

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

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

Uzávěrka čísla 2-3/2018 dne 15. 7. 2018, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 6. 2018
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních
příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála, Kateřina Šestáková. The articles are peer-reviewed.
Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio.
Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz.
Autor stránek Design Point, s.r.o. www.dpoint.cz

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 zařadila Psychosom do
[Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

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

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Hnízdo zdraví, Praha
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PřF UK
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D. Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

OBSAH

Editorial	100
<i>Vladislav Chvála: In filtrace</i>	<i>100</i>
Pro praxi	103
<i>Vladislav Chvála: Najdeme shodu o dobré psychosomatické praxi?</i>	<i>103</i>
<i>Ivo Telec: Nekalé praktiky v péči o zdraví</i>	<i>117</i>
Teorie	131
<i>Jan Poněšický: Pokus o integraci psychosomatických teorií</i>	<i>131</i>
Filosofie	138
<i>Vít Bartoš: Tělesnost a kognitivní procesy aneb Proč se Descartes mýlil</i>	<i>138</i>
Úvahy, eseje	151
<i>Radkin Honzák: Čisté charaktery vědců budtež nám příkladem</i>	<i>151</i>
Etika	154
<i>Radkin Honzák: Pan doktor a uznávaný vědec Hans Asperger</i>	<i>154</i>
Diskuse	156
Jiří Šimek: Co je psychosomatická medicína?	156
Recenze	163
<i>Radkin Honzák: Třikrát o smrti</i>	<i>163</i>
<i>Radkin Honzák: Ad margo Vojtěch Šimíček (ed.): Lidská práva a medicína. MUNI Press, Brno, 2017</i>	<i>164</i>
Z konferencí	166
<i>Psychosomatická konference ve Šternberku (13. - 14.4.2018)</i>	<i>166</i>
<i>CKP Dobřichovice: Intimita v psychosomatice</i>	<i>168</i>
Nabídky, akce	173
<i>POZVÁNKA PRO PACIENTY DO VÝZKUMNÉ STUDIE</i>	<i>173</i>
Vychází	178
<i>Mentální postižení</i>	<i>178</i>
Literární koutek	179
<i>Karel Čapek: O pěti chleběch</i>	<i>179</i>



EDITORIAL



VLADISLAV CHVÁLA: IN FILTRACE

Od chvíle, kdy Česká televize odvysílala v hlavním vysílacím čase dokument *Infiltrace: Obchod se zdravím* režisérky Maixnerové, si nemůže psychosomatika stěžovat na nezáměr veřejnosti.¹ Ne že by z dokumentu vycházela zrovna v dobrém světle. Zachycené střípky rozhovorů s domnělou psycholožkou nebo praktiky léčitelů (možná taky jen domnělých) vzbuzovaly v divácích spíše odpor, pochybnosti a smích než obdiv, mezi zastánci psychosomatiky údiv, zlost a stud. Je tohle ta psychosomatická medicína, kterou někteří z nás už více než třicet let prosazují jako samozřejmou a nezbytnou součást všeobecné medicíny? Jde lidem z *Aktipu* ještě

o psychosomatiku, o pacienty, nebo už jen o peníze?

Zakladatelka tohoto poradenského zařízení, lékařka a psychiatrická Jarmila Klímová byla nepochybně jedním z nadšenců psychosomatického přístupu k léčbě. Svůj podnik zakládala v době, kdy se nám o legalizaci a institucionalizaci psychosomatické medicíny mohlo jen zdát. Lékař, který se pokusil v rámci svého oboru rozšířit pohled na své pacienty o psychologickou a sociální vrstvu (rozuměj: věnovat se také životu pacienta a kontextu jeho somatického onemocnění), sklízel od kolegů jen nepochopení a posměch. Medicína ve své dominantní podobě rozdělená na jednotlivé obory, zaměřená především na

¹ <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10928>

13857-infiltrace/417235100061001-obchod-se-zdravim/



zobrazitelnou tělesnou složku nemoci, není příliš tolerantní vůči těm lékařům, kteří se na nemoc dívají šíře.

Osamění, jemuž je vystaven lékař, který se svým názorem, zkušeností a způsobem práce od ostatních odlišuje, snáší každý jinak. Ne každý má trpělivost dělat si věci po svém, vysvětlovat to ostatním a čekat, až případně i někteří další pochopí, že věci jsou TAKÉ jinak, než nás učili na fakultách. Na těch českých bio-psycho-sociálně pojatá psychosomatika dodnes chybí. Jak moc chybí, viděli jsme například v rozhovoru pro DVTV kolegy Kubka, prezidenta lékařské komory. Její vedení dodnes odmítá vědět, co je současná psychosomatická medicína, a proto se také snaží neustále bojovat proti ní. Marně se pokoušela redaktorka dostat z prezidenta ČLK odpověď na to, proč se tolik lidí uchyluje k alternativní medicíně, kam ani psychosomatika ovšem nepatří. Jeho jistota je jediná: jsou zdraví. Proto se v rukou léčitelů (nebo i psychosomatiků) uzdravují. Neví nic o odborných textech v impaktovaných časopisech o bio-psycho-sociálním přístupu, kterým je dnes vědecká psychosomatická medicína, protože vědět nechce.

Arogance některých mocných je tak velká, že se snad ani nemůžeme divit tomu, že občas někomu rupnou nervy, z medicíny odejde a pracuje s pacienty mimo zdravotnictví tak, jak si myslí, že je nejlepší. Možná jen nechce zavalit svého pacienta administrativou, která dávno převážila nad tématy, se kterými pacient přichází. „*Na pacienta nemá lékař v běžné ordinaci čas,*“ brání lékaře sám prezident ČLK. Jenže současně tvrdí, že naše medicína je celá vlastně psychosomatická a není třeba budovat samostatný obor. Je to tak? Vědí naši lékaři něco o bio-psycho-sociálním přístupu a umějí s ním pracovat? Mají na to čas? Nemají. Tak jak se dostaneme

k podstatné změně v přístupu našich lékařů k pacientovi? Dalším nařízením, opatřením, hlášením, zvýšením platů, popřením reality? Kubek dodnes nechápe, že právě absencí psychosomatické medicíny tlačíme mnoho lékařů do oblasti léčitelství, kde temné se vysvětluje ještě temnějším.

