientovým „procesem“ bylo zřejmě afektivní napětí, které neuměl uvolnit a jež mohlo posléze somatizovat (mj. vysokým TK). Sám to vyjádřil obrazem, na němž je pevně svázaný provazem, který se snaží zvyšováním vnitřního napětím roztrhat. Protože nebyl úspěšný, zkusili jsme, aby si rostoucí napětí představil jako stále nafukovaný balónek, a když nepraskl, představil si ještě špendlík, kterým ho propíchl. Teprve pak následoval výbuch, po němž imaginární pouta spadla, napětí povolilo a pacient se uvolnil. A to jsme zkoušeli opakovaně. Netvrdíme, že právě to bylo příčinou následné stabilizace TK a propuštění z nemocnice (byl samozřejmě léčen i medikamentózně). Po dohodě s lékařem jsme se domluvili na pokračování psychoterapie ambulantně, kterou jsme orientovali více analyticky (hlavně řešením komplexů).

11. Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR

V překladu snad Desenzitizace a restrukturalizace (přestavba, přepracování) pomocí očních pohybů. Jde o psychoterapeutickou techniku objevenou, snad

náhodně, kolem roku 1990 psycholožkou Francine Shapiro z Kalifornské university. Svůj objev si pak opakovaně ověřila a přenesla do praxe svojí i svých kolegů a dalších psychoterapeutů, až nakonec vznikl Institut EMDR v USA. Ten se pak přenesl do Evropy, ale i jinam, až nakonec vznikla Mezinárodní asociace EMDR. U nás se poprvé začala učit v r. 2001 zásluhou dr. Marka Preisse, který k nám za tímto účelem pozval Richarda Mitchella, prezidenta Evropské organizace EMDR v Londýně, a Udi Orena, vedoucího EMDR v Izraeli. Tohoto výcvikového kurzu se měl možnost zúčastnit i pisatel těchto řádků (trochu chlubení: certifikát o absolvování kurzu podepsala účastníkům samotná paní dr. F. Shapiro!). Technika EMDR (20) se v současnosti používá především k redukci a odstraňování strachů, úzkostí, depresivních poruch, obsesí, ale i poruch spánku, taky se však zkoušela i léčba mentální anorexie, funkčních somatických potíží a s úspěchem i terapie obětí trestných činů a válečných zločinů, např. v Bosně (ústní informace dr. M. Preisse).

Konkrétně se ve stručnosti provádí tak, že se s pacientem nejprve nacvičí představa „zcela bezpečného místa“, poté si on představí traumatizující nebo znepokojující událost. Uvědomí si, co říká o něm samotném, a zformuluje to do tzv. „negativní myšlenky“ (např. „jsem bezmocný“, „jsem slaboch“, „jsem ošklivý“ atd.). Zároveň si uvědomí i tělesné pocity s touto myšlenkou spojené (tlak v žaludku, svírání hrdla apod.). Intenzita těchto pocitů, tedy úroveň rozrušení pacienta, se pak zhodnotí, živě představí a následuje proces desenzitizace pomocí zrakové lateralizace, při níž pacient sleduje jen očima pohyby terapeutovy ruky opakovaně zleva doprava a zpět. Lateralizace ale může být i zvuková (např. luskání palcem o ukazovák), a taky zleva doprava a zpět. Na závěr se pak znovu zhodnotí úroveň



rozrušení, a pokud klesne, promyslí si pacient, co by si mohl, ve vztahu k původně traumatické události, pozitivního pomyslet o sobě. Víra v platnost této pozitivní myšlenky se pak zase zhodnotí, do jaké míry je pravdivá, či nikoliv. Pozitivní myšlenku pak pacientovi „instalujeme“ zase pomocí stejných očních pohybů, směrem k pozitivnímu sebehodnocení. Podle našich zkušeností (ale i výzkumů jiných) jsou výsledky slibné. Co je ale podstatou této techniky, co při ní působí a co brání chronifikaci negativních zážitků a utvrzuje ty pozitivní, není dosud zcela jasné, i když existuje několik hypotéz.

12. Další imaginativní techniky

Využití imaginativních technik v akutní somatické medicíně je výhodné pro jejich nenáročnost na prostor, nácvik a mobilitu pacienta. Vyžadují pouze jeho dobrý kontakt, motivaci a ochotu spolupracovat. Není však vhodné imaginovat k večeru, kdy se z imaginace stává hypnotikum. Vzhledem k podmínkám v nemocnici a dle osobnosti pacienta, jsme využívali různých forem imaginace i nezávisle na jejich teoretickém základě. Např. vyšší stupeň již zmíněného Autogenního tréninku (8), Assagioliho psychosyntézu (10), techniky katathymně imaginativní psychoterapie (KIP) dle Leunera (21), řízenou imaginaci dle analytické psychologie (22), málokdy aktivní imaginaci dle C.G.Junga (23) (příliš náročná)¹. Po svých zkušenostech považujeme sami imaginaci za tajemnou schopnost naší psyché vytvářet obrazy podobné vjemům (zrakovým, sluchovým, olfaktorickým, kinestetickým aj.). Na rozdíl od nich ale

představy nevznikají periferně, ale centrálně. Jejich primárním zdrojem je sice smyslová zkušenost, která je ale zcela individuálně zpracována: dle osobnosti imaginujícího, jeho percepčně-kognitivní úrovně, schopnosti imaginovat a jeho zkušeností. Samotné obrazy jsou tak u různých lidí různé (např. auto v imaginaci automechanika bude jiné než u psychologa). Imaginace tedy začíná ve světě reálném a končí ve světě imaginárním, začíná percepcí a končí představou, iluzí, vizí, v patologickém případě halucinací. Může probíhat v minulosti i budoucnosti, neplatí pro ni prostorová a časová omezení, zákony příčiny a následku apod. Víme, že se vynořuje z té části naší psyché, o které nic přímého a přesného nevíme, tedy z nevědomí, kde jsou mj. ukládány smyslové aj zkušenosti, jež se stýkají se zkušenostmi kolektivními, archetypickými, ale zřejmě i s pudovými a fyziologickými, tvořící tzv. psychoidní vrstvu (25). V ní pak mají kořeny i poruchy psychosomatické.

Imaginární obrazy si může zcela vědomě a záměrně navodit pacient, mohou ale vznikat i sugescemi jiných, a taky spontánně ve snech, vizích, příp. v aktivní imaginaci. Informují o nevědomém dění, jeho obsahu a silách v něm působících. Je dále známo, že nevědomí působí ve vztahu k vědomí kompenzatorně, tj. vyrovnává jeho problémy či nedostatky. Převažuje-li ale ve vědomí nekritický pocit omnipotence, bývají spontánní imaginace, sny apod. obrazy spíše depresivně laděné.² Nevědomí tedy svojí obrazovou, symbolickou „řečí“ naznačuje, jaké

¹Velmi zajímavou a účinnou se ukázala např. imaginace vody tzv. „katathymní hydroterapie“. Např. s patnáctiletou dívkou, trpící bolestmi hlavy, jsme imaginovali lesní studánku s „živou vodou“, kterou pila a v níž si omývala hlavu. Probudila se bez bolesti. Setkali jsme se s ní později, měla různé potíže, ale bolest hlavy mezi nimi nebyla. Jednu zajímavou

„hydroterapii“ jsme před časem i publikovali (24).

²Není to ale vždy tak jednoduché. Někdy mají sny i u depresivního pacienta obsah hrozivý a depresivní; po probuzení si ale ulehčeně řekne: „Naštěstí na tom nejsem ještě tak špatně.“



psychické i fyzické problémy či poruchy se v něm připravují, jak se asi budou vyvíjet a současně nabízí i možnosti, co se s tím dá ve vědomí udělat. Pokud je však poselství nevědomí ignorováno, může se to nakonec skutečně projevit psychickou ev. somatickou poruchou. Lze zaznamenat ale i opačný proces: imaginací zpětně ovlivňovat nevědomí a přes něj i psychický a tělesný stav.

Všechny tyto imaginativní přístupy jsou sice zabudovány do léčebné soustavy různých psychotherapeutických směrů, nicméně naše praxe ukazuje, jak jsme již naznačili, že je lze někdy použít i samostatně, mimo tyto systémy, anebo je i spojovat. V nemocnici oceňovali imaginace zejména pacienti imobilní, s omezenou možností komunikace (po trecheostomii, s poruchami zraku apod.). Imaginované děje můžeme pak dále interpretovat, nebo jimi můžeme dle potřeby posilovat symbolicky sebevědomí (např. imaginací stromu), zlepšovat náladu (věkový regres s projevy lásky) apod. Účinnost imaginací můžeme posilovat i tak, že si je zapisujeme, diskutujeme o nich, kreslíme, interpretujeme a dotváříme (viz výše), lze je použít i v psychodramatu (což je ale v naší nemocnici téměř nemožné) atd.

13. Některé techniky kognitivně-behaviorální psychoterapie

V naší nemocnici jsme často používali techniky reciproční inhibice podle Wolpeho (u déle hospitalizovaných pacientů), příp. systematickou desenzitizaci úzkostí, kterých je v somatické nemocnici vřdycky dost (26). Předpokládá to ale naučit pacienta alespoň částečně relaxovat. Např. *začínáme vypracováním hierarchie úzkostných podnětů, od nejlehčích po nejtěžší, poté pacient relaxuje (třeba dle Jacobsona) a na náš pokyn imaginuje úzkostné situace, počínaje nejslabšími. Když se mu při této představě objeví napětí či rozrušení, zvedne prst,*

načež scénu přerušíme (např. slovem „stop“). Poté pacient opět relaxuje, ale za chvíli mu stejnou úzkostnou situaci navodíme znovu a po další relaxaci opět, tak dlouho až rozrušení skončí (prst není zvednut). Poté pacient imaginuje další, silnější úzkostnou scénu atd., až vyčerpáme celou úzkostnou hierarchii. Pracuje se na principu jednak známého vyhasínání, jednak tlumení úzkosti relaxací. Např. při již zmíněné aichmofobii léčené hypnózou se mohl náš pacient mimo to dívat na ošetřovně s poučenou sestrou na různé injekce, brát je do rukou a hrát si s nimi, což ke ztrátě strachu pomáhalo. Nedávno jsme reciproční inhibicí učili jednoho pacienta z chirurgie, kde ležel u nás se zraněním po havárii tramvaje a bál se pak v ní jezdit. Např. jsme spolu prohlíželi časopis DPMB s tramvajemi a povídali jsme si o nich. Postupně se tak strachu z jízdy brněnskou „šalinou“ zbavil (alespoň v nemocnici).

14. Další formy psychoterapie

Velmi zajímavé výsledky, jak jsme se přesvědčili, přináší narativní psychoterapie (27).

Pacient např. na vyzvání vypráví svoje trauma i s „černými částmi“ svoji účasti na něm a referuje, zda a jak hledá tu osvobozující „bílou cestu“ a kdo a jak mu přitom pomáhá. Hledáme pak společně hlavní zápletky a děje, které ho nyní nejvíce ovlivňují, srovnáme je s jinými příběhy ba i s pohádkami. A taky zvažujeme, jaké místo má v tom jeho choroba, kam jeho příběh směřuje, jaký je (nebo byl měl být) jeho cíl apod.

Jistě by se našly další formy psychoterapie, které lze v akutní nemocniční péči využít. Např. bychom sem mohli zařadit psychotherapeutické působení prostředím (nejen uspořádání a vybavení pokojů a ošetřoven, jejich barevnou úpravu, ale i



regulaci působení spolupacientů aj.). Nebo i psychoedukativní působení terapeuta na pacienty, jejich blízké příbuzné i zdravotnický personál atd. Domníváme

se ale, že demonstrované formy mohou, hlavně začínajícího terapeuta, inspirovat pro akutní nemocniční praxi dostatečně.

ZÁVĚR

Posoudíme-li možnosti psychoterapie v rámci akutní somatické (psychosomatické) péče, dojdeme k závěru, že by se zde psychoterapie měla (i za ztížených podmínek) snažit o dosažení těchto cílů:

1. Redukovat pacientovu úzkost a pocity méněcennosti, které přinášejí choroba a její léčba.
2. Motivovat ho k boji s chorobou a tendencemi k rezignaci.
3. Usilovat o redukci psychosomatických a somatopsychických symptomů chorob pacienta.
4. Motivovat ho ke spolupráci se zdravotníky (compliance).
5. Pomoci mu vyrovnat se s aktuálními a příp. i očekávanými následky choroby a léčby.

6. Připravovat ho na event. zhoršenou kvalitu života po propuštění a hledat s ním možnosti jak na to reagovat.
7. Vést ho k akceptaci sebe sama, byť změněného, či invalidizovaného chorobou.
8. Motivovat indikovaného pacienta k systematické psychoterapii po propuštění.
9. Pomoci mu řešit rodinné, profesní aj. problémy a optimální zapojení do sociálního života.

Je pochopitelné, že za zmíněných podmínek akutní nemocniční péče bude dosažení těchto cílů obtížné a že budeme moci dosáhnout pouze některé z nich.

LITERATURA

- 1) Chvála V. Jak funguje psychosomatická medicína. D-test, říjen 2020.
- 2) Vymětal J. Úvod do psychoterapie. 2.vyd. Praha, Grada 2003, 262.
- 3) Kratochvíl S. Úvod do psychoterapie. 7.vyd. Praha; Portál 2017: 408.
- 4) 111/27 Sb. Zákon ze dne 19.dubna 2007.
- 5) Ellis A. Racionálně emoční behaviorální terapie. Praha; Portál 2005.
- 6) Beck AT. Kognitivní terapie a emoční poruchy. Praha, Portál 2005.
- 7) Kuptz-Klimpel A. Kontejner/kontejnovaný. In: Müller L, Müller A. (ed.). Slovník analytické psychologie. Praha; Portál 2006: 171 – 172.
- 8) Vojáček K. Autogenní trénink. Praga; Avicenum 1988: 208.
- 9) Praško J, Prašková H. Jak zvládat paniku a strach cestovat. Praha; Grada Publishing 1998: 213.
- 10) Rainwater J. You´re in Charge: A Guide to Becoming Your Owen Therapist. 7print. Marina del Rey; DeVorss&Comp.1989: 221.
- 11) Lysbet A, van. Jóga: lekce jógy. 1. vyd. Praha; Argo 2000: 337 s.
- 12) Nešpor K. Uvolnění a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka. Praha; Grada 1998: 96.
- 13) Kratochvíl S. Klinická hypnóza. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha; Grada Publishing 2001: 326.
- 14) Freud S, Breuer J. Studie o hysterii. Praha: Julius Albert 1947; 187.
- 15) Balaščík D. Pozdní recidiva dětské separační úzkosti, její vývoj a psychosomatická archetypická transformace. Čes a slov Psychiat 2013; 109 (4): 191-195.
- 16) Mackewn J. Gestalt psychoterapie. Praha; Portál – spektrum 2009: 264.

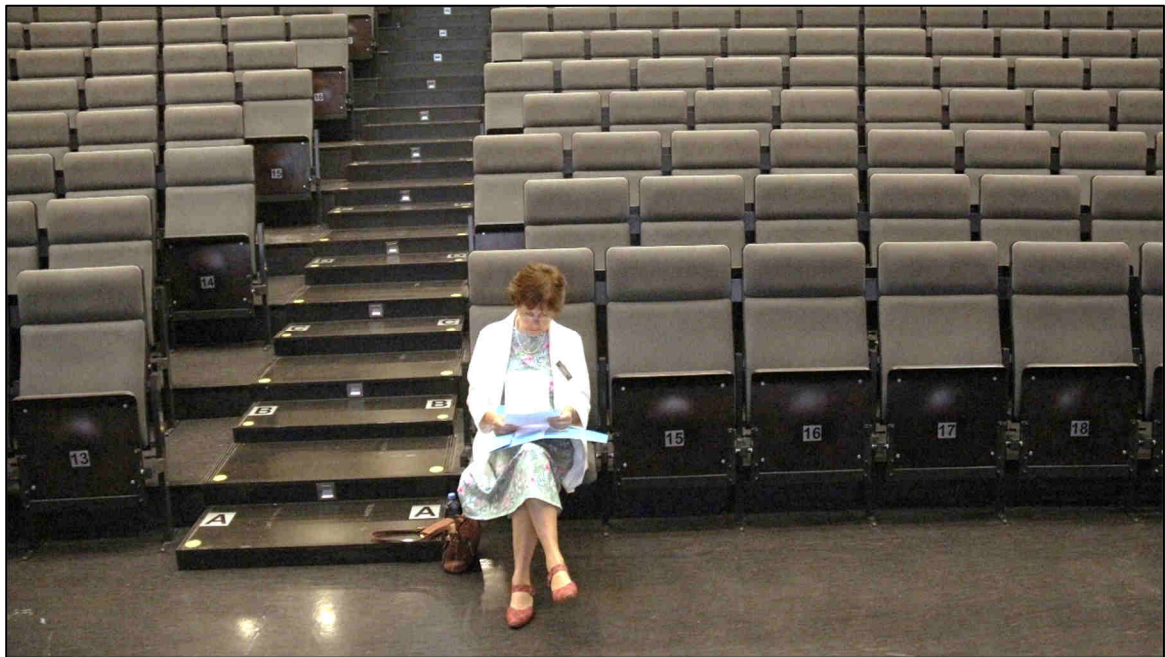


- 17) Valuch JM. Neurotechnologie, mozek a souvislosti. 2.vyd. Praha; Gradior Galaxy1997: 153.
- 18) O'Connor J, Seymour J. Úvod do neurolingvistického programování. Praha; Insitut pro neuro-lingvistické programování 1998; 225.
- 19) Mindel A. Telo a sny (Proces orientovaná psychológia v praxi). Bratislava; Stimul 1992:104.
- 20) Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. EMDR Insitute Inc. 1990: 1-106. Přeložili Preiss M. a Šípek J.
- 21) Leuner H. Katatymně imaginativní psychoterapie. 6.vyd. Praha: Portál 2007; 247.
- 22) Kastová V. Imaginace jako prostor setkání s nevědomím. Praha: Portál 1999; 168.
- 23) Jung CG. Analytická psychologie. Její teorie a praxe. Praha; Academia1993: 208.
- 24) Balašík D. Imaginace jako terapeutický agens u somatické a psychické poruchy. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika 2017; č.2: 25-28.
- 25) Jung CG. Význam nevědomí pro psychologii. In: Jung CG: Výbor z díla II. Nakladatelství T.Janečka; Brno 1997, 16-36.
- 26) Wolpe J. New Therapeutic Methods Based on a Conditioned Response Theory of Neurosis. Zeit.für Psychol.mit Zeit.für angew.Psychol. 1964; Bd.169, Heft 3-4: 173-196.
- 27) Freedman J, Combs G. Narativní psychoterapie. Praha; Portál-Spektrum 2009: 320.

Do redakce přišlo 16. 8. 2024
Zařazeno k publikaci 15. 10. 2024
Konflikt zájmů není znám.



VÝZKUM



OBRÁZEK 3 ILUSTRÁČNÍ FOTO Z 20.KONFERENCE

LUCIA MAZÚCHOVÁ, SUŠIENKOVÁ K.: VÝZNAM PSYCHOSOCIÁLNEJ PODPORY U ŽIEN POČAS TEHOTENSTVA

Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, UK v Bratislave

ABSTRAKT:

Úvod: Psychosociálna podpora počas tehotenstva zvyšuje pohodu a pocit spolupatričnosti, redukuje pocity úzkosti a strachu a súvisí so spokojnosťou žien a jej zdravím.

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť psychosociálnu podporu žien počas tehotenstva.

Metódy: Výskumná vzorku tvorilo 538 respondentiek s priemerným vekom 30,01 (\pm 4,54), ktoré rodili vaginálne za posledné dva roky. Zber dát bol realizovaný prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie Na štatistické spracovanie nazbieraných údajov boli použité deskriptívne štatistické postupy.

Výsledky: Väčšina respondentiek uviedla, že bola spokojná so psychosociálnou podporou okolia (93,8 %), rodiny (93,7 %), partnera (93,6 %), pôrodných asistentiek (89,6 %) a lekárov (88,3 %) počas tehotenstva. Väčšina respondentiek považovala psychosociálnu podporu za významnú. Najväčší význam pre respondentky malo povzbudenie, záujem a informovanosť. Zistili sme, že psychosociálna podpora mala význam pre psychickú pohodu žien a pre ich priebeh tehotenstva.



Záver: Na základe zistenia dôležitosti psychosociálnej podpory pre ženy počas tehotenstva je potrebné venovať jej zvýšenú pozornosť a zlepšovať a skvalitňovať ju a to najmä zo strany zdravotníkov.

KEÚČOVÉ SLOVÁ: psychosociálna podpora, tehotenstvo, žena, spokojnosť, zdravotníci

ABSTRACT: MAZUCHOVA L., SUŠIENKOVÁ K.: THE SIGNIFICANCE OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR WOMEN DURING PREGNANCY. PSYCHOSOM 2024; 22 (3-4), PP. 87-96

Introduction: Psychosocial support during pregnancy increases well-being and sense of belonging, reduces feelings of anxiety and fear, and is related to women's well-being and health..

Aim: The aim of the study was to investigate psychosocial support of women during pregnancy.

Methods: The study sample consisted of 538 female respondents with a mean age of 30.01 (\pm 4.54) who delivered vaginally in the last two years. Data collection was done through a self-designed questionnaire. Descriptive statistical procedures were used to statistically process the collected data.

Results: Majority of the respondents reported that they were satisfied with the psychosocial support from their surroundings (93.8%), family (93.7%), partner (93.6%), midwives (89.6%) and doctors (88.3%) during their pregnancy. The majority of respondents considered psychosocial support to be important. Encouragement, concern and information were most important to the respondents. We found that psychosocial support was important for women's psychological well-being and for their pregnancy progress.

Conclusion: Based on the finding of the importance of psychosocial support for women during pregnancy, it needs to be given more attention and improved and enhanced, especially by health professionals.

KEYWORDS: psychosocial support, pregnancy, woman, satisfaction, health professionals

ÚVOD

Psychosociálna podpora je definovaná ako interpersonálna interakcia, ktorá obsahuje emocionálnu podporu, informácie alebo rady, inštrumentálnu alebo fyzickú pomoc a uistenie (Baker, Yang, 2018). Ide o pomoc od jednotlivca alebo sociálnej skupiny, čo u príjemcu vyvolá okamžitú alebo neskoršiu pozitívnu odozvu (Bedaso et al., 2021). Podporu možno čerpať z rôznych zdrojov vrátane partnera, rodiny, priateľov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Schwab-Reese et al., 2017). Vďaka emocionálnej podpore vo forme pomoci, informovanosti, náklonnosti, priateľstva sa ľudia cítia milovaní, oceňovaní a istí (Peter et al., 2017).

Hlavným prínosom psychosociálnej podpory je pocit spolupatričnosti a stability, čo vedie k zlepšeniu sebaúcty a zníženiu rizika stresu a duševných chorôb (Bedaso et al., 2021). Blízke a starostlivé vzťahy sú nepopierateľne spojené so zdravím a blahobytom. Naopak nedostatok interpersonálnych interakcií a podpory v rámci sociálnej siete môže viesť k nepriaznivým výsledkom duševného zdravia, ako sú pocity izolácie alebo zvýšené psychické ťažkosti (Wongpakaran et al., 2011).

Psychosociálna podpora je obzvlášť dôležitá počas kritických prechodných období, akým je aj tehotenstvo. Tehotenstvo



je spojené s rôznymi fyziologickými a emocionálnymi zmenami a tieto zmeny môžu mať významný vplyv na výsledky zdravia matky aj dieťaťa (Alzboon et al., 2021). Empirické dôkazy hovoria o pozitívnom vplyve psychosociálnej podpory v prevencii depresívnych symptómov počas v tehotenstva (Milgrom et al., 2019; Asselmann et al., 2020). Tehotné ženy, ktoré pociťujú nedostatok sociálneho kontaktu alebo vzťahov, alebo majú napätý vzťah s partnerom, rodinou majú zvýšenú náchylnosť k úzkosti a prenatalnej depresii, čo môže následne ovplyvniť rôzne vývinové výsledky ich detí (Rashid, Mohd, 2017). Aj podľa Giesbrecht et al. (2013) psychosociálna podpora počas tehotenstva je prospešná, pretože znižuje biologickú citlivosť na psychické utrpenie a potenciálne chráni aj plod pred škodlivými účinkami zvýšenia kortizolu súvisiaceho so stresom. Taktiež bolo zistené, že vnímanie záujmu, starostlivosti a lásky k ženám počas tehotenstva súviselo so

zvýšeným pocitom kompetencie matky a znížením potenciálne nepriaznivých účinkov stresujúcich udalostí (napr. narodenie dieťaťa) (Ponomartchouk, Bouchard, 2015). Taktiež bolo preukázané, že existuje významná súvislosť medzi nedostatkom psychosociálnej opory a pitím alkoholu, fajčením a užívaním nelegálnych drog počas tehotenstva ako aj rozvojom psychických chorôb (Bedaso et al., 2021). Výskumy poukazujú na dôležitosť psychosociálnej podpory najmä od manžela/partnera/ alebo otca dieťaťa, od matky tehotnej ženy pre rozvoj jej materskej role a pre jej psychickú pohodu (Schrag, Schmidt-Tieszen, 2014; Razurel et al., 2013). Podpora získaná zo vzťahov pôsobí ako nárazník pred stresom v časoch zmien a chráni celkové zdravie a pohodu (Baker, Yang, 2018).

Cieľom štúdie bolo zistiť psychosociálnu podporu žien počas tehotenstva.

METODIKA

Ide o prierezovú kvantitatívnu štúdiu. Na zber údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Otázky dotazníka boli zamerané na demografické údaje potrebné k charakteristike výskumného súboru (vek, vzdelanie, parita), na psychosociálnu podporu počas tehotenstva (spokojnosť, význam).

Výskumný súbor tvorilo 538 respondentiek s vekovým priemerom 30,01 (\pm 4,54). Do výskumného súboru boli zaradené respondentky, ktoré boli po vaginálnom pôrode v období posledných dvoch rokoch. Najväčšiu vzorku respondentiek tvorili ženy s vysokoškolským vzdelaním (68,77 %), potom nasledovali ženy so stredoškolským vzdelaním (29,74 %) a najmenej bolo žien so základným

vzdelaním (1,49 %). Prvorodičiek bolo 64,5 %, druhorodičiek 27,51 % a viacrodičiek 7,99 %.

Na základe súhlasu Etickej komisie Žilinského samosprávneho kraja distribúcia dotazníkov prebiehala od septembra 2022 do januára 2023 v pediatrických ambulanciách žilinského samosprávneho kraja ako aj v materských centrách. Išlo o kombinovaný zber údajov (osobne, elektronicky). Responzibilita dotazníkov bola 88,19 % ($n = 546$), z dôvodu nesplnenia zaraďovacích kritérií a pre neúplné odpovede bolo vyradených 8 dotazníkov. Na účely výskumu bolo vyhodnotených 538 dotazníkov. Na spracovanie získaných dát bola použitá deskriptívna štatistika.



