

číslo
5

PSYCH@SOM

PRAŽSKÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ INSTITUT POBOČKA
LIBEREC PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE
PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI A OSTATNÍ ZÁJEMCE

Ročník
II/2004
ISSN 1214-6102



Doc.MUDr.J.Baštecký,CSc. o přestávce konference v Liberci

Redakční rada	ŠÉFREDAKTOR: MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P.MOOS, MGR.J.KNOP, PROF. RNDR. S.KOMÁREK, DOC.J.BERAN, DOC.J.ŠIMEK,CSc., MUDR.PHDR.J.PONĚŠICKÝ, PHD	Uzrálo dne 10.10.2004
Redakce	Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz , Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika , nebo ke čtení na www.psychosomatika.cz	

EDITORAL 187

PO DESÁTÉ KONFERENCI 187

Z POŠTY: OHLÉDNUTÍ ZA KONFERENCÍ 189

MUDR. RADKIN HONZÁK, CSc.: 10. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY 189

MUDR. IVAN VONDŘICH: JEŠTĚ O ETICE 192

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 194

29/10 KURZ PSYCHOSOMATIKA III –VZDĚLÁVÁNÍ ČLK 194

VELICE VÁS ZVEME NA SEMINÁŘ POŘADANÝ PSYCHOSOMATICKOU KLINIKOU 194

NA PŘEDNÁŠKU PROF. GUNNARA STOLLBERGA Z UNIVERSITY V BIELEFELDU O POSTAVENÍ AKUPUNKTURY V NĚMECKU A VELKÉ BRITÁNII 19. LISTOPADU 195

222020 - ODBORNÁ STÁŽ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ 195

KAZUISTIKY 196

PHDR. JIŘÍ RŮŽIČKA: LÉČBA DLE PRINCIPŮ „DASEINS“ - KAZUISTIKA 196

ETIKA 213

JAN ŠPITZ: ETICKÉ SOUVISLOSTI VZTAHOVÉ ODPOVĚDNOSTI V TERAPII – ETIKA PRO TŘETÍ TISÍCILETÍ? 213

SOUČASNÉ TRENDY 220

THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL 220

OCHUTNÁVKY ODJINUD 227

ANNA HOGENOVÁ, DOC. PHDR., CSc.: K FENOMENOLOGII TĚLA A POHYBU 227

TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Po desáté konferenci

Tak jsme se rozjeli do svých domovů a liberecké setkání je minulostí. Ukázalo se, že bylo dobré vsadit na genius loci. Smíření, vzájemný respekt a přátelská atmosféra byly balzámem na duše všech těch, kteří si neumí život zjednodušit tím, že by přestali vidět souvislosti mezi tělesným stonáním a psycho-sociálním polem, ve kterém jejich pacienti žijí. A proto narážejí na dnes většinové redukcionistické EBM vidění světa v medicíně. Vedle představy, že psychosomatika není nějaká nauka o zvláštních nemocech, kterými trpí nějakí zvláštní lidé, nýbrž že jde spíše o diskurz, ve kterém se vyjednává napříč celou společností, co je to vlastně nemoc, se vyjasňuje také představa, že spíše než o druh medicíny jde o PROSTOR K SETKÁVÁNÍ nejrůznějších odborníků¹, kteří se věnují tak či onak nemocnému. Je zcela nepochybné, že nemoci obsahují všechny aspekty lidského bytí, tedy vedle samozřejmě viditelné biologické stránky také složky duševní, duchovní a sociální ana partes tak, že lze velmi těžko odlišit, co je v který moment důležitější. Že se z této pestré směsi navenek zdánlivě projevují jen některé aspekty (např. bolest v krku při angíně a nález streptokoků při kultivaci výtěru z mandlí během této lidské příhody), je omylem pozorovatele, který má vždy jen nějakou optiku. Mikrobiolog sotva na své Petriho misce odečte starosti dospívajícího s rodiči, stejně tak jako psycholog, kterému se může dospívající svěřit, sotva uvidí na jeho mandlích streptokoky. Duchovní, u kterého může (už i v ateistických Čechách) dospívající hledat útěchu z bolestí svého separačního procesu, sotva zahlédne známky nemoci. Ale pacientovi je docela jedno, jak se znovu ustanoví jeho rovnováha, jak ho přestane bolet v krku, zda pozřením zázračné pilulky, pohovorem s psychologem nebo motlitbou či odpuštěním pocitů viny nebo křivdy. To, co lze vyřešit i při jakkoli redukcionistickém pohledu na věc, je vyřešeno a nemá smysl se k tomu vracet. Co však zbývá v prostoru nemocných, v jakési pomyslné čekárně, jsou pacienti, kteří se mohou vyléčit jen za cenu spolupráce odborníků různých profesí. A tady začíná ten problém, jak se spolu domluvit, když naše vzdělání je tak rozdílné. Jak se domluvit, pokud s sebou vzájemně pohrdáme, nebo si prostě vůbec nerozumíme? Jak má respektovat lékař psychoterapeuta psychologa, když o jeho vzdělání nic neví? A jak oba dohromady mají tolerovat duchovního, když si myslí, že musí být tak trochu šílený, jestliže věří v jakéhokoli neobjektivizovatelného Boha? V Liberci se nám podařilo se vzájemně slyšet a zažili jsme pocit souznění při vší té rozdílnosti. A to

¹ To je také důvod, proč skutečně psychosomaticky orientovaného lékaře poznáte dnes více podle tolerance k odlišnému názoru a podle ochoty spolupracovat než podle titulu či předběžného vzdělání.

i přesto, že respektujeme fakt, že drtivě většině lékařů u nás dnes k práci stačí silně redukcionistické pojetí zdraví a nemoci. Protože píšu tuto úvahu v Rakousku, nemohu si odpustit poznámku k redukcionismu: Copak my Češi nemáme už dost špatných zkušeností s jakýmkoli druhem redukcionismu, abychom si na něj navždy dali pozor? Neuvěřili snad naši otcové tomu, že zemědělství lze redukovat jen na produkci potravin z půdy? Všechny ostatní aspekty, jako je krása krajiny, její obyvatelnost, péče o pastviny, o pestrost vegetace, o duši krajiny, byly redukcí pomínuty. Proto celá ta jejich kolektivizace nakonec zničila naši krajinu a výsledky této jejich „**evidence based agriculture**“ padesátých let můžeme dodnes vidět názorně na rozdílu krajiny rakouské ve srovnání s naší. Copak musíme čekat dalších padesát let na to, abychom zjistili, že redukovat nemoci jen na biologické aspekty je blbost?

Neměli bychom si však zastírat, že jsme spolu také někdy nemohli souhlasit. Např. v otázce vzdělání v psychosomatice. Psychologům se zdálo nespravedlivé, že díky doc. Beranovi vznikla nově možnost získat osvědčení IPVZ o psychosomatickém vzdělání, ale jen pro lékaře. Není to naopak spíše příležitost k tomu, napravit něco, co bylo ve vzdělání lékařů zanedbáno? Neměli bychom nyní pečovat právě o prostor pro vzájemné setkávání lidí různých profesí při péči o pacienty například tím, že bychom našli způsob jak svést psychology s lékaři při přípravě na zkoušku z klinické psychologie, nebo z funkční specializace z psychoterapie, nebo z psychosomatické medicíny dohromady, přesto, že každý bude naplňovat log book ke zkoušce po svém? Neměli bychom začít pečovat o prostory pro fungování skutečných psychosomatických týmů, kde se mohou scházet lidé různých profesí aniž by se museli pro udržení pocitu vlastní důležitosti vzájemně diskvalifikovat?

V tomto čísle jsme začali na pokračování otiskovat výbornou, podrobnou kasuistiku o střevním onemocnění typu collitis ulcerosa Jirky Růžičky. Ještě před 20 lety považovali odborníci toto onemocnění za jedno z nejlépe probádaných psychosomatických onemocnění. Dnes somatičtí lékaři a to dokonce i někteří odborníci v GIT poradnách nevědí, že by se k léčbě tohoto svízelného způsobu stonání dala použít psychoterapie. Zajímalo by nás, jak by se na tento případ dívali odborníci jiných terapeutických škol. Budou si ale muset počkat na dokončení v dalším čísle. Pro opravdové „hledáče pravdy“ o moderním pojetí medicíny otiskujeme už třetí pokračování překladu názorů Thure von Uexküll, lékaře z nejpovolánějších, z jeho poslední revidované verze vynikající Psychosomatische Medizine, která vyšla v minulém roce. Nestála by za překlad celá? A do třetice vynikající text zesnulého rodinného terapeuta MUDr. Jana Špitze otiskujeme jeho poslední text, který by mohl vnést více světla do otázek kolem etiky, které tolik rozvlnily klidné vody libereckého setkání.

Z POŠTY: OHLÉDNUTÍ ZA KONFERENCÍ

MUDr. Radkin Honzák, CSc.: 10. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

na téma Psychosociální a duchovní limity biologické medicíny
Liberec 16,-18.září 2004

Až do nástupu fašismu k moci byl Liberec vzkvétající severočeskou metropolí obývanou smíšenou česko-německo-židovskou komunitou. Pak přišli k moci nacisté, vyhnali Čechy, vyvraždili Židy a navíc jim vypálili synagogu. V roce 1945 jim to Češi oplatili a nájezdníci z rabovacích gard město doslova vydrancovali. Pamatuji na popěvek z té doby, jehož text obsahoval též řečnickou otázku: Ó Liberec, ó Liberec, kdepak je můj perskej koberec...? Liberec pak, řečeno slovy našeho předchozího prezidenta, nevzkvétal, a to po velmi dlouhou dobu.

Po roce 1989 a ukončení třídních bojů se začalo konečně mluvit také o odpuštění a smíření. Z iniciativy ředitelky liberecké knihovny paní Věry Vohlídalové byla v roce 1995 za peníze, které poskytl Češi, Němci a Židé, na místě vypálené synagogy postavena stavba smíření - nová moderní synagoga a architektonicky i funkčně nádherná Krajská knihovna. V jednom z jejích útulných sálů proběhla 10. konference psychosomatické medicíny, jejíž duch tolerance a vzájemného naslouchání a úcty k odlišným názorům byl s největší pravděpodobností ovlivněn také tímto novým geniem loci.

Sešlo se zde na 200 představitelů a zástupců medicínských, psychologických, sociálních a duchovních profesí od praktických lékařů a rehabilitačních pracovníků, přes psychology, psychiatry, odborníky jednotlivých oborů, biology až po zástupce sociální sféry, filozofie a praktikující faráře.

Vliv tolerantní atmosféry bylo možné sledovat již od prvního přednáškového bloku, v němž Chvála probíral problematiku psychosomatického pacienta a došel k závěrům, že spíše než o jedince postiženého určitými obtížemi se dnes v psychosomatické medicíně jedná o „prostor“, ve kterém se ocitnou nemocní, jimž standardní biomedicínský přístup nenabízí adekvátní pomoc. Protože jejich stonání („illness“) má řadu facet, je nutné hledat i léčebná řešení v mnoha vrstvách a vyhnout se dogmatismu. Multidisciplinární přístup je mnohem nadějnější, než odeznívající fundamentalistické sektářství. Podobně skromné bylo i Šimkovo sdělení, které se na rozdíl od hlavního tématu konference zaměřilo více na limity psychosomatického přístupu, a to především z filozofických aspektů. Tématicky do tohoto oddílu lze přiřadit příspěvek Kunertové zaměřený na teorii radikálního konstruktivismu a podobně sem patří i Bahbouhův referát o výzkumu a metodologii v psychosomatice.

Z příspěvků, které měly blíže k filozofii než k praktické medicíně chci zmínit především zamyšlení Heleny Klímové nad transgeneračními traumaty holocaustu, Rabanův příspěvek věnovaný duševnímu a duchovnímu smyslu v díle V.E.Frankla, fenomenologickou lekci Hogenové, na niž tématicky navázala daleko praktičtější způsobem zaměřená přednáška Stackeové, která filozofii přesvědčivě zohlednila

v klinické praxi. Účastníci ocenili živou velmi osobní a na bohatství nadhozených témat až příliš krátkou přednášku Hansmanové o vlivu krize na psychosomaticky smýšlející psychosomatiky a konečně Skorunkovu úvahu nad vznikem nových chorob vyráběných především farmaceutickými firmami. Velmi zajímavé a provokativní bylo Lajkepovo vystoupení na téma „historismus“ v medicíně. Brněnský Ústav lékařské etiky vyslal ještě jednoho perfektního přednášejícího, jímž byl Vácha s přednáškou o evoluční psychologii. Bohatá životní zkušenost a moudrost zazněla z příspěvku Křivohlavého, který standardně dokázal být jak „in“ tak nad problematikou odpouštění a jejím významem pro psychosomatické potřeby každého jedince, stejně jako společnosti (nevyřešení krize komunistické nadvlády a viny zaznělo jak explicitě, tak en passant několikrát v teoretických sděleních, ale i v historických pasážích a sem tam i v klinických příspěvcích). Duchovní téma zpracoval a přednesl také Kašparů.

K historii psychosomatiky zazněla nejprve precizně zpracovaná historie psychosomatických konferencí, kterou hned první den přednesl Baštecký a v závěrečných blocích Šavlíkovo vzpomínání na osudy psychosomatiky demonstrováné na „vlastním preparátu.“ Někde na pomezí těchto dvou oblastí se ocitá Poněšického myšlenkově inspirativní vize o chodu psychosomatického oddělení. Tvrdé bylo konstatování Tošnerové týkající se liaison psychiatrie, u nás zcela opomíjené a bohužel vymírající (zatímco v USA je novým oborem).

V prostoru mezi teoretickými obory (anatomie, patofyziologie, farmakologie) a klinikou se pohybovala sdělení Večeřové-Procházkové a Honzáka obhajující pozici psychofarmakoterapie v psychosomatické medicíně jako její nezastupitelné součásti. Večeřová se zaměřila na neurobiologické aspekty úzkostných poruch, Honzák na patofyziologii, kliniku a možnost prevence (preparáty ze skupiny SSRI) kardiovaskulární problematiky u panické poruchy a depresí. Pro většinu posluchačů však patrně nejzajímavější byla sdělení dotýkající se již konkrétní klinické práce. Jako vždy zazářili Bojar a Pánková se svými koncepčními sděleními, jež oslovila všechny klinické pracovníky (hlavně tím, že doporučované postupy se harmonicky prolínaly s kazuistickými příběhy), doufám však, že i teoretiky. Fifková vysoce odborně a současně ukázkově empaticky probrala problematiku anorgasmických žen a postupy při jejich léčení. Zopakovala důsledně opomíjenou skutečnost, kolik našich patientek bylo v dětství sexuálně zneužito! Za těmito řečníky nezůstali pozadu Trapková a Chvála se svým transgeneračním pohledem na nemoc, Hnízdil přednesl své zkušenosti s bolestmi zad; měl zde prostor i pro své názory, za něž je jinde kacéřován. Baštecký s Tondlovou sklidili zasloužený potlesk po přednášce o komplexní léčbě bolesti, Irmiš prezentující několik typologií a z nich vycházející individuální přístup podle potřeb konkrétních nemocných, měl nemenší úspěch; posluchači ocenili i jeho svérázný humor. Zaujala přednáška Machové o poruchách příjmu potravy, která ačkoli proběhla (stejně jako předchozí dvě zmiňované) v satelitním programu, byla navzdory těžké konkurenci v hlavním sále až do konce „zcela vyprodaná“.

Beran prezentoval několik sdělení (ústní i postery) týkající se postojů sester, lékařů a mediků k psychosomatické problematice a především k možnostem výuky v tomto směru, v návaznosti na to Chvála ([Psych@som](#)) a Honzák (Prakt. Lék.) nabídli možnost publikovat psychosomaticky orientované práce v jejich periodících. Praktickou výcvikovou ukázkou pak byla večerní Balintovská skupina.

Panel na téma PSYCHOSOMATICKÁ PRACOVNÍŠTĚ zněl dojemněji a zoufalečtěji než venkovský pohřeb. Nastavení financování našeho zdravotnictví zabilo křehkou síť psychosomatických jednotek, které se poloilegálně (druhá půlka

šla podvodem; když to prosadili v Bratislavě, říkali jsme v Praze: Už to mají i na Slovensku, oni dělali totéž) etablovala v křečích reálného socialismu. Pak přišly pojišťovny a jejich představitelé/ky řekli/y: „Přece si s pacientama nebudete povídat! Máme tu EBM a ta vyřeší vše.“ Vyřešila to až do těch hrdel a statků, že farmakoekonomické sympozium na posledním zlínském Rybkově kongresu nám dalo najevo, že finanční situace našeho zdravotnictví je horší, než si pesimisté v terénu mysleli. Přesto Středisko Komplexní Terapie v Liberci žije, a to je velká naděje.

Následující závěry by se měly tisknout proloženým písmem, protože to však není zvykem, zdůrazním je alespoň stylisticky: Psychosomatická medicína NENÍ ALTERNATIVOU k současně převládající biologicky orientované medicíně, chce být jejím doplňkem. Nejde jí o doktrinu, ale o pohled, a to pohled na pacienta, spíše než na nemoc, na pacienta, který se dostal do těžké životní situace, a pro kterého je lékař jistou nadějí. V Kollárově duchu: „Cesty mohou být rozličné, ale vůli mějme všichni rovnou...“ vidí optimální řešení v hledání souvislostí jeho nemoci a v multidisciplinárním přístupu, který je jediný s to zaplnit „díry“, jež po sobě zanechává superspecializovaný přístup. To snad není až tak pitomé? Ba ani tak drahé.

Psychosomatická medicína není (tak jako humor) rigidním a všespasitelným přístupem, je více pohledem zahrnujícím nikoli pouze biologické, ale i další lidské otázky do problému, který se nyní nazývá NEMOC (a měli bychom si uvědomit, že kdysi se něčemu z dnešních „nemocí“ říkalo „zlozvyk“, nebo „hřích“, nebo dokonce „zločin“). Chce v Hippokratově duchu nemocným a nemocem porozumět a léčit je.

Psychosomatická konference v Liberci splnila své cíle a pokud já mohu říci, byla nejlepší ze všech deseti, které jsem ve svém krátkém, leč bohatém životě absolvoval. Dík za to patří přednášejícím, kteří dodrželi, co slíbili, všem účastníkům, kteří se projevíli jako vnímavé, diskutující, aktivní publikum, výboru Psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, především však MUDr. V. Chválovi a jeho spolupracovníkům v Liberci, kteří zajistili vše pro to, aby takováto přátelská, bohatá a pracovní atmosféra vůbec mohla vzniknout, a to přestože KONFERENCI NESPONZOROVALA ŽÁDNÁ Z FARMACEUTICKÝCH FIREM! Ty kapitály, prosím, ponechat. Tak totiž chutná svoboda. A o tu jde!

MUDr. Radkin Honzák,

CSc. – 26,9,04

... konference je ukončena a dojmy zůstávají. Rád bych vám poděkoval za to, že jste ji organizoval, jak jste ji koncipoval, řídil a dovedl k cíli. Byl jsem potěšen hned tím, že jste měli odvahu ji uspořádat, pak tím, jak jste ji připravovali a nakonec i způsobem jak byla vedena (pravda, že i prostředím). Rád bych vám i vašim spolupracovníkům a spolupracovnicím ze srdce poděkoval. Go on - pokračujte a nedejte se utlouct lidskou malostí.

S pozdravem Jaro Křivohlavý

... zúčastnila jsem se v předchozích dnech jedné milé konference v Liberecké knihovně ... Nechci zbytečně plácát superlativy, nerada bych došla k jejich inflaci, ale pro mne to byl zážitek, tu atmosféru nasávat, poslouchat příběhy z různých soudků zabarvené jedinečnými osobnostmi a jejich životními osudy, celoživotní orientací na určitý obor a světonázorem. Děkuji tedy, a myslím, že nejen za sebe, za víkend strávený s lidmi, kteří jsou "mým šálkem čaje", za obohacení odborné, společenské a duchovně duševní a za další z mostů, který pomáhá rozevírat prostor tohoto typu myšlení směrem k "širokým masám".

Zdravím tedy do Liberce a ještě jednou díky všem organizátorům, myslím, že se to povedlo.

MUDr. Michaela Bernardová
České Budějovice

MUDr. Ivan Vondřich: Ještě o etice

Nejprve bych velmi rád na začátku svého dopisu poděkoval pořadatelům 10. konference o psychosomatice v Liberci. Takže moc děkuji, konference mě přinesla hodně témat k zamyšlení a příjemný pobyt mezi lidmi, kteří se loptí s podobnými problémy jako já.