Až potud bychom se mohli doktorky Klímové zastat, přestože také ona odmítá prosazování psychosomatiky jako lékařského oboru a otevřeně proti němu vystupuje (viz její fcb). Ale tím, co nabídli pracovníci Aktipu pacientce-reportérce v dokumentu jako léčbu únavového syndromu, lze jen těžko ostatní lékaře přesvědčit o nezbytnosti psychosomatické medicíny. Tajně nahrávaný dokument jistě vytrhl věty z kontextu, byl určitě překvapením pro všechny v Aktipu. Ale v následující obhajobě těžko obhajitelných „terapií“ se Klímová chová stejně arogantně jako ti, proti kterým se rozhodla bojovat. Jako „lékařka žiletka“ vystupuje i jindy. Sebejistými výroky se její mediální vystoupení jen hemží. Jako by se držela zásady „na hrubý pytel, hrubá záplata“. Se stejnou převahou, s jakou Kubkové popírají efekty a význam psychosomatické medicíny, má zase ona jasno v tom, že „slovem měníme DNA“ nebo že „lze nádor vyloučit stolicí po očistné kůře“.

Psychosomatický přístup samozřejmě nespočívá jen v tom, co s pacientem děláme nebo kolik času mu věnujeme, jaké prostředky pro navození změny použijeme (zda vědou ověřené nebo neověřitelné), ale především ve změně myšlení. A to se ukazuje jen velmi těžko. Pokud se taková změna v myšlení lékaře odehraje, nemůže zůstat stejně arogantní, jako byl před tím. Určitě pak také nebude obviňovat své pacienty, že „si za svůj nádor můžou sami“. Systemické myšlení vidí jevy v cirkulární, a ne v lineární kauzalitě. Tam otázka viny



nemá místo. Prosté přednášení dalších informací lékařům o „psychosociálních faktorech nemocí“ nemůže vést ke změně myšlení. To vyžaduje několikaletou sebezkušenost a zdaleka ne každému se to podaří. Několikadenní kurzy z nikoho psychosomatického lékaře neudělají.

Psychosomatická medicína nemá světu co ukazovat. Dobře to vědí novináři, kteří marně volají po „nějakých atraktivních obrazech“, aby mohli referovat o psychosomatice v běžných médiích. Vytváříme intimní prostor pro setkání pacienta a lékaře. Čím lépe pracujeme, tím méně je to vidět. Žádná dramata, žádná krev, nic, co by se dalo ukazovat. Poctivost, uměřenost, ochota snášet nejistotu, bez diagnózy, často bez naděje, vystavení jen fenoménům života a jeho selhávání ve vší složitosti bio-psycho-sociální koexistence člověka. K tomu není

třeba se opírat o tajemné síly vesmíru, minulé životy, tajemné bioinformační rezonance, kundalíní, a jak všelijak atraktivně jsou systémové síly nazývány ve starobylých i novodobých terapeutických systémech. Možná to potřebují pacienti, protože podívat se pravdě do očí je prostě příliš těžké. Ale jen proto bychom se my lékaři neměli stávat šamany, průvodci minulými životy nebo odborníky na bioinformační rezonanční technologie, které naše dominantní vědecká technologie nemůže verifikovat. Neměli bychom být jen prodavači deště.

Vydání druhého čísla ročníku 2018 se nakonec tak protáhlo, že nám nezbylo než rozšířit celé číslo rovnou na trojku. Tím se čtenářům, kteří se již ozývali, omlouváme a doufáme, že posečkání stálo za to.

V Liberci 30.6.2018



PRO PRAXI



VLADISLAV CHVÁLA: NAJDEME SHODU O DOBRÉ PSYCHOSOMATICKÉ PRAXI?

SOUHRN: CHVÁLA V.: NAJDEME SHODU O DOBRÉ PSYCHOSOMATICKÉ PRAXI? PSYCHOSOM 2018; 16 (2-3), s. 103-116

V poslední době se rozhořela na veřejnosti diskuse o tom, co je správná psychosomatická praxe. Jak ji rozpoznat od pouhého „obchodu se zdravím“? Nalézt jednoznačnou odpověď vůbec nebude snadné. Přístupů k léčbě psychosomatických pacientů je totiž velmi mnoho. Zahrnují široké spektrum metod od vědecky uznávaného bio-psycho-sociálního modelu dle Engela, přes alternativní a léčitelské praktiky až po exotické tradiční medicínské systémy, jako je čínská medicína nebo ajurvěda. Kdybychom zůstali jen u metod vycházejících z psychoterapie, měli bychom před sebou tolik odlišných psychosomatických přístupů, kolik je psychoterapeutických škol. Když navíc vezmeme v úvahu další jednotlivé metody, jako je homeopatie, osteopatie, autopatie, kineziologie, shiatsu, meditace a mnohé další, které používají jak lékaři, tak laici k ovlivňování psychosomatických symptomů, nemůžeme se nikdy dobrat shody v tom, jak má vypadat dobrá psychosomatická péče. Nejen pro lékaře, ale i pro veřejnost je třeba vytvořit základní orientační mapu, kam až sahají možnosti legitimního zdravotnického systému (včetně legitimní psychosomatiky a psychoterapie) garantujícího kvalitu a bezpečnost péče, a kde už je území léčitelství bez jakékoli garance. Jako příklad uvádíme úspěšnou léčbu „záhadné“ močové inkontinence u dospívající dívky v ordinaci psychosomatické medicíny ovlivněné rodinnou terapií.

SUMMARY: CHVÁLA V.: CAN WE AGREE ON GOOD PSYCHOSOMATIC PRACTICE? PSYCHOSOM 2018; 16(2-3) PP.:103-116



There has recently been a public debate about what is right psychosomatic practice. How to recognize it from a mere "healthcare business"? Finding a clear answer will not be easy at all. There are a lot of various approaches to the treatment of psychosomatic patients. They include a wide range of methods from the scientifically recognized bio-psycho-social model by Engel through alternative and natural healing practices to exotic traditional medical systems, such as Chinese medicine or Ayurveda. If we only stuck to methods based on psychotherapy, we would get as many different psychosomatic approaches as there are psychotherapeutic schools. In addition, if we take into account other individual methods, such as homeopathy, osteopathy, autopathy, kinesiology, and many others that are used by both physicians and laypeople to influence psychosomatic symptoms, we can never agree on how good psychosomatic care should look like. It is not only for physicians, but also for the public to create a basic orientation map where the possibilities of a legitimate healthcare system (including legitimate psychosomatic medicine and psychotherapy) that guarantees the quality and safety of care extend and where the natural healing territory is without any guarantee. As an example, we present a successful treatment of "mysterious" teenage girl's urinary incontinence in a psychosomatic consulting room affected by family therapy.