VÝSLEDKY

Tab. 1 Spokojnosť žien so psychosociálnou podporou počas tehotenstva

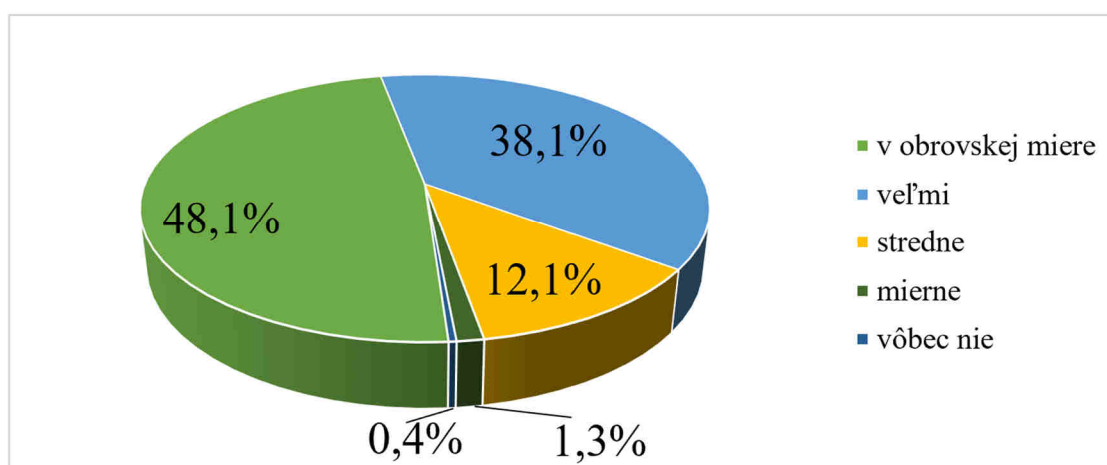
	Partner		Rodina		Okolie (kamaráti, kolegovia..)		Lekár		Pôrodná asistentka	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Úplne spokojná	330	61,3	308	57,3	273	50,7	235	43,7	246	45,7
Skôr spokojná	174	32,3	196	36,4	232	43,1	240	44,6	236	43,9
Skôr nespokojná	23	4,3	23	4,3	58	5,2	47	8,7	33	6,1
Nespokojná	8	1,5	11	2	5	1	16	3	23	4,3
Nemala som podporu	3	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Spolu	538	100	538	100	538	100	538	100	538	100

Respondentky boli vo väčšine spokojné s osobami poskytujúcimi psychosociálnu podporu a to v poradí: okolie (93,8 %), rodina (93,7 %), partner (93,6 %), pôrodné asistentky (89,6 %) a lekári (88,3 %).

Svoju nespokojnosť s lekármi odôvodňovali slabou informovanosťou (25,4 %), ľahostajným prístupom (22,2 %),

nedostatočným záujmom a podporou (19,00 %), neľudským prístupom a necitlivým jednaním (14,3 %), posmeškami a aroganciou (12,7 %) a ignoráciou (4,8 %). Nespokojnosť s pôrodnými asistentkami odôvodňovali najviac aroganciou a posmeškami (32,1 %), nezaujmom a nedostatočnou podporou (26,8 %), nepríjemným správaním (17,9 %), neochotou (12,5 %) a slabou informovanosťou (10,7 %).

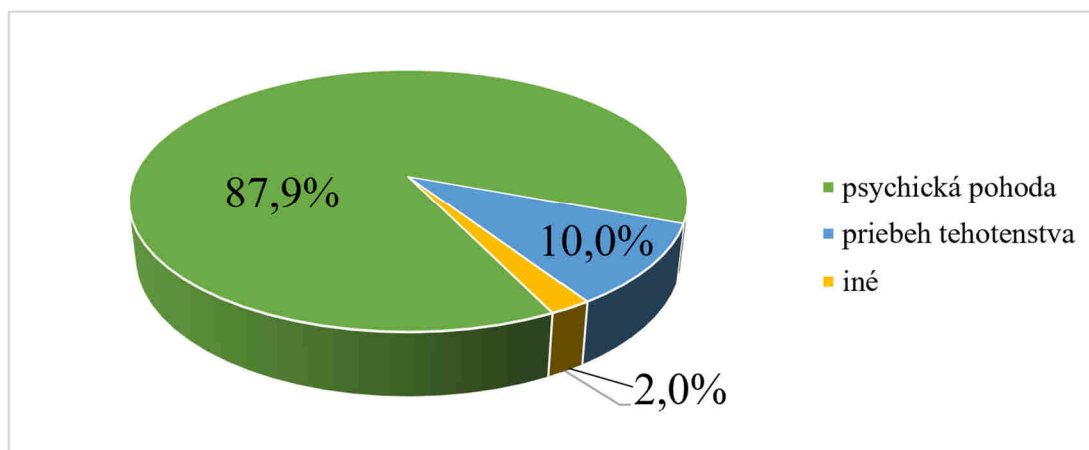
Graf 1 Miera významnosti psychosociálnej podpory pre tehotenstvo



Väčšina respondentiek vnímala význam psychosociálnej podpory pre tehotenstvo (v obrovskej miere 48,1 %, veľmi 38,1 %,

stredne 12,1 %, mierne 1,3 %). Psychosociálna podpora počas tehotenstva nemala žiadny význam u 0,4 % respondentiek.

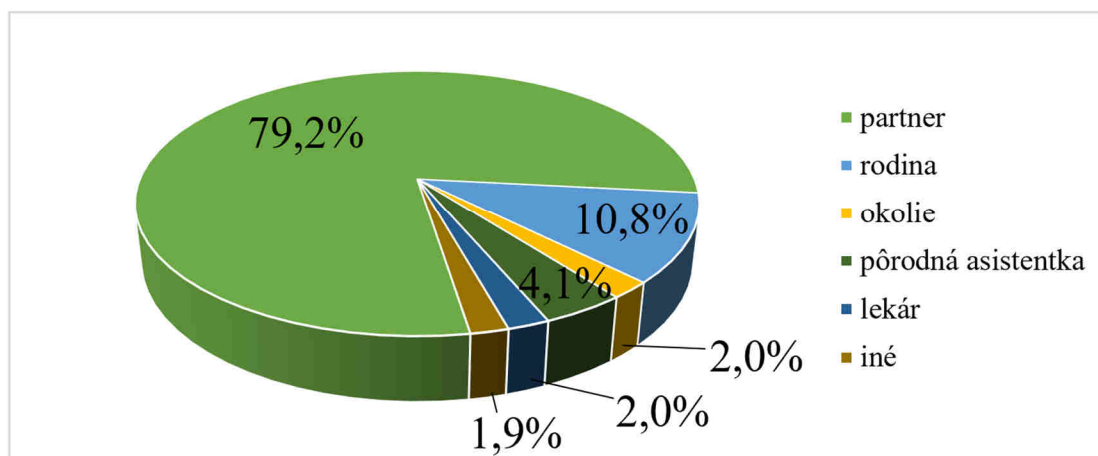
Graf 2 Oblasť vplyvu psychosociálnej podpory



Väčšina respondentiek (87,9 %) uviedla vplyv psychosociálnej podpory na psychickú pohodu počas tehotenstva, 10 % vplyv na priebeh tehotenstva. Medzi inými uvádzali respondentky, že

pociťovali vplyv psychosociálnej podpory na obe uvedené možnosti. Iba 4 respondentky (0,74 %) uviedli, že vplyv psychosociálnej podpory nepociťovali vôbec.

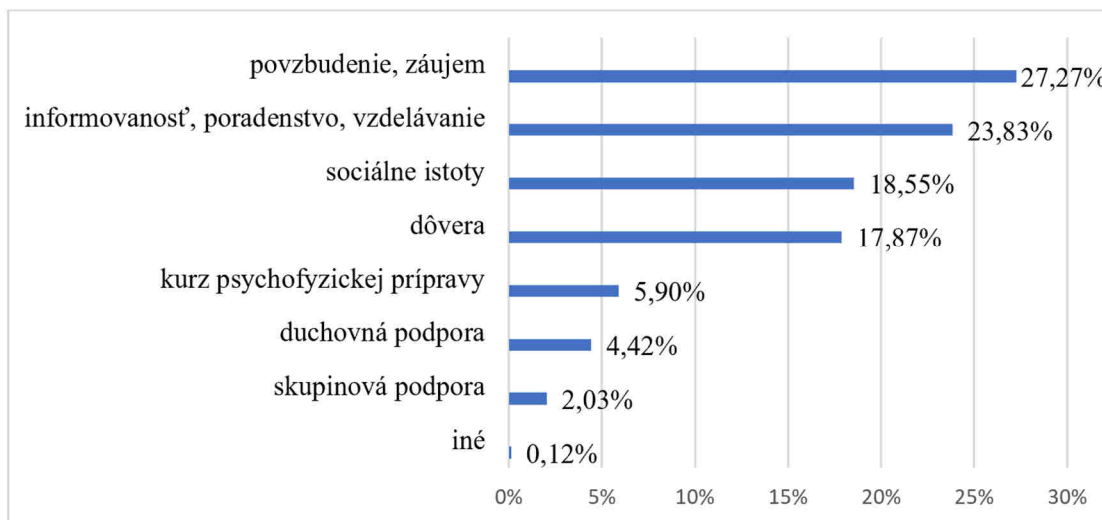
Graf 3 Najdôležitejšie osoby v oblasti psychosociálnej podpory počas tehotenstva



Najviac respondentiek (79,2 %) uvádzalo ako najdôležitejšiu osobu z hľadiska psychosociálnej podpory v tehotenstve partnera/manžela. Rodinu uviedlo 10,8 %, pôrodnú asistentku 4,1 % a lekára 2 %

respondentiek. Možnosť iné zvolilo 1,9 % respondentiek, ktoré uvádzali psychológa, dula, Pána Boha, online skupiny a samé seba.



Graf 4 Významné praktiky psychosociálnej podpory počas tehotenstva

*otázka s možnosťou výberu viacerých odpovedí

Celkový počet označených odpovedí bol 1628. Pre respondentky malo najväčší význam v rámci psychosociálnej podpory povzbudenie, záujem (27,27 %), informovanosť, poradenstvo a vzdelávanie (23,83 %). Ďalej respondentky uvádzali sociálne

istoty (18,55 %), dôveru (17,87 %), kurz psychofyzickej prípravy na pôrod (5,9 %), duchovnú podporu (4,42 %) a skupinovú podporu (2,03 %). Medzi inými (0,12 %) sa nachádzali kurz jógy a masáže.

DISKUSIA

Je pozitívnym zistením, že vo väčšine boli ženy spokojné so psychosociálnou podporou počas tehotenstva. Napriek väčšinovej spokojnosti našli sa aj nespokojné respondentky a to najmä so psychosociálnou podporou zo strany zdravotníkov (zo strany lekárov 11,7 %, zo strany pôrodných asistentiek 10,4 %). Svoju nespokojnosť s lekármi odôvodňovali slabou informovanosťou, ľahostajným prístupom, nedostatočným záujmom a podporou, neľudským prístupom a necitlivým jednaním, posmeškami, aroganciou a ignoráciou. Nespokojnosť s pôrodnými asistentkami odôvodňovali najviac aroganciou a posmeškami, nezaujmom a nedostatočnou podporou, nepríjemným správaním, neochotou a slabou informovanosťou. Každá žena má právo na dôstojnú a rešpektujúcu zdravotnú

starostlivosť počas tehotenstva. Pri poskytovaní starostlivosti o tehotné ženy je dôležité zo strany zdravotníkov zamerať sa nielen na fyzické, ale aj psychosociálne potreby a poskytnúť primeranú podporu k úspešnému zvládnutiu zmien, k udržaniu celkového zdravia a psychickej pohody. Zdravotnícki pracovníci môžu svojím profesionálnym prístupom, informovanosťou, holistickým prístupom a pozitívnou podporou zohrávať významnú úlohu pri zlepšovaní kvality života tehotných žien počas tehotenstva, čo sa preukázalo aj v štúdií Mazúchová et al. (2023). Pôrodné asistentky, ktoré sprevádzajú ženu celým tehotenstvom a trávia s ňou značné množstvo času tu môžu zohrať významnú úlohu.



Zistili sme, že väčšina žien vnímala vo veľkej miere význam psychosociálnej podpory pre tehotenstvo (graf 1). Kvalitná psychosociálna podpora počas tehotenstva je prospešná v eliminácii senzitivity organizmu na psychický nepokoj a stres (Giesbrecht et al., 2013). Naopak, nekvalitná podpora môže viesť k psychickým problémom počas tehotenstva ako aj v popôrodnom období (Maharlouei, 2016). Bolo by vhodné vytvoriť komplexný model starostlivosti o tehotné ženy, ktorý by podporil aj ich sociálne interakcie.

Väčšina respondentiek uviedla vplyv psychosociálnej podpory na psychickú pohodu počas tehotenstva (87,9 %) a 10 % žien uviedlo jej vplyv na priebeh tehotenstva (graf 2). Al-Mutawtah et al. (2023) konštatujú, že psychosociálna podpora počas tehotenstva môže zmierniť emocionálny a fyzický tlak a zlepšiť pohodu matky a dieťaťa a priamo ovplyvňuje duševné zdravie, pocity, postoje, perspektívy ženy. Niekoľko štúdií preukázalo, že ženy, ktoré počas tehotenstva vnímajú primeranú podporu, menej pravdepodobne budú hlásiť symptómy spojené so stresom, úzkosťou a depresiou (Asselmann et al., 2020; Friedman et al., 2020). Úzke vzťahy s inými ľuďmi zohrávajú integrálnu úlohu pri ovplyvňovaní kvality života, čo podporuje pozitívnu pohodu a následne vedie k tomu, že budúce matky vnímajú zmeny súvisiace s tehotenstvom ako menej stresujúce. Starostlivosť a podpora, ktorú tehotné ženy dostávajú, výrazne prispieva k tomu, ako prežívajú svoje tehotenstvo. V štúdií Xue et al. (2018) boli zistené pozitívne zdravotné výsledky spojené so zapojením otcov počas tehotenstva a to zdravšie stravovanie sa matiek, zníženie počtu novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou a nižšej úrovne stresu u matiek.

Najviac respondentiek (79,2 %) uvádzalo ako najdôležitejšiu osobu z hľadiska

psychosociálnej podpory v tehotenstve partnera/ manžela. Rodina tvorila 10,8 %, pôrodná asistentka 4,1 % a lekár 2 % (graf 3). Medzi inými respondentky uvádzali psychológa, dula, Pána Boha, online skupiny a samé seba. Psychosociálna podpora partnera/ manžela pomáha ženám zmierniť záťaž a fyzickú námahu, preto je takáto podpora od mužov veľmi dôležitá už počas tehotenstva (Niedfeldt et al., 2022). Ženy, ktoré profitujú z tejto podpory sú schopné viac tolerovať tlak a ťažkosti tehotenstva, následne lepšie zvládajú pôrod a ľahšie sa adaptujú na obdobie po pôrode (Firouzan et al., 2018). Muži, ktorí prejavujú záujem o partnerku/ manželku a dieťa už v prenatálnom období sa zároveň rýchlejšie dostávajú do novej role otca, ktorá prichádza s narodením dieťaťa. Bolo preukázané, že prítomnosť podporujúceho partnera/ manžela buduje u ženy pozitívnu predpôrodnú skúsenosť. V štúdií Firouzan et al. (2018) sa zistilo, že medzi dôležité aspekty participácie mužov v perinatálnej starostlivosti patrí pomoc pri udržiavaní zdravia matky a plodu, emocionálna podpora matky, komplexná účasť otca na partnerskom živote a príprava pre bezpečný pôrod. Allport-Altillo et al. (2020) uvádzajú, že otcovia sa chcú dozvedieť o partnerskej podpore, chcú byť informovaní o ich telesných a psychických potrebách a majú ochotu podporovať svoju partnerku počas tehotenstva a pôrodu. Rovnako túžia zvládať zmeny v dynamike partnerského vzťahu. Otcovia oceňujú informácie od svojich partneriek, priateľov, ktorí prešli tehotenstvom ako aj od zdravotníckych pracovníkov, aby mohli byť nápomocní. Je dôležité podotknúť, že záujem otcov o tehotenstvo sa stále zvyšuje, avšak dôkazy naznačujú, že súčasné vzdelávanie nespĺňa potreby otcov. Úlohou zdravotníkov je motivovať a aktívne zapájať budúcich otcov do prípravy a snažiť sa o vytvorenie prostredia, kde by sa cítili byť



začlenení, povzbudiť ich a pomôcť im zaradiť sa do rôznych činností, ktoré im umožnia byť súčasťou tehotenstva.

Pre respondentky malo najväčší význam v rámci psychosociálnej podpory povzbudenie, záujem a informovanosť, poradenstvo a vzdelávanie, sociálne istoty, dôvera, kurz psychofyzickej prípravy na pôrod, duchovná podpora, skupinová podpora ako aj kurz jógy a masáže (graf 4). Hijazi et al. (2021) zdôrazňujú, že je dôležité, aby počas tehotenstva dostávali matky emocionálnu podporu, ktorá im dáva pocit bezpečia. Je potrebné, aby otvorene hovorili o svojich budúcich starostiach a obavách. Aktívne počúvanie, prejavovanie náklonnosti a akceptovanie

pocitov matky v kontexte chápaného vzťahu sa považujú za účinné stratégie na zlepšenie emocionálnej pohody žien. Je potrebné viac oceniť úlohu neustálej a pravidelnej neformálnej podpory pri vytváraní prostredia podporujúceho zdravie pre tehotné ženy. Zabezpečenie adekvátnej podpory počas tehotenstva by malo byť prioritou pre všetkých, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o budúce matky. Vnímame, že veľkým prínosom v psychosociálnej podpore by mohli byť komunitné (licencované) pôrodné asistentky, ktoré by sprevádzali ženy kontinuálne počas tehotenstva, pôrodu i po pôrode a mohli by zohrať významnú úlohu v psychosociálnej podpore matiek.

ZÁVER

Psychosociálna podpora zohráva kľúčovú úlohu v procese adaptácie na tehotenstvo a v príprave na materstvo. Aj z výsledkov štúdie vyplýva dôležitosť psychosociálnej podpory u tehotných žien a to zvlášť zo strany zdravotníkov, ktorá je významná pre pre spokojnosť, pohodu, zdravie matiek a detí ako aj pre priebeh tehotenstva.

Nastávajúce matky potrebujú psychosociálnu podporu, ktorá zahŕňa vykonávanie konkrétnych intervencií ako rešpektujúce a úctivé správanie, terapeutickú komunikáciu, informovaosť, prejavovanie záujmu o jej prežívanie, načúvanie, povzbudenie.

LITERATÚRA

1. ALLPORT-ALTILLO, B. S., AQIL, A. R., NELSON, T. et al. Parents' Perspectives on Supporting Father Involvement in African American Families During Pregnancy and Early Infancy. *Journal of the National Medical Association*. 2020, 112 (4): 344-361.
2. AL-MUTAWTAH, M., CAMPBELL, E., KUBIS, H. P. et al. Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023, 23 (1): 782.
3. ALZBOON, G., VURAL, G. The Experience of Healthy Pregnancy in High Parity Women: A Phenomenological Study in North Jordan. *Medicina*. 2021, 57 (8): 853.
4. ASSELMANN, E., KUNAS, S. L., WITTCHEN, H.-U. et al. Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective longitudinal study. *Plos one*. 2020, 15 (8): e0237609.
5. BAKER, B., YANG, I. Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2018, 17: 31-34.



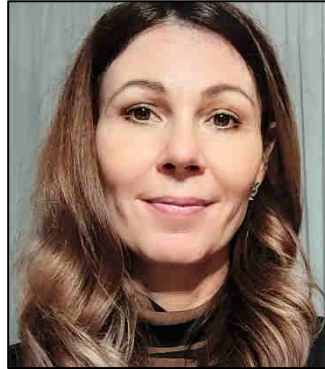
6. BEDASO, A., ADAMS, J., PENG, W. et al. Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: a community-based cross-sectional study. *Reproductive Health*. 2021, 18 (1): 158.
7. FIROUZAN, V., NOROOZI, M., MIRGHAFORVAND, M. et al. Participation of father in perinatal care: a qualitative study from the perspective of mothers, fathers, caregivers, managers and policymakers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018, 18: 297.
8. FRIEDMAN, L. E., GELAYE, B., SANCHEZ, S. E. et al. Association of social support and antepartum depression among pregnant women. *Journal of Affective Disorders*. 2020, 264: 201–205.
9. GEISBRECHT, G. F., POOLE, J., LETOURNEAU, N. et al. The Buffering Effect of Social Support on Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Function During Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*. 2013, 75 (9): 856-862.
10. HIJAZI, H. H., ALYAHYA, M. S., AL ABDI, R. M. et al. The Impact of Perceived Social Support During Pregnancy on Postpartum Infant-Focused Anxieties: A Prospective Cohort Study of Mothers in Northern Jordan. *International journal of women's health*. 2021, 13: 973-989.
11. MAHARLOUEI, N. The importance of social support during pregnancy. *Women's Health Bulletin*. 2016, 3 (1): 34991.
12. MAZÚCHOVÁ, L., MURÍNOVÁ, M., KELČÍKOVÁ, S. et al. Predictors Related to Quality of Life in Pregnant Women. *Iran J Public Health*. 2023, 52 (10): 2109-2116.
13. MILGROM, J., HIRSHLER, Y., REECE, J. et al. 2019. Social support—a protective factor for depressed perinatal women? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, 16 (8): 1426.
14. NIEDFELDT, H. J., SEVER, T. E., SMITH, R. et al. The Role of Men During Pregnancy: A Cross-Sectional Study of Perceptions and Beliefs of Primary Caregivers in Tanzania. *Journal of Family Issues*. 2022, 43 (1): 3-19.
15. PETER, P. J., DE MOLA, CH. L., DE MATOS, M. B. et al. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2017, 39 (1): 21-27.
16. PONOMARTCHOUK, D., BOUCHARD, G. New mothers' sense of competence: predictors and outcomes. *Journal of Child and Family Studies*. 2015, 24 (7): 1977–1986.
17. RASHID, A., MOHD, R. Poor social support as a risk factor for antenatal depressive symptoms among women attending public antenatal clinics in Penang, Malaysia. *Reproductive Health*. 2017, 14 (1): 1-8.
18. RAZUREL, C., KAISER, B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women Health*. 2015, 55 (2): 167-186.
19. SCHRAG, A., SCHMIDT-TIESZEN, A. Social Support Networks of Single Young Mothers. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2014, 31: 315–327.
20. SCHWAB-REESE, L. M., SCHAFER, E. J., ASHIDA, S. et al. Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. *Women Health*. 2017, 57 (6): 723-740.
21. WONGPAKARAN, T., WONGPAKARAN, N., RAKTRAKUL, R. Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health. Clinical practice & epidemiology in mental health*. 2011, 7 (1): 161-166.



22. XUE, W. L., Shorey, S., Wang, W. et al. Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*. 2018, 62: 135–145.

Do redakce přišlo 4. 9. 2024
K tisku zařazeno 31. 10. 2024
Konflikt zájmů není znám

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.
Odborná asistentka
Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Univerzita Komenského v Bratislave
Ústav pôrodnej asistencie
Malá hora 5, 036 01 Martin
+421 43 2633430
mazuchova1@uniba.sk



VĚDA KRÁTCE



OBRÁZEK 4: ILUSTRÁČNÍ FOTO V TOMTO ODDÍLE Z DISKUE NA 20.KONFERENCI

KDYŽ DÍTĚ NĚCO BOLÍ, MŮŽE BÝT NEJLEPŠÍ PRVNÍ POMOCÍ POTVRZENÍ JEHO BOLESTI

Výzkumníci říkají, že rodiče a lékaři by měli mít na paměti, jak mluví a léčí děti, které zažívají bolest – bez ohledu na to, jak velké nebo malé zranění je – s vědomím, že tyto základní zkušenosti mohou být přeneseny do dospělosti.

Ať už jde o bolavou paži nebo strach z injekcí, to, jak je dítě léčeno, když se u něj objeví bolest, může významně ovlivnit, jak bude reagovat na bolest a zvládat ji později v životě.

V nové studii z University of South Australia vědci tvrdí, že rodiče a lékaři by měli dbát na to, jak mluví a jak léčí děti, které zažívají bolest – bez ohledu na to, jak velké nebo malé zranění je – s

vědomím, že tyto základní zkušenosti mohou být přeneseny do dospělosti.

Na základě různých výzkumů napříč vývojovou psychologií, duševním zdravím dětí a vědami o bolesti vědci tvrdí, že může být důležité potvrdit bolest dětí tím, že prokážeme, že jejich zkušenosti, emoce nebo chování související s bolestí jsou přijatelné, pochopené a legitimní.

Tím, že dítě potvrzuje bolest dítěte, má pocit, že je vyslyšeno a věří mu, což posiluje jeho důvěru a spojení s rodičem nebo s ošetřujícím lékařem.

Výzkumnice UniSA Dr. Sarah Wallworková říká, že sociální vztahy hrají zásadní roli při utváření toho, jak je zdravý prožíváno po celý život.



„Když rodič nebo lékař potvrdí zkušenosti dítěte způsobem, který odpovídá jeho vyjádřené zranitelnosti, pomáhá to dítěti cítit se přijato, buduje spojení a důvěru a může to pomoci dítěti rozvíjet kritické dovednosti při regulaci svých emocí,“ říká Dr. Wallwork.

„Například, když je lékař pozorný a reaguje na emocionální a behaviorální podněty dítěte, zejména pokud jde o vyhledání pomoci, lékař říká dítěti, že jeho bolest je skutečná a současně posiluje užitečné chování při zvládnutí bolesti, jako je návštěva kliniky.“

Originál: Sarah B. Wallwork, Chad Shenk, C. Meghan McMurtry, Anna M. Hood, Maria Pavlova, Anneke E. Olson, G. Lorimer Moseley, Melanie Noel. **“I hear you”**. **Validation in the context of children's pain as an untapped opportunity to prevent chronic pain.** *Pain*, 2024; DOI: [10.1097/j.pain.0000000000003350](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003350)

V.Ch.



STŘEVNÍ BAKTERIE PŘENÁŠEJÍ GENY, ABY VYŘADILY ZBRANĚ SVÝCH KONKURENTŮ

Nový výzkum ukazuje, jak běžné střevní bakterie krotí své antagonistické sousedy přenosem genů, které mění jejich zbraňové systémy. *Všechno je tedy ještě mnohem složitější, než jsme si mysleli. Je zřejmé, že vliv „sociálních systémů“ je třeba*

chápat i na mikroskopické úrovni. Jak jinak se dá na rafinované vzájemné interakce mezi populacemi bakterií dá dívat? (pozn.red.)

Nový výzkum ukazuje, že velký, všudypřítomný mobilní genetický prvek mění



antagonistické zbraně *Bacteroides fragilis*, běžné bakterie lidského střeva.

Bakterie se v lidském střevě rychle vyvíjejí tím, že mezi sebou sdílejí genetické prvky. Bacteroidales je plodný řád střevních bakterií, které obchodují se stovkami genetických prvků. Málo je však známo o účincích těchto přenosů DNA, ať už na zdatnost bakterií nebo hostitele.