Na konferenci jsem měl diskusní poznámku k přednášce dr. Lajkepa o etice, ve které jsem vyslovil názor, že etická pravidla by si měl každý stanovit sám pro sebe, že by každý měl mít svůj vlastní etický kodex. Ke stejné přednášce diskutoval ještě doc. Beran s poznámkou, že by se etika měla stát součástí každodenní klinické praxe. Dr. Raban vystoupil s myšlenkou, že etika není o zákazech, ale o hledání a konání dobra. Pokud by moje interpretace nebyla úplně přesná, omlouvám se jak doc. Beranovi, tak dr. Rabanovi. Moje poznámka vedla u přednášejícího k vyjádření důrazného nesouhlasu a i někteří další odborníci v otázkách filosofických vyjádřili nesouhlas, i když ne tak zřetelně.

Vracím se k této otázce, protože si ji sám pro sebe řeším již delší dobu. Zřetelně jsem si uvědomil nedostatek praktické aplikace etiky ve zdravotnictví, když jsem před časem během výcviku v rodinné terapii dostal do rukou návrh Evropského etického kodexu v psychoterapii. Tento dokument se snažil zapracovat do svého obsahu všechno, co se týká etického chování v psychoterapii do nejmenších podrobností. Měl jsem pocit, že pokud by se psychoterapeuti měli tímto kodexem ve všech jeho bodech řídit, ztratili by valnou část svobody v rozhodování, ztratili by valnou část sama sebe ve vztahu ke klientovi a osobně si nedokáží představit, jak by mohli vůbec pracovat.

Myslím si, že platí obecná etická pravidla v chování, která jsou závazná pro všechny, kteří chtějí jednat eticky. Při praktickém zavádění etických principů do každodenní klinické praxe lékaře však narazíme na problémy. Já osobně chápu etické chování ve vztahu k pacientovi ve smyslu poznámky dr. Rabana. Mé etické chování k pacientovi by mělo být takové, aby bylo dobré pro pacienta, či přesněji, aby bylo dobré pro zdraví pacienta. Pokud budeme chtít, aby naše jednání bylo ku prospěchu zdraví pacienta, je třeba začít u sebe. Je třeba posoudit svoji vlastní profesionální erudici. Pokud budu skvělým kardiochirurgem, jistě prospějí zdraví pacienta, pokud provedu na pacientovi úspěšnou operaci trojnásobného by-passu po diagnostice ucpaných příslušných koronárních arterií. Pokud budu méně skvělým či počínajícím kardiochirurgem, je třeba zvážit, zda na operaci stačím. O provedení operace by neměl vůbec uvažovat chirurg, který se věnuje břišní chirurgii. Pokud bude chirurg mít na mysli spíše uspokojení vlastních potřeb uznání ostatními, pokud bude chtít dokázat tatínkovi, že neměl pravdu, když výše hodnotil jeho bratra, pokud si potřebuje potvrdit svůj sebeobraz či pokud bude mít spíše na zřeteli otázku kariérního postupu, nemusí být jeho jednání pro zdraví pacienta moc dobré a někdy mu může přímo uškodit. Ve stejné situaci je i profesionál v pomáhajících profesích řešící v našem případě psychosomatické problémy. Posouzení vlastní schopnosti, vlastního sebeobrazu, posouzení vhodnosti terapeutické metody, kterou pomáhající

ovládá pro pacienta, je pro tohoto profesionála mnohem obtížnější než v prvním případě kardiochirurga. Pokud si již předem jasně nestanoví hranice, za které již vzhledem ke svému vzdělání, osobnostním kvalitám či spíše osobnostním nedostatkům, času či ekonomickému tlaku, nemůže jít, rozhoduje se v momentu dané situace ku prospěchu pacienta těžko. Je třeba si uvědomit naše vlastní tendence, které nás vedou k tomu, abychom měli z dané situace prospěch na úkor pacienta a tyto tendence v našem jednání hledat a omezit na minimum. Všichni pomáhající mají ze vztahu k pacientovi prospěch, proto svoji práci dělají, ale v žádném případě by prospěch terapeuta neměl být na úkor pacienta či klienta. Samozřejmě nehovořím o prospěchu finančním. Vzhledem k tomu, že vzdělání, osobní nedostatky či přednosti, čas či ekonomický tlak jsou u každého pomáhajícího jiné, jsou i hranice či pravidla jednání u každého pomáhajícího trochu jiná. I tendence hojit si na pacientovi své vlastní problémy mají u každého jiný původ, projev, formu, intenzitu či naléhavost. Všichni by však měli sledovat dobro pro pacienta. I jednotlivé psychoterapeutické metody se někdy zásadně liší v názoru, co je vhodné, možné či zakázané ve styku s klientem dělat.

Pokud se nám podaří vypořádat se s vlastní osobou tak, abychom byli schopni pomáhat či alespoň moc neškodit, je třeba zohlednit při léčbě pacientovu osobnost. I tady si je třeba říci, že určité typy lidí, i když by lékařova erudice či vzdělání stačilo, se mu léčí z nepříliš jasných důvodů těžko. Pro pacienta by pak bylo výhodnější, kdyby ho léčil kolega, který s tímto osobnostním typem nemá problémy, nebo lépe, který mu opravdu sedí a vyhovuje. I zde je těžké se v určitých konkrétních případech rozhodnout, protože nic není černobílé. Je vhodné si předem říci, které typy pacientů již opravdu do léčby nemohu vzít, protože při svém způsobu práce bych jim neprospěl či spíše uškodil.

Při rozhodování o tom, co všechno mohu či musím v zájmu zdraví pacienta udělat je vhodné zohlednit i možnosti, které mám k dispozici. Pokud budu pracovat na fakultní klinice v hlavním městě, bude neetické, pokud nepoužiji léčebné či diagnostické metody či pomůcky, které mám k dispozici v případě, že by jejich použití bylo dobré pro zdraví pacienta.. Pokud však budu obvodním lékařem v horské vesnici v polovině ledna, kde zrovna napadlo půl druhého metru sněhu, u stejného pacienta neetické nebude, když vynechám vyšetření magnetickou rezonancí, spokojím se s fyzikální vyšetřením a poskytnu pacientovi léčeni, které je v té chvíli dostupné. Myslím, že i vyhodnocení vlastních prostředků, možností a vyhodnocení dostupnosti specializovanější péče je dobré si rozmyslet dopředu a zahrnout ho do úvah, co je pro pacienta dobré.

Pokud si lékař nebo jiný profesionál v pomáhajících profesích příslušná pravidla ustanoví, je třeba stále se ptát sám sebe, zda to, co dělám opravdu zdraví pacienta prospívá. O tom, co je zdraví, z jakého pohledu, co mu prospívá a co ne, nechci diskutovat, ale i to je u každého pomáhajícího trochu jiné a i to vede k rozhodování, zda prosazovat svůj názor na zdraví, který je odlišný od většiny, u koho, u jakých typů onemocnění či kdy uznat, že i jiný pohled na zdraví může v daném případě pomoci. Dále je třeba čas od času se znovu zamýšlet, zda stanovená pravidla stále platí a podle potřeby je měnit.

Pokusil jsem se v hlavních rysech zdůvodnit, proč si myslím, že by každý měl mít svá vlastní etická pravidla, že tyto pravidla se budou mezi jednotlivými profesemi a pracovníky v rámci profesí více či méně lišit, že se budou měnit v čase a nikdy stoprocentně nepokryjí všechna hlediska, které je třeba brát do úvahy. Ještě jednou bych na závěr chtěl říci, že stanovení konkrétních bodů, podle kterých by měl jeden každý lékař jednat, nevyklučuje platnost obecných etických principů. Možná je to jen

mou vlastní neschopností, ale já jsem byl nucen si výše zmíněná pravidla stanovit, abych měl alespoň trochu jistoty v tom, že pacientům spíše neškodím než prospívám. Pokud je někdo schopen bez problémů aplikovat obecné etické principy v každé klinické situaci, bude se mnou asi nesouhlasit, jako někteří kolegové na konferenci. Pokud by někomu vadilo nazývat diskutované etickými pravidly, jistě lze hovořit o hranicích, za které již nelze při vykonávání povolání jít v žádném případě. Pokud by někomu vadilo i to, lze hovořit o tom, že je dobré o práci přemýšlet a pak z tohoto přemýšlení udělat závěr, který je použitelný a používaný v budoucnosti. Pro mě osobně je ale hlavně při komunikaci s ostatními vhodnější a výstižnější hovořit o etice v praktickém provedení.

V Praze 19.9 2004

Zdraví Ivan Vondřich

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

29/10 Kurz Psychosomatika III –vzdělávání ČLK

datum konání:	16.10.2004
Místo konání:	Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu:	MUDr. Jiří ŠAVLÍK, CSc.
MUDr. J. Šavlík, CSc.:	Komunikace
Mgr. Henek Bartoš, PhD.	Rozlišení duše a těla
MUDr. Petra Petrovská	Historický úvod do problematiky
MUDr. PhDr. Jan Poněšický	Terapeutický vztah jako setkání
MUDr. PhDr. Jan Poněšický	Teoretické modely v psychosomatice
MUDr. Jan Hnízdil	Proces změny v psychoterapii
MUDr. Jan Hnízdil	Bolesti zad: mýty a realita I., diagnostika
MUDr. Zdeněk Kalvach	Bolesti zad: mýty a realita II., terapie
	Geriatrická diagnostika

Informace o tomto kurzu jsme převzali z Tempus medicorum, časopisu ČLK a vzhledem k termínu vydání tohoto čísla Psych@somu je jasné, že jde o uvedení více symbolické, nebo snad archivní. Pokud budete kdokoli pořádat psychosomaticky orientovanou vzdělávací akci, můžete ji zde oznámit včas, tak, aby se dostala do rukou čtenářů Psych@somu, zájemců o dění v psychosomatice.

VELICE VÁS ZVEME NA SEMINÁŘ POŘÁDANÝ PSYCHOSOMATICKOU KLINIKOU

Tělesně zakotvené prožívání

PhDr. Ing. Karel Hájek

Termín: 19.10.2004 v 17:30

Trendy v sexuálním chování v ČR

Prof. PhDr. Petr Weis:

Termín: 16.11.2004 v 17:30

Adresa:

Psychosomatická klinika, Patočkova 3, Praha 6

Jak se k nám dostanete:

Nejlépe ze stanice metra Hradčanská tramvají č.15 nebo 25 na zastávku Hládkov (směr Bílá Hora)

Cena semináře: 100,- Kč

Na přednášku prof. Gunnara Stollberga z University v Bielefeldu o postavení akupunktury v Německu a Velké Británii 19. listopadu

Vás zve: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta a Ústav pro lék. etiku a ošetřovatelství

Prof. Stollberg se zabývá sociologií medicíny a zdravotnictví a provádí dlouhodobý výzkum regulace nekonvenční medicíny v západní Evropě.

Přednáška bude pronesena v angličtině a bude se konat 19. listopadu od 10 do 12 hodin v místnosti č. 224 budovy 3. lékařské fakulty UK

Ruská 87, Praha 10, 1. patro (2. podlaží).

Komunikace s prof. Stollbergem může probíhat také v německém jazyce.

Přednáška se koná v rámci grantu GAČR 403-02-0691.

Po přednášce budou následovat informativní příspěvky PhDr. Evy Křížové a MUC. Jana Procházky k postojům vůči akupunkturu a alternativní medicíně v českém lékařském prostředí a diskuse.

Ukončení předpokládáme na 13 -14 hodinu, dle zájmu zúčastněných.

Za organizátory,

PhDr. Eva Křížová

Ústav pro lék. etiku a ošetřovatelství 3. LF UK

Ruská 87, 100 00 Praha 10

eva.krizova@lf3.cuni.cz

v Praze dne 20. 9. 2004

222020 - Odborná stáž v psychosomatické medicíně

Určeno pro lékaře všech oborů a klinické psychology.

Program: Diagnostika a terapie v psychosomatice, různé organizační rámce psychosomatické praxe, výměna zkušeností z vlastní praxe účastníků, interdisciplinárně pojaté diskuse, novinky z literatury.

Školitel: MUDr. Jiří Beran, CSc. , MUDr. Vladislav Chvála

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie, Liberec, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch.

Termín: 29. 11. - 3. 12.

Počet účastníků: 25

Předpokládaná cena: 2000,- Kč

PhDr. Jiří Růžička: Léčba dle principů „daseins“ - kazuistika

PhDr. Jiří Růžička přinesl na 10. konferenci podrobně zpracovanou kazuistiku, ve které hlavní postava příběhu trpěla střevním onemocněním. Je pochopitelné, že nemohl stihnout přednést tuto výbornou práci v celém rozsahu, proto ji velmi rádi uveřejníme postupně na stránkách Psych@somu.

Tento text vznikl ve spolupráci s kolegou PhDr. O. Čálkem, CSc., který se mnou v druhé etapě léčby případ onemocnění ulcerární kolitidou vedl. K tomu neodmyslitelně patřily nesčetné diskuse a vzájemné dohlížení na léčebné vstupy, formulace pracovních hypotéz i podpora v době, kdy se zdá, že vlekoucí se práce a spolupráce nejde tak, jak by pacient potřeboval a jeho psychoterapeuti si přáli. K tomu se váže i společně sdílená radost z toho, když se nám povedlo zvítězit nad temnotami choroby a vnést do případu jasno. A nakonec dosáhnout stavu, který pacientka vnímá jako vysvobozující uzdravení. Kazuistické zpracování obsahuje také některé obsahové i formulační podněty Dr. Čálka. Nejsou však v textu vyznačeny, protože studii jsem nakonec vypracoval já. Přesto však podíl pana kolegy na zpracování považuji za rovnocenný a jeho přínos pro léčbu i spolupráci nenahraditelný. Pro to vše mu upřímně a srdečně děkuji. A také oceňuji jeho nasazení, to, jak skloubil vědomosti a cit pro člověka i situaci, způsob, jakým kriticky i tvořivě přemýšlel, jak formuloval svá porozumění a jak s pacientkou během svých vstupů jednal. Odvedl výtečný kus terapeutické práce, která mi přinášela radost, potěšení a vzbuzovala můj obdiv a nadšení. Vážím si jeho diskrétních projevů přijetí, úcty a respektu k dotyčné ženě i účastných projevů soucitu, když trpěla bolestmi i obavami o svou budoucnost. Stejně mě dojímaly jeho opatrné připomínky a kritické poznámky k mé práci. Užival jsem si jeho ohleduplného a pozorného zacházení. Bylo to skvělé, po většinu času jsem byl u toho.

V průběhu spolupráce se objevilo několik krizových momentů. Týkaly se našich teoretických odlišností i terapeutického pojetí. Myslím, že jsme se mnohému naučili a na pár věcí bez hořkosti rezignovali.

Zvláštní poděkování zasluhuje pacientka. Nejenže souhlasila s publikací článku, ale k jejímu uzdravení nás přivedla především její spolupráce. Dovolila nám abychom se k ní přiblížili na bezprostřední vzdálenost, a tato blízkost nám umožnila takovou účast na událostech,

příhodách a příbězích jejího života, která usnadňovala efektivitu odborné práce. Prožili jsme spolu chvíle, které jsou zmíněny jen nepřímo nebo vůbec. Jsem však přesvědčen, že měly rozhodující vliv na zdárný průběh léčby. Proč tedy o nich mlčím? Mnohé patří do „psychoterapeutického kuloáru“ nebo „pod čáru odbornosti“. To je ta doba či takové situace, kdy vlastní léčba neprobíhá, setkávání má neformální charakter nebo se stane něco, co se nedá dost dobře postihnout a popsat, co si člověk zapamatuje jen částečně a vybaví jako něco „odborně vedlejšího“. Jednou, bylo to na samém konci skupinového sezení, když už jsme skončili, ale ještě jsme na chvíli zůstali v kruhu, jsem cosi, co už si nepamatuji, na její adresu řekl a pacientka po mně z legrace hodila trepkou. Bylo to vzácně důvěrné a milé gesto, které mne překvapilo a také změnilo moje vnímání její osoby. Nechali jsme je bez jakéhokoliv komentáře. Přesto je považuji za projev důvěry, která posunula i moji důvěru v ní i ve výsledek léčby, a vedlo ke sblížení, které hrálo v léčbě významnou, i když nepopisovanou roli. „Když po mně dokáže hodit botou, dokáže mnohem více, než by okolí předpokládalo.“ Občas ke mně, podobně jako k ostatním lidem ve skupině, měla vtipné komentáře a poznámky. Nezabývali jsme se jimi, nechali jsme je být, protože jsem cítil, že v této podobě a bez analýz měly největší cenu. Stranou jsme ponechali také řadu projevů sympatií i některá vzájemná rozladění. Měly nepochybný vliv a léčebný význam. Jejich povaha a subtilnost některých rysů však uniká mé schopnosti je přiléhavě a pro vývoj nemoci i její léčby věrně vyjádřit. Pacientka byla rovněž aktivně praktikující křesťanka. Porozumění a podpora pro její orientaci, kterých se jí obzvláště v další části léčby dostávalo, hrály nepochybně svoji stabilizační roli; a otevřeně a svobodně projevovaná náboženská víra pak ovlivňovala její víru v ní samotnou i ve společné léčebné úsilí. Několikrát jsme od kolegů, které jsme přizvali k supervizi, slyšeli, že bychom její náboženské zájmy měli analyzovat. Neudělali jsme to. Mám zato, že bez její prostě vyhlížející víry bychom nemoc zvládali mnohem obtížněji.

Občas jsem k ní měl během skupinového kuloáru docela tvrdé poznámky nebo otevřené připomínky, které byly součástí vtipkování a skupinového humoru. Během sesí bych si je vůbec nemohl dovolit. Nebojácně mi je vracela a s narůstající razancí, vtipem i neskrývaným potěšením mě „utírala“. Většinou jsme se přitom báječně bavili. A cítili něhu i vzájemné sympatie.

Rovněž jsme se pokusili k léčbě přizvat někoho z rodiny. V první etapě léčby k nám přišla její matka. Bylo to setkání, které v nás zanechalo řadu poznatků o souvislostech mezi nemocí a rodinném životě i silných emocí, které nás vybízely co nejdříve rodinu začlenit do léčby. Tomuto impulzu jsme odolali, protože jsme pochopili, že naše pacientka potřebuje takové podmínky, do kterých již nikdo z rodiny

nebude mít přístup. Udělali jsme dobře. Svoje „místo na slunci“ i uzdravení si vybojovala sama ve svém vlastním nově vznikajícím životním prostoru.

Teprve během druhé etapy psychoterapie jsem si povšimnul jejího zvyku se lépe orientovat a dělat si v každodenních situacích jasno pomocí lehce karikovaných a komiksům se podobajících představ. Až na samém konci léčby se ukázalo, že mezi touto zvyklostí a úspěšností jednání existuje vztah. Jakmile se jí podařilo obtížnou, nesrozumitelnou nebo nebezpečnou situaci dostat do obrazivé a heslovité formy, začala své potíže mnohem lépe zvládat. Až po léčbě jsem si uvědomil, že podobně, i když mnohem toporněji a mechanicky fungovaly naše grafy souvislostí symptomů, zátěže a postupných úkolů, které jí byly ukládány nebo které později již sama objevovala, formulovala a také plnila. (O nich bude řeč dále v textu). Kdyby byly vypracovávány méně abstraktně, dějově konkrétněji, kdyby obsahovaly více výpravnosti a metonymie, byly bychom s jejich pomocí pravděpodobně s to mnohem lépe a rychleji najít potřebné souvislosti, životněji je uchopit a v léčbě využít.

Kdybych popisoval tyto „vedlejší“ faktory a poznatky, kterých bylo nepočítaně, psal bych zcela jiný text, než ten, který předkládám. Úvod jsem, jak bývá zvykem, psal až nakonec. Proto je i další část sepsána jinou formou, běžně považovanou za odbornou.