ÚVOD: PSYCHOSOMATICKÁ BÍDA A ZOUFALSTVÍ

Školská medicína se ještě v minulém režimu problému těla a duše zbavila jeho odmítnutím a likvidací tématu psychosomatiky na lékařských fakultách. Bylo to zdánlivě geniální řešení. Kde nejsou katedry a akademičtí pracovníci, kteří vedou doktorandské práce, není výzkum, a co není vědecky doloženo, neexistuje. Jenže pacienti s převážně chronickými tělesnými symptomy, které nereagují na postupy běžné školské medicíny, nezmizeli (Fink, Sorensen, Engberg, & al., 1999). Tvoří početnou a velmi pestrou skupinu, která bloudí nejen po všech možných ordinacích, ale i mimo zdravotnictví (Křížová, 2004). Pomoc zoufale hledají u kohokoli, kdo jim dá naději na vyléčení.

Řada lékařů, kteří se na lékařských fakultách samozřejmě nesetkali s tématy psychosomatické medicíny, kvůli těmto pacientům hledá jiné cesty, jak jim pomoci. Učí se používat akupunkturu, která byla vzata medicínou na milost jako sice podivná, ale užitečná procedura. Jiní se dali na cestu studia homeopatie, což už je pokládáno (zatím?) za mnohem větší prohrěšek proti dobrým mravům správného lékaře, s ohledem na Avogadrovo

číslo, které přece musí každý vzdělaný člověk znát!

Ještě horší je to s těmi, kdo se dali lákat nejružnějšími přístrojovými metodami, které vycházejí ze (zatím?) nedokazatelných bio-rezonančních či bio-informačních nebo vůbec jakýchkoli energií, které samozřejmě „zaručeně“ vyléčí vše, zvláště když jsou vydávány třeba za výsledek kosmického výzkumu. Tady už je investice do přístrojů větší a také hranice mezi léčbou a „obchodem se zdravím“ mnohem tenčí. A pokud se těchto metod zmocňují bez skrupulí naprostí laici a léčitelé, situace je ještě složitější (Křížová E. , 2015). Tak se nemůžeme divit, že se pacienti s psychosomatickým typem stonání stávají nakonec snadnou obětí obchodníků se zdravím. Jenže medicína, která se vzdala psychosomaticky orientovaného výzkumu, se nemůže z této šlamastiky vyvinut (Loewe, 2015).

Pouhé odmítání psychosomatiky jako nevědecké metody jen svědčí o nedostatečné vzdělanosti našich lékařů, když v nedalekém sousedství jde o obor bohatě



akademicky zastoupený a respektovaný (Uexküll, 2003).

CO V PSYCHOSOMATICE VLASTNĚ LÉČÍ?

Když přehlédneme celý ten bohatý arsenál možností, co se nabízí psychosomatickým pacientům, zdá se, že jediné, co metody opravdu spojuje, jsou tito zoufalí pacienti sami. Poskytovatelé často označují své metody za celostní, holistické, psychosomatické, i když se někdy chovají jako kritizovaná biomedicína a nabízejí např. jen konzumaci „toho správného léku“.

Ale co má společného dejme tomu poctivě prováděná homeopatie a vybraný lék připravený podle Hanemannova návodu s akupunkturou či celou čínskou medicínou, nebo s meditativním přístupem podle buddhistických škol? Jak souvisí s psychosomatikou „nalezení parazita“, té „jediné příčiny“ nemoci, a jeho „vyhnání“ správnou vlnovou frekvencí? Co je na měření drah podle dr. Volla psychosomatické? Nevíme. Musíme ale uznat, že každá z metod bude v jistém procentu úspěšná, jinak by se na trhu neudržela. Nelze vyloučit, že hlavní jejich účinek jde přes placebo efekt, ale to by nemuselo být důvodem k jejich odmítnutí (Honzák R., 2016).

Nejde jen o to, aby byl pacient spokojený a cítil se zdravý, záleží také na prožitku lékaře z dobře vykonané práce. Používat metodu, u které není jisté, jak funguje a jestli to není jen šidítko, není moc povzbudivé. Jinde jsme ukázali, že práce s psychosomatickým pacientem je především práce s nejistotou, a na to nejsou naši lékaři příliš připraveni (Honzák & Chvála, 2015).

Všechny léčebné metody mají bezesporu jedno společné: poskytují lékaři jistotu. Když ví, jaký lék vybrat, co odoperovat, jaké cvičení uložit, co pacientovi zakázat,

nařídít, doporučit atd., může si být ve svém jednání jistější. Tato jistota pak je k dispozici pacientovi, a jeho sebe-úzdavné síly mohou začít v klidu pracovat. Nelze si nevšimnout, že většina alternativních postupů vyžaduje dostatek času a dostatek prostoru pro podrobný rozhovor lékaře s pacientem. Probírány jsou nejen okolnosti samotné nemoci, ale pozornost je často věnována také dalším zdánlivě nedůležitým aspektům psychickým i sociálním, například emočnímu poli, které nechává běžná medicína prakticky bez povšimnutí. To však v mnoha psychosomatických přístupech hraje klíčovou roli (Keleman, 2005).

Takové podmínky splňuje bezesporu také psychoterapie, která je ve vědeckém světě mnohem více respektována, i když ani její prosazení u nás nebylo samozřejmostí. Klinický psycholog s psychotherapeutickou erudicí (a odbornou kompetencí) má na pacienta dostatek času a podle svého vzdělání v nejrůznějších psychotherapeutických školách postupuje při rozhovoru s pacientem (Prochaska & Norcross, 1999).

Nabízí se otázka, proč rozvíjet psychosomatickou erudici lékařů, když jsou tady k dispozici psychologové, kteří se mohou věnovat pacientovi dostatečně intenzivně a bezpečně v rámci psychotherapie (bez ohledu na to, že jich je v medicíně velmi málo). Naše odpověď je jednoduchá. Je to pacient, kdo rozhoduje o tom, co je ochoten podstoupit pro své uzdravení. Souvislost jeho symptomů s jeho prožíváním a se vztahovou realitou je často nápadná, ale pro pacienta může být dlouho neviditelná. Většina psychotherapeutických škol usiluje o reflexi, o aktivizaci samotného pacienta, o změ-



nu jeho prožívání nebo vztahů (Vybíral & Roubal, 2010). Taková psychoterapie je jistě dobrou cestou k úzdavě z psychosomatického onemocnění v nezdravých nebo nejistých vztazích, ale ne vždy je pro pacienta přijatelná (Poněšický & Chvála, 2010). Příliš rychlé „odhalení“ může být kontraproduktivní a celý proces se může na léta zastavit, když se změní v „boj pacienta s lékařem o důkaz, že stoná doopravdy“.