Nový výzkum z University of Chicago ukazuje, že velký, všudypřítomný mobilní genetický prvek mění antagonistickou výzbroj *Bacteroides fragilis*, běžné bakterie lidského střeva. Získání tohoto elementu vyřadí silnou zbraň *B. fragilis*, ale výzbrojí ji novou zbraní, před kterou je chráněn kmen, který daroval DNA. Tyto zbraně pomáhají bakteriím vydobýt si výklenky v těsně sevřených zákoutích střeva.

Laurie Comstock, PhD, profesor mikrobiologie a člen Duchossois Family Institute na UChicago a hlavní autor nové studie, studoval různé antagonistické

mechanismy Bacteroidales a způsob, jakým přenášejí DNA, již více než 10 let. „Tyto organismy se rychle vyvíjejí přenosem DNA. Je to docela úžasné,“ řekla. „Věděli jsme, že některé kmeny *B. fragilis* nemohou střílet ze svých zbraní, ale když jsme viděli, že je to kvůli získání velkého mobilního genetického prvku, tehdy jsme věděli, že jsme našli něco zajímavého.“

Studie „Všudypřítomný mobilní genetický prvek mění antagonistické zbraně lidského střevního symbionta“ byla publikována 24. října v časopise *Science*. Více si čtenář může najít v originální verzi zprávy: Madeline L. Sheahan, Katia Flores, Michael J. Coyne, Leonor García-Bayona, Maria Chatzidaki-Livanis, Andrea Q. Holst, Rita C. Smith, Anitha Sundararajan, Blanca Barquera, Laurie E. Comstock. **A ubiquitous mobile genetic element changes the antagonistic weaponry of a human gut symbiont.** *Science*, 2024; 386 (6720): 414 DOI: [10.1126/science.adj9504](https://doi.org/10.1126/science.adj9504)

V.Ch.



NÁLADA MLADÝCH LIDÍ JE PŘÍMO OVLIVNĚNÁ „LAJKY“ NA SOCIÁLNÍCH SÍTÍCH

Mladí lidé dnes vyrůstají ve světě přecitlivělých sociálních médií, kde technologie hrají ústřední roli při utváření většiny jejich zkušeností. A rychlý vzestup používání sociálních médií následně vyvolal obavy rodičů a společnosti o sociální a psychologickou pohodu mladých lidí. Tým výzkumníků nyní použil skutečná data ze sociálních médií, aby ukázal, že mladí lidé mohou být skutečně citlivější na zpětnou vazbu (lajky) na sociálních sítích než dospělí, a že to přímo ovlivňuje jejich zapojení a náladu. Jejich výsledky byly publikovány 23. října v odborném časopise Science Advances.

Člen týmu Wouter van den Bos: „Dospívání je vývojové období, během kterého je citlivost na odměnu i odmítnutí obzvláště silná, a to vše je spojeno se zvýšeným impulzivním chováním a depresivními symptomy.“

Klíčové období v našem životě

Výzkumníci použili ke zkoumání problému třístupňový přístup. Nejprve se podívali na velký soubor dat skutečných příspěvků na Instagramu a použili výpočetní model k zachycení citlivosti na lajky. Jako druhá příšla experimentální studie, která napodobovala funkce platformy sociálních médií a mohla být použita ke sledování změn nálady. A konečně, průzkumná neuro-zobrazovací studie ukázala, že citlivost na zpětnou vazbu sociálních médií souvisí s individuálními rozdíly v objemu amygdaly. Dohromady tyto tři studie ukázaly konvergující důkazy o tom, že mladí lidé mohou být skutečně citlivější na zpětnou vazbu na sociálních sítích než dospělí.

Dospívání je klíčovým obdobím v našem životě, které se vyznačuje zvýšenou citlivostí na schválení a odmítnutí vrstevníky. V kontextu tohoto výzkumu vede tato zvýšená citlivost k zajímavému paradoxu: zatímco se zdá, že přijímání lajků vytváří pocit sounáležitosti a může zlepšit náladu mladých lidí, tento pozitivní výsledek by také mohl vytvořit takovou přitažlivost k aplikacím, že by to mohlo vést k problematickému nadužívání. Na druhou stranu, vzhledem k jejich citlivosti by mladí lidé přestali platformy používat dříve než dospělí, pokud by nedostávali lajky, ale to by také mohlo vést ke stále negativnější náladě.

Zásah při negativních dopadech

Výsledky vědců naznačují, že současný design platformy sociálních médií může mít na mladé lidi pozitivní i negativní dopady a vzhledem k tomu, zdá se, mohou být zapotřebí intervence k řešení negativních vedlejších účinků.

Výzkumníci zaprvé navrhuji, že platformy by měly změnit strukturu pobídek a přesunout důraz od lajků ke smysluplnějšímu zapojení. Zadruhé bychom se neměli zaměřovat pouze na posilování digitální gramotnosti mladých lidí – protože o tomto tématu vědí pravděpodobně více než kterákoli jiná generace – ale místo toho se zaměřit na rozvoj obratné regulace emocí v online prostředí.

Obavy o duševní zdraví

První autorka studie Ana da Silva Pinho: „I když sociální média hrají důležitou roli při podpoře některých aspektů rozvoje mládeže, jako je formování identity a sociální vazby, naše studie odhaluje, že mohou také představovat výzvy,

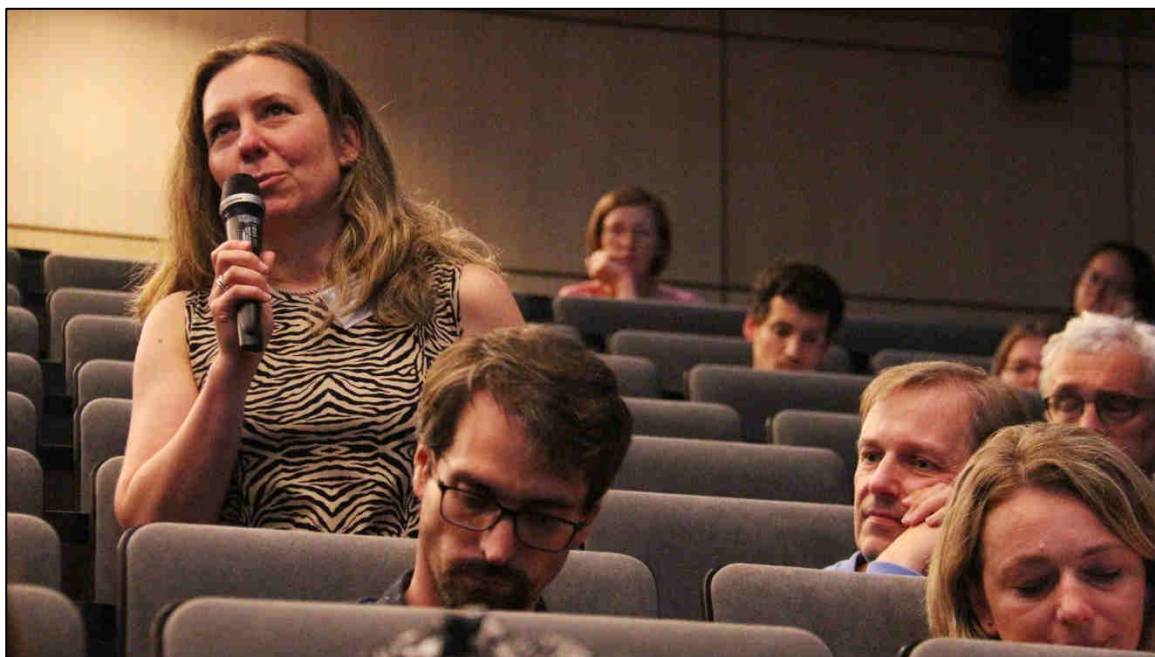


zejména v souvislosti s náladami mladých lidí. Vzhledem k rostoucím obavám z dopadu sociálních médií na duševní zdraví je zásadní, abychom lépe porozuměli tomu, jak mladí lidé komunikují se sociálními médii a reagují na ně, a zároveň se zabývali jedinečnými aspekty jejich vývojových fází.

Více v originální práci:

Orig.: Ana da Silva Pinho, Violeta Céspedes Izquierdo, Björn Lindström, Wouter van den Bos. **Youths' sensitivity to social media feedback: A computational account.** *Science Advances*, 2024; 10 (43) DOI: [10.1126/sciadv.adp8775](https://doi.org/10.1126/sciadv.adp8775)

VCh.



NOVÝ VÝZKUM IDENTIFIKUJE KLÍČOVÉ RIZIKOVÉ FAKTORY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ DĚTÍ PO TRAUMATU

Nová studie objasnila, proč se u některých dětí a dospívajících po traumatické události rozvinou poruchy duševního zdraví, jako je posttraumatická stresová porucha, úzkost nebo deprese.

Zatímco většina dětí se po traumatické události dobře zotaví, u některých se rozvinou poruchy duševního zdraví, které s nimi mohou zůstat měsíce, roky nebo dokonce až do dospělosti.

Výzkum University of East Anglia zjistil, že kognitivní psychologické faktory – například to, jak si děti pamatují událost a jak poté vnímají samy sebe – jsou nejsilnějšími prediktory špatných výsledků v oblasti duševního zdraví po traumatu.

Spoluautorka studie Katie Lofthouse z UEA Norwich Medical School uvedla: „U některých dětí a dospívajících, kteří zažili traumatické události, jako jsou dopravní nehody nebo násilí, se může vyvinout posttraumatická stresová porucha (PTSD), stejně jako další stavy, jako je



úzkost a deprese. Nerozumíme však, proč by se u dětí mohl vyvinout jeden soubor obtíží a ne jiný. Aspekty toho, jak vážné trauma bylo, nebo věk nebo pohlaví dítěte, byly mnohem méně důležité.“

Více se zájemci dovědí v originální verzi: Jessica Memarzia, Katie Lofthouse, Tim Dalgleish, Adrian Boyle, Anna McKinnon, Clare Dixon, Patrick Smith, Richard Meiser-Stedman. **Predictive models**

of post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in children and adolescents following a single-event trauma. *Psychological Medicine*, 2024; 1
DOI: [10.1017/S0033291724001648](https://doi.org/10.1017/S0033291724001648)

V.Ch.



STRAVOVACÍ CHOVÁNÍ RODIČŮ OVLIVŇUJE TO, JAK JEJICH DĚTI REAGUJÍ NA JÍDLO

Malé děti často vykazují podobné stravovací chování jako jejich rodiče, přičemž jejich vlastní styl stravování ovlivňuje to, jak krmí své děti, ukázal výzkum na Aston University. Práce naznačuje, že rodiče mohou pomoci utvářet zdravé stravovací návyky u svých dětí tak, jak se sami stravují, tak tím, jak své děti krmí.

Tým vedený profesorkou Jacqueline Blissett ze School of Psychology a Aston Institute of Health and Neurodevelopment (IHN) na Aston University požádal rodiče, aby zhodnotili své vlastní stravovací návyky a hledali souvislosti mezi tímto chováním a chováním jejich dětí.

Tým rozdělil rodiče do čtyř stravovacích stylů – typické stravování, vášnivé jedení, emoční stravování a vyhubavé jedení.



Typičtí jedlíci, kteří tvořili 41,4 % vzorku, nemají žádné extrémní chování. Vášniví jedlíci (37,3 %) mají vysoký přístup k jídlu, jako je stravování v reakci na podněty k jídlu v prostředí a jejich emoce, spíše než na signály hladu. Emocionální jedlíci (15,7 %) také jedí v reakci na emoce, ale jídlo si neužívají tolik jako vášniví jedlíci. Vyhýbaví jedlíci (5,6 %) jsou extrémně vybíraví ohledně jídla a mají nízkou radost z jídla.

Přímé vazby mezi chováním dítěte a rodičů byly zvláště jasné u rodičů s vášnivým nebo vyhýbavým stravovacím chováním, jejichž děti měly tendenci mít podobné stravovací chování.

Rodiče, kteří měli vášnivý nebo emocionální styl stravování, s větší pravděpodobností používali jídlo k uklidnění nebo uklidnění dítěte, které pak na oplátku vykazovalo vášnivé nebo emocionální stravovací rysy.

Tam, kde rodiče s vášnivými nebo emocionálními stravovacími rysy poskytovali

vyváženou a pestrou škálu potravin, bylo méně pravděpodobné, že dítě bude vykazovat stejné chování.

Dr. Abigail Pickardová, vedoucí výzkumná pracovnice projektu, uvedla:

Rodiče mají klíčový vliv na stravovací návyky dětí, ale stejně tak mají rodiče skvělou příležitost podporovat u svých dětí vyváženou stravu a zdravé stravování již od útlého věku. Proto je důležité zjistit, jak je stravovací styl rodičů spojen se stylem stravování jejich dětí a jaké faktory by mohly být upraveny, aby podpořily zdravý vztah k jídlu.

Pro zájemce více v originálu: Abigail Pickard, Claire Farrow, Emma Haycraft, Moritz Herle, Katie Edwards, Clare Llewellyn, Helen Croker, Jacqueline Blissett. **Associations between parent and child latent eating profiles and the role of parental feeding practices.** *Appetite*, 2024; 201: 107589
DOI: [10.1016/j.appet.2024.107589](https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107589)

VCh.



NOVÁ STUDIE ZJISTILA, ŽE PARTNERSKÉ ŠTĚSTÍ SOUVISÍ S NIŽŠÍMI HLADINAMI STRESOVÝCH HORMONŮ U STARŠÍCH PÁRŮ

Mít šťastné intimní partnery nám může nejen zlepšit náladu, ale také nám pomáhá zvládat stres, zejména s přibývajícím věkem. Při porovnávání emočních stavů a spokojenosti ve vztahu s jejich hladinami kortizolu vědci zjistili, že starší páry mají nižší hladiny stresového hormonu, když jejich partneři cítí pozitivní emoce. Tento efekt byl ještě silnější u lidí, kteří uváděli vyšší spokojenost ve svých vztazích, podle nového výzkumu Kalifornské univerzity v Davisu.

Při porovnávání emočních stavů a spokojenosti ve vztahu s hladinami kortizolu vědci zjistili, že starší páry mají nižší hladiny stresového hormonu, když jejich partneři cítí pozitivní emoce. Tento efekt byl ještě silnější u lidí, kteří uváděli vyšší spokojenost ve svých vztazích. Studie byla publikována v září v časopise *Psychoneuroendocrinology*.

Mít pozitivní emoce se svým partnerem ve vztahu může fungovat jako sociální zdroj, řekla Tomiko Yoneda, odborná asistentka psychologie na College of Letters and Science a hlavní autorka studie.

Kortizol je důležitou součástí stresové reakce a každodenních funkcí našeho těla. Kortizol se strmě zvyšuje, když se probudíme, a poté má tendenci postupně klesat během dne. Při akutním stresu kortizol stoupá, což nutí naše tělo produkovat glukózu a zrychlit metabolismus, který bychom mohli potřebovat pro náhlou akci.

To, jak se cítíme během dne, ovlivňuje naši produkci kortizolu. Studie neustále zjistily, že negativní emoce jsou spojeny s vyššími hladinami kortizolu a chronicky vysoké hladiny kortizolu mohou vést k celkově horšímu zdraví.

Ve stáří mohou být tyto vazby mezi našimi emocemi a kortizolem ještě silnější. Starší dospělí mají také tendenci mít silnější fyziologické reakce na stres, ale jejich těla jsou méně schopná zpomalit produkci kortizolu. U starších párů mohou intimní vztahy hrát roli při řízení hladiny kortizolu, uvedli vědci.

„Pozitivní emoce mohou tlumit produkci kortizolu,“ řekl Yoneda. *„To je zvláště důležité, když přemýšlíme o tom, jak by naši partneři ve vztazích mohli tento efekt skutečně posílit.“*

Yoneda a její výzkumný tým analyzovali data od 321 dospělých ve věku 56 až 87 let ve třech intenzivních studiích v Kanadě a Německu v letech 2012 až 2018. Analýza porovnávala emoční stavy lidí, které sami hlásili, a jejich spokojenost ve vztahu s hladinami kortizolu měřenými vzorky slin. Ve všech třech studiích byly emoční stavy lidí a kortizol měřeny několikrát denně po dobu celého týdne.

Studie zjistila, že tělo člověka produkuje méně kortizolu ve chvílích, kdy jeho partner hlásil vyšší pozitivní emoce než obvykle. Tento efekt byl ještě silnější, než když lidé hlásili své vlastní pozitivní emoce. Silnější byl také mezi staršími lidmi a lidmi, kteří uvedli, že jsou ve svém vztahu šťastnější.

Studie nezjistila žádné souvislosti mezi hladinami kortizolu u člověka a



negativními emocemi jeho partnera. Yoneda řekl, že to není překvapivé, protože předchozí výzkum naznačuje, že starší dospělí mohou chránit své partnery před fyziologickou reakcí na negativní emoce u ostatních.

„Vztahy poskytují ideální zdroj podpory, zejména pokud jde o vztahy vysoce kvalitní,“ řekl Yoneda. „Tato dynamika může být zvláště důležitá ve starší dospělosti.“

Více v originální publikaci: Tomiko Yoneda, Theresa Pauly, Nilam Ram, Karolina Kolodziejczak-Krupp, Maureen C. Ashe, Kenneth Madden, Johanna Drexelies, Denis Gerstorf, Christiane A. Hoppmann. **“What’s yours is mine”:** Partners’ everyday emotional experiences and cortisol in older adult couples. *Psychoneuroendocrinology*, 2024; 167: 107118

DOI: [10.1016/j.psyneuen.2024.107118](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107118)

VCh.



KAŽDÁ PÁTÁ ŽENA OTĚHOTNÍ PŘIROZENĚ PO POČETÍ DÍTĚTE POMOCÍ IVF

Nový výzkum analyzoval údaje z 11 studií více než 5000 žen po celém světě v letech 1980 až 2021, aby vyhodnotil, jak časté je přirozené otěhotnění po porodu dítěte počatého léčbou neplodnosti. Přibližně 20 % žen, které potřebovaly léčbu neplodnosti, jako je IVF, aby mohly poprvé otěhotnět, pravděpodobně v budoucnu otěhotní přirozeně, zjistila

nová studie. *Konečně máme solidní doklad pro běžnou zkušenost, že řada žen, které se léčily pro sterilitu, otěhotní poté, co získají první dítě (i třeba adopcí).* (pozn. red.)

Přibližně 20 % žen, které potřebovaly léčbu neplodnosti, jako je IVF, aby mohly počít své první dítě, pravděpodobně v



budoucnu otěhotní přirozeně, zjistila nová studie UCL.

První výzkum svého druhu, publikovaný v časopise *Human Reproduction*, analyzoval údaje z 11 studií více než 5 000 žen po celém světě v letech 1980 až 2021, aby vyhodnotil, jak běžné je přirozené otěhotnění po dítěti počatém léčbou neplodnosti.

Zjistili, že nejméně jedna z pěti žen počala přirozeně po narození dítěte pomocí léčby neplodnosti, jako je IVF, většinou do 3 let. Toto číslo zůstalo nezměněno, i když vezmeme v úvahu různé typy a výsledky léčby neplodnosti – spolu s délkou sledování.

Ačkoli se obvykle považuje za vzácné, aby žena otěhotněla přirozeně, pokud již dříve podstoupila léčbu neplodnosti, vědci chtějí zdůraznit, že ve skutečnosti nejde o neobvyklou událost.

Tým považuje zjištění za obzvláště důležitá, protože mnoho žen si nemusí uvědomit, že by mohly otěhotnět přirozeně po léčbě neplodnosti.

To by mohlo vést k tomu, že rychle znovu otěhotní, nebo když nebudou připraveny

– což by mohlo být problematické pro zdraví matky i dítěte.

Hlavní autorka, Dr. Annette Thwaites (UCL EGA Institute for Women's Health) uvedla: *Naše zjištění naznačují, že přirozené těhotenství po porodu dítěte pomocí IVF není zdaleka vzácné. To je v rozporu s široce rozšířenými názory – ženami a zdravotníky – a těmi, které jsou běžně vyjadřovány v médiích, že jde o vysoce nepravděpodobnou událost.*

IVF bylo poprvé použito v roce 1978 a nyní se s touto léčbou narodilo více než 10 milionů dětí na celém světě – což se rovná 1 % až 6 % všech dětí narozených ročně v rozvinutém světě do roku 2020. (více o problematických praktikách našich IVF klinik viz dokument Kateřiny Hrochové Reprodukce II. Viz [zde](#). Pozn. red.)

Orig: Annette Thwaites, Jennifer Hall, Geraldine Barrett, Judith Stephenson. **How common is natural conception in women who have had a livebirth via assisted reproductive technology? Systematic review and meta-analysis.** *Human Reproduction*, 2023; DOI: [10.1093/humrep/dead121](https://doi.org/10.1093/humrep/dead121)



DISKUSE



OBRÁZEK 5: IVAN VONDŘICH PŘI SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU 1.4.2011

IVAN VONDŘICH: PŘEČETL JSEM...

Ahoj Vláďo,

cestou na psychosomatickou konferenci v Liberci jsem si přečetl Tvůj článek v Psychosomu v sekci Politika, koncepce, ve kterém čtenáři předkládáš svůj pohled na současné dění ve Společnosti psychosomatické společnosti ČLS JEP. Tato situace vznikla po odstoupení bývalého předsedy MUDr. Čecha a vedla k názorovému štěpení ve společnosti a snaze některých kolegů založit novou, na vědeckých principech založenou společnost psychosomatické medicíny.

K této situaci se z mnoha důvodů vyjadřovat nechci. K čemu se však vyjádřit chci, je odstavec, ve kterém píšeš.

V těchto diskusích jsem si uvědomil, že na deseti libereckých konferencích, které jsme za 20 let zorganizovali, se vždy našla

malá skupinka lékařů, kterým se zdály referáty a diskuse o pacientech příliš „psychologizované“. Ale slyšeli jsme je a měli svým postojem vždy vliv na programy dalších konferencí. Později založili Sdružení pro psychosomatiku a rádi se scházeli. Tady bych viděl linii vývoje k „šárecké“ skupině.

Chci Ti říci, že uvádíš fakta, která nejsou pravdivá. Já jsem byl členem Psychosomatického sdružení od jeho založení a byl jsem nakonec jedním ze tří kolegů, kteří Sdružení, později zapsaný spolek, formálně ukončili činnost. Myslím si, že Ti mohu zodpovědně popsat, jak to se Sdružením pro psychosomatiku bylo. Sdružení vzniklo na základě potřeby lidí, které psychosomatika zajímala, scházet se častěji a v jiném formátu, než jen jednou za dva roky na konferenci. Členové sdružení



byli lékaři a lékařky, psychologové a psychologičky, fyzioterapeuti a fyzioterapeutky a i jiní zdravotničtí pracovníci. Převahu měli psychologové a psychoterapeuti, pak početně lékaři. Prvním předsedou se stal MUDr. E. Rys, psychoanalyticky orientovaný psychiatr. Společnost se zabývala rozvojem psychosomatiky, její popularizací a pořádáním seminářů na témata související s psychosomatikou. Společnost byla apolitická a neaspirovala na vznik jakýchkoliv mocenských pozic. Prostor dávala i tématům souvisejícím s psychosomatikou. Po vzniku Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP valná část členů se přihlásila i do této nové organizace. Někteří členové neviděli po vzniku Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP smysl být nadále členem Sdružení pro psychosomatiku. Někteří, včetně mě, měli pocit, že Sdružení by mohlo poskytovat prostor i pro způsoby léčení, které jsou pro pacienty prospěšné, ale nesplňují kritéria evidence based medicine a od kterých se nově vzniklá Společnost psychosomatické medicíny pro nevědeckost rozhodla distancovat. Nicméně zájem o činnost Sdružení opadal, a tak došlo k formálnímu ukončení činnosti.

Rozhodně se tedy nejednalo o společnost lékařů nespokojených s konferencemi a

psychologizováním na nich, převahu zde měli psychologové, i prvního předsedu, psychoanalyticky orientovaného psychiatra jistě nelze podezírat z toho, že by byl na konferencích proti psychologizování. Stejně tak zde nevznikla "šárecká" skupina. Nevím, kdo "šáreckou" skupinu tvoří, jaké jsou jejich cíle a přesvědčení, ale určitě vím, že nikdo s aktivních členů Sdružení v takové skupině není.

Myslím si, že by bylo vhodné uvést v Psychosomu na pravou míru Tvoje vyjádření k Psychosomatickému sdružení, protože Tvoje sdělení svádí k názoru, že Psychosomatické sdružení bylo podhoubím pro nespokojence, kteří nakonec rozštěpili psychosomatickou komunitu. Myslím si, že aktivní členové Sdružení udělali spoustu práce ve prospěch psychosomatiky a určitě si nezaslouží, aby na ně bylo nahlíženo způsobem, ke kterému Tvůj článek navádí. Rozhodně jejich činnost k dnešní situaci v psychosomatické komunitě nevedla.

S pozdravem

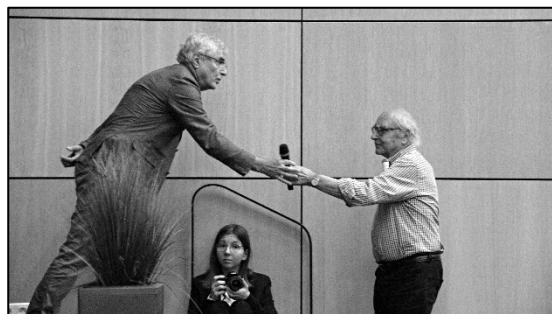
Ivan Vondřich

Do redakce přišlo 16. 7. 2024

Zařazeno ihned

Konflikt zájmů není znám

VLADISLAV CHVÁLA: ODPOVĚĎ



Díky Ivane za svědectví o historii Sdružení pro psychosomatiku, o.s., které jsem vždy pokládal za výborný příspěvek k rozvoji psychosomatiky. Však se na jeho vzniku i na milých setkáních podílela řada našich přátel. A máš pravdu, že jsem svou vzpomínkou zavedl řeč trochu jinam, totiž spojil jsem ji ad hoc s „šáreckou skupinou“. Píšeš, že spolu nesouvisí. Co mají obě sdružení společného, je rozhodně zájem o rozvoj psychosomatického myšlení



v naší medicíně a za to jim patří oběma velký dík. K úvaze, která Tě zaujala a kterou uvádíš na pravou míru, mě vedlo hloubání o příčinách krize v psychosomatickém hnutí zdravotníků.

Ne, že by těch možných zlomových linií nebylo po celých těch nejméně 30 let vývoje dost a dost. Jednou z nich je právě hranice mezi alternativní medicínou a psychosomatikou, kterou sám dobře znáš. Další významná hranice na druhé straně leží mezi psychosomatickou medicínou a psychoterapeutickou medicínou (jak je definovaná třeba v Německu nebo v Austrálii). Jiná bariera leží mezi praxí a teorií, tedy mezi lékaři z praxe a akademiky. Ta byla u nás vyhrocená vždy, ale také vždy existovaly snahy o její překonávání. O bariérách mezi jednotlivými školami „psychosomatiky“ ani nemá smysl začínat. Spory mezi psychoanalytickými a daseins-analytickými přístupy jsou věčné. A pohled individuálního terapeuta se bude zásadně lišit od pohledu rodinného terapeuta. Prostě těch hranic a bariér, a tedy míst potenciálních konfliktů, je v psychosomatice mnohem více než v běžné medicíně, kde se například těžko domlouvají interní a chirurgické obory.