UVEDENÍ DO PŘÍPADU

Slečna V. N. se do naší péče dostala s diagnózou colitis ulcerosa. Trpěla jí již osm let a po celou dobu se léčila tradičním medicínským způsobem, tj. medikací, přísnou dietou a klidem na lůžku. V době začátku psychoterapie, to je ve svých 26 letech, pobírala již několik roků plný invalidní důchod. Bydlila u svých rodičů a život trávil tak, že ponejvíce odpočívala na lůžku a jako pacientka nevycházela z bytu, po kterém se pohybovala oblečená v županu a noční košili. Když byla v obzvláště dobré kondici, vzala si na sebe z módy vyšlé oblečení a po krátké době se vrátila nazpět domů. Za tyto výlety však platila prudkým zhoršením zdravotního stavu. Čas od času se také pokusila o normální život. „Porušila“ přísnou dietu nebo si zašla do divadla či na koncert. Vždy následovala dekompenzace. V lepším případě ji to uvrhlo zpět na lůžko, protože se v její stolici objevila krev. Často se však její příznaky zhoršily natolik, že musela být hospitalizována. V nemocnici dostala transfúzi a kromě preparátů nezbytných ke stabilizaci fyziologického stavu také zvýšenou dávkou kortikoidů. Kdykoliv se pokusila o samostatný krok, vždy se jí to jakoby zákonitě zakazovalo, vytýkalo se jí, že překročila „patientskou hranici“, a proto se její stav zhoršil. Nakonec

dospěla do stadia, kdy v „pacientském stavu“ (a také tomu odpovídajícímu oblečení a celkovém uspořádání bytu) byla prakticky nepřetržitě. Zcela se soustředila na své „střevo“ a neustále pozorovala jeho projevy. Přes masivní medikaci a přísnou dietu se objevovaly krvavé průjmy i několikrát za den. To jí téměř zcela znemožňovalo vycházet a vyvíjet jakékoliv aktivity mimo domov. Postupně se však omezovaly i její činnosti domácí. Její životní rádius určovala dosažitelnost hygienického zařízení, což nakonec znamenalo, že vůbec nevycházela z bytu a tím ztrácela kontakty s okolím. Její vrstevnice se postupně provdaly, založily rodinu, ona však zůstávala sama. Pokusila se sice několikrát o navázání starých přátelství, ale její snahy vyzněly naprázdno. Její životní situace se zcela lišila od situace zdravých lidí. Stále trvající vyčerpanost a sociální izolace u ní vedly k nástupu „divných stavů“. Posléze zjišťovala, že se jí „stírají hranice“ mezi snem, denním sněním a bděním do té míry, že bylo možné tyto zážitky označit za pseudohalucinace.

Jedinými lidmi, se kterými se pacientka stýkala, byla její rodina, která ji udržovala v mnohostranné závislosti. Rodiče, a také její jediný sourozenec - bratr, zcela určovali, co má dělat, jak se má chovat, s kým si má či nemá telefonovat a dokonce jí mluvili do četby a do zájmů, jež byly ubohým pozůstatkem jejího původního spektra činností. Rodina se k ní chovala jako k nesvéprávné osobě. Její tělesná i duševní kondice a aktivita odpovídaly způsobu života mnohem staršího, chronicky nemocného člověka. Rodiče kromě nezbytných pracovních a jiných povinností rovněž zůstávali doma, a tak se celý byt proměnil v jakési zařízení s trvalou péčí o nemocné.

PRVNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÝ POBYT

Slečna V. byla bledá, slunečními paprsky nedotčená mladá žena. Chodila pomalu, jako by jí činila potíže i zcela obyčejná chůze. Dýchala jaksi úsporně, celý její projev byl zpomalený a neodpovídal věku mladého děvčete. Trpěla evidentní nadváhou a dlouhodobým nedostatkem pohybu. Nicméně ve skupině denního stacionáře velmi záhy ožila. Projevovala se jako mírná, družná, do krajnosti nekonfliktní osoba. Ve skupině se zapojovala s chutí a radostí do všeho, co se bezprostředně netýkalo některých jejích tabuizovaných témat - totiž rodičů, sexu a její náboženské orientace. V jiných případech však hovořila až s dětskou naivností a dychtivou bezprostředností. Rozhodla se také změnit jídelníček, a to navzdory „varování“ rodičů a jedné členky skupiny, jež v pacientské komunitě pozoruhodně rychle zaujala roli její matky. Její pobyt ve skupině zaznamenal několik výrazných momentů. První bylo její překvapení z toho, že jí lidé ve skupině přijali a že se stala

jednou z ústředních skupinových osobností. Připomnělo jí to dobu, kdy na základní škole aktivně sportovala, byla premiantkou a také se zúčastňovala mnohých společenských aktivit třídy. Zlom nastal v období puberty, kdy se poté, co se objevily nezpochybnitelné sexuální znaky a menstruace, její život změnil. Především jí ostře sledovala matka, která bděla nad jejím soukromím, aniž by jí jakkoliv pomohla vstoupit do ženského světa. Ten se drasticky omezoval pouze na menstruaci a s ní spojené potíže. Pohlavní život, láska a vztahy k mužům byly v době onemocnění na úrovni dívky v začínající pubertě.

Další významné téma v pacientčině životě představovalo setkání s vírou. V prvním ročníku vysoké školy se seznámila během hospitalizace na gynekologickém oddělení s mladou ženou, která ji uvedla do studia Bible způsobem, jenž pacientku velmi zaujal. Významnou úlohu pro ni přestaly hrát církevní autority a hlavní autoritou se pro ni stala sama Bible. To pro ni mělo tak velký význam, že opustila svou původní církevní obec a plně se zapojila do jiné církve, která svoji autoritu buduje na svérázné interpretaci Starého i Nového zákona. Tam našla řadu přímých odpovědí na otázky, na něž církev, ve které byla vychována, nedávala jednoznačné a přímé odpovědi. Právě přímočarost, jednoduchost a jistota, s níž se jí dostávalo odpovědí na její otázky, jako například: „Co následuje po smrti?, jaký je smysl života?, proč je kolem nás tolik nespravedlnosti?, jaká bude nejbližší budoucnost?“ ji přivedly k prvnímu a vážnému odporu proti autoritě rodičů.

DŮLEŽITÉ ASPEKTY LÉČBY

Velmi zajímavá byla návštěva její matky na „skupině pro hosty“. Již záhy bylo lidem ve skupině jasné, že velký podíl na nemohoucnosti pacientčina života má její maminka. Rázná, boдрá, energická paní nenechávala nikoho na pochybách o tom, že bez jejího názoru, vlivu a příkazu se v rodině nerozhodne prakticky o ničem. Maminka měla zcela jasno v tom, čím a jak je její dcera nemocná, sama ordinovala stravu, její dávkování a čas, sama kontrolovala, zdali dcera stoluje, a samozřejmě také hlídala její stolici. Každá známka krve v exkrementech nebo na prádle byla znamením rodinného poplachu vedoucího k vyhlášení stavu životního ohrožení. Matka rozhodla o zpřísnění dietních podmínek, pacientka byla také nucena ležet a dále omezovat veškeré své aktivity. Byl přivolán lékař nebo jej maminka alespoň kontaktovala telefonicky. Posléze se ukázalo, že maminka nejen „vede“ lékaře, ale sama o své vůli mění některé podmínky léčby, které naordinoval.

Zdálo se, že samotný tlak rodiny, bez ohledu na reálné dceřino onemocnění, vytvářel zvlášť příhodné podmínky mnohem spíše pro konzervaci domova než pro uzdravení mladé ženy. Ona sama

s matčinou aktivitou však souhlasila a považovala ji za projev skutečného zájmu a adekvátní péče. Ovšem prožívala ji, jak sama musela teprve zjistit během terapie, jako značně omezující, úmorný a nepohodlný vliv, který jí také „leze pěkně na nervy“. To si však nedovolila vyslovit, neboť když se o to jednou pokusila, sesypala se jí na hlavu taková lavina výčitek a obvinění, že si již po druhé netroufla ani zaprotestovat. Zkoumali jsme, zda má naše pacientka nějakého spojence, člověka v rodině, který by její izolaci rozuměl a pomáhal jí z ní - byť třeba jen částečně - ven.

V první řadě nás zajímal otec. Ten se však neprojevoval jako matčin protipól, ani nevystupoval jako ten, kdo s dcerou cítí, je na její straně nebo s ní alespoň tiše sympatizuje, ale ukázal se jako aktivní komplement matky a jejího jednání, názorů i přesvědčení. Bratr se pokud možno jednání o sestřině nemoci vyhýbal nebo se také přidal ke „správným“ názorům obou rodičů. Bylo jasné, že dívka je vydána rodině natolik, že její vlastní prožitky, názory a osobní přístup k nemoci a její léčbě nemají žádný prostor ke svobodnému vyjádření. Pacientka byla již jen pasivním „otrokem“ životního řádu i rytmu ostatních lidí a do svého vlastního života tak již prakticky neměla co mluvit. Ovládání jejího života jinými natolik vytlačilo její svobodné rozhodování, že ji opouštěla vůle cokoliv nejen rozhodovat, ale dokonce i vůbec něco chtít. V důsledku toho již svůj život přestávala intenzivně a zřetelně prožívat a ten se jí natolik vzdaloval, že měla pocit, že se všechno, i její tělesné pocity, začíná odehrávat někde mimo ni. Tyto stavy však přece jen zcela nepřevážily, protože se na doporučení ošetřujícího internisty objevila v naší stacionární psychoterapeutické péči.

O počátcích své nemoci napsala toto:

„Zlomovým momentem v mém životě byl květen 199x. Tehdy jsem si na sebe nechala navalit víc problémů a aktivit, než jsem byla schopná unést. V březnu jsem studovala čtvrtý ročník vysoké školy a moc jsem milovala francouzský jazyk. Proto jsem se přihlásila na státnici z francouzštiny a přitom jsem plnila svědomitě všechny své ostatní studijní povinnosti. Vzala jsem i brigádu s hmotnou odpovědností, což se nelíbilo mým rodičům. Přijel za mnou kluk z Francie, já jsem poznala, že to mezi námi neklape, rozešla jsem se s ním, což mě ale hodně citově bolelo. Neklapalo to ani doma mezi mnou a mými rodiči, hádky narůstaly, až jsem začala mít průjmy a časem se k nim přidala i krev. V červnu 1991 jsem se ocitla v nemocnici s diagnózou ulcerózní kolitida.

Lékaři se ani neobtěžovali mi ten cizí název přeložit nebo mi něco vysvětlovat. Vše jsem si musela zjistit nebo vyčíst sama. Dali mi sulfasalazin a mě po něm bolela hlava. Taky jsem byla nepředstavitelně unavená. Když mi léky vysadili, nemoc se vrátila, a tak lékaři usoudili, že

moje nemoc je chronická. Bylo mi hrozně. Ze všeho jsem byla unavená, nemohla jsem se ani dívat na televizi nebo číst knížku. Lékaři nade mnou jen mlčky kroutili hlavou. Přečetla jsem si, že by to mohl být chronický únavový syndrom. Přes tu únavu jsem však ještě rok studovala školu, složila státnici a pak jsem se bála nastoupit do práce s tím, že takovýho unavenýho člověka by nikde nechtěli.

Mezitím jsem se začala léčit i na psychiatrii pro velkou nespavost, která provázela celý průběh mé nemoci a vlastně jí i předcházela jako signál toho, že něco není v pořádku. Po medikaci Prothiadenem (6 tablet denně) jsem se zbavila únavy i průjmů. Začala jsem si tedy hledat práci a současně mi postupně lékaři vysazovali Prothiaden. Poté se však průjmy vrátily a únava taky. Obnovená léčba Prothiadenem však už nepomohla. Začala jsem tedy navštěvovat intenzivní psychoterapeutický stacionář. Dost mi to pomohlo a cítila jsem, že tudy by mohla vést správná cesta. V posledním dnu stacionáře však téměř všichni členové skupiny prohlásili, že se jim zdám v podstatě v pořádku, pouze že moje náboženská orientace je špatná. A první krok směrem ke zdraví byl za mnou.“

Během několika týdnů stacionární psychoterapeutické léčby formou skupinové terapie bylo zřejmé, že se stav pacientky V. N. zlepšuje, a v průběhu dalšího ubíhajícího času se upravila nejen její tělesná kondice, ale také její vizáž. Shodila několik kilogramů nadváhy, narovnal se, oblékala se ráda do pestrých a dívčích šatů. Přestala nosit tepláky a koupila si nové džínsy. Také se postupně měnily její stravovací návyky, troufala si, i když se strachem, jíst běžnou stravu.

Ukázalo se, že pro terapii byla významná návštěva její matky ve skupině. Lidé ze skupiny okamžitě postřehli souvislost mezi domácími poměry a stavem pacientčina těla, jmenovitě (ale nejen) jejích střevních potíží. Náhled ostatních členů skupiny pacientce otevřel oči. Uviděla sama sebe v situaci, které se zhrozila. Spatřila nesmělou, neprobuzenou a přitom předčasně zestárlou osobu ženského pohlaví, která žila takřka věžeňským způsobem života. Bylo to bolestné, ale nezbytné poznání, které jí díky zdravé části její osoby pomohlo tento obraz začít měnit. Tak například nešla rovnou ze stacionáře domů, ale zašla s lidmi do kavárny. Navázala kontakty a ty začala rozvíjet. Dovolila si sníst do nedávné doby zapovězenou stravu, často a ráda se smála. Ubrala si po dohodě se svým internistou kortikoidy (Prednison), rovněž léky na spaní (Rohypnol) a zcela jí vysadili antidepresiva (Prothiaden). I když se krvavé průjmy vracely, přesto jsme ji nabádali, aby se touto skutečností nenechala zdeptat a zkoušela svůj jídelníček rozšiřovat a zvykat si na normální stravu. Přesvědčila se, že její průjmy nejsou závislé pouze na stravě, ale mnohem významněji na tom, jaký život vede, zda samostatně a

nezávisle nebo přímo či nepřímo a navykle určený a řízený pokyny, přáními, požadavky, hodnotami a zvyklostmi rodiny. Tento dominantní, avšak z časových důvodů v denním stacionáři nepropracovaný poznatek ji doprovázel na cestě do života po ukončení stacionáře. Doporučili jsme jí, aby v léčbě pokračovala docházkovou formou skupinového sezení jedenkrát za týden.

Po ukončení stacionáře se cítila skvěle. Našla si práci, pěstovala společenské styky a oddávala se i kulturnímu životu. Bohužel přecenila své schopnosti a podcenila sílu rodinných vlivů, železnou košili zvyku a také jistý sklon k pasivnímu podvolování se a pohodlnosti, a tak se její potíže pozvolna, plíživě a nezadržitelně vracely v původní intenzitě, ba co hůře, její stav se ještě zhoršil.

Sama o tom říká toto:

„... rozhodla jsem se v psychoterapii nepokračovat. Dnes vím, že to bylo chybné rozhodnutí. Tři měsíce nato jsem se znovu ocitla v nemocnici s ještě většími průjmy a doslova jsem bojovala o život. Začala jsem užívat i Prednison. Vytvořila jsem si tedy teorii, že budu-li hodně doma a v posteli, uzdravím se. Přestala jsem vycházet ven, měla jsem minimální kontakt i s přáteli, návštěvy mne unavovaly. Brala jsem silná psychofarmaka a asi i z nich jsem začala mít v noci halucinace. Není nic horšího než to.“ (Pozn. Naše názory na její pseudohalucinační stavy uvedeme dále v textu.)

DRUHÁ LÉČEBNÁ FÁZE

Po několika letech živoření se pacientka ozvala a vyžádala si konzultaci. Důvodem byl nejen její žalostný zdravotní stav, ale i připomenutí si tehdejších léčebných výsledků u nás, pobídka ošetřujícího lékaře i „poslední pokus“, na nějž vsadila. Diagnóza zněla prakticky shodně jako minule, pouze přibyla EBV a „únavový syndrom“. Diagnóza tedy zněla: Proctocolitis ulcerosa, levostranný typus, časté relapsy. Vedl. dg. EBV chron. s poklesem protilátkové imunity IgG, IgA. Únavový sy.

Pacientka píše:

„Cítila jsem se zuboženě - na pokraji fyzických i duševních sil. Vyčerpanost těla i duše nebraly konce. Bylo to čím dál horší. Myslela jsem si - a dnes jsem si i jista - že bude-li to takhle pokračovat, tak umřu. Zavolala jsem tedy na psychosomatickou kliniku a spojila se s mým bývalým psychoterapeutem. Ulevilo se mi, když mi řekl, že mám nastoupit léčbu.“

I tentokrát pacientka V. N. nastoupila napřed do psychoterapeutického programu denního stacionáře. Bylo potřeba ji energicky a razantně vytrhnout z dosavadního životního stereotypu a ovlivnit od samého počátku způsob jejího života s jeho hodnotami, rytmem i vztahovými modalitami. Zapojili jsme ji do celodenního programu a ačkoliv jsme deklarovali možnost jistých úlev či výjimek, byli jsme odhodláni k nim sáhnout až v krajním případě. Naším záměrem bylo pacientce ukázat, že má i při svém současném stavu mnohem více sil a rezerv, než si připouští. Chtěli jsme nejen zabránit přenesení jejího domácího klimatu a návyků do stacionáře, ale zároveň jí i nabídnout příležitost k rychlému přeučení, které jsme vzhledem k její vysoké motivaci chtěli využít. Náš odhad byl správný a záměr se zdařil. Pacientka rychle a dychtivě přijímala nové podněty a nová přátelství. Učila se uzpůsobit svůj život jinému rytmu a horlivě se zabývala novými, dosud neosvojenými hodnotami, které ještě před časem považovala za irelevantní nebo nepřijatelné. Tak například se učila utrácet peníze nejen za užitečné, ale také za příjemné a jí milé věci. Našla zalíbení v jídle s přáteli v restauraci, navštívila několik koncertů a nebyla to jen vážná hudba. Na konci pobytu ji spolupacienti vyprovodili těmito slovy: *„Přestaň se zabývat svojí chorobou, nečekej, až se úplně uzdravíš, a i přes zdravotní potíže se dej na cestu normálního života. Je třeba odejít z nevhodného rodinného prostředí. Tato varianta je náročnější, vyžaduje více rozhodnosti a odhodlání...“*

Ona sama pak ve svém deníku píše:

„Zjistila jsem, že jsem-li schopná denně trávit 4 - 6 hodin ve stacionáři, mohla bych být schopná i pracovat, třeba ze začátku na poloviční úvazek. A začala jsem. Do tří měsíců jsem našla práci. Po stacionáři jsem začala chodit na večerní skupinu a moc se mi tam zalíbilo. Bezdůvodná únava mě úplně opustila a nahradil ji rostoucí pocit sebedůvěry a spokojenosti.“

Do docházkové skupiny prováděné formou sezení jedenkrát týdně nastoupila záhy po dokončení denního stacionáře.

V této zprávě nechceme pouze předložit výčet jednotlivých událostí z pacientčiny anamnézy, ani stavět na odiv dosažené léčebné úspěchy, ale chceme především ukázat, jaký druh porozumění nás vedl ke konkrétním krokům, které zlepšily pacientčin zdravotní stav a které vedly k důležitým změnám v jejím životě. Kromě tohoto záměru chceme také upozornit na hlubší smysl nemoci i zdraví.

DASEINSANALYTICKÁ PSYCHOTERAPIE

Již na začátku celého případu jsme se snažili porozumět smyslu psychosomatického onemocnění pacientky V. N. Položili jsme si několik otázek:

„Existují nějaké souvislosti mezi událostmi jejího života a krvavými průjmy?“

„Souvisí chronické vředové onemocnění tlustého střeva s petrifikací jejího životního stylu?“

„Co zamlčovaného promlouvá prostřednictvím tohoto onemocnění?“

„Proč se to vyjadřuje právě v této lokalizaci?“

Základní otázky, které nám v případě „psychosomatických souvislostí“ stále zůstávají zodpovězené neuspokojivě a jen dílčím způsobem, jsou např.: Jak a kdy se tělesnění životní situace začne objevovat jako nemoc? Proč se zrovna u daného člověka jednou problém tělesní „normálně“, tedy bez příznaků nemoci, jindy se příznaky objeví a pak znovu dojde ke změně, kterou chápeme jako uzdravení. A proč je tomu u jiného člověka podobně a u dalšího jinak?