Erudice lékařů v bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci je nezbytná, máme-li být svým pacientům dost dobře k dispozici (Engel, 1977). Lékař může svým pochopením pro prožívání i pro životní situaci pacienta a kontext nemoci hodně pomoci buď tím, že postupně přivede pacienta k náhledu, nebo ho

převeďte do přiměřenější odborné péče, tedy do psychoterapie. Není na tom nic objektivního. Už lékař maďarského původu Michael Balint si všiml, že hlavním léčebným prostředkem je vztah lékaře s pacientem. Lékař může být tím hlavním lékem (Balint, 1999).

Tak nutně docházíme k závěru, že tím hlavním ukazatelem psychosomatické péče je myšlení lékaře. Jeho schopnost pracovat se vztahem, jeho ochota zabývat se celým kontextem nemoci, nejen mechanistickými představami o příčině a následku, jak se to naučil na lékařské fakultě. Ochota snášet nejistotu a nevědění. Komplexní terapii nevidíme v poskytování kdejakých služeb a metod, ale v důsledném respektu k celému bio-psycho-sociálnímu celku pacienta.

JAK BY MĚLO VYPADAT ZDRAVOTNICKÉ PRACOVÍŠTĚ PRO PSYCHOSOMATICKÉ PACIENTY?

Když necháme stranou (jistě správnou, ale nereálnou) variantu, že by měla být (i podle definice zdraví WHO) celá naše medicína bio-psycho-sociálně orientovaná¹, neobejde se zavádění psychosomatického myšlení bez vzdělávání lékařů v oblasti psychologické a sociální. To představuje dosti náročné studium se sebezkušeností, a nelze čekat, že si ho všichni lékaři mohou osvojit (Trapková, 2013).

Naprosto zanedbávaná oblast sociálních systémů nepředstavuje orientaci v sociálních dávkách, ale v rodinné terapii (Doherty & Baird, 1983). To je metoda, která má v civilizovaném světě za sebou už více než sedmdesátiletou tradici, kdy se bouřlivě rozvíjela, ale u nás o ní něco ví

zatím jen málo lékařů (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1997). Na rozdíl od ostatních psychoterapeutických škol pracuje s celou rodinou nemocného a ovlivňuje tak současně celé sociální prostředí pacienta (Trapková & Chvála, 2017). Teoreticky je taková léčba pevně zakotvena ve vědecké oblasti, vychází totiž mj. z teorie systémů, z kybernetiky, z teorie malých sociálních skupin a klade důraz na význam jazyka a komunikace (Bertalanffy, 1968), (Anderson, 2009). Také psychoterapie, která rozvíjí psychologickou oblast jednotlivého pacienta, stojí na solidních základech západního myšlení a v posledních letech prožívá satisfakci díky významnému

¹ Těžko může být pohled lékaře komplexní, když výzkum i výuka stojí na ověřitelných

faktech a dobře ověřitelná je především biologická realita.



posunu při výzkumu mozku (Siegel, 2012) (Poněšický J. , 2004).

Pokud se naučí lékaři prvního kontaktu nebo specialisté rozpoznávat psychosomatické pacienty, a budou-li s nimi dostatečně erudovaně zacházet, brzy zjistí, že pro některé pacienty budou potřebovat pracoviště schopná poskytnout kvalifikovanou péči těm nejzávažnějším (Chvála, a další, 2015). Taková pracoviště musí být součástí zdravotnické sítě a pro jejich dobré fungování nestačí jen lékaři s psychosomatickou odbornou způsobilostí. Jejich existence již není utopií ani u nás. Jinde již dříve zjistili, že takový malý tým lékařů, psychologů, fyzioterapeutů a dalších odborníků dokáže efektivně pomoci značnému procentu jinak neléčitelných psychosomatických pacientů (Matalon, 2002).

Je samozřejmé, že lékař musí mít na svého pacienta dostatek času. Měl by si ale také s tím časem vědět rady. Způsobem, který je pro pacienta přijatelný, nebo dokonce příjemný, zajímá se o celé bio-psycho-sociální pole stonání, se kterým pacient přichází (Chvála V. , 1995). Je výhodné, pokud má k dispozici sadu možností, jak s příznaky zacházet, aby mohl konkrétní léčbu nastavit podle možností jedinečného pacienta. Kromě znalosti některé z psychotherapeutických škol měl by lékař disponovat na tělo orientovanými technikami, (jakou je např. akupunktura), které pomáhají prohloubit terapeutický vztah především díky úlevě od potíží.

PROČ SE TA NAŠE HOLKA POMOČUJE?

Jako příklad kvalifikovaného zacházení s nezvykle úporným příznakem u dospívající dívky využijeme kazuistiku, kterou jsme ukončili někdy v roce 2013. Nejen proto, že máme svolení pacientky

Rozhodující je však způsob, jakým lékař, psycholog nebo fyzioterapeut chápe symptomy jako součást pacientova života. Ať používají jakoukoli vhodnou metodu přijatelnou pro pacienta, nespouštějí z očí celkový kontext poruchy. Podle naší zkušenosti se takové pracoviště, kde se koncentrují ti nejnáročnější pacienti, neobejde bez týmu psychologů psychotherapeutů, kteří přebírají do psychotherapie vhodně motivované pacienty (Chvála, 2009).

Důležitá je práce celého týmu. Dlouhodobou stabilitu týmu pomáhá udržovat kvalitní týmová supervize. Pracoviště by mělo mít nastavená pravidla, která kontrolují délku terapie tak, aby nebyla brzy zavalena těžko řešitelnými pacienty, jimž jde někdy jen o udržování náhradního vztahu s psychotherapeutem nebo věhlasným lékařem. Pokud se takové týmové pracoviště nespécializuje jen na jednu oblast nebo diagnózu (například na poruchy příjmu potravy), nebo jen na určitý věk, otevře se zdravotnickému personálu pohled na pestrý svět psychosomatických symptomů člověka od narození až po konec života. Systemický pohled při práci s rodinou a jejím blízkým okolím navíc vede ke zjištění, že tělesný symptom některého člena rodiny je jen jednou z možností, jak na obtíže spojené s vývojem jedinci reagují. V jiných rodinách podobná zátěž může vést k poruchám chování, nebo jiným projevům.

k využití zápisu pro výukové účely, ale i proto, že s odstupem několika let víme, že léčba byla úspěšná. Rozhodně nejde o jediný možný způsob léčby, tak jako to je v psychosomatice obvyklé. Pracujeme



s tím, co jde a co je k dispozici. Následující text je jen anonymizovaný

Příjem do léčby. Konec roku 2012

Příjem do léčby pro nechtěné úniky moči, kterými trpí devatenáctiletá dcera. Přijela celá rodina. Tak to chtěla sestřička, když se telefonicky objednávali. Sedmiletý bráška Vašek chce taky vědět, co se bude se sestrou dít. Zkousím ho sice poslat do čekárny, ale nechce se mu a nikdo z rodičů to nenařídí. Tak si je prohlédnu všechny: silný muž s holou hlavou v červeném svetru, vypadá jako horský vůdce. Tím byl prý jeho táta. Drobná, ale rozhodná žena. Hezký bystrý syn a černovlasá dcera v černém svetru, nijak nápadná. Zkousím, kolik jí je, ale přirozené mi připadá tykání. Do vykání bych se musel nutit.