Moje snaha po sjednocení psychosomatiky pod solidní střešou, kterou bude respektovat i většinová medicínská obec, vedla k tomu, že některé názorové zlomové linie jsme zahrnuli a jiné vyloučili, podle toho, o jak přijatelné směry pro vedení ČLS šlo. Akupunkturu ještě ano, homeopatii už ne. Jistě jsme tak zúžili možnosti, kterými psychosomaticky orientovaný lékař disponuje, v naději, že nebude naše psychosomatika budit takovou nevraživost v očích čistě somaticky a EBM orientovaných kolegů. Současný konflikt ukázal, jak důležité bylo tuhle hranici

vytyčit a udržovat. Když odcházející členové výboru napadli SPM u vedení ČLS z toho, že je nevědecká, první, co prof. Svačina zkoumal, bylo, zda některý ze zbývajících členů výboru nepodporuje nějakou nevědeckou medicínskou praxi...

Nejde mi do hlavy, že by se pod deštník SPM nevešly všechny podobné „šárecké skupiny“ a Sdružení pro psychosomatiku. Vždyť jak jinak se dá psychosomatické myšlení rozvíjet než setkáváním, diskusí a sdílením zkušeností. A to musí být místně příslušné a dostupné. Nemohou všichni jezdit na akce do Prahy. Jako Ty jsi oceňoval na Sdružení širší záběr směrem ke komplementární a alternativní medicíně, Jiří Šimek na skupině, která se schází v Šárce, naopak oceňoval ne přesně definovaný „lékařský jazyk“. To mě vedlo k úvaze, zda nejde o strach z přílišné psychologizace lékařské práce, protože i takové hlasy jsem po konferencích slýchal. A otevřený (vlastně skrytý, protože určený jen pro předsednictvo ČLS JEP) útok na SPM jako na „nevědeckou společnost“ z pera doc. Stackeové (až do krize výboru SPM přátelské, konsenzuální a pracovitě kolegyně a členky výboru), do celé té naší práce hodil vidle. Sám uvádíš, že ono zúžení psychosomatiky na pouze EBM postupy, které bylo podle mě nezbytným krokem k uznání psychosomatiky a její legalizaci jako nastavbového lékařského oboru, tě odradilo od členství v SPM. Uvažoval jsem, že podobně přílišný důraz na psychoterapii a v našem pojetí ještě na rodinnou terapii, může odrazovat jiné výborné kolegy, kteří přitom mají psychosomatiku rádi. Doufám, že budeme našim čtenářům věc víc objasňovat vzájemnou diskusí, jako je ta mezi námi, Ivane, než nesmyslnými soudními přemi¹.

V. Ch. 15. 10. 2024

¹ "Vydavatel Psychosomu LIRTAPS o.p.s. a autor tohoto textu jsou žalováni za zásah do osobnostních práv MUDr. Pavla Čecha tím, že

se chystali publikovat svědectví J. Hnízdila o prodeji svého pracoviště, ačkoli předmětný text v Psychosomu nevyšel."



PAVEL ČEPICKÝ: Z DISKUSE NAD KRIZÍ VÝBORU SPM

Když už Bohumila napsala, že Dr. Čech u ní vzbuzuje soucit, tak mě přepadla potřeba sdělit, že ve mně tedy soucit nevzbuzuje, vzbuzuje ve mně pocity právě opačné.

Čtvrt století jsem seděl ve výboru (nebo v revizní komisi) České gynekologicko-porodnické společnosti. Zažil jsem velmi mnoho velmi ostrých střetů-na rozdíl od psychosomatiky často šlo o dost velké peníze. Zažil jsem konflikty, nikoli nepodobné tomuto psychosomatickému, které řešilo ministerstvo zdravotnictví a vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny (šlo o to, kdo může vydávat licence na expertní ultrazvukové vyšetření, zda jen ČGPS nebo i odštěpená konkurenční Ultrazvuková společnost ČLS), zažil jsem „nepřátelské převzetí“ České gynekologické a porodnické společnosti ambulantními gynekology (povedlo se jim to až na třetí pokus, gynekologická společnost je velká, má přes dva tisíce členů). Ale nikdy, NIKDY, dokonce ani v situaci, kde obě znepřátelené strany se vzájemně podezíraly, že ta druhá strana schválně špatně spočítá výsledky voleb, se nikdo neobrátil na právníky. I v té extrémně vyhrocené situaci vzájemné nedůvěry, když se vědělo, že rozhodovat bude každý hlas, se našel gynekolog, kterého obě strany uznaly za nezávislou autoritu a který byl ochoten se v této situaci stát předsedou volební komise (kdyby to někoho zajímalo, byl do MUDr. Karel Dvořák, CSc., z ÚPMD) a obě strany jím vyhlášené výsledky přijaly, a další roky svá stanoviska hájily ve zbylém prostoru. I "právní konflikty" (konflikt ohledně stanov a vypsaní voleb v sekci pro menopauzu) řešila revizní

komise (byl jsem tenkrát předsedou) a obě strany to akceptovaly.

Povolání právníků vnímám jako překročení určité červené hranice. Jako věc, která se prostě nedělá. Tím méně na tak malém písečku, jako je psychosomatika. Snad s výjimkou Radkina se v psychosomatice pohybují déle než většina z vás. Když vznikala komise pro psychosomatiku ČGPS, došlo ke konfliktu o složení zakládajícího pracovního výboru, někteří cítili, že jsou odstrčeni, jak osobně, tak že jsou odstrčeny jejich názory. Taky se vyřešil bez právníků, a že létala ostrá slova. Časem se to setřásko a příkopy se zasy-paly.

Takže neměl-li jsem až dosud problém s tím, jakou psychosomatiku chce Dr. Čech, a bylo mi to dokonce sympatické (na rozdíl od toho, jak toho chce dosáhnout, vzal to za blbý konec – nejsem si jist, jde-li mu o věc nebo o slávu nebo o moc nebo o peníze – ale to by bylo na jiný text), tak teď u mne Dr. Čech ztratil veškeré sympatie. Celou myšlenku se mu podařilo znamenitě zdiskreditovat.

A, promiň Bohumilo, rozhodně nepotřebuje zastání. Zastává se ho jedna z nejlepších (JUDr. Sokola jsem několikrát zažil na policii a u soudu) právních kanceláří. Má zastání, o jakém se Ti nesnilo.

S přátelským pozdravem

Pavel Čepický, 22. dubna 2024

Text pochází ze soukromé korespondence mezi členy sboru recenzentů
Souhlas s uveřejněním 15.11. 2024
Konflikt zájmů není znám.



ÚVAHY, ESEJE



DOC. MUDR. PHDR. J. PONĚŠICKÝ NA SVĚM VEČERU (FORTNA 14.11.2024)

JAN PONĚŠICKÝ: PSYCHOPATOLOGIE OSOBNOSTNÍ STRUKTURY

REGRESIVNÍ TOUHA PO DESTRUKTURALIZACI

Psychoanalýza se vyvíjela v opozici k stávající společnosti a odhalovala její slabé stránky a tabuizace. Zprvu šlo o sexualitu a vídeňskou pokryteckou morálku na přelomu 19. a 20. století. První světová válka šokovala svou brutalitou tehdejší osvíceneckou elitu včetně Sigmunda Freuda a přiměla ji, aby se zabývala vytěšňovanou či sublimovanou agresivitou destruktivitou a narcismem. Po druhé světové válce, v době touhy po autentickém, svobodném a seberealizujícím se životě, vystal do popředí konflikt s druhou stránkou, přizpůsobení se hladce prosperující společnosti, módě a tomu co se nosí a co se má (viz Winnicott, Heidegger, Sartre, Adorno a další). Tímto důrazem na perfektnost, výkon a (narcistické) uznání

(spíše mužský princip) se dostala do pozadí (vytěsněná) touha po láskyplnosti, romantice, připuštění (Jungovské) animy. Tak se např. slavný psychoanalytik Michael Balint podívoval nad tím, že se jeho pacienti teprve těsně před ukončením analýzy svěřovali s jejich hlubokým přáním po pasivní lásce, být bezpodmínečně milováni.

Spekulativně se lze ptát, zda se naše západní společnost, tak jako výše popsany vývoj psychoanalýzy, která ji zrcadlí, vyvíjí regresivně, a zda dalším krokem zpět, který předchází pudově-emocionální vývoj, je potlačovaná ještě původnější touha po destrukuralizaci, po rozpuštění jáských struktur, jejímž pozitivním



aspektem, pozitivní transformací, by byla schopnost jaksí zapomenout na sebe, vzdát se pěstování vlastního narcistického ega a spojení s universem, tak jak se o to snaží buddhisté, či s Bohem, což je ideálem křesťanů. Negativním modem je již jednou zmíněná maligní regrese, resp. psychopatologický rozvoj rozpadu hranic osobnosti se ztrátou identity u schizofrenie. U ní je toto regresivní přání vzdát se konfrontace s realitou, ohraničení, a tím upuštění od námahy udržovat energetické napětí mezi vnitřkem a zevní realitou nejvýraznější. Avšak i borderline pacient se raději uchýlí k jednoduchému energeticky nenáročnému vnímání reality na buď dobrou, či nepřátelskou, a vyhýbá se tím nesnadné konfrontaci a emoční ambivalenci s daleko složitějším světem. Podobně žije narcista v dimenzi, ve které je buď obdivován, nebo devalvován, takže si např. ušetří námahu, jak posuzovat vlídnou kritiku. A mnozí psychosomatictí pacienti reagují zjednodušeně řečeno tělesně, čímž se vyhnou nutnosti danou zátěžovou situaci řešit. Tato námaha, jak to prezentoval Freud ve svém strukturálním modelu ono – já – nadjá, záleží v tom, že musíme udržovat pokud možno optimální napětí i součinnost mezi naší pudově-emocionální přirozeností, s ohledem na aktuální reálnou situaci a na morální zásady té které společnosti. Tuto tendenci k destrukturalizaci je třeba odlišit od destruktivity, u které lze hovořit taktéž o boření hranic či sebe-destruktivním chování. Naproti tomu přání po zbavení se sebeřízení dle určitých norem je neseno přáním po naprosté svobodě bez hranic, bez nutnosti neustálé sebekontroly. V dosavadním směřování psychoanalytické a psychodynamické psychoterapie šlo též o zbavení se nepřiměřených zábran, ale vždy je v určité parciální oblasti – např. týkající se sexuality, agresivity či přirozeného zdravého narcismu, resp. osobnostního rozvoje. V psychoanalytickém pojetí lze hovořit o

deficitu či rezignaci jáské seberegulace i regulace ve vztazích, jakož i o rezignaci na příkazy a hodnoty nadjá.

U bulimie, alkoholismu či zneužívání drog je toto nevědomé přání vzdát se jáského sebeřízení, sebekontroly, morálních omezení (resp. jde o deficity těchto faktorů) nabíledni. To se ovšem projevuje v celkovém chování. Tak již na samém začátku psychoterapie vychrlila 25letá studentka medicíny na terapeutku bez ladu a skladu svoje problémy, která se tím vůbec nedostala ke slovu. To znamená, že se to dělo bez uvážení se náhle svěřit cizí osobě a v podstatě bez zájmu se s názorem svého protějšku konfrontovat. Chyběla zde i snaha se vlastní aktivitou v sobě vyznat. V dalším průběhu terapie se ukázalo, že se vůbec nenamáhá regulovat dle svých potřeb blízkost či raději distanci. K tomu chyběly v dětství podmínky se to naučit, neboť byla bezmocně vystavena rodičovským hádkám a později střídavému bydlení u matky a v nové rodině u otce s jeho přísnou novou ženou. U matky si nevěděla rady, jak snášet její kritiku otce, takže utekla již během studia na gymnázium ke svému příteli. Bulimie, party s alkoholem či drogami byly většinou odpovědí na zátěž, jak v souvislosti se studiem, tak i během vztahů se spolužáky či partnery. Není divu, že již několik let žije „raději“ v nezávazném vztahu s mnohem starším lékařem a nechává se od něj prakticky zneužívat. Výhoda záleží v tom, že nemusí nic řešit, budoucnost nechává, jak se ukázalo ve všech směrech otevřenou. V alkoholovém či drogovém opojení zapomene na životní výzvy a o nic se nestará, což bylo mnohdy velmi riskantní. Navíc si dělá stres sama. Cítíce svoji slabost (ega) jí kompenzuje snahou po perfekcionismu, což jí po nějaké době opět přetíží.

Diagnostický i terapeutický úkol záleží mimo jiné v rozlišení, zdali jde o nedostačtěně vyvinutou strukturu osobnosti, o



strukturální deficit (např. coby následek emocionální a výchovné deprivace v dětství), či o výše zmíněné přání zbavit se sebekontroly a společenských zábran, zvl. jako následek psychosociální zátěžové situace.

Problém záleží i v tom, že její touha a tendence nebudovat silné, sebevědomé a resilientní ego vedla k tomu, že jsou tyto struktury její osobnosti křehké, nedostatečně vytvořené, tj. deficitní. Otázka, jež se během psychoterapie opakovala, zněla: je vhodnější napřed pracovat na její frustrační toleranci, motivaci se učit řešit náročné situace a nevyhýbat se jim například i abúzem drog či jídla, anebo se v první řadě zabývat její biografií a zvědoměním výše popsané psychodynamiky. Čím je možno takovou pacientku motivovat, aby udržovala vlastní narcistickou rovnováhu, dbala o vlastní důstojnost a zabývala se tím, jak vytvářet a udržovat spolehlivé vztahy? Zvláště když pomyslíme na to, že náš mozkový emocionální limbický systém přijme jen to, co je uspokojivější než to předchozí (Roth). Zde se můžeme poučit z vývoje dítěte po narození, které by bylo raději i nadále v teple a bezpečí matčina lůna a o nic se nemuselo starat. Proto též často pláče, avšak nová zkušenost sebepůsobnosti převáží, když zjistí, že stačí zakřičet a hned přijde maminka (v psychoanalýze se mluví o stadiu všemohoucnosti). Podobně nutnost se od matky separovat a osamostatnit je kompenzována radostí chodit, vzdálit se a projevovat vlastní vůli, říct ne či zdržovat stolici (opět jde v klasické psychoanalýze o anální stadium, o agresivně-individuační fázi). Podobně je tomu u učení se řeči, kdy se tomu v první fázi dítě vzpírá, produkuje raději vlastní řeč s neologismy, než převáží uspokojení nad širší možností komunikace. A během dospívání i dospělosti jde o odvahu autenticky žít, což s sebou nese i různá rizika a oběti, až posléze převáží uspokojení nad

vlastními schopnostmi utvářet svůj vlastní život tak, aby byl krásný a abych mohl být na sebe hrdý. A to regresivní přání vzdát se strukturalizace vlastního života je možno uskutečňovat progresivně skrze relaxace, meditace a příklonem ke spiritualitě, spojením se s něčím vyšším, resp. dosažením zduchovení našeho já. U bulimické pacientky může jít i o vnímání jejího zázračného těla, respekt k němu a vděčnost za možnosti, které se v životě nabízejí.

Rozlišení mezi vývojově podmíněnými strukturálními deficity a regresivním přáním vzdát se námahy žít, strukturovat svůj život, mít ho pod kontrolou a snažit se o vyváženost mezi vlastní přirozeností (pudově-emočním prožíváním), morálními zásadami a adekvátním chováním v nastalé situaci, či nechat se raději žít bez zábran je nejenom teoreticky zajímavé, nýbrž i důležité s ohledem na terapeutický postup.

V prvním případě jde o to budovat jáské sebeřídící funkce, např. vůli se nepoddávat horečnému jedení či pití alkoholu, jde o posílení sebeovládání, schopnosti se něčeho vzdát co škodí sobě i ostatním, tedy i o jáskou funkci vcítění do sebe i druhých, o posílení frustrační tolerance, o jáskou funkci anticipace vlastního chování, o hodnoty a smysl života. Terapie se podobá jakési dovychově, probíhá na vědomé a předvědomé úrovni vis-a-vis.

Naproti tomu lze u regresivního přání po odhození sebekontroly, nutnosti regulovat své chování s respektem k jeho účinku na okolí předpokládat již strukturovanou osobnost, která „pouze“ rezignovala na námahu se ovládat (např. u výše zmíněné pacientky, která úspěšně absolvovala studium medicíny, k čemuž jsou zapotřebí dostatečně vytvořené jáské funkce). Terapeuticky smysluplné je přiblížit pacientovi vznik a porozumění tomuto chování, poukázat na jeho důsledky



a motivovat ho k aktivnímu kreativnímu a odpovědnému způsobu života.

Pojem struktury osobnosti a strukturálních poruch procházel v psychoanalýze proměnami. Výše zmíněný první psychoanalytický strukturální model ono – já – nadjá zobrazuje vývojový krok dítěte mezi třetím a šestým rokem, které se přestává ve svém chování řídit dle principu slasti a strasti, akce a reakce, a které vmezeří mezi podnět a reakci morálně-sociální úvahu (já a nadjá) a strategii, jak uspokojit své potřeby v realitě.

Později, v období vytváření tzv. jáské psychoanalytické psychoterapie, se tato soustředovala na vývojové deficity jáských funkcí, např. frustrační tolerance, schopnost introspekce, emocionální diferenciacce a anticipace (u psychosomatických poruch), symbolizace a mentalizace, schopnost navazovat a udržovat vztahy, a samozřejmě na schopnost sebeřízení jak vlastního jednání, tak i svého vnitřního světa, zvl. emocionálních impulsů, dále šlo o poruchy vývoje od ambivalence k ambivalenci, o vytváření identity atd.

Dalším fokusem psychoanalýzy se stal vývoj a regulace narcistické rovnováhy, tedy sebeocenění. H. Kohut považoval tento celostní vývoj osobnosti, zejména sebeúcty a důstojnosti a jeho poruchy za nadřazený emocionálně-pudovému vývoji.

DISKUSE

V souvislosti s tímto vývojem mi jde o rozšíření pojmu struktury osobnosti a s tím spojených poruch. V první řadě mi je nápadné, že jde o psychické struktury, vnímané jako zvnitřnělé zásady či hodnoty, které se stanou syntonní s vlastním sebepojetím, s vlastní osobností. Tyto abstrakce vznikají tak jako závěry z dosavadních zkušeností, tak i jako identifikace s vnímanými hodnotami důležitých

Razil prožitkově bližší terminologii, soustřeďuje se na vývoj self (německy selbst), sebepojetí, sebeprožívání a sebeobrazu, což se děje ve vztazích. Strukturálními poruchami je pak míněna např. nedostatečné ohraničení osobnosti ve vztahu k druhému, či narcistický pocit jak méněcennosti, tak i nadřazenosti, difuzní identita, zastavení vývoje a růstu osobnosti (kreativita, seberealizace).

Obě poslední pojetí lze spojit tak, že jáská funkce intro-i exterocepce vytváří naší sebereprezentaci, self. Lze se ptát, jaký to má (evoluční) smysl. Naše sebepojetí lze přirovnat ke kompasu, dle kterého můžeme okamžitě reagovat na nejrůznější situace, např. regulovat blízkost či distanci ve vztazích.

V dřívějším psychoanalytickém pojetí zaujímá tuto funkci náš charakter, jenž má však spíše obraně strukturující charakter. V teorii objektních vztahů mají strukturující charakter interpersonální zkušenosti, dle kterých se v životě řídíme, psychopatologie pak záleží jednak v jejich neadekvátnosti, dětském či extrémním charakteru, jindy v konfliktovosti. Za strukturální poruchu osobnosti je odpovědný vývojový deficit, více méně chybějící určité základní lidské zkušenosti (týkající se např. rané emocionální vazby, či absence láskyplné zkušenosti).

vztahových osob či skupin. Samozřejmě musí člověk vyzkoušet život dle určitých hodnot, zda tato „námaha“ je vyvážena uspokojením z pevnosti vlastní osobnosti, přinášející jisté zklidnění při sledování jasného smyslu v životě. Strukturální poruchy pak záleží ve více méně absenci jasné hodnotové orientace, či dokonce v tendenci se neřídit dle čehokoliv. K těmto úvahám mně vede stále menší



respekt k humanistickým hodnotám a jejich relativizace téměř na celém světě. Sem patří i úvaha, zda tragické psychické trauma, např. znásilnění, může rozbít důvěru a víru v platnost a dodržování oněch pozitivních lidských hodnot. Podobným směrem může působit i drogová závislost, když člověk za získání drogy obětuje, resp. ztrácí svoji důstojnost i jakékoli zábrany. Dále se nabízí paralela mezi erozí hodnot s následkem přibývání libovůle a agresivity se stále častějším výskytem rakoviny. Zhoubný nádor nebere ohled na své okolí i celkovou homeostázu v těle a agresivně se šíří do okolí.

Souvisí strukturální psychopatologie se vznikem psychosomatických onemocnění? Původní spontánní psychosomatické reakce novorozence jsou postupně nahrazeny volným, intencionálním chováním, podporované vývinem vědomí i sebevědomí a rozvojem řeči. To znamená, že je důležité jak spojení vědomí, potažmo psychiky s tělesnem, tak i vymaňování psychiky z původního automatického somato-psychického spojení. Když tomu tak není, tak může nabýt původní somato-psychické reagování charakter tělesného příznaku.

Za zmínku zde stojí i jedna hypotéza vysvětlující vznik nádorových onemocnění, která souzní s hypotézou chronického narušení imunitního systému stresem. Chronický stres s pocitem zahořknutí a bezmoci může vést k tomu, že se pacient vzdá možnosti žít dle nějakých pravidel, nějakého řádu – a to je i podstata vzniku a růstu nádorů, totiž ztráta organizovanosti, buňky se rozmnožují bez hranic, autoagresivně. Psychoterapie má v tomto pojetí pomoci si udělat v životě pořádek, který nastolí i přirozený řád v našem těle.

Nakonec se znovu vrátím i v této souvislosti k otázce, jak se projevuje strukturovanost osobnosti navenek, ve svém chování. Jde o řízení se určitými zásadami a

jednání dle zvnitřněných hodnot? Samozřejmě mám na mysli hodnoty a ideály, které nás hluboce uspokojují a mají za následek vnitřní mír i radost ve styku s lidmi, s celou přírodou. To totiž chybí u „negativních“ hodnot a zásad, jako např. „oko za oko, zub za zub“, či „buď já nebo ty“, místo odpuštění, místo „my oba“,

Jak vzniká a se utváří naše hodnotová orientace? Dítě se zprvu identifikuje (přebírá) s pohledem a představou své matky o něm, což se modifikuje identifikacemi s jinými blízkými osobami a konec konců i s nevědomou identifikací s hodnotami té které společnosti. Přitom zakouší a zkoumá, zdali je chování dle těchto hodnot okolím akceptováno (odměňováno) a zdali jej vnitřně uspokojuje. V psychoanalytickém žargonu jde o rozvoj a diferenciaci self (H. Kohut), vlastního sebepojetí, dle kterého člověk jedná, jde o **dynamickou strukturu naší osobnosti**, což úzce souvisí s pojetím autonomního (oproti heteronomnímu) svědomí dle Ericha Fromma.

Vrátíme-li se opět k strukturálnímu psychoanalytickému modelu, ono-já-nadja je nápadné, že se, zvl. v období rozkvětu jáské psychoanalýzy soustřeďovala pozornost na strukturální deficity jáských funkcí a daleko řidčeji na deficity nadja. Psychopatologie nadja se může týkat jak nedostatečné depersonifikace (kdy nadja reprezentuje rodičovskou autoritu a netransformovalo se do vlastních norem chování), tak i (eventuelně s tím související) chybějící či nezvnitřnělou hodnotovou orientací či chováním se dle maladaptivních nebo asociálních hodnot, často jen na základě splynutí s určitou skupinou a jejich zásadami. Zdá se mi, že důvodem, proč se tím psychoterapeuti neradi zabývají, je obava z moralizování, ale i nejistota, jaké hodnoty jsou závazné, resp. správné. To by však nemělo terapeutů odrazovat od toho, aby to v terapii tematizovali.



V psychoterapii jsou tudíž témata projevení, potřeby i významu lásky a pevné osobnostní struktury často zanedbávány. Domnívám se, že nás psychoterapeuty by mohlo v naší práci motivovat fakt, že se snažíme „v malém“ dosáhnout toho, co chybí celé naší současné společnosti: Důstojný život v prostředí jistoty a lásky. Psychoterapie včetně psychoanalýzy by měla být opět znepokojující až revoluční v opozici vůči současnému trendu bezproblémového fungování a výkonnosti jakož i libovůli. Měla by klást větší důraz na potlačování láskyplnosti a platnosti univerzálních etických hodnot. Je-li dnešní doba charakterizována nejistotou, pak je tím víc třeba mít pevný charakter s jasnou „biofilní“ hodnotovou orientací.

Nemohu si odpustit krátké zamyšlení nad tím, jak důležitá je jasná hodnotová orientace i u psychoterapeuta. Tento problém se diskutuje nejen v psychoterapii,

nýbrž např. i ve filozofii. Jak si lze cenit fenomenologickou filozofii, když její čelný představitel a spoluvůrce Martin Heidegger nechal ještě po druhé světové válce znovu otisknout svůj předválečný esej, v kterém opěvuje „velikost a vnitřní pravdu nacismu“? Pikantní na tom je přesvědčení, že fenomenologickému myšlení se zjevuje skutečnost (pravda) taková, jaká opravdu je.

V psychoterapii je tento problém palčivější, neboť je psychoterapeut, ať chce nebo nechce, vždy v některém směru identifikačním vzorem pro pacienta. Ale může být dobrým psychoterapeutem člověk, který lže a podvádí, na kterého není spoleh? To každý pacient vycítí, testuje psychoterapeutův skutečný zájem, laskavost a respekt, nechce se např. cítit jen jako objekt jeho „vědeckého“ přístupu či spíše manipulace.

LITERATURA:

1. Bauman, Z.: Das Vertraute unvertraut machen. Hoffmann & Campe, Hamburg, 2017
2. Benson, H.: Heilung durch Glauben. Wilhelm Heyne Verlag, München, 1997
3. Dispenza, J.: Du bist das Placebo. KOHA, Burgrain, 2014
4. Fromm, E.: Der moderne Mensch und seine Zukunft. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main, 1967
5. Habermas, J.: Theorie des kommunikativen Handelns, Band 1. Suhrkamp.
 - i. Frankfurt am Main, 1981
6. Hamilton, D.: How your mind can heal your Body. 2008 by David Hamilton
 - i. Deutsch: Achte auf deine Gefühle. Ullstein, Berlin 2012
7. Heidegger, M.: Der Satz vom Grund. Neske, Pfullingen, 1971
8. Kohut, H.: Narcismus. Suhrkamp, Frankfurt, 1983
9. Krause, R.: Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Kohlhammer, Stuttgart, 1998
10. Merleau-Ponty, M.: Die Phänomenologie der Wahrnehmung. Gruyter, Berlin, 1976
11. Pascal, B.: Gedanken. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 2016
12. Poněšický, J.: Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze. Triton, Praha 2019
13. Poněšický, J. (Ed.) : Duše a tělo v psychosomatické medicíně. Triton, Praha 2021
14. Poněšický, J. : Člověk a jeho postavení ve světě. Triton, Praha 2006
15. Roth, G.: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart, 2017
16. Schnack, G.: Die Vagus Meditation, Thieme, Stuttgart 2022

Do redakce přišlo 3.4.2024

K tisku zařazeno 15.10. 2024, Naposledy upraveno 27.10. 2024

Konflikt zájmů není znám.