Daseinsanalýza považuje tělesnění a tělesnost za jeden z existenciálů určujících charakteristiku člověka a jeho bytí. Tělesnost a její projevy považuje za aspekt, nikoliv příčinu jiných existenciálů, natož celé lidské existence. Proto nepředpokládá, že by psychosomatické onemocnění vzniklo tak, že by snad určitá tělesná oblast způsobovala duševní jevy stejného charakteru (a naopak), ale celobytí se jeví jako celek, v jehož rámci se jednotlivé aspekty objevují, a to proměnlivě. To napomáhá celostnímu vysvětlení některých otázek typu: proč jednou člověk reaguje depresí a jindy průjmy a opět v jiné době obojím, a zase jindy (nebo současně): proč je těmito příznaky postižena celá rodina, přičemž dvě nejmladší děti odcházejí z domova, jedno studovat medicínu a druhé teologii? Zbývá ovšem pochopit další okolnosti, což je nezbytné k tomu, aby bylo možné položené otázky zodpovědět nejen rámcově, ale i zevrubněji. V každém případě však psychosomatické onemocnění je taková podoba nemoci, kdy se nám celistvost i jednotlivé aspekty lidské existence ukazují názorně.

To, co nazýváme ulcerózní kolitidou, je de facto poměrně širokou gastroenterologickou kapitolou, ve které se stále vyskytuje řada nejasností, mezer a nedorozumění. Markantně pak v otázkách etiopatogeneze. Především je třeba říci, že vedle ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby existuje řada obrazů a projevů, které spadají do obecného označení kolitida. Základní dělení Kordačovo (1988) je klasifikačně rozšířeno K. Lukášem, který třídění doplnil a systematizoval v článku „Záněty tlustého střeva“ (2003).

Obecně a povšechně bude na místě si připomenout, jakou má tlusté střevo funkci v organismu: je součástí trávicí trubice, která je velmi

dlouhá, složitá a mnohotvárná a zahrnuje řadu rozmanitých dílčích funkcí. V tlustém střevě probíhá zahušťování již zpracovaného obsahu. V - colon ascendens - se vstřebává do těla voda; balast, odpadové produkty a případné škodliviny procházejí všemi jeho oddíly a odcházejí z těla ven. To vše normálně probíhá zcela automaticky, bez přímé volní účasti člověka. Avšak i funkce tlustého střeva a zejména jeho peristaltika - hybnost může být ve své činnosti dosti snadno ovlivněna celkovým psychickým laděním, tj. životním nastavením příslušného člověka (motivace, prožitky, volní směřování, hodnotová vodítka). Funkce tlustého střeva je tak složitá a mnohostranná, že může „resonovat“ s širokou škálou harmonických i disonantních ladění člověka. Podle toho se ovšem mění i charakter konkrétních, takzvaně psychosomatických příznaků, resp. onemocnění. Např. průjmy či chronická zácpa nebo střídání zácpy a průjmu, plynatost, tvoření zánětlivých divertiklů atd. již svědčí o rozdílném psychickém ladění. Z každodenní zkušenosti i z klinické praxe víme, že tyto rozdíly souvisejí s aktuálními stavy existence.

(Pozn.: Zajímavé jsou také podobnosti rodinné a jejich sociální, kulturní a historické výrazy. Určitý životní styl totiž ovlivňuje fyziologické pochody a sladuje orgánové funkce podobným způsobem pro danou societu. Fyziologické pochody se určitým způsobem prožívají, což ovlivňuje nejen jejich průběh, ale také spoluvytváří společenské ladění. To je svázáno s chováním vyplývajícím jednak z prožívání, jednak ze společností daných možností, aby se takové prožívání projevilo a také se „přeneslo“ na prožívání, jednání i formování života druhých. Společné dispozice pak mohou takový souběh ještě zvýraznit a posílit. Prostým příkladem je např. „nakažlivost“ některých jevů - jako je ospalost, nutkání k močení atp. - která je obzvláště patrná u dětí, a kulturní formy jejich sociálního projevu. Velmi dobře můžeme sledovat rodové „patologické“ příznaky vzniklé složitými propleteními společných znaků, příznaků a tělesných i psychických dispozic včetně dějů, procesů a komunikací; dále pak hodnotovými vlivy, rodinnými poměry, konflikty a způsoby jejich řešení, podobami soužití a životním stylem v kontextech přetrvávajících kulturních vlivů tak, jak se navzájem ovlivňují, budují a udržují. Je zřejmé, že nejen nemoc, ale i způsob její léčby má vždy dopad na „třetí stranu“, na nepojmenované účastníky nemoci stejně tak, jako má „třetí strana“ vliv na průběh a účinnost léčby. Získat a pozitivně ovlivnit „třetí stranu“ somatické nemoci ve prospěch designovaného pacienta je proto často stejně důležité jako odborná léčba samotná. Viz u nás např. (Chvála a Trapková, 2004; v Německu působící Poněšický, 2003; Růžička, 2003).)

Náhlé, avšak jen povrchní a strachem či úzkostí uspěchané chování, podobné kvapu či útěku, se tělesní tak, že se zrychlí peristaltika střeva, transport jeho obsahu je příliš překotný a voda se nestačí vstřebat. Kromě toho zde působí možné výkyvy v absorpční funkci střevní stěny. Pokud se takové stavy často opakují a stanou se běžnou součástí každodenního života, střevní stěna je masivně a soustavně drážděna a může nastat její křečovitý stav (colon irritabilis). Disharmonická peristaltika může spolu s dalšími podmínkami způsobit drobné poruchy na střevní stěně, na což může navázat zánět. Někteří autoři uvádějí, že na sliznici střeva se mohou vytvářet eroze a postupně i vřed, který se při pokračování naznačeného dysfunkčního stavu může stát chronickým (Hogan, 1989). Průjmy mohou být v některých případech smíšené s krví. Jestliže je patogenní zaměření celkové existence provleklé, stává se účinek medikace a dalších léčebných opatření nedostatečným a nemůže nastat vyléčení. Způsob existence postiženého člověka včetně jeho tělesnosti je totiž v tak nepříznivém stavu, že se podmínky vzniku dané poruchy neustále obnovují. Příslušná medicínská léčba pak u naší pacientky v důsledku této situace nepůsobila kauzálně, ale jen symptomaticky.

Při psychosomatickém průjmovém onemocnění tedy máme v oblasti tělesnosti co činit s dysfunkcí tlustého střeva. Dochází zde k narušení v oddělování vody, která se má vstřebat a být tedy organismem přijata, od odpadu, který má být vyloučen. Vinou disharmonické střevní peristaltiky přitom vzniká a přetrvává zánět, krvácející rána, která se nehojí. Léky a další léčebná opatření pacientku sotva udržují při životě. Naznačený tělesný stav pacientku vyřazuje z řady podstatných životních aktivit, její životní možnosti zůstávají ležet ladem.

Abychom se zorientovali v nemoci naší pacientky, klademe si otázku, jaký je smysl onemocnění u naší pacientky, a na základě čeho je toto onemocnění srozumitelné? K odpovědi také potřebujeme vědět, co se v životě pacientky i s ní samotnou v době jejího onemocnění děje.

V první řadě je nápadná „vydanost“ pacientky. Je „vydána na pospas“ svému střevu; je více méně v jeho moci, ono určuje její způsob života, ono vlastně tvoří jeho hlavní náplň. Vše ostatní jde stranou, ustupuje do pozadí a stává se bezvýznamným. Střevo omezuje její svobodu pohybu, ale zejména její rozhodování, svým způsobem rozhoduje za ni. Střevo přestalo být harmonickou součástí celku a vyčleňuje se, ujímá se vlády. Vše se mu podřizuje. Pacientka o něm také tak mluví: dostává se mu takřka personifikace. Je despotickým tyranem na smrt utrápené mladé ženy. Tato „vydanost“ je rovněž krajně nedůstojná: potenciálně velmi atraktivní bytost je závislá na záchodcích, resp. na své schopnosti spěchat, ozve-li se „střevo“. Atakuje její sebeúctu. Dalším aspektem ladění je strach, nejistota a úzkost. Úzkost a

strach zrychlují činnost kardiovaskulárního systému a zároveň také ovlivňují činnost tlustého střeva. Nedochází k resorpci vody, obsah střeva se nezahušťuje a trvá překotné vyprazdňování. Člověk má tendenci se zmenšit a uniknout před skutečným či domnělým nebezpečím nejen navenek - útekem, schováním se a přikrčením - ale i tak říkajíc uvnitř. Zbavuje se svého „objemu“ všemi prostředky, tedy i vyprázdňením střevního obsahu nebo zvracením. Zároveň tím také demonstruje svoji slabost, bezbrannost a podřízenost, čímž však zpravidla také připravuje nástup opačného ladění, totiž zatvřelosti a neústupnosti, podceňování nebo přeceňování nebezpečných situací a jejich reálného významu. V obou případech se také mění sebejistota a sebeúcta. Buď se vytrácí, nebo zúženě a překompenzovaně, nezdravě, potají a deformovaně bytní. V oblasti tělesné se objevují zácpy, hemeroidy, což ještě mohou doplňovat průjmy. Za této situace bývá tlusté střevo přeplněno a dolní pasáž, jmenovitě konečník, se pak při stolici nadměrně mechanicky namáhá, cévní stěny jsou narušeny, jejich tkáň se posléze stává méněcennou, bolestivou a zranitelnou. Je patrné, že vegetativní systém sám o sobě reakci vnitřních orgánů nespouští, ale je začleněn do souvislostí celé lidské existence, tělesný aspekt i formu jeho reakce zprostředkovává.

Jak však uvidíme v následujícím pojednání, deformované a odcizené vedení existence se neprojevuje pouze v jedné tělesné oblasti, tělesné zóně, ale postihuje i oblasti (zóny) jiné. Rovněž v každé oblasti existuje řada forem (modů) tělesnění, takže počet i různorodost tělesnění jsou poměrně značné. U naší pacientky se např. strach tělesnil v oblasti gastrointestinální v podobě průjmů, vředu a hemeroidů, v oblasti kardiovaskulární poruchami srdečního rytmu, v kosterně svalovém aparátu měla díky stálým napětím krčních svalů potíže s krční páteří, přičemž v důsledku dlouhodobě sníženého pohybu jí ochablo příčně pruhované svalstvo v ostatních částech těla. V zóně pohlavní pak docházelo k zánětům a vymizení menstruačního cyklu. Vidíme tedy, že životní problém nebývá tělesněn pouze jedním orgánem, ale že:

- postihuje zároveň více orgánů, ne vždy nutně s patologickým vyústěním,
- (patologické) vyústění má orgánově specifický charakter,
- orgánové vyústění má škálu typických modalit, které odpovídají možnostem a smyslu daného orgánu,
- tělesnění určitého problému je jen somatickou podobou problému, se kterou se daná osoba potýká,
- problém a jeho tělesnění nelze spatřovat pouze jako záležitost od světa izolovaného jednotlivce, ale má kontexty,
- kontexty jsou duševní, rodinné, sociální, kulturní, historické a další,

- významné jsou přechody jedné zóny v druhou stejně tak, jako jedné formy v jinou a kritické chvíle, kritické momenty, během kterých dochází ke změnám oblasti i formy projevu; rozpoznání bývá důležité jak diagnosticky, tak léčebně,

- nepominutelným kontextem je osobní historie a její konkrétní ontogeneze.

Máme zde tedy existenciální oblasti, zóny a mody, formy, kterým je třeba rozumět v jejich neredukované celostní podobě a které zasluhují další systematické studium a hlubší porozumění. Mezi ně patří tělesné modality existenciálů. M. Boss jich uvádí několik a patří mezi ně časovost, prostorovost, historičnost, sexualita, spolubytí, vyladěnost, paměť a historičnost, smrtelnost a další. Tělesnění těchto existenciálů není nic jiného než to, jak se jednotlivé existenciály promítají v sobě navzájem, v daném případě jak se tělesní. V psychosomatické medicíně před námi stojí systematické studium toho, jak se tělesní časovost, prostorovost, spolubytí atp. a to nejen „normálně“, ale také „patologicky“. Otevírá se před námi možnost výstavby systematické daseinsanalytické nosologie, diagnostiky i léčby. To však již zcela přesahuje naše možnosti.

Slečna V. se svých rodičů nejen bála, ale přímo se děsila situací, které jí rodiče sugestivním způsobem opakovaně po dlouhou dobu předkládali jako smrtelně nebezpečné. Jednalo se totiž o její hypotetickou neposlušnost vůči rodičovským varováním, která by mohla navodit ztrátu rodičovské přízně, péče a lásky - a nakonec by znamenala z jejich strany její úplné zavržení. Varování se týkala různých oblastí, zejména pak zapůsobila v pubertě, pokud jde o vztah k chlapcům a k pohlavnosti vůbec. Pacientka se pokusila alespoň částečně ubránit rodičovskému diktátu pozoruhodným způsobem. Opustila náboženství svých rodičů a přestoupila do jiné církve. Tím se sice vzbouřila, ale protože i její vzpoury byly podmíněny strachem a pocitem viny, vybrala si společenství, které bylo ještě přísnější, autoritativnější a formálnější nežli původní církve. V ní se sice cítila být chráněna před rodiči, minulému způsobu svého vztahu s rodiči však neunikla, ba naopak mu byla ještě více vydána. Střídání období strachu a vzpoury doprovázely průjmy a zácpy. Navázat vážnou známost si však netroufla.

„Střevo“ pacientku ze života vyřazuje, ale na druhé straně ji zbavuje mnoha starostí. Více méně za ni rozhoduje, ale zároveň ji chrání před mnoha nároky ze strany okolí i před „hříchy“, které by jako zdravá mohla spáchat. Střevo taky ospravedlňuje i to, že se V. N. nemůže osamostatnit od rodičů, znemožňuje jí cokoli podnikat v oblasti partnerství atp. Je životem zadržena, a tak jí tento stav věcí určitým zvráceným způsobem vyhovuje. Zdraví se pro ni stává mnohem namáhavější a riskantnější než nemoc.

PSYCHOSOMATIKA PODLE DASEIN

Zabýváme-li se obecnými otázkami psychosomatiky ve vztahu k praxi, je pro účinnou léčbu nezbytné porozumět místu, které tělesné příznaky zaujímají v celkovém bytí nemocného. Jde o to vystopovat konkrétní souvislosti mezi onemocněním a celkovou skladbou bytí daného nemocného člověka. Je to postupný hermeneutický proces, tj. výklad, v jehož průběhu vychází najevo, oč se v daném případě jedná. Při tomto výkladu se necháváme oslovit „řečí těla“, to znamená, že se snažíme rozkrýt to, co nám daný psychosomatický chorobný obraz sděluje. Vycházíme přitom z předpokladu, že v psychosomatických příznacích, resp. jejich souborech a celkových obrazech onemocnění, k nám cestou tělesných projevů promlouvá skutečnost, že takto nemocný člověk ve svém životě nemá svobodně k dispozici něco, co k lidské existenci nezbytně, nepominutelně a nezrušitelně patří. Konkrétněji řečeno jsou to určité vztahové možnosti. Právě proto pak ona existenciální nouze nenalézá jiný způsob uplatnění, nežli je tělesný symptom. Je motivován tím, že takto nemocný člověk není schopen v otevřené slovní řeči mluvit o tématech a problémech, kterými trpí.

Při výkladu psychosomatického onemocnění a popisu jeho léčby se nelze vyhnout otázce, proč byl zasažen právě ten či onen konkrétní orgán, resp. funkční systém. V případě V. N. se jedná o tlusté střevo. Inspirováni některými autory (Boss, 1975; Condrau, 1998) jsme porozuměli situaci tak, že to, čemu se pacientka tolik brání, aby vyšlo najevo, zůstává od své tématizace, formulace a vyslovení velmi daleko. K tlustému střevu totiž patří, že jeho činnost probíhá ve skrytosti ve vzdálené části trávicí trubice. Na druhé straně však má tlusté střevo základní a vitální roli, jejíž plnění více méně určuje to, co z člověka na konci trávicího procesu vychází. Průjmový charakter poruchy nasvědčuje tomu, že v daném případě dochází k selhání separační funkce tlustého střeva; voda se do těla nevstřebává a odchází z něj v podobě průjmu. To poukazuje k určitému celkovému naladění dané konkrétní existence. Toto naladění je charakteristické tím, že při něm jeho nositelka nestačí na to, aby spontánně (a samozřejmě nevědomky) „rozhodovala“ o tom, co má vstřebat a co odmítnout a eliminovat. Její životní nastavení je rovněž chaotické. (viz. O. Čálek 2004)

V životě mladé ženy však hraje důležitou úlohu ještě další motiv, totiž motiv nesvobodné zaměřenosti na výkon. V tělesné oblasti tohoto naladění, tj. ve tlustém střevu, to patrně probíhá tak, že stejně jako celá slečna V. N. je také tento orgán zároveň v obecném a trvalém křečovitém napětí, avšak bez dostatečné výkonnosti. Jeho vzrušené, avšak neefektivní fungování neponechává dostatek času pro účinné a

rytmicky vyvážené plnění jeho úkolů. To odpovídá další nedílné charakteristice naznačeného existenciálního rozpoložení. Takto nastavený člověk je jakoby stále pohotový k výkonu a toto napětí u něj nikdy nepovolí, tento člověk nemá spočinutí - ani ve chvíli odpočinku. I volný čas, má-li vůbec nějaký, musí být využitým časem. Přitom však člověk nedělá to potřebné a nutné, co je pro vykonání úkolu a dosažení cíle nezbytné. Nakonec sice nedělá nic, ale přitom ani nerelaxuje, ani jinak neodpočívá. Pro psychosomatické onemocnění je přitom klíčové, že patologické naladění postiženého člověka bývá dlouhodobé a trvalé. Závěr, že toto nastavení u V. N. nemělo ráz pouze přechodného a situačního přístupu, vyplynul z poznatku, že její psychosomatické obtíže neodstranil ani maximálně šetrný režim, který ji chránil před takřka veškerou námahou, ba činností vůbec. Pouze sledovala „vrtochy svého střeva“ a čekala, „až se to zlepší“. Nesvobodné zaměření na výkon u ní nepříznivě působilo i při nečinnosti. (Paradoxně by bylo možno říci, že i svou nečinnost domněle v zájmu svého uzdravení přeháněla do krajnosti.) I své uzdravování chápala jako požadovaný a očekávaný výkon. I během nemoci se v jejím existenciálním ladění, ve způsobu životního zaměření stávala léčba úkolem, který měla splnit na výtečnou.

Už chicagská škola Alexandera si všimla, že psychosomatické příznaky, jako např. průjem, bývají spojeny s úzkostí a strachem, ale také s potlačenou agresí a s nespecifickým napětím vůbec (Alexander, 1952). Avšak tyto projevy jsou zpravidla situační, a třebaže se u někoho dostávají při určitých příležitostech vždy, odezní zpravidla spolu se změnou podnětové situace. Naproti tomu naladění je souborem vodítek, kterými se jednatel řídí, aniž by si je zpravidla tématicky nejen uvědomoval, ale mají trvalý, situačně nepodmíněný ráz. Např. zaměření na výkon, které lze formulovat jako tendenci „stihnout toho co nejvíc, do poslední vteřiny využít čas atp.“, u V. N. neoblomně působilo, aniž by je nějak zvlášť emotivně prožívala. Dotyčná mladá žena žila v úzkostném napětí posléze takřka trvale stejně tak, jako se průběžně bála života i svých možných pohnutek a projevů.

Musíme se rovněž zmínit o tom, jak jsme se od počátku snažili rozumět tomu, co znamená pacientčin krvácející vřed, který se nehojí. Aniž by na něco takového již ukazovala běžná anamnéza, tento vřed na stěně tlustého střeva nás oslovil jako existenciální rána, negativní životní událost, ze které se pacientka nemůže zotavit. Jinými slovy, tento vřed připomínal zažitá trauma, které trvale spoluurčovalo existenciální nastavení pacientky. Jeho značná krvácivost sugestivně naznačovala, že se tu jedná o průběžnou ztrátu něčeho bytostně důležitého, čímž je nepochybně krev. Zároveň průběžná ztráta krve ukazovala na obecnější rys pacientčina života. V. N. se celá ze života vytrácela, postupně a pozvolna vadla, chřadla, a jak jí jednou řekl někdo z terapeutické

skupiny, „usychala“. Pacientce tento výklad připadal přiměřený a byl jí nápomocný při vytváření vhledu do její životní situace a onemocnění. Bez významuplné souvislosti nebyla pravděpodobně ani dočasná pacientčina ztráta menstruace, zároveň provázená zesílením jejího krvácení ze střeva. Na základě pacientčiny výpovědi a jejího pocitu se domníváme, že nešlo pouze o určité kvantitativní vyrovnání, ale o významuplnou a nezdravou substituci odpovídající patologii jejího sebepojetí, která se postupem pacientčiny léčby a osobnostního zrání postupně odstranila.