Na symptom se vyptávám jen okrajově, vnímám ho jako intimní. Připadá mi nepatřičné se o něm bavit i jen s rodiči, natož s malým bráškou. Zjevně jim to ale nevadí. Objevil se prý už ve třinácti letech, hlásí bez skrupulí matka. Všimla si mokřých fleků na kalhotkách dcery. Myslela si, že je to výtok, tak chodila s dcerou po gynekologiích, ale tam se nikdy nic nenašlo. Poslední dva roky navštěvují urology, protože to prý je moč (nejspíš taky jen fleky na kalhotkách), ale nikde nenašli příčinu. Matka se chlubí tlustou složkou se zprávami, kde už co vyšetřili. O těch, kdo neuspěli, mluví s posměchem. Většinou to aspoň zkusí, ale „*psychiatr, to byl vyloženě blázen*“, tvrdí rezolutně. Řekl jim, že ji léčit nebude, ani maličkou zprávičku jim nehodlal napsat. Přitom ji potřebovali do té složky. Jinde, třeba na klinice v Praze, kam je poslali, „*ji chtěli rovnou hospitalizovat, i když*

a jazykově upravený sled zápisů pěti sezení, s vloženými komentáři.

vyšetření šlo udělat ambulantně“, tvrdí matka. „*Šlo jim jen o obložnost*“, myslí si.

Na jiné klinice byli mnohem příjemnější. Všechno udělali, ale stejně nic nenašli. Vyzkoušeli celou paletu léků, bez efektu, zkoušeli i rehabilitaci, Mojžíšovou, ale nic. Jitka (tak dceru nazvěme) chodí na školu se zdravotním zaměřením. Táta žije a pracuje ve Vídni, kam utekl ještě za komunistů. Když později jeho rodina koupila horský hotel, pomáhal rodičům, a přitom se seznámil s matkou. Byl už ženatý, z prvního manželství má syna Aleše. Děti z obou manželství spolu kamarádí. Aleš bydlí v Praze, kde také pracuje. Otec dělá atraktivní práci, něco kolem módy. Matka je snad překladatelka.

Cílem prvního sezení je sice hlavně sezení druhé, tedy získání pacienta nebo celé rodiny pro léčbu. Těžko lze šest let trvající symptom ihned odstranit. Potřebujeme získat čas k tomu, aby i rodina rozšířila svůj pohled na celý kontext stonání. K tomu pomáhá například práce s mapou rodiny, ke které u nás využíváme sadu kamenů.

Rovnou navrhnou mapu z kamenů.¹ Úkolu se ujme nejmladší Vašek. Sám sbírá kameny, tak to bere spíše jako geolog, ale mapa rodiny vzniká. Mámu představuje rozeklaný kámen s krystaly, sama se tomu diví. Táta a Aleš představují hranici kolem Jitky a psa, Vašek jako by byl už také součástí hranice rodiny, starší Jitka jediná jako by byla ještě uvnitř. Mimo základní strukturu je babička, matčina

¹ Instrukce k úkolu je jednoduchá: „Vyberte z této misky kamenů za každého člověka, který je ve vašem světě důležitý, jeden kámen

a položte ho na tento papír tak, jak daleko nebo blízko je od těch ostatních.



matka, které se říká „škůdce“. Vedle ní je děda, ten je „neškodný“, ale matčina matka se do rodiny hodně vměšuje. Boří výchovné pořádky. Sama prý neumí vařit, podle matky je nemožná, ale děti svou kuchyní uspokojí. Tam jedí dobře. Rodiče otce jsou tady taky, chybí strýc, otcův bratr, podle otce podivín. Všichni jsou ochotni žertovat a bohatě asociují kolem dokola, k symptomu se ani nedostaneme, nemáme ho ani na mapě.

Poznámka: Při narativní terapii se vyplatí symptom externalizovat a zacházet s ním jako s dalším, nežádoucím členem rodiny. Můžeme se pak snadněji vyptávat na jeho vlastnosti, záměry, výhody a nevýhody. Rodinu můžeme vybídnout, aby vybrali kámen také za svou Nemoc.

Testuji, jak se budou tvářit k hypotézám nebo návrhům léčebných opatření. Všechno, co už zkusili, matka diskvalifikuje. Nevědí si rady, ale nic nepřijmou. Třeba k homeopatii mají nedůvěru. Dostali informaci, či spíše instrukci, že jediné u nás jim můžeme pomoc. To je tedy vážné. Budeme další znemožněné pracoviště? Orientačně sexuální anamnéza: Jitka ještě kluka nemá, a „nestojí o to“.

Závěr: Porucha separace v.s., zatím pod hlavičkou neškodné somatizace – domnělý únik moči. O výhodách či nevýhodách budeme moci mluvit až příště bez otce a bratra. Uvažuji spíše o přirozené nebo snad nadměrné lubrikaci nevědomě aktivní funkce genitálu. Symptom trvá a organizuje rodinu 6 let.

Doporučuji: rodinnou terapii. Zatím jen SMT (Self monitoring test), hodnoty 1-5

Předběžně uvažuji o objednání ke kolegyni, která by snad mohla navrhnout homeopatický lék. Je ale nejisté, zda by ji přijali.

Poznámka: Mnohým kolegům by se zdálo důležité soustředit se na symptom, tedy pomočování. Tady by to nebylo moc šikovné. Jednak jde o intimní projev mladé dívky, a pak lze předpokládat, že během těch šesti let, co symptom v rodině pozorují, vědí o něm dost. Podstatnější je navázat s rodinou dobrý a bezpečný kontakt. Vykládat jim hned, že by si toho neměli všímat a že jde nejspíš o projev sexuálního zrání dcery, by asi nemělo naději na úspěch. Jistě to už mnohokrát slyšeli. Separační proces a jeho stagnace je velmi častým skrytým tématem v rodinách s dospívajícími dětmi (Trapková & Chvála, 2017).