ONDŘEJ MASNER: NAŠE DĚTI SE PROPADAJÍ DO DEPRESE A ÚZKOSTÍ – HYPOTÉZA O SOUVISLOSTI S DIGITÁLNÍ REVOLUCÍ



OBRÁZEK 6: MUDR. O. MASNER PŘI SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU 1.6.2011

Z aktuální literatury je patrné, že v našich západních společnostech zažíváme velký nárůst psychických potíží. Nejde jen o dospělé, ale zejména o děti a adolescenty. Z čerstvých dat lze třeba zmínit veřejně dostupné informace Ministerstva zdravotnictví ČR, podle kterých vzrostla v naší zemi spotřeba antidepresiv a anxiolytik od roku 2000 šestinásobně (1) a dle čerstvého šetření NUDZ (Národní Ústav Duševního Zdraví) 40 % všech žákyň a žáků 9. tříd vykazuje známky středně těžké nebo těžké deprese (2). Data, která jsou k dispozici ze zahraničí, potvrzují tento trend, ať už v Německu (3), Švýcarsku (4) nebo USA (5). Když si uvědomíme, že dnešní děti jsou budoucností naší společnosti, tak nelze pochybovat o tom, že tento vývoj je velmi vážný. A představuje zátěž nejen psychiatrického segmentu naše zdravotního systému, nýbrž zdravotnictví jako celku, protože naše psychické zdraví má přes psychosomatické

souvislosti přímý vliv na zdraví somatické.

Významné přitom je, že pozorovaný trend netrvá jen poslední dva nebo tři roky a nelze ho vysvětlit covidovou pandemií či probíhající válkou na Ukrajině, jakkoliv tyto dvě události celou situaci jistě zhoršily. Třeba v Německu se již od roku 2000 masivně zvedá počet hospitalizací dětí méně než 15 let s depresemi – mezi roky 2000 a 2017 více než desetinásobně (3). Ve Švýcarsku zaznamenali u adolescentů ve věku 11–17 let již mezi lety 2007 a 2015 zdvojnásobení psychiatrických konzultací kvůli úzkostným či afektivním poruchám (4). A od roku 2016 nabrala křivka růstu ještě strmější směr takovým způsobem, že další zdvojnásobení konzultací proběhlo už jen za 4 roky, tedy mezi roky 2016 a 2020. V USA se u mladistvých zvedla prevalence depresí a úzkostí o 63 % mezi roky 2005 a 2017 (4). Z



těchto dat tedy vyplývá, že nárůst psychických potíží mezi dětmi má svoje kořeny daleko před nástupem pandemie Covid-19.

Je proto namístě mluvit o epidemickém šíření psychických poruch v dětském a adolescentním věku, který započal někdy před 15–20 lety. Kde se ale bere tento trend? Co se změnilo v naší společnosti, co je jinak než před 15 lety?

Na tomto místě si dovoluji malou odbočku, která reflektuje reakci našeho zdravotnictví na výše zmíněna čísla. Že je situace opravdu vážná, neuniklo totiž ani českým zdravotníkům a politikům, a proto vytvořili již v roce 2018 Národní radu pro duševní zdraví. Ta vytváří strategie, jak připravit lepší podmínky pro mentální zdraví celé populace. Skupina našich předních odborníků pracuje intenzivně a soustavně na klíčovém dokumentu-Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (6) - který je dostupný na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Tento plán obsahuje zásadní strategii, jak se naše země chce vyrovnat s výše popsáním fenoménem. V úvodu materiálu se velmi sympaticky odkazuje na změnu v chápání vzniku a udržování duševních nemocí ve smyslu bio-psycho-sociálního modelu. Odpovídá to modernímu a komplexnímu vnímání problematiky, jak se uplatňuje mimo jiné v psychosomatické medicíně. Dále se v prvních řádkách sdělení uvádí, že *„začíná být docenován význam prostředí, které může být zdrojem rizik duševní zdraví ohrožujících, či přímo příčinou duševního onemocnění...“*. Což znamená, že vypracovaná strategie hodlá brát v potaz i vliv celospolečenských změn. Podobný přístup vskutku smysluplně odráží zkušenost z psychosomatické medicíny, totiž že stav zdraví jednotlivce je silně provázaný s jeho vztahovým a sociálním prostředím. O to více to platí pro duševní zdraví dětí, které se rodí do předem připravené sítě

vztahů a vazeb uvnitř rodiny a jejich duševní vývoj je s touto sítí bez nejmenších pochyb úzce spjat.

Bohužel značným zklamáním pak ale je, že v dalším sledu dokumentu se nenajde konkrétní návaznost na tyto úvodní myšlenky. Naopak, základních 5 strategických cílů akčního plánu obsahují výhradně strategie ke zkvalitnění odborné péče v oblasti duševního zdraví, což zahrnuje její dostupnost, koordinaci a mezioborovou spolupráci. Když to zjednodušíme, je to snaha zlepšit péči o nemocné tak, aby byli ošetřeni rychleji, kvalitněji a ve vyšším počtu. Co tam ale chybí, a to považuji za velkou škodu, je analýza toho, kde se tento vývoj bere, kde leží jeho kořeny. Tím pádem nelze v dokumentu ani nalézt konkrétní plán kauzálního či preventivního řešení. Přitom je jasné, že prevence je v medicíně vždy daleko efektivnější a v neposlední řadě i výrazně levnější. Hasíme tedy požár, ale zatím se nezajímáme o jeho zdroj.

Když se vrátíme k výše položeným otázkám a využijeme k tomu bio-psycho-sociální chápání souvislostí celého fenoménu, tak se nemůžeme vyhnout klíčové otázce: jaké změny v posledních 15 letech v našem životě, v naší společnosti přispěly k tomu, že dnes zažíváme takový nárůst duševních poruch? Pochopení těchto souvislostí považuji za klíčové, jestli tento vývoj chceme ovlivnit pozitivně.

Faktorů je zajisté více. Náš život se zrychluje, prožíváme globalizaci, mění se pracovní trh, roste mobilita populace, mění se i hodnotový systém ve společnosti a tak dále. Není možné uchopit všechny změny najednou, ale chci se zaměřit na jednu z hlavních: jako zásadní celospolečenská změna a hlavním hybatelem se na prvním místě nabízí digitální revoluce, též označovaná jako třetí průmyslová revoluce. Sice započala pozvolna již ke konci 20.



století, ale masivní dopad má až od rozšíření mobilní technologie, kdy máme výkonné počítače neustále k dispozici, totiž ve vlastní kapse či kabelce. Tento vývoj započal před zhruba 15 lety. V roce 2008 se celosvětově prodalo 139 milionů chytrých mobilů, za 7 let, tedy v roce 2015 byl prodej již na čísle 1.4 miliardy ročně (7). Paralelně k tomu běží nám všem dobře známý vývoj a rozšíření sociálních sítí a aplikací nejrůznějšího zaměření. Mobilní technologie nevyužíváme jen k shánění informací, nýbrž hlavně ke komunikaci mezi sebou. A jako rodinný terapeut si nemůžu nevšimat právě hlubokého dopadu na tradiční způsob komunikace, která se tím začala zásadně proměňovat.

Komunikace neznamená jen výměnu suchých informací, jako v kolik hodin, kdo bude doma, jestli nebude pršet nebo kde se dá koupit určité zboží. Komunikace pro nás lidi znamená daleko víc. Slouží k výměně pocitů, zážitků a předávání zkušeností z generace na generaci. Když fenomén komunikace vztáhnu na zde diskutované téma duševního zdraví dětí, tak lze bez přehánění konstatovat, že komunikace obecně našim dětem zprostředkovává jejich duševní potravu. Komunikace je nosičem emocí, pocitů, nebo jinak řečeno, bez komunikace není vztah. A bez zdravého vztahu není zdravý vývoj duševního zdraví. (8.)

Dopady digitalizace na mezilidskou komunikaci jsou různorodé a probíhají ve více vrstvách. Je přitom jasné, že moderní technologie nám mohou komunikaci i zefektivnit a usnadnit. Pro jednotlivce nabízejí velké množství výhod, které zde není nutné jednotlivě jmenovat. A to je zároveň jedna z hlavních příčin, proč těmto změnám věnujeme málo pozornosti, protože jsou stále ještě vnímány převážně pozitivně. Klíčovým bodem je uvědomit si, že to, co přináší prospěch jednotlivci, může být velmi problematické pro celou společnost. Jsem

přesvědčený, že pochytit vliv moderních komunikačních technologií opravdu komplexně je v současnosti nemožné. Většina dostupných studií se věnuje jednotlivým aspektům a hodnotí pozitivně lepší propojenost jednotlivců či vyšší dostupnost informací. Abychom pochopili dopad na celou společnost lépe, se mi ovšem zdá být lepší cestou zaměřit se na to, jak tyto změny jsou zásadní a dalekosáhlé. Nebo jinými slovy: samotný rozsah, a hlavně i rychlost změn v naší komunikaci je významný. Hlavně když si uvědomíme jak dlouho se naše mezilidská, dejme tomu „nedigitální“ či „přirozená“, komunikace vyvíjela.

Na základě výše zmíněných souvislostí bych si dovolil vyslovit hypotézu, že digitální revoluce má skrz rychlost a hloubku změn ve způsobu naší mezilidské komunikaci velmi pravděpodobně významný podíl na pozorovaném fenoménu rychlého růstu psychických poruch dětí a adolescentů.

Když se zaměříme na konkrétní negativní dopady digitální revoluce na naši komunikaci, tak bych je z praktických důvodů rozdělil na dvě skupiny: na ty evidentní, či známé a na ty skryté. V té první skupině lze jmenovat:

- Zahlcení jednotlivce velkým množstvím informací
- Zvyšování hladiny úzkosti jednotlivce skrz vyšší expozici negativním informacím (zde je klíčová role medií a tlak na ziskovost)
- Předčasná expozice dětí a mladistvých neadekvátním tématům vzhledem k jejich věku, narušení časování jejich psychosociálního vývoje (násilí, sexualita, vážné společenské hrozby)
- Vytváření možné závislosti na digitálních mediích či sociálních sítích
- Usnadnění šíření dezinformací, ať už cílených nebo nevědomých



- Zneužívání sociálních medií k šikaně, tzv. „cyberbullying“
- Snížený pocit vlastní hodnoty skrz porovnávání s idealizovaným vzorem
- Posilování polarizace společnosti a vytváření sociálních bublin (v souvislosti s používanými algoritmy sociálních medií)
- Virtuální pronásledování, zastrašování a obtěžování vybraných uživatelů využívající anonymitu, tzv. „cyberstalking“
- FOMO – „fear of missing out“, tedy zvýšený strach z toho, že by jednotlivec mohl něco na síti propásnout

Jde o nové fenomény, se kterými jsme se před digitální revolucí jako společnost vůbec nesetkávali. Každý bod sám o sobě může vést při zvýšené vulnerabilitě či odpovídající intenzitě k narušení psychiky jednotlivce. A v posledních letech se čím dál větší počet vědců začíná věnovat i těmto negativním dopadům, které lze jednotlivě vědecky zachytit a kvantifikovat (9), (10). Jaký dopad ale tyto vlivy mají na jednotlivce v jejich součtu, to již je velmi složité hodnotit. A to samé platí samozřejmě i pro celkový dopad na naši komunikaci a mentální zdraví, když si uvědomíme, že globálně využíváme miliardy digitálních přístrojů denně.

Dle mého názoru je tady ještě druhá skupina faktorů, méně viditelná, ale možná zrovna tak významná. Jde o úvahy základajících se převážně na mém pozorování a zkušenostech z rodinné terapie, kde se klíčové události vážou na způsob komunikace uvnitř rodiny.

- Zahlcení či přesycení komunikací tím, že komunikace je non-stop k dispozici a s tím související nedostatek odpočinku a mentální regenerace
- Přesycení jednotlivce on-line komunikací s výsledným nedostatkem kvalitní komunikace tváří v tvář, která

probíhá třeba převážně zrovna v rodině

- Prolamování chráněného rodinného prostoru komunikací on-line neboli, moderní technologie umožňují dětem mít svou partu k dispozici všude, třeba i v dětském pokoji
- Častější přerušování a tím znehodnocování komunikace tváří v tvář sociálními kanály či informacemi
- Sociální sítě jako náhradní komunikace místo obtížné komunikaci v rodině v období puberty či sociální separace
- Paradoxní jev sociální izolace jednotlivce navzdory přehlcení komunikace tím, že on-line komunikace je často povrchnější a nezbyvá prostor na vztahy hlubší
- Poskytnutí možnosti vyhýbání se konfrontaci s jinými názory skrz snadné vypínání on-line komunikace

Hypotézy mají v souvislosti s bio-psycho-sociálním chápáním a obecně v psychosomatické medicíně své nezastupitelné místo. Jsou formulovány tak, aby se daly v praxi buď potvrdit, nebo vyvrátit a jsou součástí vědeckých postupů. Jsem přesvědčený, že naléhavost pozorovaného jevu je tak vysoká, že klinické zkušenosti a empirický postup by měly mít při jeho řešení své místo. Jestli tyto hypotézy dokážeme přijmout, tak se nám otevrou různé možnosti, jak na danou nepříznivou situaci reagovat – hned a především kauzálně. To by zahrnovalo edukaci učitelů i rodičů, nastavení věkových limitů, doporučení k vytváření pravidelných časoprostorů bez digitálního zapojení a tak dále.

Na závěr bych chtěl ještě připojit jednu myšlenku. Výstupy či doporučení, které by mohly z hypotéz plynout, nemusí vůbec znamenat omezování moderních technologií. Není pochyb o tom, že nám přináší spousta pozitivních jevů a nikdo



se jich nechce zbavit. Daleko spíše jde o to využívat tyto technologie cíleně a chytře. Jako společnost se musíme naučit s nimi zacházet tak, aby nám v součtu byly skutečně ku prospěchu. K tomu je potřeba se naučit dávat jim vědomě hranice, abychom si v našem životě uchovali dostatečně velké časoprostory pro plnohodnotnou a přirozenou komunikaci a

mezilidské sdílení. Jestli tak neučiníme rychle a systémově, hrozí nám další prohloubení již nastalé krize duševního zdraví dětí a mladistvých.

Autor:
MUDr. Ondřej Masner
PSYMED, klinika psychosomatické medicíny
Praha 6

Literatura:

1. Svaz zdravotních pojišťoven, MUDr. Ludmila Plšková, expertka pro zdravotní politiku, 1.3.2023
2. data NUDZ – Národní monitoring duševního zdraví dětí, tisková zpráva 10.10. 2023
3. Statistisches Bundesamt Deutschland. Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an Depression, 2017. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/depression-kinder-jugendliche-im-fokus.html>
4. Kinder und Jugendliche leben seit 10 Jahren in einer Dauerkrise, Universität Zürich, Dr.med. Susanna Wallitza, ředitelka Dětské Psychiatrie, Univerzita Zürich, 18.7.2023
5. Osorio, Emma Kauana and Emily Hyde. “The Rise of Anxiety and Depression Among Young Adults in the United States.” Ballard Brief. March 2021.
6. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030, ministerstvo zdravotnictví ČR.
7. <https://www.statista.com/statistics/263437/global-smartphone-sales-to-end-users-since-2007/>
8. Curr Opin Pediatr., 2019 Feb;31(1): New age technology and social media: adolescent psychosocial implications and the need for protective measures, Shah J, Das P, Muthiah N, Milanaik R.
9. American Journal of Preventive Medicine, 2022, Associations between social media use, personality structure, and development of depression, A. Merrill a, Chunhua Cao b, Brian A. Primack c
10. American Journal of Preventive Medicine, 2021, Temporal Associations Between Social Media Use and Depression, Brian A. Primack MD, PhD 1, Ariel Shensa PhD 2, Jaime E. Sidani PhD 2, César G. Escobar-Viera MD, PhD 3, Michael J. Fine MD, MSc 4

Do redakce přijat text 20. 4. 2024

Zařazen k publikaci 15. 10. 2024

Konflikt zájmů není znám



Z KONFERENCÍ A AKCÍ



OBRÁZEK 7: CLARA LEWITOVÁ NA 20.KONFERENCI

Účastníky 20. konference zaujala Clara Lewitová nejen svou přednáškou, ale i svým tancem během slavnostního koncertu pěveckého sdružení Akcent. Vyhověla naší žádosti o uveřejnění své přednášky.

CLARA LEWITOVÁ: JAKÝ SMYSL MAJÍ SMYSLY?

Jsme zde, bytosti vybavené smysly, abychom mohli VNÍMAT. Vnímáme ven, vnější svět = exterocepce (zrak, sluch, čich, chuť, hmat), své hýbající se tělo v prostoru = propriocepce (polohocit, pohybovit, rovnováha), své vnitřní orgány = interocepce (dech, srdce, trávení, proudění).

Toto vnímání je jak vědomé, tak i mimo vědomí. Můžeme je rozvinout do vědomého pozorování vnitřních procesů i duševních pochodů. Hranice mezi tělesným a duševním je PROPUSTNÁ.

Z uvedeného plyne, že vnímání je zdrojem informací. Naše nervové vybavení má dvě třetiny drah dostředivých, jednu třetinu odstředivých. Mozek je spíše než řídicí orgán orgánem, který informace propojuje, místem, kde se hledá řešení: orgánem adaptace.

Pouze dostatečný přísun skutečných informací umožňuje přiměřené reakce člověka (jakékoli bytosti), přiměřené chování.



SOMA:

1. Vybavení: každému člověku je dána nějaká kvalita jeho orgánů vnímání. U některých známe ze života kompenzaci chybění jednoho jiným (slepí mívají vyvinutější sluch a hmat apod).

2. Užívání: tělo a jeho orgány se rozvíjí tím, že je užíváme a tak, jak je užíváme. Co neužíváme, to se nerozvíjí. Co zneužíváme, to trpí.

3. Rozvinutí do kvality: do jemnosti rozlišení, do velkého spektra. To vyžaduje schopnost se otevírat.

4. Jsme živé konkrétní bytosti v tomto světě, a tudíž jsme OMEZENÍ – vybavením, prostorem a časem. Naše vnímání podléhá únavě a přetížení. Avšak unavené vnímání neposkytuje kvalitní informace! I vnímání potřebuje odpočinout a regenerovat. Je-li mozek přetížen, zejména monotónním množstvím informací, přestane je pouštět do vědomí – to však je aktivní práce nervové soustavy, která také unavuje!

PSYCHE:

Informace, které nám smysly přinášejí, potřebujeme zpracovat: vjem – uchopení – chápání – pochopení... Na to potřebujeme čas, klid, prostor a možnost samostatného hledání. Z tohoto pohledu je nuda potřebnou částí našeho duševního života: ten prázdný čas, ve kterém něco může zrát, něco můžeme strávit a něco se může vynořit. Pro tento proces se potřebujeme naučit sami sebe uklidnit a umět čekat.

Na zpracování má vliv prostředí, kultura, výchova, zážitky, opakující se zkušenost ... Žijeme v plynulém soukromém rozhovoru se skutečností: vjem – zpracování – reakce: přijde odpověď? – odpověď – vjem ...

Jak vedeme rozhovor se skutečností? Vnější? Vnitřní?

Jak pracujeme na tom, aby byl dobrý, plodný?

PROTOŽE JSME OMEZENÍ, POTŘEBUJEME BÝT OTEVŘENÍ – SKRZE SMYSLY, ABYCHOM MOHLI V TOMTO SVĚTĚ SMYSLUPLNĚ ŽÍT. PROCES VJEM – ZPRACOVÁNÍ – REAKCE – ODPOVĚĎ – VJEM ZAKLÁDÁ NAŠE CHO VÁNÍ VE SVĚTĚ, VE VLASTNÍM TĚLE, V DUŠI, ZAKLÁDÁ NAŠE PROPOJENÍ VEN I DOVNITŘ.

Abychom se stávali dobrým vláknem ve tkanivu veškera, které je zdrojem i nositelem života, potřebujeme vnímat. To vyžaduje aktivní péči o bdělé vědomí a stálé učení se.

POZOROVÁNÍ, tedy VNÍMÁNÍ jako základ vědy

Jsme svědky velkých, a hlavně rychlých změn prostředí, ve kterém žijeme, způsobů, jakým žijeme – a změn nás samých. V našem životě ubyla příroda. Jsme mnohem více v uzavřených prostorách. Mízí rozmanitost. Více hluku, více světla, větší rychlost a méně pohybu těla. Spěch,

vnitřní tlak. Vnější zdroje zábavy, méně vnitřního klidu ...

I věda a vědecké práce se mění podle zdroje financí a výsledky studií se hrnou sotva přišla otázka. Ale fenomény, které se objevují, jsou nové: při setkání s



novým je třeba se ztišit, pozorovat, přiznat si, že NEVÍM. Hledat, zkoušet, a podle reakcí se orientovat. Krok za krokem, bez urychlených závěrů. To je EVIDENCE.

Věda je otevřený proces a její základní poznatky nejsou účelové. Jsou prostým poznáním. Pokud víme, co je správné, nevnímáme a jsme zavření v konvenci, v guide line.

Co pozoruji při vyšetření pacientů?

- Málo sebe-vnímání, malá orientace v sobě (neví, co dělá a jak).
- Změněný dech, skoro vždy nedostatečný, časté břišní dýchání, často sevřený nehybný hrudník.
- Nízký tonus svalový, nikoli relaxaci, ale „vypnutí“ – takový sval neregeneruje; nebo vysoký tonus svalový, který nerelaxuje.
- ROZPOJENOST, části těla nejsou ve vzájemném vztahu, nenavazují na sebe v pohybu: jako by kloub byl přerušením, ne propojením částí.
- NESTABILITU kloubů pro volné vazivo a/nebo nekoordinaci svalů a nedostatečnou propriocepci.
- Velká síla (sval) lokálně, která je záteží.

Co pozoruji na ulici, ve veřejném prostoru?

- Nevšimavost, očima se nesetkáme
- Každý se svým mobilem u jednoho stolu, každý jinde
- Hlasité mluvení (s někým, kdo tu není)
- Rádio všude, i v uších na procházce v přírodě
- Mlsání

Čím to je?

Stali jsme se společností konzumentů. Vede nás pohodlí a slast. Vnímání je zdrojem slasti, ne skutečných informací. Zvědavost je přesycena množstvím informací. Každá otázka má rychlou, bezpracnou odpověď. Nepotřebujeme se adaptovat. Vše si uzpůsobíme, aby nám to vyhovovalo. Tělo mohu odložit a „odejít“ do virtuální reality.

Nemusím být ... „hlava je přítěž na krku“ říkají mladí.

Pohodlí a slast jsou nebezpečné. Vědět je pohodlné ...

Naše smysly přišly o smysl. Jsou zasypané množstvím ne-skutečných vjemů, a tím zavřeny. Nemohou nás otevírat, propojovat do veškera ani vnějšího ani vnitřního – a tím z něj vypadáváme. Člověk v uzavřeném vnímání je nepropojený, nestabilní, a tím velmi zranitelný.

Slepý pohádkář se dotkl strun a začal vyprávět. Vyprávěl první pohádku a kníže kýval uznale hlavou. Vyprávěl druhou pohádku a kníže žasl. Vyprávěl třetí pohádku a kníže zatajil dech. „Kdo tě naučil těm pohádkám synu?“ Slepý vypravěč odpověděl: „Každý trochu, ctihodný kníže, zvířata, ptáci, chudí lidé.“ A vyprávěl knížeti, jak vyrostl mezi lesní zvěří a jak se dostal z lesa mezi lidi. „Vždyť ty jsi můj syn, kterého jsem nechal pohodit v lese, protože byl slepý! Jsi slepý, ale vidíš dobro a zlo líp než všichni vidoucí. Já vidím očima na sto kroků, ale ty vidíš srdcem na tisíc mil. Teď mám komu odevzdat vládu nad svým knížectvím!“

Ale slepý vypravěč zavrtěl hlavou a pověděl: „Vidět srdcem mě naučila divá zvěř, lesní ptáci a chudí lidé. Kdybych zůstal ve tvém paláci, kníže, zapomněl bych je a byl bych slepý dvojnásob. Proto mne nezdržuj a laskavě propusť!“



LITERATURA:

Jan Vladislav, Pohádky ze země draka, SNDK n.p. Praha 1960

Do redakce přišlo 16. 7. 2024
Zařazeno bez recenze do rubriky Z konferencí
Konflikt zájmů není znám

O autorce:

Bc. Clara Lewitová je fyzioterapeutkou a tvůrkyní přístupu Fyzioterapie funkce. Její práce a způsob uvažování je ovlivněn celoživotní prací jejího otce prof. Karla Lewita a mnoha dalšími osobnostmi medicíny, fyzioterapie i veřejného života, kterými se Clara v průběhu let inspirovala. Patřili mezi ně prof. Janda, doc. Véle, Moshe Feldenkrais a další. Postupně nacházela vlastní profesní cestu, jak obecně známá fakta z vědních i klinických oborů spojovat do souvislostí a své zku-

šenosti aktivně předává studentům fyzioterapie na vysokých školách a v kurzech Fyzioterapie funkce. Její přístup je stále velmi novátorský, založený na klinických zkušenostech autentické práce s pacienty, o kterých Clara hovoří jako o svých největších a nejzákladnějších učitelích.

Clara Lewitová postupem času své zkušenosti předala několika svým žákům, kteří mají za úkol tento přístup a způsob myšlení dále rozvíjet a aktivně hledat nové funkční souvislosti.



KŘEST KNIHY MANIPULAČNÍ LÉČBA PROFESORA KARLA LEWITA, ZAKLADATELE MODERNÍ MANUÁLNÍ MEDICÍNY

NADAČNÍ FOND KARLA LEWITA



OBRÁZEK 8: SESTRY LEWITOVY PŘI NOVÉM UVEDENÍ KNIHY KARLA LEWITA. FORTNA 30.9.2024

„Ono nezáleží na stáří literatury, ale na tom, jestli tam někdo něco chytrýho napsal,“ říkával profesor Karel Lewit. Jako zakladatel moderní manuální medicíny napsal učebnici, která je stěžejním studijním materiálem již skoro 60 let zejména pro fyzioterapeuty a rehabilitační lékaře. Nadační fond Karla Lewita se v letošním roce postaral o vydání šestého upraveného vydání, na jehož počest uspořádal slavnostní křest.