Zde končí první část kasujstiky, která by se celá do jednoho čísla nevešla. Dovolili jsme si další části přesunout do dalších dvou čísel. Čtenáři, které bude toto velmi důkladné pojednání zajímat, se budou mít alespoň na co těšit. V dalších číslech se dozvíte ještě:

Klíčové momenty v léčbě

Motivační souvislosti

Úloha hodnot

Další poznatky o vlivu rodiny, rodinné spolubytí a fenomén „myství“

Intimita a „být osobou“

Volby a rozhodování

Další vývoj léčby

Komplikace i další úspěchy

Léčebné pobyty

Současný stav

Některé základní časové údaje

Závěr

Jan Špitz: Etické souvislosti vztahové odpovědnosti v terapii – etika pro třetí tisíciletí?

(Předneseno na 19. sympozium Duševní zdraví mládeže, Brno 15. 11. 2000)

Zařadili jsme do tohoto čísla bulletinu pro zájemce o dění v psychosomaticke poslední úvahu MUDr. Jana Špitze, dětského psychiatra, nestora české rodinné terapie, protože považujeme tuto práci v našem písemnictví za jedinečnou a bohužel také přehlíženou. Nové aspekty etiky v době postmoderní je třeba zachytit, zvažovat a diskutovat jak se ostatně ukázalo i během jednání na 10. konferenci PSN v Liberci. Následující text patří z tohoto hlediska k nejlepším. Současně se omlouváme těm čtenářům, kteří zde čekali také práci pana prof. Sokola, uveřejníme ji v příštím čísle.

Každé lidské jednání má svůj **etický rozměr**. Dokonce i naše myšlení je více nebo méně slušné nebo mravné. Většinou hodnotíme to, co právě konáme, takže se někdy chováme spíše jakoby bezděčně nebo skoro bezmyšlenkovitě. Nicméně je to pak druhými lidmi hodnoceno jako morální nebo nemorální. Záleží ovšem na tom, s čím je naše konání porovnáváno nebo s čím je porovnáváme my sami. Sami se s ním vyrovnáváme ve svém svědomí. Druhými lidmi bývá srovnáváno **s etickými kodexy nebo normami**, které jsou různého druhu. Některé z nich jsou nadčasové, zakotvené ve filosofii určitého druhu nebo v konkrétním náboženském systému, jiné jsou spíše sekulární nebo praktické, zakotvené v určité kultuře nebo vytvořené pro určitou dobu či prostředí. Mezi ně patří i **etické kodexy profesionální**.

Je třeba rozlišovat **etické rozhodování**, které má své místo v celé klasické medicíně a jehož extrémními příklady jsou operace siamských dvojčat, volba nákladné transplantace, ukončení resuscitačního programu apod. Mnohem častější je **etické sdělování**, jako je informování o postupech, sdělení infaustní prognózy, zpráva o smrti blízké osoby apod. Nejčastější je však **etické chování**, k němuž patří volba postupu lege artis, chování terapeuta ke klientovi a etika odpovědnosti za změnu v průběhu terapie. Konečně bychom mohli připojit **etické sdílení**, které se týká zejména procesu psychoterapie, při kterém ještě více než při všech předchozích je ve hře otázka vztahu.

Od etiky založené na ctnosti nebo na apriorních hodnotách vede řada etických přístupů, mezi nimiž je třeba v první řadě jmenovat **etiku povinnosti**, která byla svázána s racionalistickou érou a rozvinula se až do podoby, kterou Lipovetsky (1999) nazývá „náboženstvím povinnosti“. Ve své knize *Soumrak povinnosti* mluví o vývoji etiky po překonání povinnosti jako vedoucího principu. Na jedné straně uvažuje o „konci veškeré morálky“, na druhé konstatuje, že „21. století bude etické, nebo nebude vůbec“. „Etika třetího typu“ v této postmoralistní epoše neobnovuje totiž model tradiční náboženské morálky ani morálky moderní s jejími laickými přísnými povinnostmi. Je třeba obhajovat soudnou etiku, společenská spravedlnost se neobejde bez úcty k člověku a bez lidské dimenze. Lipovetsky říká, že více než kdy jindy musíme odhodit „etiku přesvědčení“, stejně jako amorálnost, ve prospěch dialogické a zodpovědné etiky.

Na rozdíl od etiky povinnosti se tedy dostává do popředí stále více **etika odpovědnosti**. Hans Jonas (1997) považuje princip odpovědnosti za základ nové etiky pro technologickou civilizaci. Odpovědnost vidí Jonas jako kauzální připsování vykonaných činů, tedy zpětné posuzování toho, co jsme vykonali. Do popředí se však dostává otázka odpovědnosti směrem k budoucnosti, odpovědnost za to, co je třeba učinit pro zachování lidského rodu, přírody apod.

V kontextu uvažování o profesionální etice je nejdůležitější vztahová odpovědnost, tedy odpovědnost, která plyne ze vztahu a patří ke vztahu. V teorii odpovědnosti rozlišuje Jonas smluvní odpovědnost, jejímž příkladem je samostatně zvolená odpovědnost politika, a přirozenou odpovědnost, jakou je odpovědnost rodičovská. Rodiče a státník mu slouží jako vzor. Podobně však můžeme uvažovat i o dalším příkladu, jaký představuje odpovědnost terapeutická. Ta je sice zvolená, ale má spíše rozvinuté atributy odpovědnosti přirozené, autentické.

Od doby, kdy terapeutický vztah byl pouze dyadický, jsme se dostali zejména v rodinné a systemické terapii ke vztahům podvojným nebo mnohotným. Podvojný nebo mnohotný vztahy se týkají posunu od práce s jedincem na práci s celým systémem vztahů, kdy do terapie vstupuje celá rodina, tak i samotného procesu terapie – kdy s tímto rodinným systémem pracuje často dvojice nebo dokonce terapeutický tým.

Dotýkáme se zde mnohotných vztahů v terapii, které jsou pro sám proces terapie důležitější než obvykle kritizované vztahy paralelní k terapii. Výrazně etický rozměr má podvojnost vztahů mimo terapii. Nejčastěji se pod pojmem dvojích vztahů myslí především sexuální vztahy s klienty, jejichž odmítání je předmětem každého kodexu profesionální etiky. Haugová (1998) považuje za stejně destruktivní i nesexuální vztahy společenského rázu, kontakty obchodního nebo

zájmového rázu, poskytování služeb apod. Požaduje jasné hranice, očekávání a komunikaci. Naproti tomu Tomm (in McNamee-Gergen, 1999) soudí, že dokonce ani vedlejší kontakty nemusejí být nutně destruktivní. Pokud k nim však dochází, je třeba je otevírat a reflektovat. Nelze např. s někým domluvit něco, o čem by ostatní, třeba dodatečně, nevěděli. Terapeut tím osvědčuje věrnost ke každému členu rodiny a také věrnost svému přístupu, případně etickým zásadám, kterými je vázán. Lze tedy mluvit o **etice věrnosti nebo loajality**.

I když základní etické požadavky jsou většinou kodifikovány a zdají se samozřejmými, nelze se někdy vyhnout určitým střetům při jejich konkrétním uplatňování. Vzniká otázka, čemu dát přednost: co je dobré nebo co je užitečné, co je správné nebo co je čestné, co je odpovědné nebo co je legální, co je legitimní nebo co je dovoleno, co je nařízeno nebo co se připouští, co je loajální nebo co je profesionální apod.

Etické zásady profesní etiky zahrnují vědomí, že každé jednání, i nevýznamné, má etické důsledky, že je třeba pečlivě rozlišovat mezi osobními a společenskými hodnotami, profesionálními etickými standardy a hledisky a že je nutné svědomitě vážit možné důsledky terapeutického působení (Haugová, 1998).

Zásady etického kodexu představují tedy základ profesionální etiky. Od explicitních etických principů vede však kontinuum kroků až po etické nuance každodenního života. Velmi často se tedy vyskytují minisituace, ve kterých nejde o principy postihované sankcemi, ale které od nás vyžadují to, co bych nazval **etickým profesionálním minimalismem**. Jde o nekodifikované etické chování, které odpovídá stavu rozvoje terapeutického přístupu i osobnímu vývoji terapeuta. V této souvislosti je možno mluvit i o **situační etice** (Fletcher, 1966). Základním předpokladem profesionální etiky je totiž vědomí o tom, že každé jednání, i zdánlivě bezvýznamné, má své etické důsledky (Haugová, 1998).

Lidské systémy jsou vztahové systémy, založené na jazykové interakci (Andersonová, 1997). Lidé vstupující do terapie jsou částí systému, který se vytváří kolem problému nebo dilematu. Tím může být stejně tak symptomatické chování, jako je nemoc, případně životní událost, jako je smrt, handicap, úraz, ale i rozvod. Terapie se z tohoto hlediska její jako určitý druh vztahového jazykového systému, v němž lidé, minimálně jeden pacient a terapeut, vytvářejí spolu ve vzájemné aktivitě významy. Konverzace a dialogický princip jsou základem terapeutického procesu. Protože se to týká všech zúčastněných a jejich vztahů, je zde na rozdíl od individuální odpovědnosti zdůrazněna vztahová odpovědnost (McNamee a Gergen, 1999) a lze tedy právem mluvit i o **vztahové etice**. Vztahově odpovědné akty fungují tak, že posilují a rozvíjejí takové formy interakce, z nichž jsou generovány

významy. Neodpovědné působí aktivity, které podvracejí, pozdržují či zmrazují proces vytváření významů nebo odcizují, umlčují nebo rozdělují účastníky do bojovných protitáborů.

Při systemické terapii je na rozdíl od jiných postupů v popředí etika věrnosti a odpovědnosti všem členům rodiny (rodina jako celek z tohoto hlediska vlastně neexistuje, nelze tedy mít vztah k rodině nebo s rodinou). Stejně tak odpovědnosti týmu je dána odpovědností všech členů týmu. Teprve na základě těchto osobních vztahů je možné reflektování vztahů mezi druhými osobami. Systemická terapie rozvinula zvláště dobře i práci na vztazích s osobami nepřítomnými na setkání.

Etika stejně jako systemické myšlení nejsou věci, které můžeme mít nebo nemít, ani jednou provždy dané modely nebo předpisy podle principu vše nebo nic, ale popisy procesu, který terapeut sleduje a který také popisuje vývoj terapeuta. Jako základ systemického terapeutického chování lze považovat následující 4 postuláty (von Schlippe, 1996):

1. Mysli a jednej ekologicky (Neboli: Vždy jen nějaký širší kontext.)
2. Pozor na definice a hodnocení, která přijímáš (Neboli: Všechno může být také zcela jinak.)
3. Mysli na svou osobní odpovědnost (Neboli: Nic není správně nebo špatně, ale ty jsi částí kontextu a všechno, co děláš má své důsledky.)
4. S rozdíly pracuj respektujícím způsobem (Neboli: Přidej něco nového k tomu, s čím lidé do terapie vstoupili a jak se vidí.)

Základní pozice systemické/rodinné terapie se podle rámcových etických směrnic německého pracovního společenství rodinné terapie (Ethik-Rahmenrichtlinien, 1997) vyznačují úctou, respektem a pozitivním příklonem ve vztahu k jednotlivcům a systémům. Zahrnují akceptování jednotlivců jako osob a neutralitu ve vztahu ke všem členům systému. Účastníci jsou považováni za experty na sebe a na své problémy a jsou povzbuzováni, podporováni a doprovázeni při objevování a využívání vlastních zdrojů a při přebírání osobní odpovědnosti za hledání možností řešení problémů. V dialogu se terapeuti zaměřují na to, aby jejich postup byl užitečný pro zúčastněné. Tito jsou podporováni ve své identitě, aby činili nezávislá rozhodnutí pro svůj život a aby za to přebírali odpovědnost.

Možno sice namítnout, že etika povinnosti a dále etika odpovědnosti i etika věrnosti nebo loajality, jsou vlastně etikou ctností. Skutečně etika ctností není odsunuta na smetiště dějin, ale nabývá nové tvárnosti v tom, jak se tyto ctnosti rodí stále znovu aktuálně ze sociálního života společenství. Přitom jsou to ctnosti, které jsou jakoby předem dány, ale jejich nastolení není více příkazem nebo věcí povinnosti, ale

jejich vytvářením aktuálně v dané situaci. Jsou to stále tytéž hodnoty nebo ctnosti, ale jejich nastolování, proces jejich aplikace je nový.

Etiku dnes nelze odvozovat od apriorních konvenčních požadavků dobra a zla, neobjede se bez diskuse kolem problému odpovědného řešení něčeho jako problému. To nečiní nikdo sám, ale vždy jako člen reálného komunikativního společenství (Apel 1990). Etické zásady kmene kanibalů nejsou použitelné ve viktoriánské Anglii, stejně jako požadavky této doby nejsou relevantní pro postmoderní svět. Požadavek komunikační etiky zní: Jednej tak, jako bys byl členem ideálního komunikačního společenství. Tato etika vzájemnosti směřuje k vytvoření konsensu prostřednictvím diskurzu. **Diskursní etika** (Habermas 1991) byla však pojímána spíše jako etika argumentu než jako dialogická etika (Kron-Klees, 1998, Henriksen-Vetlesen, 2000).

Etická kultura totiž není něco, co buď přijímáme anebo vytváříme, ale vždy je to obojí. Neplatí to jen o celospolečenském a systémovém přijímání a vytváření etických zásad, od občanského konsensu po přijetí zákona, ale platí to i pro vytváření pravidel, které každé malé společenství, jakým je bezesporu rodina nebo její ekvivalenty, přijímá nebo při svém soužití spolu vytváří.

Odpovědnost znamená žít v souladu s tím, co si uvědomujeme jako žádoucí nebo nežádoucí důsledky svého vlastního konání (Tomlin: McNamee-Gergen, 1999). Rozlišujeme tři úrovně tohoto vědomí: rovinu aktuálních důsledků našeho postupu (na rozdíl od našich záměrů), rovinu rozlišování toho, zda tyto důsledky jsou žádoucí nebo nežádoucí, a rovinu vlastní upřednostňované vnitřní koherence a konzistence. Toto uvědomění je zdrojem spoluutvářené odpovědnosti a nejvýznamnějším prostředkem při utváření tohoto uvědomění je konverzace (dialog). Odpovědnost je pojata nově, nikoli jako odpovědnost terapeuta, ale jako odpovědnost klienta za svůj příběh, jako právo být autorem svého příběhu, ale také povinnost stát se odpovědným za jeho další vývoj. To všechno nikoli v perspektivě jedince, ale v perspektivě rodiny jako systému nebo jako kultury, která generuje významy, v tomto případě v kooperaci s terapeutem. Mluví-li se o neexpertním přístupu v terapii, znamená to, že terapeut není expertem na životy a příběhy lidí. Je však expertem na vytváření prostoru pro dialog a pro usnadnění dialogického procesu. To je jeho odpovědnost.

Spolupracující, kooperativní přístup v terapii, přináší nové aspekty vztahové odpovědnosti. Neexpertní přístup je sám o sobě etickou hodnotou, protože zabraňuje tomu, co se v jiných terapeutických vztazích musí hlídat prostřednictvím kodexů nebo pravidel. Brání totiž mocenskému zneužívání vztahu, je sám o sobě respektujícím přístupem a poskytuje zúčastněným otevřenost a informovanost, a tím zajišťuje jejich rovnost. Respektuje pluralitu pohledů a vidění skutečnosti.

Deissler (1998) soudí, že se na jedné straně málo mluví o etice v našem oboru a když tak o pochybeních. Na druhé straně se zdá, jakoby psychoterapeuti nepotřebovali žádnou zvláštní etiku, protože terapeutické jednání je samo o sobě rovno etickému jednání, že tedy terapie je imanentně etická. Deissler to nazývá „sebeopomenutím etiky“. Není to však zdaleka tak samozřejmé.

Neexpertní pozice terapeuta je nejen odpovědností za proces terapie, ale také za jeho etické dimenze. Pozice terapeuta, která není paternalistická ani manipulativní, podporuje autorství lidí v jejich příbězích a umožňuje jim přebírat za ně odpovědnost, orientovanou nikoli do minulosti, ale směrem do budoucnosti, to je k dalšímu rozvíjení jejich příběhu.

Narativní přístup považuje historickou skutečnost za odlišnou od skutečnosti narativní. Ptáme-li se na historickou pravdu, zajímá nás, jak to tehdy opravdu bylo, co se skutečně stalo. Narativní pravda se týká spíše současnosti, tedy toho, co to pro nás dnes znamená, jaký význam tomu přisuzujeme. Je tedy jasné, že tyto dvě pravdy nejsou od sebe rozlišeny lineárně, buď anebo, ale že jsou to dva aspekty, jimiž nazíráme dění v našem světě. Nejsou tedy vzájemně se vylučující, ale často se právě dobře doplňují a obě nás mohou oslovovat, pokud se neptáme, která z nich je tak skutečně pravdivá. V narativní pravdě – v pravdě příběhu nebo ještě lépe v realitě významu, jaký pro nás ta (historická) pravda má, mají pak smysl pojmy jako odpuštění, odčinění, smíření, pokání, zapomenutí, překročení nebo naopak vyčítání, obviňování, pomsta, křivda, setrvání, uvíznutí apod. V této souvislosti můžeme mluvit o narativní etice (Ellos, 1994, Henriksen – Vetlesen, 2000).

Závěrem mi dovoluje, abych vám vyprávěl keltský příběh o páté provincii. Irsko sestává odedávna ze čtyř geografických provincií. Pátá provincie, odlišitelná od těchto čtyř, mohla stejně dobře být skutečná jako vůbec existovat nemusela. Vypráví se o ní řada příběhů. Podle jednoho z nich má pátá provincie své místo pouze ve fantazii. Jiný příběh klade pátou provincii do středu Irska, někam do míst, kde se čtyři ostatní provincie stýkají. Do tohoto centra putovali králové a kmenoví vůdci, aby se při rozhovoru s keltskými druidy poradili a vyřešili své konflikty. Dnes zůstala stopa páté provincie nejen v mýtu, ale i v irském jazyce, kde slovní označení každé provincie je „pátá“. Označení „pátá“ nyní symbolizuje postoj tolerance a empatie. Irská prezidentka Mary Robinsonová to vyjádřila tak, že pátá „je místo v každém z nás, které je otevřené pro druhé“. I když se, jak je nám dobře známo, metafora „páté“ v reálném politickém prostoru Irska příliš neosvědčuje, je její šance na uplatnění v terapeutickém prostoru podstatně větší.

Imelda McCarthy (1995) používá ve své práci metaforu páté, když se snaží nově pojímat otázky etiky, spravedlnosti, moci a jazyka.

Překračuje nerovnost pozic, ambivalentní sociální oblasti a různé verze reality a životních stylů. Zahrnuje přitom všechny pozice a příběhy, s nimiž přicházejí jak terapeuti, tak rodiny, které se obracejí o pomoc. Je to tedy **etická dis-pozice** pro práci s rodinami z rozdílného sociálního prostředí, ale i pro práci s rozdíly uvnitř rodin. Etická praxe je taková, při níž je odborník otevřen zkušenostem člověka nebo lidí, s nimiž se profesionálně setkává. Dis-ponování není tedy morálně neutrální, ale prostřednictvím naslouchajícího postoje, který nepřikazuje, probouzí vědomí odpovědnosti ve všech zúčastněných. Děje se to v obojím směru: terapeut činí odpovědným a současně se stává odpovědným. Morální postoj terapeuta je tedy být lidem v terapii k dis-pozici.