1. sezení rodinné terapie. Matka a dcera.

První dny nového roku. Obě jsou veselé, přijely samy. Matka řídila, otec dnes odjíždí do Vídně. Hodlám prohloubit vědomosti o poruše. Začínám otázkou, co by se stalo, kdyby to nepřestalo.

Poznámka: To je běžná otázka, typická pro systemický způsob práce. Vede k vyjasnění zakázky a k hledání výhod a nevýhod nemoci. Zbavuje také terapeuta nimbu všemocnosti.

Matka si uvědomuje, že nemoc vadí hlavně jí. Ona si toho všimla, ona pere prádlo, a proto na to začala upozorňovat. Dlouho si myslela, že jde o poruchu, kterou vyléčí gynekolog. Pokouším se symptom spojovat s normálním fungováním ženského genitálu. Ve třinácti letech nemusí být na lubrikaci nic divného. Ale tímhle názorem spíše prošpikováвам jinak velmi pestré komunikaci o kde čem, v dobré atmosféře. Obávám se, že by taková



hypotéza mohla být pro pečlivou matku zatím nepřijatelná. Vypadá to, že chce najít „opravdovou příčinu nemoci“, ne nějaké přirozené vysvětlení.

Poznámka: Tzv. edukační vložka není v rodinné terapii nic výjimečného. Je však dobré s poučováním šetřit zvláště na počátku léčby. Mohli bychom se dopustit pouhého „udělování rad“. To se sice od lékaře čeká, ale zvažte, že rodina už „zneškodnila“ mnoho rádců za těch šest let stonání.

Naštěstí se objeví téma „babička prudička“. Matka matky prý stále hledá, co by děti mohly dělat lépe, jak by mohly být úspěšnější a šťastnější. Je to možná důsledek jejího vlastního „traumatu“, jak ochotně vysvětluje Jitka. Babička byla prý „zneuznaná svou matkou“, a proto se hojí na své dceři. Snad proto svou dceru stále kritizuje. Ta nemůže svou matku v ničem uspokojit, v ničem není dobrá, ani to, že se dobře vdala, babička neuzná. Obdivuje výhradně svého zetě, „ale když chci, aby mi pohlídali syna, abych mohla něco dělat, na to čas nemá,“ vyčítá zase matka babičce.

Pokud se dotýkáme symptomu, tak si dávám záležet, abychom ho označovali za symptom jen malý, nevýznamný, který je možná jen součástí normálního fungování genitálu. Matce vadí, že musí kupovat vložky, chce při té příležitosti zkusit od nás získat poukaz, protože potřebují asi tři vložky denně. To zatím odmítám. Potvrdil bych tím hypotézu o úniku moči a odkazuji je na urologa. Pediatr jí už poukazy psát nechce. Jitce

2. sezení. Dcera sama.

Jitka byla dnes u kolegyně z týmu na měření EAV (elektroakupunktura), dostala Sepii.¹ Já jsem přemýšlel spíš

ale symptom moc nevadí, neomezuje ji, kluka nemá. Na komplikace myslí spíš matka, symptom by mohl dceru diskvalifikovat. Pak by nebyla ani ona jako matka moc úspěšná.

Poznámka: Tady se objevilo nové téma. Nedokončená separace matky od babičky a z toho vyplývající kontrola nad symptomem dcery. Takové zesilování symptomu mezigeneračními silami není výjimečné. Zdraví dítěte by bylo důkazem toho, že se o ně matka dobře stará. Nemoc umožňuje pokračování kritiky ze strany babičky.

Mluvíme o intimitě. Je překvapení, že matka sama není schopná spát jinde než doma, a musí-li někde jinde, všechno tam vydesinfikuje. Nedokáže chodit ani bosa po pokoji, kde bydleli hosté. Má ráda, když jsou věci na svém místě, nesnáší změnu. A co růst dětí? „Ten je naštěstí pomalý.“

Na závěr se díváme na SMT. Jitka evidovala stav denně, dávala si známku od jedné do pěti, kolísání od 1 do 4 nekopíruje přesně kalendář, ale byly svátky, a to bylo všechno jinak. Uvidíme v běžném režimu.

Poznámka: Vlastní sledování symptomu a zaznamenávání síly příznaku může přinést zajímavé informace o vlivu rodiny. Jiná možnost je zaznamenávat dny, kdy symptom není, a tím se mu nevěnovat. Je také možné zjistit, kdo si symptomu nejvíc všímá. Ukazuje se, že i matka má své symptomy, kterým se ale rodina nevěnuje.

¹ Jde o měření dle dr. Volla, ze kterého vyšla indikace homeopatického léku vyráběného ze

sepíe podle pravidel homeopatie. V rámci pracoviště to poskytuje lékařka,



o Pulsatille² z důvodu jisté nezralosti, ale dívka není ten typ. Je naopak rázná, černovlasá, ví, co chce. Je náročná na případný budoucí vztah. Ptám se opatrně na sílu symptomu. Podle ní „je to stejné“. Na SMT je vidět, že o víkendech je pravidelně lepší, ale vysvětluje si to tím, že má méně pohybu. (Možná méně pohybu venku na veřejnosti, kde ji nejvíce symptom vlhkosti vadí?) Dnes se můžu zeptat na její vztahy s kluky. Měla vztah, trval asi tři týdny. Jen první týden byla zamilovaná, ale když tomu vyšla vstříc a „začali spolu chodit“, kluk chtěl být pořád s ní, pořád by si s ní telefonoval, kašlal na školu, a to se jí nelíbilo. Tak se s ním rozešla. Sex ještě neměla. Sexuální pocity mívá, ale rozhodně by ji to nenutilo si s někým začít, má vysoké nároky, jen tak si k sobě někoho nepustí. Omylem se to stalo s jedním učitelem (to je tajné), se kterým „kamarádila“. Až se spolu na zájezdu ocitli na mejdanu, opili se a tehdy to „málem špatně dopadlo“. A právě symptom – vlastně obava, že se přece pomočuje – byla zdrojem její obrany. Ukazuje se, jak ji symptom spojuje s matkou. Ta se sotva dá přesvědčit o tom, aby přestala dceru kontrolovat.

3. sezení RT. Matka + dcera.