Profesor Karel Lewit (1916-2014) se kromě neurologie zabýval neuroradiologií a funkční patologií pohybové soustavy. Již v roce 1948 se začal zajímat o to, zda by bylo možné výřezy

meziobratlových plotének řešit nejen operačně, ale také mechanicky. Zjistil, že mechanický způsob terapie bylo efektivní provést rukama – manuálně (odtud manuální medicína). Ve své klinické praxi vyšetřoval i léčil pacienty s nejrůznějšími bolestmi a obtížemi v pohybovém systému celého těla. Zastával názor, že palpace-vyšetření hmatem, je základním a nejdůležitějším způsobem vyšetření pacienta. Zobrazovací metody, jakými jsou RTG, CT nebo laboratorní výsledky, byly pro něj nápomocnými, ale ne stěžejními metodami. V terapii uplatňoval znalosti například z mobilizačních technik kloubů, postizometrické relaxace svalů,



učil pacienty, který vhodný cvik si mohou cvičit sami.

Jako vynikající pedagog vedl a organizoval kurzy manuální medicíny od 60. let 20. století nejen u nás, ale i v zahraničí (Rakousko, Německo, Francie, Polsko, USA, Austrálie aj.). Má obrovskou zásluhu na tom, že principy manuální medicíny stojí na vědeckých základech a že je obor pevně ukotven a integrován v medicíně. Dokládá to více než 200 publikací, jejichž je autorem či spoluautorem.

Kromě vědeckých studií si celoživotně vedl podrobné zápisy o svých pacientech, respektive o použité technice na konkrétní patologii v pohybové soustavě. Také díky této evidenci sledoval zákonitosti zřetězení funkčních poruch v těle a vybíral takové terapeutické intervence, které v danou dobu byly nejúčinnější. Jednalo se o práci s napětím tkání pohybového systému (svalů, šlach, úponů,

kloubů, fascií, kůže). Při úpravě napětí směrem k optimu často docházelo k okamžitému efektu léčby. Jako jeden z kazuistických příkladů můžeme uvést pacienta s ostrou bolestí při dýchání v oblasti hrudního koše, který hlásí po provedené mobilizaci žeber úlevu od bolesti. Před takovou intervencí je třeba vždy zvážit, zda tato bolest souvisí s poškozenou strukturou (například zlomenina žebra), onemocněním vnitřních orgánů (například onemocnění srdce) či jaká je úloha psychického faktoru. K tomuto prof. Lewit napsal (Lewit, 2024): „U poruch funkce pohybové soustavy je však psychika sama o sobě součástí patogenetického řetězce, protože pohybová soustava je efektem psychiky, realizujícím volní pohyb. I zde je hlavním příznakem bolest a změna napětí a jeho návrat k optimu hraje velmi důležitou roli. Terapeut se musí v každém případě rozhodnout, jak důležitý je psychický faktor a do jaké míry je možné ho léčbou ovlivnit.“



OBRÁZEK 9: NADAČNÍ FOND KARLA LEWITA, FORTNA 30.9.2024



Profesor Lewit si nikdy nepřál, aby podle něj byla pojmenovaná nějaká „metoda“. Vysvětloval, že výstižnější by bylo, kdyby se způsob jeho práce pojmenoval spíše „přístup“. Metoda, podle jeho způsobu uvažování, je něco uzavřeného, co se již nevyvíjí. Přístup je otevřený dalším možnostem odborného vývoje. V tomto duchu Karel Lewit studoval nejruznější odbornou literaturu, četl, učil se, diskutoval, publikoval, shromažďoval, zaznamenával a třídil velké množství poznatků a zkušeností. Od různých autorů si vzal to, co se mu do jeho způsobu práce hodilo a našlo uplatnění. Všechny svoje prameny, ze kterých čerpal, rovněž pečlivě citoval. Sám byl také velmi rád, pokud své kolegy a žáky inspiroval k funkčnímu způsobu uvažování.

Na všech pracovištích byl vždy obklopen stážisty z řad lékařů a fyzioterapeutů, přijíždělo za ním i mnoho zahraničních studentů. I přes celosvětový věhlas a uznání neztratil svůj osobitý, ale vždy lidský přístup jak k pacientům, tak ke kolegům, kterým ochotně předával své bohaté zkušenosti. Zároveň vítal odbornou diskusi o nových terapeutických přístupech. V ordinaci se mnohdy setkávali lidé mnoha národností a profesor Lewit dokázal komunikovat se všemi současně. Mluvil plynule česky, německy, anglicky a francouzsky. Léčil pacienty a vedl stážisty až do svých 96 let, do července roku 2012. Ukončení své ordinace komentoval takto: „Žil jsem v iluzi pracovní nesmrtnosti, ale nyní jsem se rozhodl respektovat svůj věk. Prosím pacienty, aby ho respektovali také.“

Knihy Manipulační léčba, již profesor Lewit vydal poprvé v roce 1966, svou kvalitou a obsahem patří k základním učebnicím fyzioterapeutů i lékařů, kteří se zajímají o manuální medicínu, a hlavně o funkční způsob léčení poruch pohybového systému. Poslední české vydání z roku 2003 bylo již dávno rozebráno a s

rostoucím počtem absolventů kurzů myoskeletální medicíny a studentů fyzioterapie se potřeba nového vydání zvyšovala. Jediný, kdo mohl sílící poptávku po novém vydání knihy vyřešit, byl Nadační fond Karla Lewita (NFKL), jenž má od dcer prof. Lewita poskytnutu výhradní licenci k užití knihy. Proto se sedm členek NFKL rozhodlo knihu vydat, naplňující tak poslání NFKL: „Šířit funkční způsob myšlení ve zdravotnictví.“ Věděly, že si prof. Lewit přál, aby byl pro případné šesté české vydání použit překlad posledního jím aktualizovaného textu – anglického vydání z r. 2010. A tohoto přání se držely. Po letech úsilí byla kniha vydána v červnu 2024. Lze ji zakoupit skrze e-shop NFKL www.lewishop.cz. Je k dostání v dobrých knihkupectvích. Prioritou bylo, aby kniha byla cenově dostupná a mohli ji používat studenti jako učebnici.

Ve velmi přívětivých a důstojných prostorách Fortny se 30.9.2024 v Praze na Hradčanském náměstí uskutečnil slavnostní křest této knihy. Křtu se zúčastnilo více než 100 hostů, kteří spolu s pořadajícím NFKL oslavili tuto významnou událost. Kmotrami knihy se staly sestry Jana a Clara Lewitovy. Třetí dcera pana profesora Anita Lewit-Bentley, která se nemohla osobně křtu účastnit, poslala zdрави. O úvodní koncert se postaralo rodinné trio v podání Zuzana Dostálová (violoncello), Debora Konečná (klavír), Jáchym Konečný (housle). Důležitou součástí celého programu bylo promítnutí krátkého filmu režisérky Květy Chaloupkové o prof. Lewitovi: Vyhmátnout, vomakat, pochopit, při kterém všichni v sále vzpomněli na autentický projev pana profesora. Všech sedm členek NFKL zavzpomínalo na proces tvorby knihy, vyjádřily velké poděkování mnoha lidem, kteří se na vzniku knihy podíleli. Po křtu mnozí využili nabídnutý prostor pro setkání, popovídání, příjemnou atmosféru k tomuto



vytvořilo dobřichovické dechové kvinteto Foo Quintet.

Kéž je tato kniha dobrým pomocníkem v hledání úlevy pro pacienty a posílí terapeutické kompetence.

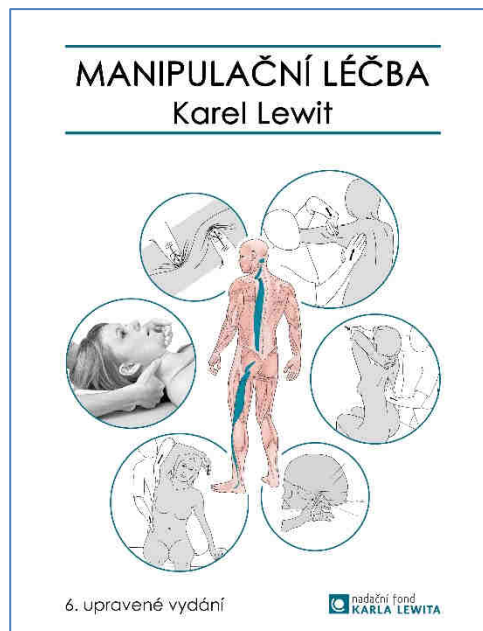
Za Nadační fond Karla Lewita,

Mgr. Šárka Hanušová, Ph. D.
Mgr. Jitka Holubcová
Mgr. Dita Hudečková
Petra Nováková, DiS.
Mgr. Hana Šmejkalová
Mgr. et Mgr. Jana Týkalová
Mgr. Michaela Veverková

www.karellewit.cz

Citace:

LEWIT, Karel. *Manipulační léčba*. Šesté upravené vydání. Euromedia Group, 2024, s. 169. ISBN 978-80-242-9343-1.



OBRÁZEK 10: 30.9.2024 NA FORTNĚ



HELENA FRANKE - DEN RODINNÉ TERAPIE

Dne 8. 10. 2024 proběhl v Lékařském domě další Den rodinné terapie. Tentokrát jsme se v něm zaměřili na výzkum v oblasti psychoterapie a rodinné terapie, tedy na téma, které ještě před deseti lety budilo mezi kolegy spíše rozpaky. Poměrně velká účast na akci mě proto potěšila. Radost byla o to větší, že se nám podařilo získat opravdu kvalitní řečníky, jejichž výzkum obstojí i v zahraniční konkurenci. Přednášky nepřinesly pouze fakta, ale byly pro mne podnětem k přemýšlení, inspirací k novým postupům a k reflexi vlastní rodinně terapeutické praxe. Úvodní přednáška Jakuba Čaha „Negativní a vedlejší účinky rodinné a systemické terapie“ začala reflexí toho, kdy naše terapie přinesla nežádoucí účinky. Posléze vyústila v plodnou debatu nad používanou terminologií „(ne)žádoucí efekty“, „vedlejší efekty“. Přednáška byla inspirací k uvažování, jak vhodně nastavovat s rodinou spolupráci, aby byla terapie zejména etická, tedy nepoškozující pro klienty. ([Prezentace ke stažení: Čaha - Negativní a vedlejší účinky rodinné a systemické terapie](#))

Lucie Hornová navázala svým tématem „Praktický výzkum v rodinné terapii“ a oslovila důležité téma v terapeutické profesi. Tím je nutnost neustálého rozvoje, (sebe)vzdělávání a hlavně ochoty otevřít své praxe druhým a tím znovu i sobě samým. Její popis realizace praktického výzkumu na pracovišti v Rychnově přinesl z publika opět otázku: Kde na to brát čas? Nebo jaké nežádoucí efekty přinesl výzkum pro tým? Praktický výzkum může být efektivní cestou, jak reflektovat a rozumět jedinečnosti terapie, kterou poskytujeme právě my. Časová náročnost metody šla jistě hlavou řadě posluchačů při přednášce Tomáše Řiháčka „Umíme efektivně získávat zpětnou vazbu od

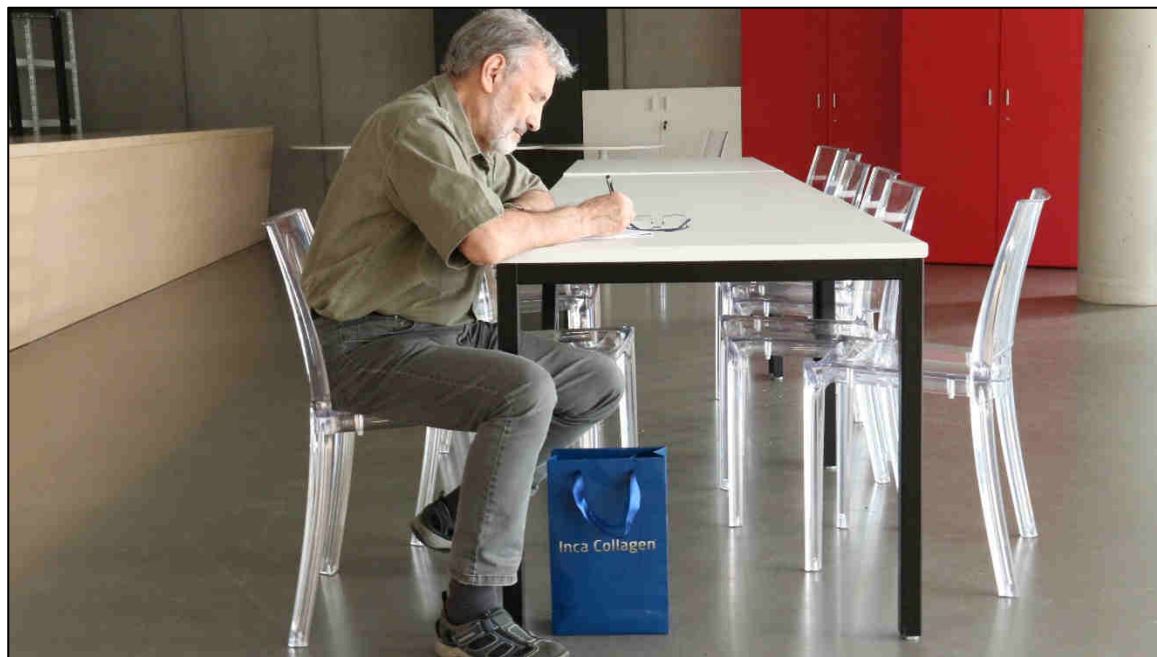
svých klientů?“. Uvědomila jsem si při ní, jaké byly moje začátky při používání aplikace DeePsy a dostala jsem zase chuť nástroj více využívat. Cestou domů jsme potom s kolegyní hovořily o tom, že podobné nástroje získávání zpětné vazby pomáhají mimo jiné objektivizovat skutečný zájem a napojení terapeuta a jeho spolupráci s klientem. Chápu je jako nástroje, které podporují respekt ke klientovi a říkají mu: „*Ty jsi tady důležitý, ty jsi tady expertem sám na sebe, na tvém názoru mi záleží a máš moc něco změnit*“. Vyžadují čas, energii a soustředění. A to jsou dle mého názoru jedny z podstatných faktorů úspěšné terapie. ([Prezentace ke stažení: Řiháček - Umíme efektivně získávat zpětnou vazbu od svých klientů?](#))

Helena Šašková nás nechala na závěr dne nahlédnout do své praxe a prezentovala praktickou ukázkou zpětné vazby z individuální terapie. Pomocí DeePsy jsme mohli vidět cestu vývoje terapeutického vztahu a vzájemného porozumění. Chtěla bych Heleně poděkovat za sdílení inspirativního využití obrázkové zpětné vazby podle Petera Robera. Jednoduché, rychlé a zdá se, že velmi efektivní. Dovedu si představit, že ji brzy ve své praxi vyzkouším. ([Prezentace ke stažení: Šašková - Systemická zpětná vazba](#))

Pokud jste neměli to štěstí a den rodinné terapie jste nenavštívili, vřele Vám doporučuji nahlédnout do přiložených prezentací. Za jejich poskytnutí děkuji všem řečníkům. Pokud ve Vás přednášky zarezonovaly a chcete se s námi podělit o své myšlenky, napište nám do SOFT fóra pár řádků. Věřím, že toto setkání s výzkumem ukázalo, že nejde o suchou vědu, odtrženou od praxe, ale že výzkum a praxe se vzájemně vyživují a patří k sobě. Hezké dny, Helena Franke



RECENZE



OBRÁZEK 11: DOC. KAREL BALCAR NA 20.KONFERENCI V LIBERCI (ILUSTRAČNÍ FOTO)

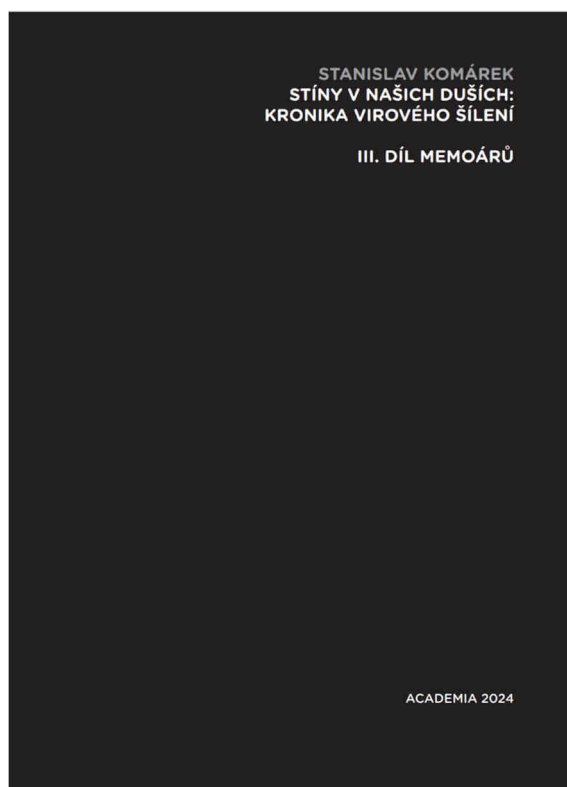
VLADISLAV CHVÁLA: STÍNY V NÁS ANEB ČLOVĚK NEMUSÍ BÝT PO BITVĚ GENERÁL, ABY VIDĚL, CO BYLO ŠPATNĚ

Je pozoruhodné, kolik kolegů psychosomatiků se v době covidové postavilo mimo hlavní proud medicíny. Postavit se proti proudu v době platných proticovidových opatření bylo něco velmi pohoršlivého. Proč zrovna psychosomatičtí lékaři riskovali takový postoj? Možná právě tím, že se na nemoc i na boj s ní dívají vždy z širšího hlediska bio-psycho-sociálně? Není jim cizí vědomí vždy ještě širších souvislostí. Vědí, jaký vliv na imunitní systém mají mezilidské vztahy a dobrá psychická kondice, tedy vše, co bylo ve jménu boje s virem těžce opomenuto. Proto, že vědí, že existuje něco jako odolnost, resilience, kterou nelze spatřit v laboratorních testech?

Na dobu, kterou popisuje **Stanislav Komárek ve své zatím poslední knize *Stíny v našich duších: kronika virového šílenství (Academia, 2024)***, možná už raději nikdo nevzpomíná. A přece její dozvuky jsou tady stále s námi, jsou přítomné v jizvách dospívajících a mladých lidí, které celospolečenská panika zasáhla nejbrutálněji. Jsou přítomné v rozkolísané celosvětové ekonomice, ve vystupňované polarizaci voličů všech standardních demokracií, v diskusích, které se vyhrocují až do válečných a nenávislných projevů. Měli bychom zapomenout? Nebo jsme se měli něco důležitého o sobě dovědět? A bylo to všechno jenom špatně? Po bitvě je každý generál. A rovnou říkám, že nemám rád ty, kdo se dnes staví k celé pandemii tak, jako by viru



nebylo, jako by nebylo strachu, který jsme na začátku ohlášené pandemie všichni prožívali, jako by nebylo hrůzy z neznámého nebezpečí. Jako by nebylo přeplněných nemocnic, uštvaných zdravotníků a zemřelých blízkých. Každý někoho takového zná. Ti, kteří dnes říkají: příliš povyku pro nic, žádný virus nebyl, byla to jen propaganda, mají stejně málo pravdy, jako skalní zastánci bezprecedentního umrtvení všeho života a obhájci všech na společnost uvalených opatření. Ani z jednoho takového postoje se nepoučíme pro případné další ohrožení, která nás v budoucnu bezpochyby čekají.



Stanislav Komárek oživuje vzpomínky a nabízí znepokojivý zpětný pohled na prožitou dobu pandemie. Není sice lékař, má však erudici biologa a filosofa. Je to člověk, který umí číst v datech, rozumí vědecké metodě, je doslova jedním z nás intelektuálů, má k medicíně a vědě blízko. Ze všech jeho předchozích prací známe jeho postoj: lidstvo musí volit mezi svobodou a rizikem. Pokud vyloučíme

všechna rizika, ztratíme svobodu. Má nepochybně pravdu, když opakuje: „Život sám je velkým rizikem. Nejbezpečnější je se vůbec nenarodit.“ Není to skepse adolescenta, který marně hledá smysl svého života. Je to moudrost člověka znalého světa. A pokud jde o medicínu, netají se tím, co si myslí: že jí je příliš. Příliš disciplinace, příliš hygienismu, příliš péče a prevence všech rizik.

Extrémní se může zdát jeho přirovnání autority dnešních vědeckých institucí a jejich nárok na jedinou pravdu k situaci církve v dobách její plné slávy. Věda sice neslibuje, že zachrání naši duši, ale naopak, předstírá, že zachrání naše tělo. Odmitání smrti a utrpení jako by se stalo hlavní ideou postindustriální společnosti. A přece nic není tak jisté, jako že všichni zemřeme, až se naplní náš čas. Průběh pandemie covidu 19, a hlavně chování státních aparátů k ochraně obyvatel, poskytuje autorovi bohatý argumentační materiál pro jeho teze o přebujelosti státu. Budiž řečeno, že Komárek není odpůrcem očkování a rozhodně nezastává žádnou teorii spiknutí. Ne. Jako žák a obdivovatel profesora Zdeňka Neubauera, vidí autopoietické síly systémů. Věci se spikly samy od sebe. Naše společnost je sama o sobě dostatečně komplikovaná, aby se sama zadržela. Není třeba zásahů tajemných sil ze zákulisí. V tom není autor sám. O přílišné a krajní komplikovanosti společnosti mluví Miroslav Bárta, nebo Václav Cílek a řada dalších autorů varují už celá desetiletí před jejím kolapsem.

Východiskem kritického postoje k většině ochranných opatření prosazovaných silou státních institucí je autorovi pohled do zpětného zrcátka: porovnáním úmrtí během covidové pandemie v různých státech s různě drakonickými opatřeními. Statistiky říkají, že nezáleželo na tom, jak silně bylo obyvatelstvo omezeno ve svých svobodách. To samozřejmě



dopředu nikdo nemohl vědět. Většina z nás prožívala úlevu, když se objevila možnost očkování. Většina z nás, kdo rozumíme principu jeho účinku, s napětím sledovala „proočkovanost“ populace s nadějí, že když bude procento dostatečně veliké, vznikne kolektivní imunita proti covidu. A ano, když se objevily skupiny odmítající očkování, ti, kdo v něm viděli naději na uvolnění lockdownu, byli naštvaní.

Komárek si všímá právě tohoto mechanismu vylučování lidí s odlišným postojem. Sleduje rychlé uzavírání všeho života „ve jménu dobra“, tak jako se to stalo v nedávných dějinách Evropy opakovaně. Vidí v tom náznak toho, co se může stát kdykoli při každé další zámince: rychlou ztrátu svobod a vývoj společnosti k Orwellovské budoucnosti, tak jak ji už nastolila Čína. Digitální technologie umožňuje dnes dovést Orwellovu představu k dokonalosti. Autor vidí pokušení, jakému by mohla byrokratická struktura státu snadno podlehnout. A je třeba říci, že poctivě přiznává, že je pro něho velkým

překvapením, jak rychle se stát svých snadno nabytých mocenských nástrojů nad svými občany zbavil v době, kdy ještě nebyla pandemie zdaleka zažehnána. Byla však již značně „znormalizována“, infekcionita sice stoupala ale nikoli už smrtelnost. A možná už ani nebylo možno dále udržet populaci v izolaci z důvodů ekonomických a společenských. Ale poučení z rychlé ztráty svobody, pokud se bojíme rizika, pokud lpíme na každém dni života bez ohledu na jeho smysl, to nám zůstává. A tohle poučení se týká právě medicíny. Neměli bychom mít více pokory a náhledu na to, co děláme, když bereme na sebe zodpovědnost za zdraví celé populace? Když vytváříme (jistě s dobrým úmyslem) dojem, že si poradíme s každou nemocí, že oddálíme smrt až za všechny meze, kdybychom člověka měli udržovat na přístrojích donekonečna?

Další pandemie nepochybně přijdou. Jaké je naše poučení? Co uděláme příště?

V Liberci 23.11. 2024



SPOLEČENSKÁ RUBRIKA



OBRÁZEK 12: MUDR. JIŘÍ ŠAVLÍK NA KONFERENCI V LIBERCI 8.4.2010

RADKIN HONZÁK: ZA JIŘÍM ŠAVLÍKEM

S Jirkou Šavlíkem jsme se sešli v jedné studijní skupině na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze na podzim roku 1965. To už je opravdu dávno.

Studovali jsme společně v houfu tak, že jsme se vždy na období před zkouškou nastěhovali do bytu někoho z nás a tam jsme šprtali. Mezitím jsme chodili do Uteru, což je odedávna hospoda pro mediky a řemeslníky na rohu Kateřinské a Lipové ulice.

Jirka byl z Košíř, jeho tatínek byl tramvaják, úžasný chlap a taky bývalý skalní tremp, maminka byla bezvadná a vydržela nás ponechat zamořit její byt několik sezón. Jinak Jirka tvořil nedělitelný pár s Pepíkem Tatkem (naposled ortoped ve Skotsku). Byl nesporně nejvyšší z nás, vysoký blondák, s všestranným rozhledem

zaměřeným konkrétně na malířství a vlastní tvorbu, s níž pokračoval až do značně pokročilého věku.

Chtěl se věnovat chirurgii, ale prodělaná hepatitida ho odvrátila na fyzicky méně náročnou internu. Zde záhy začal být enfant terrible a zlobit s počátky psychosomatického myšlení a jednání. Brali jsme to tenkrát dost nadivoko a začínali s psychoterapeutickým výcvikem vedeným otcem české psychoanalýzy, Bohdarem Dosužkovem. Protože vše bylo tajné a vlastně ilegální, říkali jsme tomu Mariánské sdružení. Od pološileného Dosužkova (jeho psychoanalytický výklad roztroušené sklerózy přesáhl i mou dost nezaujatou mysl) jsme všichni našli nějaké vedení a Jirka prodělal i nějakou dobu cvičnou analýzu.



Jeho kandidátská práce, která dost popudila tehdejší hlavy pražské interny byla věnována třem pacientům s psychosomatickým problémem. Jirka měl mezitím za sebou zkušenost s vedením psychosomaticky orientované interní nemocnice v Třebotově u Prahy na základě nějaké podivné dohody s vedením okresu. To bylo ještě hluboko v dobách reálného socialismu něco neuvěřitelného, co bohužel zhaslo po dvou letech.

Nicméně Jirka se nedal a působil dál jako solitér. Jezdili jsme – často spolu – po Československu, na ose Praha (kotva: docent Baštecký jako šéf psychosomatické sekce), Brno (především Marcela Bendová, předtím Ždímalová), Bratislava – Pezinok (naposled spolu 1992). Pak už jen po Česku.

Jirka byl ve svém postoji urputný i později vypuzený na Polikliniku v Praze, kde infikoval Jana Hnízdila. Ten dotáhl jeho nápady až do míst, kde už racionalita nemá své místo, a proto jsme se spolu rozešli. Jirka se do těchto myšlenkových zálivů nedostal a připisovat mu je, je nesmysl. Byl dynamicky orientovaný a jeho poslední příspěvky v Liberci o tom svědčí, v mnohém si notoval s Erikem Eriksonem.