Literatura:

- Anderson, H.: Conversation, Ethics and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy. New York, Basic Books 1997.
- Barnsley, J. H.: The social reality of ethics. The comparative analysis of moral codes. Routledge, London 1972.
- Bermant G. – Kelman H. C. – Warwick D. P. /eds/: The Ethics of Social Intervention. Hemisphere, New York 1978.
- Čas a etika. Texty k problému temporality. SOFIS, Praha 1998.
- Deissler, K. G.: Ansichten im Vorübergehen. Zeit.syst.Ther. 1998, 16, 227.
- Doherty, W. J. – Heinrich, R. L.: Managing the Ethics of Managed Healthcare: A Systemic Approach. Fam. Syst. Health 1996, 14, 17 – 28.
- Ellos, W. J.: Narrative Ethics. Avebury, Aldershot 1994.
- Ellos, W. J.: Ethical Practice in Clinical Medicine. London, Routledge 1990.
- Ethik – Rahmenrichtlinien der DAF vom Sept. 1997. Zeit.syst.Ther. 1998, 16, 265 – 266.
- Fletcher, J.: Situation Ethics. The New Morality. Westminster Press, Philadelphia 1966.
- Haug, I. E.: Gedanken zur Ethik in Theorie und Praxis der Familientherapie. Zeit. syst. Ther., 1998, 16, 235 – 245.
- Hála V.: Možnosti hodnotové etiky. Filosofie. Praha 2000.
- Henriksen, J.O. – Vetlesen A. J.: Blízské a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi. Albert, Boskovice 2000.
- Jonas, H.: Princip odpovědnosti. Praha, Oikumene 1997.
- Kron-Klees, F.: Reflexionen über systemisches Handeln und Ethik. Zeit. syst. Ther., 1998, 16, 228 – 234.
- Lipovetsky, G.: Soumrak povinnosti. Praha. Prostor 1999.
- Marsh, D. – Magee, R. D. /eds/: Ethical and Legal Issues in Professional Practice with Families. New York, Wiley 1997.
- McCarthy, I.: Der Missbrauch von Normen. Zeit. syst. Ther., 1995, 15, 84 – 89.
- McNamee, S. – Gergen, K. J. /eds/: Relational Responsibility. London, Sage 1999.
- Pfeifer – Schaupp, H. – U.: Diskurs und Verantwortung in Beratung und Therapie. Zeit. syst. Ther., 1996, 14, 33 – 46.
- Schlippe A. von – Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck, Göttingen 1996

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model

část 3

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č.1 a 2/2004)

3.4 Vznik lidského světa

Po těchto úvodních poznámkách se můžeme nyní pokusit – velmi krátce – popsat, jak se *Piagetův* model raného vývoje člověka jeví ze sémiotického hlediska a jak podle něho dochází k přechodu od biologického života a prožívání ke kognitivnímu vědění.

V nejranější fázi vývoje, kterou *Piaget* označuje jako **stádium reflexů**, se svět kojence skládá ze sensorických vjemů, které do sebe „začlenily“ – nebo jak to vyjadřuje *Piaget* – „asimilovaly“ reflexní chování jako spouštěcí stimuly. Mezi ranými reflexy jako jsou uchopování, křik, pohyby a držení paží, hlavy a trupu hraje sací reflex centrální roli: Sensorickými kvalitami, které asimiluje, konstruuje kojeneček první náznaky prostředí, a tím základnu pro celý další rozvoj své – a to znamená také naší – skutečnosti.

Reflex si přisvojuje určitou sensorickou kvalitu – ze sémiotického hlediska ikonický znak – a konstruuje na jejím základě primitivní schéma chování. Reflexní pohyby jsou pouze pro pozorovatele způsoby chování, které předpokládají indexové členění na „zde“ a „tam“. Pro kojence se jedná o výměnu ikonických vjemů. „Reflexivní pohyby ... obsahují vjemy, které jsou svázány s reflexem samotným, a nikoli s externím objektem. Na základě tendence k opakování „inkorporuje“ reflex každý „objekt“, který je kvalifikován ke stimulaci“ (*Piaget* 1969).

To umožňuje kojenci první orientaci. *Piaget* tento bod zvláště zdůrazňuje: „Pro pozorovatele se může prs, který kojeneček uchopuje, nacházet vně dítěte a představovat tak obraz, který je od dítěte odlišný, ale pro novorozence existují pouze stavy vědomí zahrnující držení, emoce, hlad či jeho uspokojení. Ani zrak, ani sluch nedávají na tomto stupni podněty k vnímání, které by překračovalo rámec globálních reakcí. Kojeneček nalezne velmi jednoduše určitý senzomotorický komplex chování (kombinovaný akt sání a polykání) mezi analogickými komplexy chování, které utvářejí jeho svět a v nichž subjekt a objekt ještě zcela přecházejí jeden do druhého bez jakéhokoli rozlišení.“ (*Piaget* 1969)

Ze sémiotického hlediska se jedná o spojování ikonických znaků: Smyslové znaky (např. doteky rtů) jsou vnímány na základě jejich podobnosti s jinými spouštěcími stimuly určitého reflexního chování. Tím vzniká pro pozorovatele uzavřený systém sestávající z kojence a jeho sféry ikonických zkušeností. Pozorovatel nemůže prožívat, co se odehrává v raném prostředí kojence. Může ale z chování kojence rekonstruovat to, jak se jeho raný svět vyvíjí.

Piaget používá pro tuto rekonstrukci sací reflex, a to do jisté míry jako centrum našeho nejranějšího světa. Sací reflex nejprve začne z doteku rtů konstruovat prostředí podobných hmatových kvalit, např. vlněné deky, prostěradla či lidské pokožky – a také vlastní ruky. Tyto hmatové kvality mohou být používány hravě „jen pro pouhé sání“. To se však změní v okamžiku, kdy dojde k pocítění potřeby „hlad“ jako nového interpretanta. V tu chvíli dojde k zavržení „sání ložní pokrývky či vlněné deky, zatímco sání na lidské pokožce je v okamžiku, kdy dítě touží po prsu, akceptováno jako zklidňující prostředek. Zdá se nám, že ve všech těchto způsobech chování se díla ujal zcela evidentní proces učení ve službách prostředí.“ (*Piaget* 1969)

Je-li naléhavá potřeba „hlad“ uspokojena jako interpretant světa kojence, hraje potřeba opakování strukturující roli v raném prostředí. „Na základě své tendence k opakování si reflex přivlastní jakýkoli předmět, který je vhodný k tomu, aby mu sloužil jako spouštěč. Asimiluje při tom tyto předměty činnosti reflexu. Není však možné chápat předmět, na němž se sání uskutečňuje, jako potravu pro organismus, nýbrž takřikajíc jako potravu samotné činnosti sání a jejich různých forem.“ (*Piaget* 1969)

„Asimilaci“, která chování „příčleňuje“ určité vjemy na základě jejich podobnosti, tedy můžeme popsat jako ikonické pravidlo pro konstrukci uzavřeného systému kojence v jeho raném prostředí. Kvalitu asimilovaných vjemů nemůže prožívat nikdo, kdo stojí vně. Na rozdíl od toho se u „akomodace“ chování na rozšířené možnosti jedná o konstrukční pravidla pro „indexové“ znaky, které je vně stojící pozorovatel schopen rekonstruovat a interpretovat jako proces v „otevřeném systému“. Senzorické znaky vnímání nyní nerozšiřují již pouze vlastnosti „ikonické“ v prostředí kojence podobnými vlastnostmi, nýbrž indexově odkazují na další znaky, které směřují pátrací chování kojence k chuťovému znaku „mléko“. Z pátracího chování může pozorovatel rekonstruovat znaky vnímání, které chování řídí. *Maturana* to vyjádřil větou, že živé organismy popisují chováním svá prostředí.

Tím se kruh uzavírá: *Piagetův* model „senzomotorické kruhové reakce“ (a model „funkčního obvodu“ *J. von Uexküll*a) v sobě integrují konstrukční pravidla pro ikonické a indexové znaky, a tím také uzavřené a otevřené systémy do vzájemně se doplňujících fází kruhového procesu: Pozorovateli skrytý sensorický proces, neboli proces vnímání, a

pozorovateli přístupný motorický proces, neboli proces účinku, se vztahují na sebe navzájem.

3.5 Sémiotický vývojový model

Integrace obou konstrukčních pravidel pro uzavřené systémy ikonických světů vnímání a pro otevřené systémy indexových světů účinku ale nestačí k tomu, aby bylo možné konstruovat „realitu“, která se skládá z „objektů“; neboť „objekty jsou trvalé“, látkové a nezávislé na okamžitém vnímání. Pro konstrukci reality potřebujeme podle *Peirce* vedle ikonických a indexových znakových systémů **navíc systém symbolických znaků**, který v sobě může oba předchozí znakové systémy integrovat.

Z uvedených tří znakových systému disponuje dítě ikonickým systémem již v prvních měsících po narození. Indexový systém má k dispozici teprve od okamžiku, kdy začne prožívat sebe samo jako „příčinu“ změn ve svém prostředí. K tomu dochází přibližně ve věku čtyř měsíců (*Stern* 1992). Ze sémiotického hlediska se jedná o získání schopnosti uspořádat svůj ikonický svět podle času, prostoru a kauzality – to znamená indexově – pro svou vlastní samovolnou motoriku. Předtím – v ikonickém světě – je možné popsat „pocit sebe sama u kojence“ pouze jako „pocit jádra vědomého si sebe sama“, který byl možná přítomen již nitroděložně.

Ale konstruovat „objekty“, které dostačují požadavkům „reality“ naší lidské skutečnosti, se dítěti daří teprve od 18 až 24 měsíce života. V tomto okamžiku dochází – jak to zformuloval *Piaget* – k „evoluci reálného objektu.“

Tento moment odpovídá „opravdové revoluci“, a to rovněž z toho hlediska, že tohoto stupně vývoje dosáhl ze všech živočichů – včetně primátů – pouze člověk (*Deacon* 1997). *Piaget* mluví o „kopernikánském obratu“.

4 Nový přístup

Naše zkoumání nás přivedla k poznání, že psychicko-fyzický problém, a tím také základní otázku medicíny nelze řešit dosavadní cestou analýzy pozorovaného fenoménu. Je nutné se vrátit zpět k pozorovateli a k situaci pozorování, kterou konstruuje. To s sebou přináší nutnost revize základních pojmů, které jsme doposud používali, aniž bychom prověřili jejich platnost. K nim patří především pojem kauzality.

4.1 Dva významy kauzality neboli dvě pravidla pro konstrukci skutečnosti

Zjištění, že pro popis vztahů živého organismu k jeho okolí musíme používat jiný model myšlení než mechanický model (triviálního) stroje,

nás nutí k tomu, abychom se pečlivěji zamysleli nad **pojmem kauzality**. Při tomto zamyšlení se ukazuje, že slovo kauzalita mělo původně dva různé významy:

- I. všeobecná výpověď o tom, že každá změna má nějakou příčinu;
- II. speciální výpověď, která formuluje empirický zákon mechanické kauzality

Rozlišování mezi těmito dvěma významy je možné nalézt již v antice. V našem povědomí však bylo reflektováno teprve ve chvíli, kdy se počínaje *Humem* (1711-1776) a *Kantem* (1724-1804) a za současného odklonu od aristotelské a scholastické tradice rozlišování mezi formální, materiální, činnou a finální příčinou začala analyzovat otázka, odkud pochází naše potřeba zjišťovat kauzální souvislosti.

„Velkou inovaci v Humově filosofii představuje redukce kauzálních vztahů na to, co bylo dříve chápáno jako přirozeně označující znak. Hume však toto vylepšení zastírá tím, že zachovává striktní mlčenlivost o znakové teorii“ (Sebeok 1994)

Kant odvozuje všeobecnou výpověď (I) z „principu a priory čistého rozumu“, který umožňuje zkušenost ze všeho nejdříve: Vše, co se děje, předpokládá něco, po čem toto něco následuje, a to dle jistého pravidla. „Na rozdíl od toho definuje *Kant* výpověď (II) jako jednotlivý zákon v rámci zkušenosti, který má proto zcela jiný status.“ (Ritter a Gründer 1976)

Tento empirický zákon v rámci zkušenosti byl pod vlivem *Descarta* od 17. století s rostoucí tendencí interpretován podle vzoru fyziky. To vedlo k přesvědčení, že pojem kauzality byl precizně definován teprve zákony klasické mechaniky. Tím byl smazán rozdíl mezi významy (I) a (II) a kauzalita byla tak těsně spojena s (mechanickou) determinovaností, že se z nich staly identické pojmy. Filosofii tím vznikl neřešitelný problém svobody vůle a biologie a psychologie nebyly schopny odpovědět na otázku, jak by měly být definovány pojmy „autonomie“, „spontánnost“ a „Já vědomé si sebe sama“.

S rozvojem kvantové teorie bylo toto silně deterministické pojetí nahrazeno (alespoň pro mikroprocesy) pravděpodobnostními představami. *Einsteinovy* úvahy a moderní termodynamika vedly k výsledku, že mechanisticko-deterministická definice kauzality platí pouze pro ty systémy, které jsou s ohledem na směr toku času invariantní; tato definice je však nedostatečná pro popis procesů v živoucích systémech (u nichž směr toku času nelze obrátit).

Tím se také pro biologii a medicínu stala **revize pojmu empirické kauzality nepostradatelnou**. Od zavedení pojmu informace je aktuální otázka, do jaké míry formuluje pojem znaku jiné pravidlo než je pravidlo klasické mechaniky. Neboť informace není, jak to zdůrazňuje *N. Wiener* (1963), ani substancí, ani energií, nýbrž je něčím třetím: *Já (informace) je já, není ani substancí, ani energií. Žádný materialismus, který nepřipouští tento fakt, nemůže v současnosti přežít.*“

Z hlediska ontogenetické teorie poznání by bylo možné postulovat následující tezi: Kauzalita (I) vytváří všeobecný rámec, uvnitř kterého vznikly jako speciální varianty modely „mechanické“ a „sémiotické kauzality“. Model mechanické kauzality se pravděpodobně vytvořil za účelem výkladu okolí v době, kdy se objevila samovolná motorika. Vykládá okolí jako autentické prostředí pro spontánní, to znamená nikoli vnějšími tlaky vyvolávaný pohyb.

4.2 Mechanické a sémiotické vztahy

Zájem medicíny a biologie o tento druh sémiotiky se zakládá na skutečnosti, že semiózy popisují jiný vzor vztahů mezi živými organismy a jejich okolím i mezi živými organismy navzájem než mechanická kauzalita. Semiózy vysvětlují chování živých organismů jako odpovědi na znaky, které je možné chápat pouze na základě trojčlenné (**triadické**) **relace mezi znakem, jeho významem a označovaným**, ale nikoli na základě **duálního vztahu mezi příčinou a následkem**. *Peirce* zdůrazňuje, že triadické vztahy znakového procesu nelze odvodit od dvoučlenných vztahů, které by platily pouze pro „akce hrubé síly“.

Bateson (1985) nachází pro chápání sémiotických vztahů poetická slova: „Pozorovatel, který studuje uspořádání lístků a větviček při růstu kvetoucí rostliny, zjistí na jedné straně analogii mezi formálními relacemi mezi stonky, lístky a pupenci a formálními relacemi, které existují mezi různými druhy slov ve větě na straně druhé ... Ti, kteří myslí nejprve na „věci“ ve vztazích, tedy na „relata“, odmítnou jakoukoli analogii mezi gramatikou a anatomií rostlin jako přehnanou. List a podstatné jméno si konec konců nejsou z hlediska vnějšího vzhledu vůbec podobné. Myslíme-li ale nejprve na vztahy a chápeme-li relata jako něco, co je definováno pouze svými vztahy, pak začneme žasnout.“

Znakové procesy sice nelze redukovat na fyzikální či chemické jevy, posledně jmenované však znakové procesy potřebují jako „vehikulum“ pro to, aby mohly „transportovat“ významy či zprávy (informace). Podobně potřebuje pisatel chemickou látku inkoust, aby mohl příjemci dopisu sdělit svoji zprávu. Jednotlivé tahy perem získávají svůj význam jako znaky (písmena, slova nebo věty) ale pouze na základě abecedy, kterou musí pisatel i příjemce dopisu ovládat a která odpovídá platnému kódu. Totéž platí v principu také o molekulách DNA,

kteřé mohou být stejně jako inkoust chemicky identifikovány, ale samy o sobě nejsou ještě žádnými znaky (viz. kapitola 5 „Molekulární biologie a genetika v pohledu sémiotiky“).

Pro medicínu je důležitá ta skutečnost, že sémiotika zavádí do lékařství společně s interpretantem opět význam a s ním subjekt. Subjektem je individuální pacient se svým živým tělem jako interpretem svého prostředí. Interpret nesmí být zaměňován s interpretantem, který – jak to vyjádřil *Peirce* – přejímá „v duchu interpreta“ koordinační funkci, kterou vykonává v biologii receptor.

4.3 Úkol

Pro náš úkol najít takový přístup, ze kterého by mohla medicína vyjít, aniž by se stala obětí dualismu, je obzvláště zajímavá koncepce sémiotiky, která nevyšla z jazykovědných disciplín, nýbrž z potřeb biologického bádání. Při tom se objevil dvojnásobný problém: Za prvé se jedná o **problém reality pozorovatele**, to znamená pravidel, podle nichž musí pozorovatel konstruovat svoji realitu, aby byl schopen pozorovat živé organismy; za druhé jde o **problém rekonstrukce pravidel**, podle nichž konstruuje pozorovaný živý organismus svoji realitu (jako obývanou schránku, jako prostředí či individuální skutečnost).

4.3.1 Funkční obvod

Z tohoto hlediska je významné, že nezávisle na sémiotících, kteří vyšli z jazyka, logiky nebo matematiky, rozvinul *J. von Uexküll* jako biolog nauku o znacích platnou pro živé systémy (*Th. von Uexküll* 1981). Neznal ani *Peirceovy* práce, ani práce jiných sémiotiků, kteří jeho koncept objevili teprve relativně pozdě (*Sebeok* 1978). On sám neoznačil svůj výzkum jako sémiotický, nýbrž byl teprve posmrtně přiřazen do okruhu významných sémiotiků (*Nöth* 2000). O to překvapivější je dalekosáhlá shoda jeho nauky o znacích s ostatními sémiotickými koncepty. Pro nás je důležitá ze dvou důvodů: Rozvíjí sémiotiku živých systémů, tedy „biosémiotiku“, a zavádí snadno srozumitelnou terminologii.

Rozhodující spojující článek mezi koncepty *J. von Uexkülla* a koncepty sémiotiků je důraz na „význam“ (*J. von Uexküll* 1940). Jeho model funkčního obvodu (vyobrazení 1-2) popisuje konstrukci prostředí živého organismu jako proces, který probíhá ve třech krocích:

Udělení významu: Receptor živého systému proměňuje (kóduje) působení okolí na „**znaky vnímání**“ a uděluje tak částem okolí význam „**charakteristických znaků**“. Tento krok odpovídá „vnímání“ a zřetelně se na něm ukazuje, že se při přijímání znaků nejedná o pasivní, nýbrž o aktivní proces.

Instance, která definuje význam, vyplývá u *J. von Uexküll*a z druhu funkčního obvodu, do něhož je živý organismus začleněn. Existují funkční obvody média (vody pro ryby, vzduchu pro ptáky, půdy pro suchozemské obyvatele), chytání kořisti, sexuálního chování atd. Odpovídají interpretantům, kteří interpretují okolí jako objekty pro biologické potřeby živých organismů (pohyb, lov, milostné hry atd.) Tento krok odpovídá interpretaci toho, co bylo vnímáním přijato jako objekt zájmu.

Zhodnocení významu: Jemu odpovídá vyvolané chování. Produkuje „**znaky účinku**“, které vymazávají „znaky vnímání“ ve smyslu negativní zpětné vazby. K tomu však potřebuje chování „strpění významu“ či „podporu“ na straně okolí. Okolí rozhoduje o tom, zda bylo přidělení významu správné nebo chybné. Tento krok odpovídá pragmatické kontrole reality popř. kontrole použitelnosti interpretací na základě aktivního zacházení s objektem.

Jelikož podle *Tembrocka* (1975) končí biologické znakové procesy buď „použitým chováním“ nebo „signálním chováním“ (coby zhodnocením významu), je možné přiřadit „pragmatický princip reality“ „použitému chování“ a „komunikativní princip reality“ „chování signálnímu“. V obou případech rozhoduje zpětná odpověď okolí o „realistické“ nebo „nerealistické“ kvalitě udělení významu.

Model funkčního obvodu chápe organismy jako živé systémy, které jsou prostřednictvím svých receptorů a efektorů v nepřetržitém informačním (= znakovém) spojení se sebou samými a se svým okolím. Nereagují pouze jednoduše mechanicky na fyzikální působení, nýbrž kódují změny svých receptorů do znaků, které systém informují o významu okolí pro jeho biologické potřeby. Chovají se jako „netriviální stroj“. Objekt vzniká a zaniká ve funkčním obvodu v interakci se subjektem. Objekt „krmivo“ existuje pouze pro hladové zvíře, pro nasycené zvíře tento význam již neexistuje. Tím se z objektu stala bezvýznamná část okolí.