V čekárně je nejprve dcera, matka se zdržela parkováním. Zachytím v sobě nechuť sejít se i s matkou, kterou asi považuji za příliš kontrolující a za zdroj udržování symptomu.

Poznámka: Takové povšimnutí si stavu, který v lékaři pacient vzbuzuje, je užitečným vodítkem. V tomto případě by bylo třeba dát si pozor, abychom dalším

Jitka se pohádala s babičkou. Je jí protivné, jak „jsou skoro paranoidní“, pořád si něco nějak vykládají, a dožadují se nápravy (tady je našťavaná už i na matku). Matka se pokouší dohodit dceři syna jedné své kamarádky. Tvrdí, že „by to byla výhodná partie“. Jitka už jeden takový „matčín nájezd“ odrazila před rokem, ale tentokrát bude muset jít na ples, kde se s ním má seznamovat. Můžeme tak snadněji probrat téma nezávislosti. Chtěla by být zdatná jako matka, ale to nebude jen tak. Je to vysoká laťka. Matka je podle dcery velmi zdatná.

Dop.: Do příště pokračovat v SMT.

Poznámka: V rodinné terapii dáváme přednost přítomnosti celé rodiny, ale v takovýchto případech, kde jde o separaci, stojí za to využít možnosti mluvit jen s nositelem příznaku. Ukazuje se, že původní hypotéza, (symptom blokuje separaci), není daleko od pravdy. Symptomy v této souvislosti vykazují kolísání a obvykle je nelze odstranit najednou, protože stavy rodiny mezi dvěma vývojovými stádii oscilují, jak ukazuje Breunlinova oscilační teorie (Breunlin, 1989).

jednáním matku neztratili. Určitě má pro své chování dobré důvody.

Zvu dceru dál, jsme spolu jen pár vteřin, stačím zjistit, že zapoměla doma SMT a že „je to trochu lepší, ale ne moc“, a už je matka tady. Nevím, co dělat. Nechce se mi celou dobu mluvit o problematickém symptomu dcery. Ale ono na to ani nedojde: dnes si vystačíme s problémy

anestezioložka, která se touto technikou zabývá. Sama aplikace této metody svědčí spíše o nejistotě terapeuta a vědomí jisté bezmoci, kterou vnímá tvář v tvář rodině, jež prošla neúspěšně tolika pracovišti. Později se

jíž tato intervence nijak v našich konzultacích neobjeví.

² Jiný homeopatický lék. V homeopatii se pracuje s obrazem léku, který poskytuje také jakýsi celostní pohled na člověka a jeho situaci.



mezi matkou a jejími rodiči. Babička se chová, jako by chtěla rozeštvát děti a matku. Jitka to potvrzuje. Ona to taky zažila. To bylo nějakých poznámek: „Na, vezmi si, matka ti to nekoupí...“ Teď se točí boj kolem Vašíka. Ten je u babičky v sedmém nebi. Babička ho zavalí ho sladkostmi a pustí mu televizi, obojí v libovolném množství.

Prohlubujeme transgenerační téma. Jak to, že prarodiče dodnes tak silně ovlivňují rodinu, pokud se od nich matka oddělila? Boj o nezávislost eskaloval tak, že se musela mladá rodina od prarodičů odstěhovat. Vměšování babičky však nikdy neustalo. Hledám pro to nějaké lepší vysvětlení než jen to, že je babička panovačná. Co když je ustrašená? Možná se stará, protože by jinak bylo mezi ní a jejím manželem „ticho“, prázdno. Babička se může bát prázdnoty, nevýznamnosti. Matka připouští, že by to tak mohlo být. Všimla si, že babička si i v práci hledá zvláštní postavení. Vychloubá se zákazníky, kteří chtějí obsloužit jen od ní, od nikoho jiného.

Dělá si starosti o dceru, anebo o zetě, ale také, a to hlavně, o děti. A když jí někdo nejde na ruku nebo neposlechne, tak na něj babička zaútočí. Snaží se ho citově

4. sezení RT. Dcera a otec matky.

Děda sice vnučku přivezl, ale nakonec zůstane sedět v čekárně. Matka je nemocná, leží prý „těžce nachlazená“. Před 3 týdny nejprve přijel otec z Vídně, byl asi týden doma, pak odjela máma asi na 5 dnů služebně do Německa, a děti zůstaly s otcem. Máma se vrátila „celá vymrzlá a nastydlá“ a otec zrovna odjel do Vídně. Tak se doma jen vystřídali.

Poznámka: Celkem nevinná historka přináší myšlenku, jak spolu vlastně manželé vychází, když se doma jen střídají. To neznamena, že je to téma k řešení, ale může jít o jiné, ještě hlubší či

vydírat, příkladů k tomu mají hodně. Jitka si myslí, že to byla babička, kdo se začal tématem vlhkosti v jejích kalhotkách zabývat a kdo začal shánět lékařské kapacity. To pak je ale matka „z obliga“, možná to ani není ona, kdo symptom nevědomě udržuje, ale to si jen pomyslím.

Otec je už dva měsíce ve Vídni. Společně se jim tam nedařilo žít, protože matka nesnáší, když je občanem druhé kategorie, za jakou ji tam místní prý považovali.

Poznámka: V tomto způsobu práce si dává terapeut záležet na tom, aby z nikoho neučinil „viníka“. Ani pacient si nemůže za svou nemoc sám, ani rodina se vědomě nechová tak, aby udržovala nemoc svého člena záměrně. Hypotézy vyslovuje formou otázek, vyhýbá se tvrzení. Je připraven je zcela opustit, pokud se ukáže, že to tak rodina nevnímá. Prohlubujeme dobrý vztah s rodinou, symptom si zatím žije svým životem. Smyslem je snížit kolem symptomu napětí, zbavit toto téma své naléhavosti a dovolit, aby do pole vstoupila další, možná nebezpečnější témata.

tajnější téma než problémy s babičkou. Budeme se na to asi muset vyptat. Možná jde taky o další oscilaci systému v době separace, kdy se všechno mění.

Bratr se nastěhoval k babičce, tam má ráj, TV a sladkosti dle chuti. Máma leží, bere antibiotika, přidal se průjem. Jitka teď vůbec nesleduje svůj symptom. Měla celý týden kurz na fakultě, neměla na kalhotky čas, teprve večer si všimla, že je skvrna větší.

Přemýšlím, co s tím, vždyť pokud je to lubrikace, nic s tím ani dělat nelze.