Ahoj Jirko, Až se potkáme v nebeském Uteru (Šavlík, Tatek, Honzák), dáme si zase pivo a k tomu Kořátkovu mísu¹. Tentokrát platím já! Radkin

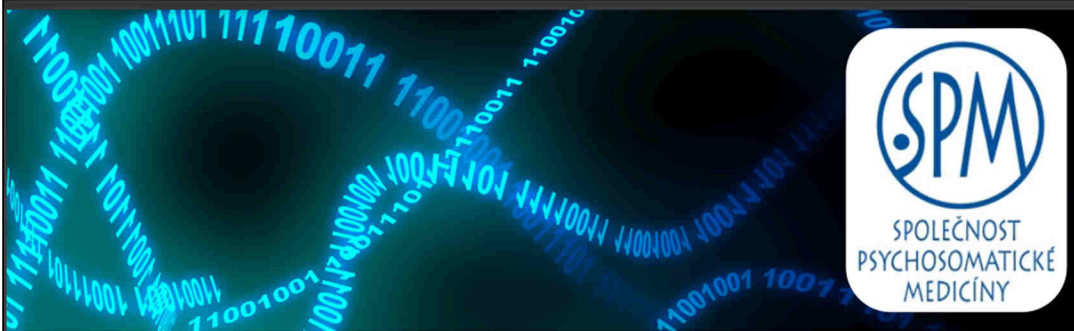
¹ Kořátkova mísa (vynález MUC Jiřího Kořátka a MUC Karla Pokorného pozůstává ze čtyř plátků houskového knedlíku a jakékoliv

omáčky; to vše v tehdejší ceně 2,60 Kč – ekvivalent ceny obědu v menze na Albertově.



AKCE

PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE: ODBORNÁ AKCE SPM 10.12.2024



PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE
KÓD 09170

Vědecká schůze Společnosti psychosomatické medicíny
(organizační složka ČLS JEP, z.s.)

10. PROSINCE 2024
13:30 - 17:00 hod

ADRESA: Lékařský dům, Sokolská 490/31, Praha 2

PROGRAM

13:30 - 14:00
prezence účastníků

14:00 - 15:00
MUDr. Martin Seifert
FUNKČNÍ PORUCHY A PERSISTENTNÍ SOMATICKÉ SYMPTOMY - DOPORUČENÝ POSTUP VE ZKRATCE

MUDr. Michaela Ročňová
VÝVOJ JEDNÁNÍ S POJIŠŤOVNAMI O PSYCHOSOMATICKÝCH KÓDECH - MINULOST, SOUČASNOST
A BUDOUCNOST

15:00 - 15:15
přestávka

15:15 - 16:15
doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D.
BEZ KÓDU A PŘECE PSYCHOSOMATICKY

MUDr. Michaela Ročňová, MUDr. Barbora Branna
PRAKTICKÉ UŽITÍ KÓDU 09170 - PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE

16:15 - 17:00
diskuse, sdílení zkušeností se zaváděním kódu psychosomatické intervence do našich praxí

17:00 zakončení

Akreditace: ČLK, UNIFY, AKPČR, počet kreditů 4
Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory.
ODBORNÝ GARANT: MUDr. Michaela Ročňová



SNÍM ČI BDÍM: PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE O SPÁNKU A JINÝCH ZMĚNÁCH VĚDOMÍ V PSYCHOSOMATICE (Praha, 25.1.2025)

Již patnáct let se každoročně setkáváme na tradiční psychosomatické konferenci s názvem Základy komplexního psychosomatického přístupu, kterou pořádáme pro zájemce napříč odbornostmi se zájmem o hlubší porozumění psychologickým a tělesným souvislostem v péči o zdraví. Každý ročník přináší nejen nové aktuální téma, ale také rozvíjí pohled na jednotlivé aspekty psychosomatiky a umožňuje jejich nahlížení z mnoha různých úhlů. Letošní konference s podtitulem Sním či bdím – spánek a jiné změny vědomí v psychosomatice nás zve k prozkoumání fascinujícího světa spánku, snění a změněných stavů vědomí.

Tato konference se tradičně konala v CKP Dobřichovice, avšak tentokrát se v sobotu 25. ledna 2025 setkáme v pražském centru CKP Roseta na Praze 2. Účastníci mají možnost zvolit si mezi osobní nebo online účastí, což umožňuje pohodlný přístup všem zájemcům bez ohledu na jejich možnosti či vzdálenost. Své místo si můžete zajistit již nyní a těšit se tak na inspirativní program.

Hlavní téma letošního ročníku vyzdvihuje důležitost spánku nejen pro regeneraci těla a mysli, ale také jako bránu k pochopení vnitřních procesů – snění, změněné stavy vědomí a jejich využití v terapeutické praxi. Tato témata mají dlouhou tradici v historii terapie – od sugesce a hypnózy přes práci se sny a imaginací až po zkoumání účinků psychotropních látek. Chceme se společně ponořit do této oblasti a diskutovat, jak může být spánek a jeho různé fáze indikátorem zdravotní pohody nebo nepohody, a jak jej lze využít v péči o psychosomatické pacienty.

Detaily o přednášejících a programu naleznete na webových stránkách www.roseta.cz v sekci Kurzy >> Pro odborníky.

Konference vyniká svou příjemnou a otevřenou atmosférou, která vybízí k diskuzím a sdílení myšlenek. Těšíme se na setkání s vámi na této inspirativní cestě do hlubin spánku, bdění a změněných stavů vědomí v psychosomatické péči.





15. Základy komplexního psychosomatického přístupu

SNÍM ĚI BDÍM

Spánek a jiné změny vědomí v psychosomatice

25. 1.2025, CKP ROSETA

Nezamyslova 1712/13a, Praha 2



PREZENČNÍ ÚČAST:

do 15.10.2023 - 2 200 Kč (lékaři), 2 000 Kč (ostatní)

od 16.10.2023 - 2 400 Kč (lékaři), 2 200 Kč (ostatní)

(součástí ceny je také společný oběd)

ONLINE ÚČAST:

2 000 Kč

AKREDITACE: lékaři (ČLK 6 kreditů), fyzioterapeuti (UNIIFY 4 kredity), psychologové (AKP 4 kredity)

ODBORNÝ GARANT: MUDr. Barbora Danielová, Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. et. Mgr. Jana Týkalová
Odborná konference. Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16



zajistěte si své místo již nyní na www.roseta.cz



SEMINÁŘ S CLAROU LEWITOVOU

Název:

„TĚLO, JAKO DOMOV DUŠE; JAK FUNGOVÁNÍ TĚLA OVLIVŇUJE NAŠI DUŠI“

Anotace:

Jak si všímáme projevů těla? Co můžeme vidět a slyšet? Čeho si můžeme všimnout na oblečeném člověku během rozhovoru? Jak na nás působí svým chováním? Jak dýchá a mluví? To vše může vypovídat o způsobu žití člověka ve vnějším i vnitřním prostoru. Z toho také můžeme vycházet pro hledání cesty ke změně, ke zlepšení jeho stavu. A co vlastně můžeme ovlivnit či změnit? V průběhu semináře se budeme věnovat i vlastnímu tělu, zaměříme se na končetiny, kyčle, ramena, krk a hlavu. Zohledníme i aktuální potřeby účastníků. Otázky jsou vítány. Na seminář přijďte prosím v pohodlném oblečení a s dekou.

Komu je seminář určen: Komukoli, kdo si chce rozšířit vnímání vlastního těla i všímavosti tělesných projevů svých pacientů/klientů v průběhu terapeutického rozhovoru. Zejména pro lékaře a psychoterapeuty, kteří ve své praxi aplikují psychosomatický přístup a psychoterapeutické prvky.

Maximální kapacita semináře: 15 účastníků

Cena semináře: 2000, - Kč

Termín:

7. 3. 2025

9.00 – 16.00 hod. (pauza na oběd 60-75min)

Místo konání:

Psychosomatické centrum Praha

Kodaňská 558/25

Praha 10 – Vršovice, 10100

Tel. +420 735 758 837

<https://pscpraha.cz/>



AKADEMIE KOMPLEXNÍ FUNKČNÍ ORTODONCIE

Milé kolegyně a milí kolegové,

Ráda bych Vás tímto pozvala do Akademie Komplexní Funkční Ortodoncie. Budeme připravovat semináře, kam budou zváni odborníci ze spolupracujících oborů, kteří budou spolu se mnou předávat znalosti a zkušenosti, které lze využít při komplexním přístupu v týmové práci.

Před časem jsem svoji společnost pojmenovala Ortho Salutogenesis s myšlenkou, že se skrze svůj základní obor ortodoncii budu věnovat komplexní a celostní cestě ke zdraví, životu v radosti, vděčnosti a spokojenosti. Když jsem začala své pohledy na ortodoncii, zdraví a život sdílet s kolegy, požádali mě, abych tomu dala oficiálnější formu a systematictíčnost a svoje zkušenosti předávala dál. Nechala jsem nápad v sobě nějakou dobu zrát a výsledkem je projekt Akademie Komplexní Funkční Ortodoncie.

Můžeme využít znalosti tvaru a postavení čelistí ke komplexnímu přístupu k člověku a ke zdraví a obráceně?

Jaké propojení může být mezi zuby, čelistmi, dalšími orgány a celkovým zdravím? Můžeme na čelistní kloub pohlížet i v souvislostech s celým člověkem? Co nám mohou prozradit zuby o člověku a jeho zdraví? Může souviset způsob dýchání s tvarem a pozicí čelistí? Může tvar a pozice čelistí, jazyka a způsob dýchání souviset s celkovým zdravím? Jak souvisí postura se zuby, čelistmi a celkovým zdravím? Může duševní zdraví být ve spojitosti se zuby, čelistmi, čelistním kloubem a celkovým zdravím? Může chrápání, bruxismus, spánková apnoe ovlivnit celkové zdraví?

Může naše prostředí, naše vztahy, rodina, naše strava a cokoli z toho, co přijímáme a co vydáváme, ovlivnit naše zdraví a zdraví zubů, čelistí i čelistního kloubu? A můžeme s tím vším pracovat jako ortodontisti, stomatologové, dentální hygienistky, fyzioterapeuti, logopedi, eurytmistky, pohyboví specialisté, pediatři, ORL lékaři, psychologové, psychiatři, kardiologové a ostatní lékaři specialisté a další zdravotnické profese, ale třeba i učitelé? A jakých můžeme dosáhnout výsledků, budeme-li spolupracovat jako partneři v týmu?

Může komplexní ortodoncie pomáhat v hledání celkové rovnováhy dříve, než vznikne v těle závažná nemoc? Můžeme být nápomocní v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění kloubů, ledvin,...?

Všichni ve výše jmenovaných profesích patříme k tzv. pomáhajícím profesím. Umíme ale sami odpočívat a pracovat se svoji životní silou?

Pojďme se tedy také učit, jak odpočívat a jak si dobíjet svoje baterky, abychom byli zdraví a žili naplněný a šťastný život profesní i soukromý.

Pokud máte pocit, že Vás tato témata oslovují, vydejte se s naší Akademií Komplexní Funkční Ortodoncie na cestu za poznáním těchto témat. Pokud sami máte k tématům co říci a chcete být i součástí lektorského týmu, budeme rádi, že nám o sobě dáte vědět :-)

MUDr. Jana Kopřivová
Ortho Salutogenesis s.r.o
ortodoncie Příbram

V případě dotazů nebo máte-li návrh na konkrétní spolupráci, mě prosím kontaktujte na info@akademie-kfo.cz





VÝCVIK V ANALYTICKÉ PSYCHOTERAPII

Česká společnost pro analytickou psychologii (ČSAP) otevírá od září 2025 nový běh pro výcvik v analytické psychoterapii. Výcvik je akreditován pro práci ve zdravotnictví a certifikován Českou asociací pro psychoterapii. Výcvikový program je koncipován na dobu 8 let. Teoretická část výcviku probíhá 4 roky formou víkendových a regionálních seminářů. Semináře probíhají paralelně v Praze, Brně a v Bratislavě.

Předpokládáme zájem o analytickou psychologii, přístup C. G. Junga a využití výcviku v praxi. Podmínkou k přijetí je ukončené VŠ vzdělání humanitního směru (nebo před dokončením), základní orientace v oblasti psychoterapie a minimální věk 25 let.

Přihlášení do nově otevíraného běhu výcviku je do 31.1.2025. Příjímací pohovory proběhnou na jaře 2025. Další podrobnosti a aktuální informace o výcviku a přijímacím řízení najdete na <https://www.csap-cz.eu/vycvik/>. Přihlášení a dotazy k průběhu řízení výcviku rádi přijmeme a zodpovíme na info@csap-eu.cz.

ČSAP
ČESKÁ SPOLEČNOST
PRO ANALYTICKOU PSYCHOLOGII

otevírá od **září 2025** další běh pro

**VÝCVIK V ANALYTICKÉ
PSYCHOTERAPII**

Příjímací pohovory proběhnou na jaře 2025.
Přihlásit se můžete do 31.1.2025.

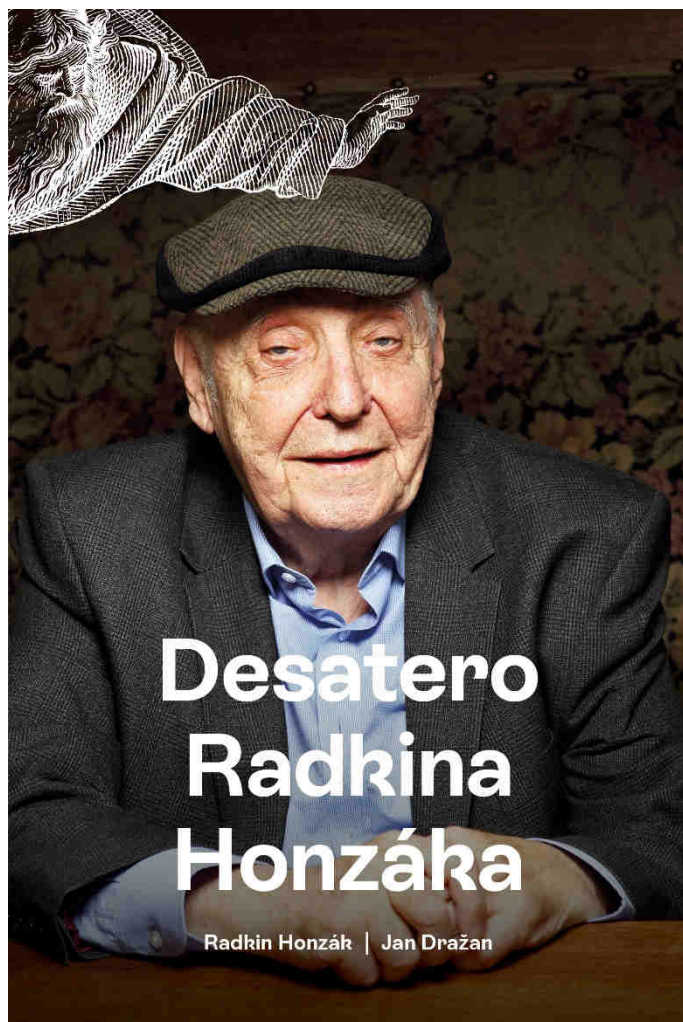
Výcvik je rozdělen na 8 semestrů
Akreditován pro práci ve
zdravotnictví
Semináře probíhají paralelně
v Praze, Brně a v Bratislavě.

Další informace najdete na
www.csap-cz.eu/vycvik
info@csap-cz.eu



KNIHOVNIČKA

DESATERO RADKINA HONZÁKA

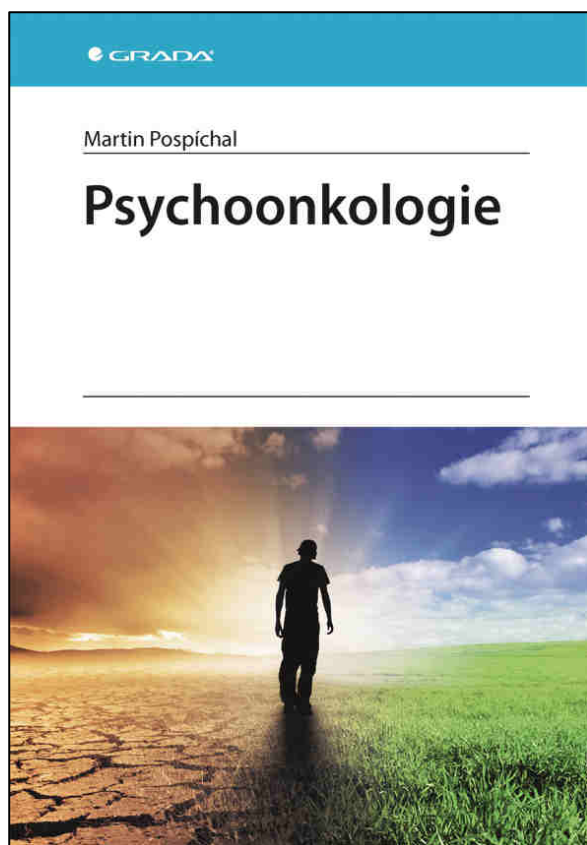


Vydalo Nakladatelství Zeď, s. r. o.
 Preslova 2213/5 Praha 5 – Smíchov jako svou X. publikaci
 Vytiskl: PBtisk, a. s.,
 Dělostřelecká 344, Příbram

Mimochodem, jak vás to vlastně napadlo, že uděláme knížku právě o Desateru?

Po válce vyšla antologie Desatero přikázání v redakci Thomase Manna, který také napsal úvod o Exodu a Sinajském příběhu, a dále bylo deset krátkých románů od předních spisovatelů popisujících, jak Hitler porušil jednotlivá přikázání. Četl jsem to v období svého dospívání a byla to jedna z knih, která se mi vryla do paměti i do srdce. Nedávno jsem si na ni vzpomněl nad texty Zygmunta Baumana, Maxe Kašparů, Jiřího Suchého, Tomáše Halíka a papeže Františka. Připadá mi patřičné připomenout Desatero jinak než z kazateln. Nemyslím si, že to změni svět, mám dost prostudováno marné úsilí Jeremjáš. A že tehdy měli proroci značně energické přesvědčovací metody, jak píše Nehemjáš: „Měl jsem s nimi spor, zapřísahal jsem je. Některé muže jsem bil a rval za vous...“ Tyhle ambice tedy nemám. Karel Poláček napsal, že místo slova kibic, které je z jidiš, by se mělo říkat připodotýkatel. Cítím se tedy trochu jako sociální připodotýkatel, v kteréžto roli si mohu dovolit víc než v roli psychiatra.





MARTIN POSPÍCHAL: PSYCHOONKOLOGIE

Kniha se věnuje tématu psychiky člověka ve vztahu k onkologickým onemocněním. Vznikla jako úvod k důležité oblasti, která bude v ordinacích lékařů, sester, psychologů a dalších pomáhajících profesí čím dál častější. S tím, jak narůstá výskyt rakoviny v populaci, jak dokážeme čím dál většímu množství lidí účinně pomoci, logicky přibývá i těch, kteří budou otevírat související psychologická témata. Kniha se snaží uchopit psychické reakce člověka v souvislosti s příchodem onkologického onemocnění do jeho života. Neomezuje se jen na nemocného, ale všimá si také prožívání, myšlení a chování jeho blízkých i zdravotníků. Praxe ukazuje, že se v našich profesních i soukromých životech čím dál častěji setkáváme s lidmi, kteří si prošli nebo procházejí rakovinou. Ne všichni ale vědí, jak se v takové situaci chovat, co nemocný člověk prožívá a jak ho nejlépe podpořit.

Kniha je primárně určena všem, kteří se setkávají nebo budou potkávat s tématem nemoci v rámci svojí odborné nebo pomáhající praxe. Obsahuje řadu konkrétních doporučení, zkušeností a vědecky zakotvených metod, dokreslených na reálných případech z psychoonkologické praxe. Text může být v řadě oblastí užitečný i pro blízké onkologicky nemocných lidí, nebo ty, kteří se s tématem setkávají v osobním životě.

Cena: 379 Kč, Stran: 176, ISBN: 978-80-271-3049-8

<https://www.grada.cz/psychoonkologie-14345/>



LOGOPEDICKÁ CVIČENÍ U AFÁZIE A KOGNITIVNÍCH PORUCH

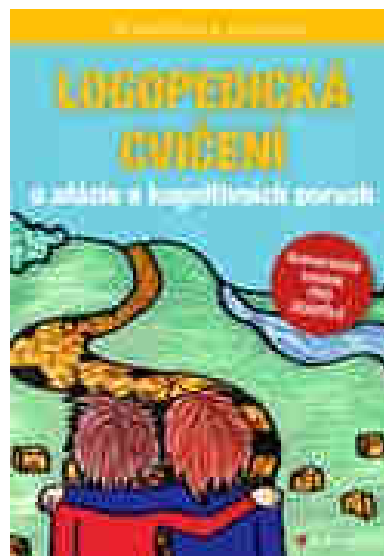
Konverzační trénink pro dospělé

Lasotová Naděžda

Publikace přináší cíleně sestavená cvičení k tréninku porozumění mluvenému i psanému textu, paměti, nácviku konverzace, vyjadřování se, vybavování si slov a jazykových obrátů, ke schopnosti reagovat v každodenních situacích, schopnosti efektivně se vyjádřit nejen pro osoby s afázií, ale také pro seniory, pacienty s demencí a osoby s kognitivním deficitem.

Jedná se o první publikaci svého druhu (praktické postupy) u nás. Její autorka se dlouhodobě věnuje logopedické intervenci u dospělých osob s afázií (narušení schopnosti porozumění či produkce řeči a její psané podoby) po cévních mozkových příhodách, úrazech hlavy, nádorech atd.

Kniha je určena klinickým logopedům, rodinám postižených, aktivizačním skupinám, patientským organizacím, spolkům a také může sloužit jako doplněk pro kognitivní trénink.



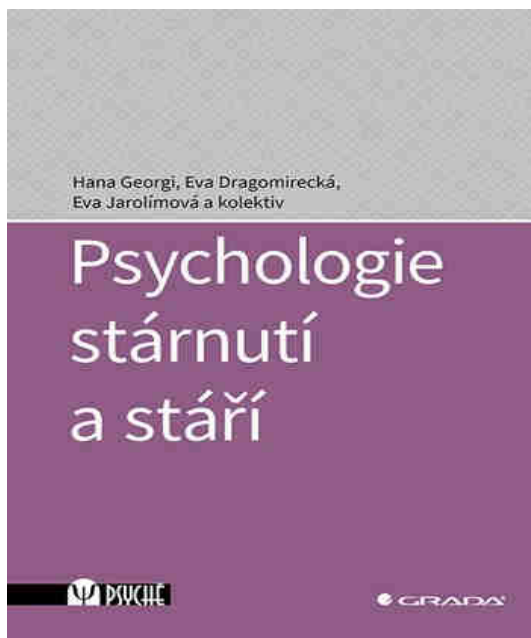
Cena: 479 Kč, Stran: 320, ISBN: 978-80-271-5151-6

<https://www.gradac.cz/logopedicka-cviceni-u-afazie-a-kognitivnich-poruch-13898/>



PSYCHOLOGIE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Hana Georgi, Eva Dragomirecká, Eva Jarolímová



Motto této monografie zní „Každý člověk je jedinečný“. Jedinečnost je i ve stylu každého z autorů rozsáhlého kolektivu, který se zde spojil, aby zájemcům přiblížil širší problematiku psychologie stárnutí a stáří včetně kontextu dalších gerontologických disciplín a otázek. Text je rozdělen do šesti bloků, které pokrývají převážně psychologická, ale také demografická, sociální či biologická hlediska stárnutí, nemoci i zdraví. Zmiňované poznatky reflektují současné poznání a jsou výběrem každého z autorů z velmi pestrého pole teorie a praxe.

Monografie si klade za cíl ukázat bohatý obraz psychologie stárnutí a stáří, povzbudit u čtenářů pozitivní náhled na stárnutí a inspirovat k profesnímu zájmu o práci se staršími lidmi. Kniha je určena studentům, ale i psychologům a psychoterapeutům pracujícím se seniorskou popu-

lací a také dalším pomáhajícím profesím.

Cena: 599 Kč, Stran: 432, ISBN: 978-80-271-5065-6

<https://www.grada.cz/psychologie-starnuti-a-stari-13787/>



ROZHOVORY



FOTO GRADA

ROZHOVOR S PHDR. ING. MARTINEM POSPÍCHÁLEM, PHD.

Vedla Mgr. Aneta Václavíková

Diagnostika a léčba rakoviny významně přispívají k psychické tísní nejen pacienta, ale i jeho okolí. Pochopit reakce onkologických pacientů a vhodně jim vyjadřovat podporu je důležité pro maximalizaci kvality jejich života během onkologické léčby i po ní. Praxe ukazuje, že v podstatě každý psycholog či lékař se při své práci setkává s lidmi, kteří si prošli nebo procházejí rakovinou. Ne všichni ale vědí, jak se v takové situaci chovat, co by nemocnému člověku pomohlo, jak ho podpořit. A právě na podporu nejen pacientům, ale i pomáhajícím profesím jsme se zeptali autora knižní novinky Psychoonkologie PhDr. Ing. Martina Pospíchala, Ph.D.

Pane doktore, tento rozhovor vedeme především pro zdravotníky, lékaře. Zajímalo by mě, když do ordinace lékaře přichází onkologický pacient, co byste mu doporučoval za přístup, má-li projevít vhodnou podporu svému pacientovi

Jde o téma, kterému se kniha věnuje na mnoha místech. Pokud bych měl říci jen jednu větu, zněla by takto: *Pro pacienta je důležité, aby z chování lékaře cítil ZÁJEM*. Tedy zájem o něj jako o člověka. Už to samo o sobě působí hojivě z psychologického pohledu. Nemocný člověk pak nemá ten nepříjemný pocit, že je jen další „číslo k odbavení“, ale že je vnímám jako lidská bytost. Pochopitelně je zde i řada



dalších konkrétních doporučení a technik, kterým se v knize věnujeme. Ale toto je myslím to základní.

Jak by měl lékař přistupovat k příbuzným onkologického pacienta a jakým způsobem s nimi komunikovat?

Doporučení je zde vlastně velmi podobné tomu, které jsem zmiňoval výše. Rozdíl ale může být v tom, jak blízcí situaci prožívají. Například pocity bezmoci často zažívají silněji než samotný nemocný člověk. Rádi by pomohli, ale nevědí jak. Tato bezmoc se pak může projevit v jejich potřebě (vedoucí někdy až k naléhání na zdravotníky) najít, co by ještě šlo pro nemocného udělat. Vlastní text knihy pečlivě reflektuje úlohu blízkých onkologicky nemocného člověka. Pro představu – v ČR je zhruba šest set tisíc lidí po nemoci nebo v léčbě a každý z nich má několik svých nejbližších. Pozorujeme, že minimálně 3–5 lidí v blízkosti nemocného situace zasáhne výrazněji. Tím pádem zde máme psychický dopad rakoviny na miliony lidí, a to jen u nás. Čím více se nám podaří stabilizovat nejbližší okolí pacienta, tím lépe se mu zpravidla daří z pohledu psychického. Navíc je pocíťována opora blízkých jako důležitý léčebný faktor i na biologické úrovni těla, máme k tomu řadu výzkumů.