Biologie a medicína pracují již celá desetiletí s kruhovými modely: Pojmy jako regulační obvod, kybernetický systém, smyčka se zpětnou vazbou atd. vešly do fyziologické terminologie, nikoli ale poznání, že se u toho, co tyto termíny popisují, jedná o znakové procesy. Kauzálně mechanické modely vysvětlení zde selhávají, protože zatajují aspekt významu, bez kterého nelze živé systémy správně popsat.

Výhradně pro potřeby [Psych@somu](#) přeložil Lubor Špís z knihy T.von Uexküll: *Psychosomatische Medizin*, Urban & Fischer, 2003

OCHUTNÁVKY ODJINUD

Protože řadu posluchačů na 10. konferenci PSM zaujala svým projevem paní docentka Hogenová, uveřejňujeme jeden z jejích textů, které nám dala k dispozici.

Anna Hogenová, doc. PhDr.,CSc.: K fenomenologii těla a pohybu

doc. PhDr. Anna Hogenová,CSc.
kat. filosofie UK, Pedagogická fakulta
e-mail: hogen@volny.cz

Popisujeme-li tělo na pozadí plochy, dostáváme tělo ve smyslu „Soma“, somatotypu, tvaru, formy. Popisujeme-li tělo na pozadí časové posloupnosti, postupnosti (sukcesivity), dostaneme tělo ve smyslu „Sarx“, tělo vyplněné jednotlivými orgány s jejich funkcemi, které se realizují v čase. Toto tělo patří lékařům a vědcům. Soma i Sarx jsou těla předmětná, jedno se ukazuje na pozadí prostorové plochy, druhé na pozadí proudu časové následnosti.

Ale my máme od dob Poseidónových ještě jedno tělo – Pexis,² je to tělo pomocí kterého tělesníme, žijeme. Toto tělo není dáno představou, jde o tělo nepředmětné! Jde o tělo nezprostředkované představou, jež existuje jen tělesněním. A to nás zajímá především! Péxis není je látkové tělo, patří k němu i duše a to způsobem podstatným, Pexis je totiž tělo jednoduché, nikoli dvojitě, nikoli cartesianské. Jak pociťujeme toto tělo? Jako pramen, zdroj, (Urquel), ohnisko životní vzmachu (impetus), jako prostou jednoduchost.

Analytický vztah k tomuto tělu je nemožný. Pexis je jednoduchá jednota, běžím-li, nepotřebuji kontrolovat jednotlivé končetiny, „jde“ to samo. V tanci jsem jediným ohniskem, „pramením“ a vsouvám se do kosmického „ohně“, řečeno s Herakleitem!

Bohmův implikátní řád³, zavínutý řád významů, není analyzovatelný na popsitelné aditivní části. Pohyb je z těla zrozen, není vyroben jako součet částí!

Živé tělo tělesní v pohybu, mostem mezi tělem – Soma a světem kolem nás, je vnímání.

² Srov., Kratochvíl,Z., *Prolínání světů*. Praha: Oikumene 1991, s. 17.

³ Srov., Bohm, D., *Rozvíjení významu*. Praha: Unitaria 1992, s. 22.

A vnímání je klíčem k poznání těla Pexis. A zde je stále mnoho záhad. Dle Suaréze⁴ Slunce nevlastní žádné teplo, teplo je to, co nám dává naše vnímání. Vnímání je důležitou otázkou i dnes? Co to vlastně je? K vnímání patří to, co je vnímatelné, Umwelt, okolní svět. A je třeba si přiznat, že nejsme nic hotového, jsme to, co tradice okolního světa v nás otevírá a toto otevírání patří bytostně k vnímání.⁵

Tělo tělesní otevíráním z vnějšku, tělo nekončí Somatem, jak si myslí lékaři. Jsou to stromy, lidé zvířata, nebe kolem nás a nad námi, co nás otevírá a zakládá naše vnímání. Umwelt patří k tělu ve smyslu Pexis. K Soma a Sarx nepatří Umwelt, ty jsou předměty a jsou dány představami, Pexis je jiné tělo, je nepředmětné a nepředstavové. Pexis je dáno stejně jako je dána voda rybě. O vodě ví ryba jen tehdy, je-li na suchu, jinak si vody ani nevšimne, není otevřena pro toto vnímání a stejně je to s námi.

Vnímání jako neustále slyšení zvuků, pociťování dotyků, je plné vůní, je plné reflexí plovoucího charakteru, toto vše je vnímáno jako jediná jednoduchost, jak je to možné? Tato jednoduchá jednota není vytvořena koherencemi představ, apofantikou, naopak tato jednota je založena v našem těle jako ta nejpůvodnější vrstva, která je předpredikativní (vorpredikative) Touto nejpůvodnější vrstvou je tzv. tělesné schéma, jež funguje jako pozadí pro vyvstávání jednotlivých fenoménů jako jednot v našem vnímání. Merleau-Ponty k tomu dodává: „Rozumět znamená uchopit totální intenci,“⁶ tato intence je tělesným schématem, fungujícím jako pozadí pro fenomenalizaci světa. Do našeho vnímaného předmětu projikujeme protence – předočekávání, Husserl mluví o „Vorerinnerung“. Protence současně s vnímaným „předmětem“ - noematem tvoří jednotu našeho těla s Umwelt – okolním světem. Noeze a noemata jsou základem intencionality, která je základem těla jako Pexis. Noeze je tělesné schéma a noema je předkonstituováno noezí, tj. naše tělesné schéma je základem vnímání, je základem našeho tělesnění a našeho života. Toto tělo je nepředmětné, není možno si jej představit „clare et distincte“, a proto není možné jej ani měřit, přesto Pexis je nejdůležitějším tělem při učení se novým pohybům, protože, abychom pochopili pohyb, musí být předem zabudován do naší noeze, musí vyvstat z pozadí tělesného schématu jako něco předstanoveného. Jak předem stanovíme např. sjezd na lyžích? Díváním se na tento pohyb, prožíváním tohoto pohybu, opakovaně a mnohokrát. Je dobré se vžívat do tohoto pohybu, je dobré jej intuitivně vykonávat, představovat si jej,

⁴ Srov., Kratochvíl, Z., *Mýtus, filosofie, věda*. Praha: UK 1991, s. 213.

⁵ Srov., Merleau-Ponty, M., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin 1966, přel. Rudolf Boehm, s. 5.

⁶ Tamtéž, s. 15.

stejně jako to dělá nemocný se svou nemocnou nohou, pokud je nutné dlouho ležet na lůžku. Probouzení noze představovým způsobem je nutné k rychlé rekonvalescenci. V žádném případě nemůžeme chápat pohyb jako tvorbu, v níž vůle hraje stoprocentní zdroj úspěchu. Tělo – Pexis má vlastní vůli, jinou než je naše vůle založená na apofantice, v tomto ohledu lze s Nietzsche naprosto souhlasit.

I Když chci krásně tančit, mé tělo to nepovolí, pokud nebudu vyladěna ve smyslu tělesného schématu. Tělo jako Pexis má vlastní paměť, mé tělo ucukne od rozpálených kamen dřívě, než si to uvědomí můj rozum s případnými následky. V autě zabrzdím dřívě než se strachy zpotím a uvědomím si hrůzu případných následků. Tělo disponuje zvláštním druhem rozumění a ten se dá pochopit jen intencionálně. Urimprese, retence a protence tvoří základ pro husserlovské vnitřní vnímání času. Krytí retencí v aktivitě i v pasivitě vytváří protence – předočekávání a tato předočekávání projikujeme do urimprese, do původního vtaku okolního světa do nás samých. Pohyb je tak něčím zásadně odlišným od newtonovského obrazu, pohybem v tomto případě je vyvstání fenoménu, pohyb je zde vznikem, ukázáním se něčeho, čemu říkáme pohybová figura.

Tělo – Pexis není tělo předmětné, ale dá se pochopit skrz fenomenologii vnímání. Základním pojmem vnímání je počitek a ten nikdy není jen odraz objektivní reality do subjektivního vědomí, jak nás to učili ve škole a učí se to tak dodnes. Počitek je punktuální náraz, ale také způsob, jakým nás tento náraz afikuje. Vidím, či slyším předmět jedině když se mi vyrýsuje na pozadí. Počitek mohu pochopit jako počitek něčeho, jedině když se mi spojí s pozadím, které je již mým vlastním výtěžkem. Tento můj vlastní výtěžek je tzv. tělesné schéma a bývá pochopeno jako oblouk mezi retencemi a protencemi, mezi kterými je urimprese, původní počitek. Máme zde dvě pozadí, či horizonty. Jeden je vnitřní – tělesné schéma, druhý je vnější – pozadí toho, co je vnímáno. Obě pozadí jsou nesmírně důležitá. Kdyby jich nebylo, nevnímáme a neporozumíme. Vnitřní pozadí, vnitřní horizont – tělesné schéma je opět nepředmětné, není možné jej pochopit jinak než myšlením, empirický přístup k němu neexistuje. Věda pracuje s počitky jako by to byly věci, totéž požaduje od všeho tělesného, ale zde se ukazuje něco, kam taková věda dost dobře nemůže.

Merleau-Ponty přímo tvrdí: „Horizont je to, co dává předmětu identitu.“⁷ Toto tvrzení nás opravňuje k tvrzení, že touto identitou těla je tělesné schéma. Všichni víme, co to s námi udělá, když nás učitel učí jezdit na

⁷ Srov., Merleau-Ponty, M., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin 1966, přel. Rudolf Boehm, s. 92.

lyžích a pohyb nám rozkouskuje do mnoha jiných a my teď máme vše spojit do jednoty. Jakmile tento horizont – tělesné schéma není vyladěné, pak naše tělo není schopno následovat rytmus hudby v tanci. Tělo nás přestává poslouchat, protože naše tělesné schéma – vnitřní horizont, dávající identitu našemu pohybu nefunguje. Tělesné schéma opět není předmětem, není představou, je něčím, co v nás funguje a je srostlé s naším Selbst. Schválně neříkáme ani s jástvím, protože Selbst je hlubší než jáství. Vnější vnímání je dáno pozadím, horizontem, vnitřní vnímání je dáno také pozadím, horizontem. Struktura: předmět – horizont je perspektivou. Žijeme tedy v perspektivách vnějších a vnitřních, obě tyto perspektivy musejí být vyladěny, abychom vůbec mohli vnímat a vnímanému porozumět. Toto je základem Pexis. Toto tělo je obzvlášť obtížné, má jaksi vlastní vůli a rozum, i když teď jsme se vyjádřili zjednodušeně. Ale tělo je rozhodně něčím víc než tím, co nám nabízí cartesiánský způsob popisu.

Je velmi těžké vysvětlit studentovi správný pohyb, protože student musí pohyb vyeruovat ze svého vlastního tělesného schématu, ze své sítě retencí a protencí, ze svého – specifického oblouku mezi retencemi a protencemi, ze své noeze, ze svého vnitřního horizontu. Pohyb musí být zrozen, není vyráběn součtem, adicí, jak si to někdy myslíme. Vyložit přemet vpřed, to je něco jiného než trojčlenka či kvadratická rovnice. Tělocvikář disponuje jiným rozuměním, rozuměním těla – Pexis, a to není tak jednoduché jako v matematice. Tělocvikář musí respektovat tělesné schéma svého žáka, musí být na toto tělesné schéma vyladěn. Rozumět druhému tělu, znamená být na toto druhé tělo vyladěn, a to není dáno jen metodickým a didakticky správným pozorováním. Syntéza horizontů je presumptivní, dodal by Merleau-Ponty.⁸ Citlivost zvláštního druhu patří trenérům a učitelům tělocviku. Tato presumptivní syntéza je také zvláštním druhem tělesné tvořivosti, tak důležitá např. ve fotbale a hokeji, tj. všude tam, kde je nutné znát celek hry v každém jednotlivém okamžiku.

Tělo, pochopené jako „partes extra partes“ je jen a jen předmět, předmět na cartesiánském pozadí, jež umožňuje vidět věci „clare et distincte“.

„Stává se, že válečný invalida cítí ve své fantómové ruce granát, jenž mu ruku roztrhal“, proč? Protože retence této události neustále protenduje, je podstatnou součástí tělesného schématu, pozadí, horizontu, z něhož tento člověk žije. Bergsonova jednota pohybu a vnímání je podstatou těla ve smyslu Pexis. Pexis je nerozdělitelnou jednotou těla a duše, ta je založena tělesným schématem jako horizontem a pozadím, ve kterém je

⁸ Srov., Merleau-Ponty, M., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin 1966, přel. Rudolf Boehm, s. 94.

spousta předporozumění, ve kterém je obsažena možnost virtuálních pohybů (pohybů „jakoby“). Předporozumění našemu Umwelt – okolnímu světu je součástí našeho vnímání, dávno před setkáním s noematem, konkrétně daným. Heidegger se vyjadřuje o téže podstatě takto: „Nämlich eigentliches Sein als besorgendes In-der-Welt-zu-tun-haben charakterisiert ist als Immer.schon-vorweg-sein-bei-etwas.“⁹ Vždy již jsme předstanoveni, pro sport a tělocvik jsou nesmírně důležité virtuální pohyby, které vyplňují síť možností v našem tělesném schématu. Komu chybí tyto virtuální pohyby, ten se těžko učí novým pohybům.

Překřížíte-li si ruce na řídítkách jízdního kola, pak se nic neděje, pokud jedete naprosto rovně a přímo, ale při prvním pokusu zatočit, to velmi zle dopadne, virtuální pohyby v naší tělesné paměti nestačí korigovat změněnou výchozí pozici a naprosto určitě spadnete. Zním případ dítěte, jemuž chybí virtuální pohyb při pádu z kola, toto dítě padá na hlavu, nedá ruce před sebe atd. atd.

Vyladění tělesného schématu pro prováděný pohyb je důležitý v gymnastice, na kladině je nejdůležitější soustředění a to není nic jiného než vyladění na horizont virtuálních pohybů v tělesném schématu. Tělesné schéma má přímé spojení s časem, s prožíváním časovosti, vnitřní a vnější. O tom mnoho podstatného vyslovil Bergson a Husserl. V každé urimpresi (Jetztigkeit) je zavinuta minulost ve formě podržených „ted“ (retence) a budoucnost ve formě předočekávání v protencích. Proto je každá původní a originální přítomnost současně i minulostí a budoucností. Naše tělo, okamžitý stříh dění tohoto vědomí, je kotvou, kterou se zajišťujeme, pomocí které si zakládáme onticitu. Proto fantómová ruka není představou ruky, ale přítomnost ruky samé, tj. tato ruka je obsažena v protencích, kterými rozvrhujeme svět kolem nás ve virtuálních pohybech. Naproti tomu anosognosie je vytlačení protence ruky, pokud jeho nositeli vadí její invalidita. Jednota duše a těla se vlastně vytváří propojením retencí tělesných s netělesnými do jednoho nerozdělitelného celku.

Virtuální pohyby jsou nejdůležitější součástí pohybového talentu. Co to vlastně je? Jsou to výtěžky minulých pohybů (retence), které prošly aktivní i pasivní syntézou krytí, řečeno husserlovsky. To není nic jiného, než to, že výtěžkem je pohybová zkušenost, jež pak funguje jako virtuální pohyby při rozvrhu světa kolem nás. Pohyb a tělo mají dvě vrstvy habituální a aktuální. Ta aktuální potřebuje tu habituální vrstvu k možnosti pohybové realizace. Při Schneider – nemoci nemůže nemocný najít místo, kde byl např. píchnut nebo štípnut. Musí se

⁹ Heidegger, M., *Logik*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann 1976, s. 147.

aktuálně pohybovat a teprve aktuální pohyb hlavou mu umožní sáhnout si na hlavu, jinak neví, kde ji má. Je třeba ale říci, že tento nemocný musí mít zavázané oči. Co chybí tomuto nemocnému? Chybí mu habituální vrstva našeho tělesného vnímání, tj. chybí mu protence, rozvrhující plochu jeho vlastního těla. Pohyb a tělo tedy není možno chápat pouze cartesiánsky, tj. analyzovat do částí a popisovat je. Je třeba se dostat k celku těla, fungujícího skrz tělesné schéma jakožto pozadí, na kterém, podobně jako na filmovém plátně, vystávají jednotlivé pohybové figury v simultánní propojenosti motoriky, myšlení, vůle a pocitů. Toto je nejdůležitější myšlenka ve fenomenologickém pojetí těla a pohybu. Merleau-Ponty hovoří o významu intelektuálním a motorickým.¹⁰ Nemocnému ve výše zmíněném smyslu chybí motorický význam. Každý pohyb patří do celku, do svého pozadí jako jeho moment, tento celek má intencionální charakter a nazývá se tělesné schéma (oblouk mezi retencemi a protencemi, rozprostírající se nad urimpresí).

Intencionální oblouk mezi retencemi a protencemi nad urimpresí je tedy pozadím, na němž se tvoří pohybová figura jako současná propojenost motoriky, myšlení, vůle a emocionality. Proto taktilní a vizuální počítky nemůžeme od sebe oddělovat a vysvětlovat je bez celku. Proto ztráta tohoto celku – intencionálního oblouku – znamená vlastně ztrátu virtuálního pohybu a s ním spojenou deficienci vnímání, sem spadá např. afasie, agnosie, apraxie, alcheirie atd. Proto nestačí kauzální popisy pro vysvětlení těchto chorob. „Status nascendi“ zde hraje důležitější roli, než si obvykle myslíme. Možnost vnímat je dána předchůdnou intencí, jež umožňuje mimo jiné především vnímat prostor ve smyslu toho, co je blíž, co je dál, co je vpravo, vlevo, nahoře a dole. Tělo je vždy nulovým bodem pro možnost předpredikativní orientace ve světě. Intence, která toto umožňuje je intencí zur-Welt-sein. Naše tělo nekončí kůží, právě tato intence zur-Welt-sein to dokazuje. V předreflexivní sféře našeho duševního života jsme již tělem propojeni se světem kolem nás, tělo je kotva do světa.

Nemusíme své tělo hledat, za naší řečí, jednáním a vnímáním je symbolické vědomí, říká Merleau-Ponty.¹¹

Tělesné schéma, oblouk, intence – to vše je celek, jenž je simultánní a rodí se vždy znovu a znovu, proto zde tak těžko uspějeme s kauzalitou, používanou v běžném vědeckém uvažování. Sedimentace retencí (aktivní a pasivní syntéza krytí retencí) a spontaneita protencí se tvoří vždy znovu, tak jak si to vyžádá modus Dasein, ve kterém se živá bytost

¹⁰ Srov., Merleau-Ponty, M., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin 1966, přel. Rudolf Boehm, s.136.

¹¹ Srov., tamtéž, s. 152.

ocitne. Když člověk nemůže obkreslit to, co dobře vnímá, pak intence vnímání se nespojuje s pohybem ruky, je porušen oblouk mezi minulostí a očekávanou budoucností, mezi retencemi a protencemi. Ztráta časového vektoru není nic jiného než porušení oblouku mezi retencemi a protencemi. Pohyb a pozadí (oblouk) jsou spolu srostlé, vlastně jen uměle se od sebe odtrhují.¹²

Tělo jako pexis je srostlé s okolím, se světem prostřednictvím intence zur-Welt-sein, proto toto tělo nekončí kůží, proto toto tělo není předmětem v obvyklém medicínském smyslu slova. Toto je nejdůležitější objev fenomenologie těla, ale tyto myšlenky můžeme najít i u Bergsona aj. Je-li tělo pouze „an sich“, bez propojení s okolím a světem vůbec, pak jsme v oblasti psychiatrie. Celky hrají ve fenomenologii nejdůležitější roli, nejsou doceněny, naopak se proti nim velmi diskutuje a to je škoda, tělo se nedá bez nich pochopit. Všichni píšeme na klávesnici počítače, píšeme naprosto bez problémů, ale na otázku, kde se nachází nějaké konkrétní písmeno, neodpovíme, protože to prostě nevíme. Je možno číst švabach, aniž bychom mohli napsat přesně jednotlivá písmena, prostě jednotlivá písmena přesně vůbec neznáme. Jak je tento jev vysvětlitelný? Jedině tak, že kinestetická paměť je propojena s intelektuální, tj. tvoří celek a my se musíme naučit brát tento celek alespoň trochu vážně. Je to nutné v případě tělesné inteligence, v motorickém učení. To je přínos fenomenologie do problematiky těla a tělesnosti.

Syntéza času a prostoru je tvořena v tělesném schématu vždy nově, můžeme říci, vždy se znovu originálně rodí. Proto pohybová zkušenost našeho těla není žádným poznáním, ale naopak poznání umožňuje, protože nám otvírá přístup ke světu a předmětům. Tomu se říká „Praktognosie“. Komu chybí intence k tomuto rozvrhu, ten se nemůže vyznat ve světě předmětů jako my, tzv. zdraví lidé. „Rozumět znamená zakusit shodu mezi intencí a výkonem“, říká Merleau-Ponty¹³. Proto každý pohybový návyk je rozšířením naší vlastní existence s možností lepšího vnímání i lepšího poznávání. Také proto pes, který je celý život uvázan, má pole své existence omezeno, a s tím i omezenou možnost vnímat. Každý člověk odsouzený na doživotí, je vlastně odsouzen k nedostatečné existenci, k nedostatečnému vnímání, k omezené možnosti poznávat. To ovšem neznamená, že retencionální bohatost se ničí, naopak může být lépe využívána, není rušena spoustou jalových a

¹² Srov., tamtéž, s. 167.

¹³ Merleau-Ponty, M., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin 1966, přel. Rudolf Boehm, s.174.

zbytečných vjemů, to je také podstata klauzury atd. atd. Pohybový návyk je již protencí, ustavenou z mnoha opakujících se retencí a po syntéze krytí těchto retencí a ta může být aktivní i pasivní. Právě pasivní syntéza retencí má velký význam v pohybových návycích. Pohybové protence jsou díky syntéze výsledkem retencionality tělesné i duševní propojeny a rozvrhují čas a prostor, tj. ustavují tělesnění ve smyslu Pexis, ustavují Dasein, existenci v základním směru. Pokud tyto protence nefungují a nerozvrhují svět, pak vznikají stavy, kterým říkáme nemoci. Frigidita je takovým narušením, afonie a anorexie také. Merleau Ponty k tomu dodává: "Afonie není jen vyhnutí se mluvení, anorexie není jen vyhnutí se životu, jsou vyhnutím se budoucnosti".¹⁴

V hluboké vrstvě intencionality chybí protence, která zakládá možnost budoucnosti, vzniká pasivně, vzniká tajemně, neznáme to, jediné co víme, je, že kořeny těchto neschopností jsou patrně hlubší než nám nabízí cartesiánský výklad těchto nemocí založený na kauzalitě a empirických metodách.

Tělo je kotva do přítomnosti, musí být propleteno s vnitřním husserlovským časovým vnímáním, tvar těla-Soma je odpovědí na propojenost těla s okolím, zde jde o tělo-Pexis, pod kůží jsou orgány, tj. tělo-Sarx. Tělesnění je neustálé tvoření pohybových figur, které jsou odpověďmi na celek propojenosti těla s okolním světem. Otázky, které vedou k těmto odpovědím jsou klíčem k porozumění tělu. Toto porozumění bylo zjednodušeno cartesiánským pojetím těla (res extensa), které bylo pouhým a výhradním předmětem a ničím víc. Objekt se stal tělem a duše se stala subjektem (res cogitans) a tento hrubý zásah vytvořil celou řadu důsledků, jež nebyly a mnohdy ani dnes, nejsou pozorovány jako výsledky tohoto zásahu. Ženské i mužské tělo je často pokládáno za prostředek pro uspokojování pudových potřeb. Vnějšík těla – Soma začíná hrát v lidském životě nejdůležitější roli. Každý chce být stále mlád, stáří ztratilo důstojnost, zbyla jen známka blízké smrti a tedy i nevykonnosti. Vnějšík těla se stal něčím, čemu se věnuje obrovská pozornost, protože vnitřek těla a vnitřek lidské bytosti je něčím nepodstatným.

Heidegger kdesi říká: není pravda, že tělo má ruku, naopak, ruka má tělo a prodloužení této ruky, je naše řeč a právě v řeči bydlí bytí. Řeč je modus tělesnění, řeč je prodloužením těla do transcendentna. Proto je nutné chápat lidské tělo jako Pexis a nikoli jen jako Soma a Sarx. Spojení těla a duše s okolním světem se realizuje řečí, lidským jednáním i to je modus tělesnění. Mnohému vůbec nerozumíme, protože jsme

¹⁴ Srov., tamtéž, s. 196-197.

ještě nedozráli pro tázání, které otvírá tyto tajemné souvislosti. Proč je tvar těla takový, jaký jest? Atd. atd. Tělo je stále nedoceno, nedomyšleno, nedotázáno. Sport a tělesná cvičení jsou jednou z možností, ale nikoli jedinou. Je tu celá velká plocha umění, do kterého se lidské tělo a tělesnění „přelévá a vlévá“. Sociální charakter je další velká záhada našeho společného tělesnění skrz řeč, jednání atd.

Tělo je zrcadlem našeho bytí, je prouděním naší vlastní existence. Řeč je prouděním, je transcendováním naší tělesnosti k tomu, co již není výslovné.

Celek těla je intence, funguje pod názvem tělesné schéma, je obloukem mezi retencemi a protencemi nad urimpresí. Obsahem tělesného schématu jsou intence, vznikající jako syntézy krytí retencí. Zde se vytváří vnitřní časové vědomí a vše je propleteno do jednoho celku, v němž neexistuje cartesianské dělení na *res extensa* a *res cogitans*.

Právě v řeči, jež je výkonem rozumu i motoriky, v simultaneitě se ukazuje tělesné schéma jako horizont. „A všechno vědění se zakládá v horizontech“, opakujeme po Merleau-Pontym.¹⁵

Horizont je v případě těla tělesným schématem, je současně pozadím, na němž vystupují pohybové figury v simultánní jednotě motoriky, myšlení a cítění.

Teorie těla je teorií i vnímání, protože vnímání je tělesným mostem mezi tělem a světem kolem. Je-li dodnes něco nedoceno v motorickém učení, je to právě platnost a význam tělesného schématu. Na to bych chtěla v této práci poukázat! Počitek jako základ vnímání je tedy vždy rekonstituce a předpokládá v nás vždy sedimenty předcházejících konstitucí,¹⁶ těmto sedimentům říká Husserl výtěžky syntézy krytím retencí. Tento pohled na počitek pak velmi komplikuje otázku, co je to subjekt vnímání. Ovšem subjekt – objektová figura vědeckého myšlení je něco naprosto samozřejmého, proto zde se otvírá otázka naprosto zásadního charakteru. Není snad subjekt a objekt něčím, co nás mate? Pozadí mých sedimentovaných retencí vždy vstupuje do mého vnímání, tedy tělesným vždy napojena na minulost, protože budoucnost v sobě obsahuje výtěžky krytí retencí z minulosti. Také proto tvrdí Husserl a později i Heidegger, že přítomnost, minulost a budoucnost spolu velmi úzce souvisí. Počitek tedy potřebuje vnitřní pozadí – tělesné schéma, ale zároveň je vždy ukázán na nějakém vnějším pozadí, kterému velmi často říkáme perspektiva. Vnímání není jednoduché zrcadlení, je velmi složité a stejně tak i tělesnění, protože oboje spolu souvisí. Úplná

¹⁵Merleau-Ponty, M., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin 1966, přel. Rudolf Boehm, s.244.

¹⁶ Srov., tamtéž, s. 252.

determinovanost všeho skrz matematické myšlení se ukazuje jako chyba. Merleau-Ponty říká: „Každá smyslovost klade určité pole předem.“¹⁷ Jednotlivé smysly spolu komunikují přes tělesné schéma, i slepý má zkušenost prostoru, počitek se ukazuje jako velká plocha našeho dotyku s bytím. Intersensorický svět se konstituuje intencionálně. Tělesné schéma umožňuje prolnutí různých počitek do jediné simultánní (nikoli sukcesivní) jednoty, do celku. Přesně stejnou simultánní jednotou je akord ve hře na kytaru, akord je vlastně intencí, a kdo dobře slyší intenci, pronikající různými tóny, má hudební sluch. Rozumět světu je stejné jako mít dobrý sluch, je třeba zachytit jednotící intenci, která nevzniká nějakým součtem, ale vzniká intencionálně, v tom spočívá podstata vnímání i podstata těla Pexis. Pozadí ticha pro hudbu, pozadí bílého papíru pro černá písmena Tóry, pozadí tělesného schématu pro jednotu našeho těla, skrz které existujeme jako nedílná bytost, to je to, co je v tomto případě důležité. Tělesné schéma jako základ synestésie nám umožňuje slyšet barvy a vidět zvuky, vnímat krajinu celým tělem, malovat zvuky atd. atd. Proto v myšlení musíme zahlédnout, abychom viděli, proto jsou Platónovy ideje pozadím, na němž se ukazuje svět věcí a vztahů mezi nimi, proto nemohou být ideje pochopeny jako pojmy, jako tvary, proto ideje Platónovy nejsou dány v představách. Cartesián potřebuje k myšlení vždy a jedině představy, bez představ je ztracen a mluví o podvodu v myšlení, ale zde jde o něco hlubšího, a je to tak dobře!

Tělo je synergický celek, jednoduchý, simultánní celek, není to jen složenina analyticky popisovatelná, a o toto tělo nám jde především. Vnímání času to není jen vnímání sukcese změn, jak to vidí fyzici a tzv. normální člověk též, ale jde o vnímání koexistence, v přítomnosti je vždy nějaký sediment minulosti v podobě protencionální předvzpomínky (Vorerinnerung) řečeno s Husserlem. Schizofrenici nežijí ve společném světě, mají privátní krajinu, proč? protože jejich protence jinak rozvrhují jejich svět, než je ten náš. Tělesnění je proces, v němž je intence ke světu (zur Welt-sein), do této intence patří nejen základní projekce prostorové a časové, ale i řeč jako prodloužená ruka pro vyhmátávání světa v prostoru a času. Merleau-Ponty k tomu říká: „Co zdravého člověka chrání před deliriem a halucinacemi, to není jeho kritický duch, nýbrž struktura jeho prostoru.“¹⁸

Jen pohled na věci kolem nás již vyvolává tzv. virtuální pohyby, protence, které spouštějí vlastní motorický akt. Tak je tomu i s mluvením. V údivu stojíme, když nemůžeme nic říci, to jsme setkali s něčím, co je

¹⁷ Srov., tamtéž, s. 259

¹⁸ Merleau-Ponty, M., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin 1966, přel. Rudolf Boehm, s. 338.

prostě nové. V podstatě je celý náš život dialogem, který vedeme s okolním světem, řeč slov si nezadá s řečí těla. Odpověďmi našeho těla jsou akty těla, motorické změny našeho vztahu ke světu. Sport a tělesná výchova je tedy specifickým dialogem, kde můžeme najít otázky a odpovědi. Naše tělo se páruje s věcmi, je s nimi v jednotě, které říkáme Dasein a tato jednotu je klíčem k pochopení člověka jako celku a zvláště jako zdroje pro porozumění jeho nemocem.

Věc je korelátlem našeho těla, je propojena s tělem neviditelnými vlákny našich virtuálních pohybů, tato síť patří k tělesnění, patří k Pexis. Věci nejsou jen předměty, jen danosti a fakta, to je zjednodušené chápání. Dialog těla a okolí probíhá v síti předporozumění, jež má předreflexivní povahu. Jde o rozumění tělesné a právě na to se zapomíná nejvíce.

Souhrn:

Soma-tvar těla, Sarx-vnitřek těla pod kůží, Pexis-tělo oduševnělé. Dnešní vědec je cartesián, aniž o tom ví, protože bere vážně jen to, co je „clare et distincte“, tj. to, co má tvar, je předmětem, či představou. Spousta „věcí“ však existuje naprosto nepochybně a nemá tvar, např. svět, duše, svoboda, láska, smrt, krása, velikost, rozdíl, vztah, Platónovy ideje atd. Lékaři berou velmi vážně Soma a Sarx, někdy zapomínají na Pexis, to samé platí pro tělocvikáře a sportovní trenéry. Pexis není předmětné, není dáno jednoduchou představou, která má okraje (margo). Pexis není objektivní, nedá se měřit, nedá se jednoduše představit, a tak pro mnohé neexistuje vůbec. Ale právě toto tělo je to, skrz které v každé chvíli našeho života tělesníme, existujeme, „jsme“. Toto tělo „háže kotvu do teď“, je napojeno na prožívání času, který můžeme popsat jen fenomenologicky, tj. bez předsudků apofantické fyzikální vědy o čase. Vnitřní prožívání času, tak jak bylo vysvětleno v Husserlově práci „Die Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins“ vysvětluje urimprese, retence a protence. Právě originální přítomnost (Urimpression) je kotvou, kterou „háže tělo“ do toku času. Tělesné schéma je pozadí, z něhož přítomnost vyvstává jako nulový bod naší životní orientace. Tělesné schéma, psychology pochopené jako řetěz asociací, je v husserlovském pohledu intencí „zur Welt sein“. Tato intence je výtěžkem všech našich retencí po jejich syntéze krytím. Tato syntéza je aktivní, volní, ale i podvědomá – pasivní. Tělesné schéma je tedy pozadím, z něhož se nám ukazuje přítomnost, ale ta se dá prožívat jen a jen v pohybové figuře, která je nesena a realizována naším tělem, které je současně prolno duševními obsahy. Tělesné schéma umožňuje propojení motoriky a myšlení v současnosti,

nikoli v sukcesivitě, jak nás to učí lékaři. Motorika a myšlení v současnosti, v simultaneitě se nejvíce realizuje v řeči, proto v řeči má tělesné schéma obzvlášť důležitou roli. O co vlastně jde? Jde o to, že žijeme jako bytosti nesmírně jednoduché, podobající se ohnisku síly, která z nás neustále pramení. Tato jednoduchost se nedá vysvětlit na základě sukcesivity, analytického - cartesiánského vztahu k lidskému tělu.

Při lyžování, či tanci jsme vždy jednoduchým ohniskem životní síly, jejíž základ je v jednoduché intenci, která pohyb uskutečňuje. Tato intence současně spojuje, stmeluje tělo a duši, činí z nás jednoduchý celek, který nepřipouští cartesiánskou analýzu, především reflexivní analýzu. Pohyb je eruptivní a přece velmi složitý, jeho podkladem je vnímání z celou skrytou prací intencionality v toku cogitationes, virtuální pohyby rozvrhují náš okolní svět a pomáhají nám žít. Život je pohybem, v němž najdeme vznik a zánik, zvětšování a zmenšování, náhlou změnu (metabolé), nesení – zkrátka všechny aristotelské pohyby.

Mnoho z nich se děje v našem těle současně a všechny je řídí jediná intence „zur-Welt-sein“, intence nesoucí sám život jako pohyb. Tento život jako pohyb po cestě je vděčným filosofickým tématem, např. Heideggerovy „Wegmarken“ apod.

Rozvrhne-li učitel tance pohyb na mnoho kousků, pak rozbije tuto simultánní jednotu intence, která celý tanec nese. Učitel tance, stejně jako učitel tělesné výchovy musí žáka vyladovat pro daný pohyb, musí jej otevírat pro erupci přesné pohybové figury, kterou má vykonat. Pohyb se nepředává po částech, je nutné probudit intenci, jež pak tělo pro danou pohybovou figuru připraví. To je jiná práce než je výuka matematiky. V tom spočívá podstata výuky tělesného pohybu.

Máme představy, soudíme, máme city, řečeno s Brentanem, ale všechny tyto entity musejí vystoupit z pozadí, které je propustí do figury, do platnosti. Představy musejí mít pozadí, soudy musejí mít pozadí, city se ukážou jen na pozadí. Pozadí, kontexty, horizonty, perspektivy jsou daleko důležitějšími entitami než to, co se na nich ukazuje, co se na nich fenomenalizuje. Bohužel nemají margo, nemají okraje, nedají se objektivizovat, těžko se dají představit. Sem patří tělesné schéma, to také nemá okraje. Chceme-li porozumět tělu, musíme pochopit, z čeho se pohybové figury ukazují, tj. tělesné schéma. Tělesné schéma se pochopí nejlépe na intencionalitě, která je podkladem našeho vnitřního časového vnímání, a tak vytváří pozadí pro možnost pohybu v našem těle.

Rozumění vždy předpokládá znalost kontextů, pozadí, horizontů. Ale k nim se dostáváme nikoli cartesiánským způsobem, ale jen otázkami. Otázky zpřítomňují to, co není předmětně uchopitelné, zpřítomňují pozadí, horizonty. Proto jsou otázky zbožností myšlení. Všechny hry jsou

vlastně kladením otázek, a tím i zpřítomňováním pozadí a kontextů. Také proto můžeme i dnes s plnou vahou opakovat to známé Herakleitovo, že svět je hrající si dítě.

Dáváme-li tělu otázky, pak se ukazuje pozadí. Všechny sporty jsou vlastně kladením takových otázek, všechny hry jsou kladením takových otázek. Proto je třeba si uvědomit, že sportovní pohyb se u svěřence nevyrábí, ale vyladuje. Není možno k němu přistupovat jen cartesiánsky a popisovat jen jeho chemickou, fyzikální, biologickou povahu. Je nutné mu rozumět!

Psych@som 1/2004 obsahuje

J.ŠAVLÍK, J.HNÍZDIL: Krize současné medicíny

M.SELEROVÁ, M.BÝMOVÁ: Spolupráce dermatologie s klinickou psychologií

P.PETROVSKÁ: Kasuistika dermatologická

J.ŘEHÁK: Jak (ne)mluvím s pacienty o sexu

T.UEXKÜLL, W.WESIACK: Integrovaná medicína jako ucelený koncept biologicko-psychologicko-sociální model, část I.

J.PONĚŠICKÝ: Zásady psychoterapeutického přístupu u psychosomatických pacientů, část III: Iniciální scénické chování nsvchosomatických pacientů

Psych@som 2/2004 obsahuje

I.VINDUŠKOVÁ : Od neurologie k psychoterapii

K.HVĚZDOVÁ: Jak (ne)mluvím s pacienty o sexu

V.CHVÁLA: W.Reich a dnešní medicína

T.UEXKÜLL, W.WESIACK: Integrovaná medicína jako ucelený koncept biologicko-psychologicko-sociální model, část II.

J.ŠIMEK: Poznámky k textu T.U. a W.W.

J.PONĚŠICKÝ: Zásady psychoterapeutického přístupu u psychosomatických pacientů, část IV: Strach z psychoterapie

Psych@som 3/2004 obsahuje

V.CHVÁLA: Lékaři otroků a lékaři svobodných lidí (Editorial) str.90

J.ŠAVLÍK, J.HNÍZDIL: Projekt oddělení psychosomatické rehabilitace a léčby bolesti str.93

I.VONDŘICH: Jak (ne)mluvím s pacienty o sexu

J.HAŠTO: K psychogenéze a psychodynamik psychosomatických poruch str.106

J.ŠIMEK: ETIKA v psychoterapeutickém vztahu str.125

Psych@som 4/2004:

10.konference psychosomatické medicíny v Liberci, souhrny přednášek

J. Poněšický : Vize chodu psychosomatické medicíny

Psych@som 5/2004:

R.Honzák: k 10.konferenci I.Vondřich: Ještě o etice

J.RŮŽIČKA: Léčba dle principů daseins“ – kasuistika 1.část

J. ŠPITZ: Etické souvislosti vztahové odpovědnosti v terapii – etika pro třetí tisíciletí?

T.UEXKÜLL, W.WESIACK: Integrovaná medicína jako ucelený koncept biologicko- psychologicko-sociální model, část III.

HOGENOVÁ: K fenomenologii těla, a

Psych@som 6/2004: (příští číslo)

J.RŮŽIČKA: Léčba dle principů daseins“ – kasuistika 2.část

Klumparová: Jak (ne)mluvím s pacienty o sexu

Krtičková: Onkologický pacient jako součást rodinného systému

Hogenová: K filosofii výkonu v současné společnosti

(změna vyhrazena)

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne PPI Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010
skt@sktlib.cz

*Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (WWW.SKTLIB.CZ) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: 240, 185,186, 239/ 238, 187, 188, 237/ 236, 189, 190, 235/ 234, 191, 192, 233/ 232, 193, 194, 231/ 230, 195, 196, 229/ 228, 197, 198, 227/ 226, 199, 200, 225/ 224, 201, 202, 223/ 222, 203, 204, 221/ 220, 205, 206, 219/ 218, 207, 208, 217/ 216,209,210,215/ 214,211,212,213/ Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na MENCLOVA@SKTLIB.CZ, bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tištěného čísla je 45 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.***