A co strach pacienta? Ten dokáže až paralyzovat. Co byste lékařům doporučil v jejich praxi?

Z pohledu méj praxe je strach vůbec nejčastěji prožívanou emocí. A to jak u pacienta, tak u jeho blízkých. V mnoha případech (třeba u dětí) prožívají blízcí (zejména rodiče) nemoc výrazně intenzivněji než samotné malé dítě!

Navíc strach je emoce, která nemizí ani po ukončení léčby. Mění se ve strach

z návratu nemoci, který provází mnoho bývalých pacientů a jejich blízkých po celý zbytek života. Jde o natolik zásadní téma, že mu v knize věnujeme celou kapitolu. Jsou zde uvedena doporučení, jak se strachem pracovat – včetně obav z návratu nemoci.

Existují nějaké obecné přístupy, postupy v komunikaci s onkologickými pacienty?

Z pohledu lékaře bývá nejnáročnější situace, kdy musí člověku sdělovat negativní zprávu. Ať už se jedná o samotné sdělení diagnózy, zhoršení stavu či selhávání léčby apod. Jde o komunikačně, emočně, ale i lidsky náročné okamžiky jak pro pacienta, tak pro sdělovajícího lékaře. Praxe ale ukazuje, že i ta nejhorší zpráva se dá říci více psycho-podporujícím způsobem (který usnadňuje její zpracování a zmírňuje dopad), nebo naopak více psycho-traumatizujícím, který zanechá na psychice nemocného šrámy. Knize otevíráme obecné principy právě zmíněné psycho-podporující komunikace, která může být vhodná jak pro lékaře, tak pro širší zdravotní personál, a to i v situacích, kdy nesdělují žádnou závažnější zprávu. Úzce to souvisí se zmiňovaným zájmem o pacienta, který byl zmíněn v úvodu našeho rozhovoru. Osvojit si takové principy může být užitečné nejen pro pomáhající profesionály, ale i všechny ostatní v blízkosti nemocného člověka.

Nyní bych se ráda podívala na psychohygienu lékařů. Řada z nich může trpět „spasitelským komplexem“. Jak by měl podle vás lékař přistupovat ke své práci, aby si udržel zdravý odstup od svých pacientů?

Jde o další velké téma, které s uvedenou komunikací souvisí. Principy tzv. podporující komunikace a zásady sdělování náročných zpráv si lékař osvojuje nejen



kvůli pacientům, ale také kvůli sobě! Pokud ví, jak sdělovat, cítí se v tom ukotven, je schopen reagovat na emoci apod., pak je pravděpodobnost jeho emočního přetížení či vyhoření menší. Celkově jde o téma „jak zde pro pacienta být tak, aby cítil podporu a empatii“. Zároveň si ale lékař musí chránit svoje hranice, zdraví, tedy aby zde mohl být i pro svou rodinu, pro další pacienty. Tím, že sami sebe (jako lékaři, psychologové, sestry apod.) pomyslně „obětujeme“, ostatním nepomůžeme. Ve finále bude o zdravotníka méně a sami se staneme z pomáhajícího naopak pacientem.

Ve své knize Psychoonkologie dokreslujete tento obor případy z praxe. Mohl byste některý z nich více přiblížit?

Považovali jsme za důležité v knize určitým způsobem podepřít zmiňovaná doporučení a tvrzení také konkrétními citacemi klientů z psychoonkologické praxe. Tedy, že v knize uvedené myšlenky nejsou jen „domněnkami odborníků“, kteří nemají vlastní prožitek nemoci. Je užitečné si pravidelně připomínat, že vše, co se při nemoci děje s tělem člověka, on také určitým způsobem prožívá. Stejně jako jeho blízcí a pomáhající profesionálové v jeho blízkosti.

Jak by měl lékař přistupovat k pacientům, kteří se, laicky řečeno, vyléčili z rakoviny?

V onkologické praxi se namísto „vyléčení“ mluví o dosažení tzv. kompletní remise, tedy stavu, kdy nemoc už není v těle zjištělná např. zobrazovací metodou, z krve apod. Psychická zátěž ale v takovém okamžiku – tedy oznámením lékaře „že je to dobré“ – nekončí. V mnoha případech je to tak trochu naopak, na člověka to všechno dolehne až po léčbě. Opora lékaře je proto důležitá i následně, byť to mohou být i lékaři z jiných oborů.

Navíc, onkologické onemocnění má bohužel tu vlastnost, že se může v některých případech vracet. Tzn., že výše zmiňované obavy z návratu nemoci jsou součástí mnoha dalších měsíců, někdy i let po nemoci. Také těmto důležitým otázkám spojeným s obdobím po nemoci se v knize věnujeme. Kromě toho nejde jen o psychiku samotnou, ale i o psychické dopady trvalejších následků nemoci i léčby. Samotná nemoc je zažehnána, ale pomoc lékařů je vyžadována v oblasti možných nastupujících následků na úrovni těla i mysli.

S ohledem na přibývající množství případů onkologických onemocnění – jaké metody či přístupy by se dle vás měly vyučovat na lékařských fakultách nebo při studiu psychologie?

Vaše otázka vlastně stála na počátku mojí motivace sepsat tuto knihu. Naším cílem bylo pomoci lidem v uvědomění (mezi profesionály i laiky), že vedle nezbytné léčby těla je třeba pracovat s psychikou nemocného i jeho blízkých. Abychom mohli být těmi empatickými a podporujícími, musíme více chápat, co člověk v jednotlivých fázích léčby, ale i v období po ní prožívá. To tvoří vlastní jádro knihy. Proto vyučování této oblasti beru jako nezbytnou součást vzdělávání, která má podpořit komplexní přístup k nemocným.

Těší mě, že je mezi studenty i lékaři o tento obor zájem. Aktuálně se psychoonkologie vyučuje na katedře psychologie Univerzity Karlovy a o předmět je velký zájem. Dále také probíhají kurzy v rámci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Věřím, že tato kniha přispěje k prohloubení psychoonkologických znalostí u odborné veřejnosti.

Velice děkujeme za rozhovor. Budou moct přijít lékaři či pacienti na



nějakou z vašich přednášek?

Určitě. Nejbližší cyklus se týká „Náročných emocí a myšlenek“, resp. možností jejich zvládnání v průběhu léčby, ale i po ní. Podrobnosti a možnost registrace na webu České onkologické společnosti:

<https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/mysliprotirakovine/prednasky-1/narocne-emoce-a-myslenky/>.

Mgr. Aneta Václavíková
Grada Publishing a.s.

STÁRNUTÍ A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ: JAKÉ JSOU SOUVISLOSTI A JAK JIM POROZUMĚT? ROZHOVOR S H.GEORGI.



Geropsychologie se v posledních letech stává stále důležitějším oborem. Publikace **Psychologie stárnutí a stáří**, kterou v srpnu vydalo nakladatelství Grada Publishing, přináší nejnovější poznatky z oblasti psychologie stárnutí a nabízí praktické nástroje pro práci s klienty v seniorském věku. Dozvíte se o různých teoriích stárnutí, o psychologických změnách spojených se stárnutím a o možnostech intervence. A na téma psychologie stárnutí a stáří jsme se zeptali PhDr. Hany Georgi, Ph.D.

Paní doktorko, musím říct, že vaše kniha pokrývá mnoho aspektů na pohled stárnutí a stáří, protože jak sami v autorském kolektivu uvádíte, každý je jedinečný. Vidíte nějaké významné rozdíly v přístupu ke stárnutí v České republice a například v severských zemích?

Nejprve bych ráda jménem dalších dvou editorek, Evy Dragomirecké a Evy

Jarolímové, a celého autorského týmu poděkovala za příležitost naši monografii publikovat a za nepřetržitou podporu v průběhu jejího zrodu. Redakce společenskovedních oborů v nakladatelství Grada, její vedoucí Mgr. Gabriela Plicková, paní redaktorka Mgr. Andrea Černá a jejich kolegyně byly skvělé.

Pokud hovoříme o přístupu jako systému péče o starší lidi, tak se mezi sebou



velmi liší všechny státy. A to poměrně významně. Jsou rozdíly v poskytování zdravotnické a sociální péče. Jsou rozdíly i ve specializaci geropsychologie, v jejím zakončení ve vzdělávání a odborné přípravě i praxi.

Zmiňujete severské země. V těch je již několik desetiletí prosazován model stárnutí doma. Hledí se tam více na zachování člověku přirozenějšího způsobu života a kontaktu se společností mimo zařízení. V ČR jsou také progresivní zařízení, která mají takovou snahu, ale systémová podpora zatím chybí.

Na přístupu ke stárnutí a starším lidem na úrovni jednotlivců se podílí mimo jiné kulturní zvyky, a také individuální zkušenosti, výchova, situace v rodině, osobní zážitky, mediální obraz. A to je vysoce specifické. Takže spíše bychom mohli hovořit o velkých rozdílech mezi jednotlivými lidmi v postoji ke stárnutí a starším lidem než o evropských rozdílech. Zároveň nelze zavírat oči před tím, že Zpráva o ageismu OSN ukázala, že Bulharsko, Česká republika, Maďarsko a Rumunsko jsou země s nejvyšší vnímanou diskriminací starších osob v Evropské unii!

Jaké nejčastější stereotypy o stárnutí podle vašeho názoru přetrvávají ve společnosti a jak ovlivňují život seniorů?

Nejčastější je stereotypní představa stárnutí jako doby úpadku těla i duše a stáří jako synonyma pro nemohoucnost. Tato představa je podložena zkušeností s obdobím života, kdy tomu tak nesporně je, byť může trvat relativně krátce. Mimochodem, od kdy vlastně „stárneme“? Od narození? Nebo od ústupu od vrcholku svých sil? Kterých sil? Fyzických nebo duševních? A kterých duševních? Otázkami jsem chtěla poukázat na to, že to není zas tak prosté a je vždy nutné zmínit kontext.

Míváme sklon soustředit se na negativa, náročné projevy úpadku zdraví s případnými dopady do roviny sociální a ignorujeme vše ostatní. Je to přirozené, je to něco, čeho se bojíme, nepřejeme si to, jaksi preventivně se od toho distancujeme. Negativními postoji, stereotypy vůči stárnutí a starším lidem oplývají lidé ve všech věkových skupinách. I starší lidé mívají předsudky oproti ostatním starším lidem. Zajímavé je, že tyto negativní stereotypy neovlivňují jen naše chování ke starším lidem, to, jaká očekávání od nich máme, co jim (anebo co si) „dovolujeme“ prožívat, jak se oblékat, kam chodit, co podnikat. Ovlivňují i stárnutí každého z nás, nositele těchto stereotypů (a je nás dle odhadů cca polovina!). Omezujeme tedy sami sebe.

Je dobré si uvědomit, že předsudky, ať ageistické nebo jiné, vytvářejí zbytečné překážky mezi lidmi, omezujeme si jimi vzájemné sdílení zkušeností, emoční podporu a společné prožívání.

Jaké jsou podle vás hlavní výzvy spojené se stárnoucí populací? A měly by nastat i legislativní změny, aby se seniorům zlepšila kvalita života?

Nejsem odborník na legislativu ani na systém. Myslím si ale, že by určitě pomohlo zvýšení dostupnosti **geriatrické** péče, tj. podpořit vzdělávání lékařů v této specializaci. To by zjednodušilo život starším lidem s multiborbiditou, a zlepšilo to jejich zdravotní péči, nemuseli by leckdy obcházet více specialistů a lépe by se například zvládala kontrola všech léků, které užívají. Geriatrii u nás teprve rozkvět čeká a lidé, kteří se jí věnují, jsou opravdové hvězdy. Paradoxně museli opakovaně dokonce bojovat za její zachování! V podpoře geriatrické dělá hodně Česká gerontologická a geriatrická společnost, a například v posledních letech také Alzheimer nadační fond.



A také by pomohlo ucelenější **vzdělávání v psychologii** zaměřené na stárnutí. I psychologové mohou podléhat zkresleným očekáváním od práce se staršími lidmi. Mohou mylně předpokládat, že to znamená práci pouze na diagnostice kognitivních poruch a demence. Což je ale jen jedna z oblastí. Psychologická práce se staršími lidmi je nejen záslužná, ale v mnohém přináší i pocit radosti a zadostiučinění. Je potřeba kromě informování také tuto práci zatraktivnit, a to nejen lepším finančním odměňováním, ale také vyšší prestiží, uznáním její hodnoty. Považuji například za nutné, aby na služby psychologa byly vyčleněny v rozpočtech domovů pro seniory adekvátní prostředky, které nebudou na vrub rozpočtu pro aktivizační pracovníky, jak tomu bývá nyní. Je to zarážející stav, kdy je potřeba aktivizačních pracovníků jasná všem, ale potřeba psychologů a jejich péče o institucionalizované lidi jasná není.

Více geriatrů a geropsychologů povede k zvýšení dostupnosti správné péče o fyzické i duševní zdraví, což bude mít přímý dopad na kvalitu života všech zúčastněných.

Za největší výzvu ovšem považuji zvýšení **zdravotní gramotnosti** populace. To je úloha pro školství, zdravotnictví i ostatní sféry. Bylo by skvělé (a je to v podstatě nutné), kdybychom se od dětství učili orientovat se v informacích, osvojovat si relevantní znalosti a na jejich základě praktické návyky a umět si pro sebe zvolit životní styl, který pomáhá udržet si zdraví v co nejvyšší možné míře.

Nutnost celospolečenských změn a adaptace na situaci, kdy dokážeme prodloužit lidský život, je uznána například i různými iniciativami ze strany Světové zdravotnické organizace či organizace spojených národů, ke kterým se přidává do různé míry i ČR.

Zajímá mě také mezioborová spolupráce mezi psychology, lékaři, sociálními pracovníky a dalšími odborníky v oblasti péče o seniory? Je podle vás u nás nastavená dostatečně?

V tom je zatím velký prostor pro zlepšování a postupně se dějí změny, které situaci zlepšují i na společenské úrovni. Velkou řadu problémů působí poněkud umělé **rozdělení sociální a zdravotní péče**. Například domovy se zvláštním režimem jsou jako pobytová zařízení pro péči o osoby s demencí v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí, ale zároveň je zde poskytována i zdravotnická péče, která je v gesci Ministerstva zdravotnictví. Management pak různé kličkuje mezi jejich požadavky a prioritami. S touto dualitou se potýkají i zdravotnická zařízení, která chtějí poskytovat svým pacientům i nezbytné poradenství v sociální oblasti, tj. služby sociálního pracovníka, což je třeba v péči o osoby s demencí či s jiným znevýhodněním, naprosto klíčové pro zachování dobré kvality života jejich i jejich pečujících rodinných příslušníků. Toto schizma je obrovskou překážkou známou po celá desetiletí.

Zmiňujete různé profese a máte pravdu, optimálně by měli profesionálové spolupracovat. Doufejme, že vznikající Centra duševního zdraví včetně těch určených pro starší osoby, CDZ-S, skutečně budou takto víceoborově synergicky fungovat.

Geropsychologii se i díky odborné společnosti dostává více pozornosti. Jaké jsou podle vás největší výzvy v této oblasti?

Domnívám se, že **odborná příprava** pro psychologickou práci se staršími lidmi by měla dočkat významných změn, co se týče rozšíření nabídky pregraduálních i postgraduálních kurzů. Je to jeden



z cílů naší odborné sekce Českomoravské psychologické společnosti. A nemusí jít nutně o formalizaci geropsychologie jako oficiální státem regulované specializace.

V oblasti **vědy** je role psychologů spojená mj. s pomocí s odhalováním změn v chování a prožívání, které pomohou k včasnému rozpoznání nemoci či poruchy. Na druhé straně stále čeká k probádání kognitivní rezerva a kognitivní údržba (maintenance), čili určit přesně faktory životního stylu, které pomohou mozku být odolný vůči patologickým změnám v důsledku stárnutí, nemoci či úrazu, a zda a čím přesně je možné ovlivnit tempo poklesu výkonu kognitivních funkcí s věkem.

Dále stojí za připomenutí, že **psychoterapie** má rozhodně cenu i u starších lidí. Připomínám to, protože naprosto chybný názor vyslovený Sigmundem Freudem, že

to cenu nemá, jelikož se u starších nedá očekávat změna a poučení (parafrázuji), tento obor na mnoho desetiletí poškodil. Čím delší život, tím větší pravděpodobnost přibývajících ran na duši i těle, se kterými se člověk nějak vyrovnává a pomoc s tím ocení v nějakou chvíli téměř každý z nás. A prokázáno je to, že starší lidé se stále učí, jejich mozek je plastický, a z psychoterapie profitují a díky závažnosti obtíží, které se stářím přibývají, podporu psychoterapeutů potřebují. Přestože dřívější generace tyto služby nebyly zvyklé vyhledávat, atmosféra se ohledně péče o duševní zdraví mění, a proto pociťujeme i výrazný nedostatek psychoterapeutů pro starší populaci.

Paní doktorko, děkujeme za rozhovor

Mgr. Aneta Václavíková

Grada Publishing



LITERÁRNÍ KOUTEK



OBRÁZEK 13: STANISLAV KOMÁREK NA NAŠÍ AKCI V HEJNICÍCH 2.4.2004

STANISLAV KOMÁREK: JÁ, JÁ, JÁ! JÁ CHCI! JÁ NAVĚKY!

Zároveň se v posledních desetiletích neustále stupňoval lidský voluntarismus – má to krásnější příklad než pravidelně organizované „pochody proti rakovině prsu“? Rovněž se jako naprosto samozřejmá šířila představa, že osud planety máme v rukou a je zcela na našem rozhodnutí, zda ji chceme zničit, nebo zachránit – je to titánské a dětinské zároveň. Naprosto se vytratil smysl pro osudové adéjinné nepředvídatelnosti a rány, lidé se cítí jako nároční zákazníci v hypermarketu „DESTINY, unlimited“, množí se žaloby na lékaře od pozůstalých, kteří by chtěli, aby svět měl reklamační oddělení. Jeden mladík mi nedávno řekl, že „smrt chápe, ale neuznává ji“. Mladý katolík mi sdělil, že „v Boha věří, ale nesouhlasí s Ním“ – lze si vůbec představit větší rouhání? Řada mých přátel, ba ani ne mladších, se zaobírá otázkou „života

věčného“, ovšem v té podobě, že by buď vůbec nezemřeli, nebo by byli neuron po neuronu překopírováni do počítače a tam či na „flešce“ v šuplíku by žili věčně, ba že by byli takto odesláni na výpravu kamsi ke hvězdám. Je pozoruhodné, že intelekt a vědomí, čerstvou to evoluční inovaci, která sice umožňuje vyklouznout zněkterých osudových klíčků, ale také uváznutí v jiných, a tvoří jen malou (a strojově nejlépe napodobitelnou) třešničku na dortu obrovského fyziologického nevědomí, jsme si tak hypostazovali, že máme dojem, že právě toto jsme „my“. I kdyby snad takový nevídaný div byl možný, já sám na flešku nechci, nějak se mi nechce od mého těla, masa, hormonů, šťáv a emocí.

Zcela paralelně se objevuje představa, že svět kolem sebe si sami konstruujeme, jak individuálně, tak sociálně, s námi



vzniká a s námi zanikne. Praxe sociálního konstruktivismu pak šokovala jeho autory, když zjistili, že to nebudou oni, kdo bude „sociální realitu“ na internetu konstruovat a nechávat tak vyvstat krásný nový svět podle svého gusta. Lidé ve všech starších dobách určitým způsobem věřili, že svět nějak existuje i mimo nás, byl tu před námi a bude tu i po nás, býval podle vyprávění prababiček možná trochu jiný, s naší smrtí se s rodinným statečkem přesune na naše děti, ale nezmezí – i třeba vyznavači křesťanství či islámu tradičně věřili na „objektivní“ jsoucnost světa i zásvětí, nebi a pekel. Teprve dnešek jako by vzal staré solipsisty vážně. S námi samými (náš) svět skončí a basta – proto je největší zásluhou prodloužit někomu život alespoň o den a největším zločinem mu jej být i o jediný den zkrátit, a to i ze sebemenšího zanedbání – o smysluplnosti takového často bědného života se už vůbec nediskutuje.

Zcela absurdní pak je Evropskou unií přijatý program o obnovování pracovní síly prodlužováním praceschopnosti do stáří, nikoli odchováním nových generací. Stát obývaný především starci je z hlediska vládnutí v mnohém výhodný – je tam minimum tendencí k převratům (ty mají zejména mladí muži, jak jsme viděli třeba za „Arabského jara“), naopak k uchování statu quo. Obyvatelstvo nemá tendenci emigrovat, je snadno ovladatelné pohrůžkou postižení na zdravotním pojištění či penzi, strpí téměř cokoli, protože už mu nic jiného nezbyvá. Zahrada udržovaná podpíráním stromů stávajících, nikoli vysazováním nových, nebude plodit dlouho a je vlastně mrtvá už teď. Evropa jako celek je dnes jedním velkým protraňovaným čekáním na zánik.

Pokud se ještě v roce 1944 (80 let tomu nazad, skutečně to nebylo v paleolitu!) ještě ve značné části světa a Evropy

zvláště věřilo tomu, že povinností každého muže, ženy i většího dítěte je vrhnout se s granátem a výkřikem „hurá!“ pod nepřátelský tank a zcela samozřejmě obětovat život za vlast a příslušný -ismus, pak v roce 2020 se stává nejen zachování vlastního života, ale sebešířeji a sebeabsurdněji pojatý, dnes tolik oblíbený a vzývaný „princip předběžné opatrnosti“ svaťou povinností každého. Něco, o čem se diskutuje ještě méně než tehdy o armádním rozkaze. V této situaci nejenže by se nedala ze strany Západu vést jiná válka než za pomoci dronů a jiných automatů (nepřátelé ať pojdu, ale MY vydržíme), což by ještě nebylo tak zlé, ale v takto dokonale zabezpečené společnosti se pak vůbec nedá žít – v rámci zachování života je nutné zabezpečit se zejména před životem samým.

Proto také vyvolávají sebevražední bojovníci džihádu úděs a nepochopení – jako by někdo sypal zlatáky do kanálu. Bojíme-li se dnes jít i do velmi malého rizika, budeme jednou muset do toho velkého. Evropa nebyla dlouhou dobu schopna udělat ani v malém měřítku krátkodobé relativní zlo či nepříjemnost pro dlouhodobé relativní dobro, teď to však musela a bude muset udělat v obrovské míře. Zároveň poprvé v dějinách klesl počet lidí zabitých při „soukromé“ kriminalitě oproti počtu zabitých ve válkách (v jistém smyslu kriminalita „státní“) a armádní rozpočty klesly svým celkovým podílem na HDP na historické minimum, ba je otázka, zda by bývala byla celá řada armád vůbec schopna boje alespoň ve smyslu obrany. Zdá se, že s vypuknutím války na Ukrajině se od tohoto bodu úvrati leccos radikálně obrátilo.

Ukázka z knihy Stanislava Komárka *Stíny* v naší duši. Academia, 2024 s. 25-27, uveřejněna se svolením autora.



PSYCHOTERAPIE

Recenzovaný časopis pro psychoterapeuty, studenty, výzkumníky i další zájemce o psychoterapii. Posláním časopisu je rozvíjení psychoterapie jako odborné a vědecky podložené činnosti a profese. Časopis vytváří prostor pro sdílení poznatků z praxe, teorie a výzkumu psychoterapie, byl založen 1990 pod názvem *Konfrontace* a od 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie* na katedře psychologie FSS MU v Brně.

www.psychoterapie.fss.muni.cz

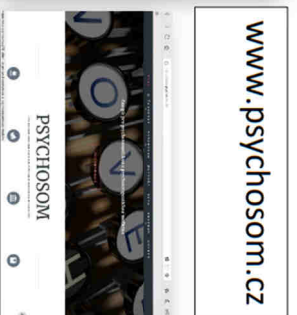


PSYCHOSOM

NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU A
PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r. 2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.



www.psychosom.cz

REDAKCE:
MUDr. Vladislav Chvála
MUDr. Radlín Honzák, CSc.,
PhDr. Ludmila Trapková,
MUDr. David Skorpunka, PhD.,
Mgr. Pavla Loucká
a paní Radka Mendlová.

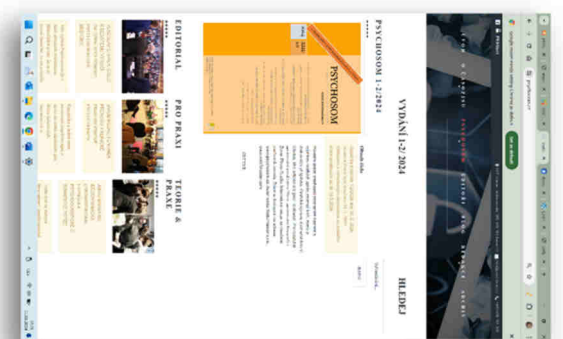


REDAKCI VEDE MUDR. V. CHVÁLA

V poradním sboru jsou:

Doc. MUDr. Marie Blahová, CSc., Psychiatrická klinika Masarykovy nemocnice, Praha
Prof. Bohumír Brázdil, Ph.D., Lékařská fakulta Masarykovy nemocnice, Praha
Prof. MUDr. Zdeněk Vrána, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Brno, Slovenská republika
Prof. MUDr. Jiří Macháček, Ph.D., Ústav lékařské psychiatrie a psychogeriatrie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
Prof. MUDr. Josef Hájek, Ph.D., Ústav lékařské psychiatrie a psychogeriatrie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
Prof. MUDr. Eva Králová, Ph.D., Ústav lékařské psychiatrie a psychogeriatrie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
Prof. MUDr. Miroslav Dostál, Ph.D., Ústav lékařské psychiatrie a psychogeriatrie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
MUDr. Jiří Sedláček, Psychiatrická klinika Ústřední vojenské nemocnice, Praha
MUDr. Radek Václav, Ph.D., FN v Brně
MUDr. J.Č.Š. Macháček, Ph.D., FN, Praha, Psychiatrická klinika, FN Olomouc
MUDr. Jan Kratochvíl, Psychiatrická klinika FN, Brno
MUDr. Ing. Petr Šolc, Ph.D., Ústav lékařské psychiatrie a psychogeriatrie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
MUDr. Marek Václav, Ph.D., Ústav lékařské psychiatrie a psychogeriatrie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
MUDr. Ivan Kříž, Ph.D., Ústav lékařské psychiatrie a psychogeriatrie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
MUDr. Petr Měsíček, Stomatologická klinika FN, Ústí nad Labem

Časopis je k dispozici on line na webu, nebo k objednání na adrese
menclov@stiklib.cz Příspěvky posílejte na adresu chvala@stiklib.cz



Stanislav Komárek: Já, já, já! já chci! já navěky!

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 normy ČSN ISO 690: 2011. Přesnější pokyny zde: <https://sites.google.com/site/no-vaio690/schema-a-priklady/lky-v-asopisech>