Poznámka: Zdálo by se nejjednodušší to rodině říci a tím skončit, ať si dělají, co chtějí. Takové předčasně otevřené sdělení by ale mohli chápat jako odmítnutí. To často vede k ještě většímu úsilí, aby prokázali, že je to „přeci jen opravdová nemoc“. Tak pokračuje jejich pouť po zdravotnických zařízeních, a pak i léčitelích.

Vracím se k minulému sezení. Hlavně k tomu, jak vychází matka s babičkou. Zkousím, zda bychom si nemohli přizvat k sezení dědu, co by asi říkal o babičce nebo o matce a jejich vztazích? „*On by to viděl jen pozitivně*“, tvrdí Jitka. Moc ho tady nechce. Rozvineme tedy téma školy a toho, co chce v životě dělat. Po kom je tak ambiciózní? (Dala si přihlášku na šest škol.) Baví ji chemie, šla by ji studovat. Medicínu by studovala kvůli matce. Ta si to velmi přeje, aby mohla Jitka víc pomáhat rodičům. Vzpomínám si na svou Alma mater, a rozvineme debatu o studiu

5. sezení RT. Matka a dcera.

Začátek května, poslední setkání: Obě docela veselé, o symptomu není řeč, vše se točí kolem školy, kam by měla nebo neměla dcera nastoupit. Matka by dala přednost medicíně, aby měli v rodině doktora. „*Nebo kdyby aspoň doktora ulovila,*“ směje se matka. Sama dostala práci, ale nelíbí se jí firma, takže váhá, zda to nemá odmítnout.

Vedeme všeobecné řeči a mířím k ukončení s tím, že dokud dcera nemá dospělý genitální sex, tak že nemůžeme rozlišit, k čemu symptom patří. Opatrně se vracím k tomu, co jsme si tu povídali,

medicíny. Když je atmosféra přátelská, odhodlám se rozvinout hypotézu, že symptom souvisí spíše se sexualitou než s močovým měchýřem. Dokud s tím nemá zkušenosti, nemůže se dovědět nic víc o tom, jaký význam má příznak vlhkosti. Kamarádky o tom mluví, ale ona je za to nesnáší. Rozvine se debata o studu a o odlišnosti. Ukáže se, že učitel (41 let), který ji málem svedl na školním výletě, má pověst proutníka. Je svobodný. Incident nezůstal bez psychologických následků. Jitka se od té doby pokouší zatlačit myšlenky na něho, ale ono se to nedaří. Dostává se jí do snů. Neví si s tím rady, a bojuje o to, „*aby ji nakonec nedostal*“. Co se v jejích snech odehrává? Všeljaké nesmysly, ale všimla si, že jí buší srdce, nebo mívá nával horka, když se ze sna vzbudí. O stavu genitálu ale neví nic. Dostane za úkol to prozkoumat. Zasívám možnost, že pokud se nic nezmění, rozloučíme se do doby, než bude mít normální dospělý sex.

váhám, zda přidat také informaci o učiteli, který se dostává dceři do snů, nakonec to neřeknu. Ale dcera sama vypráví sen, ve kterém nějaký pedofil ohrožuje asi pětiletého chlapce, a skončí to zavražděním toho pedofila (pedagoga?) s odporným znetvořením, které přišlo dívce hnusné. Nijak to nekomentuji. Loučíme se vřele. Budu zvědav, jak se to časem promění, zda to bude i nadále vada, nebo přednost. Zdá se, že matka by byla ráda chodila dál do léčby, ale dcera už teď jako záminka není moc vhodná.

ZÁVĚR A DISKUSE

Na příkladu celkem neškodného symptomu u dospívající dívky, který ovšem sužoval rodinu šest let, jsme chtěli

ukázat obtíže psychosomatické léčby. Jsou to právě složité děje v psychologických a sociálních systémech, které



stojí v cestě snadnému odstranění zde spíše domnělého příznaku (i když skvrna na prádle byla jistě reálná). O zážitku dcery s učitelem rodina nevěděla. Dívka neměla ještě erotizovaný přirozený projev genitálu (lubrikaci), proto mu nemohla přisoudit správný význam, nebo jeho význam potlačovala jako nežádoucí. Matka i babička zase měly dost důvodů tento jasný doklad o dospívání dítěte popírat. Hrozilo, že v rodině s křehkou rovnováhou dojde k dramatickým změnám, až dcera dospěje. Snad proto rodina přisoudila projevu jejího organismu význam symptomu nemoci a hledala jeho tělesné vysvětlení. Symptomy, které mají podobnou funkci, vidáme často. První projevy sexuálního vzrušení bývají pokládány za nepříjemné až ohrožující projevy těla (bušení srdce, zvýšená sekrece, pocení, nauzea, průjem, rudnutí, třes, zimnice, svědění, mdloby atp.). Teprve dodatečně jsou tyto projevy erotizovány, a pak jsou některé z nich naopak žádoucí. U dospívajících je to ale choulostivé téma, nelze jim erotizaci symptomů vnutit ani předbíhat jejich vývoj. Tato naše zkušenost mimochodem odpovídá EBE teorii Daryla J. Bema (Bem, 1996).

Domníváme se, že právě obavy z odhalení stojí za neutuchající snahou takto nemocných vyhledávat raději zázračné a tajemné procedury léčitelů než psychologickou pomoc. Zuby nehty se drží tělové hypotézy a dožadují se

u lékařů vyšetření a vyléčení. Kolegové po dobu šesti let statečně odolávali požadavkům rodiny na lepší vyšetření dcery nebo aktivnější případně chirurgickou léčbu. Dodržení postupu lege artis je to nejlepší, co může lékař v takové situaci udělat. Rodina potřebovala dostatečně dlouhý čas k tomu, aby byla ochotna přinést na stůl také jiná, snad nebezpečnější témata, než byly skvrny na kalhotkách mladé dívky. Také v tom je úsilí psychosomaticky orientované praxe nesnadné. Mít dostatek trpělivosti a respektu k organismu rodiny a k fázi jejího životního cyklu (Carter & Mc Goldrick, 1980).

V psychosomatické medicíně nikdy nevíme, zda máme pravdu. Naše zkusmé výklady mají spíše inspirovat nemocného a jeho okolí ke změně významu projevů těla. Bývají to ad hoc teorie, spředené z toho, co už pacient ví, co nám byl schopen sdělit ze své intimity, a z našich znalostí a zkušeností. Zde se později ukázalo, že byl náš odhad správný. Po roce nám Jitka sama napsala:

„Dobrý den pane doktore, chtěla bych Vám říci, že jsem se konečně z 95 % zbavila toho problému, se kterým jsem za Vámi víc jak před rokem přišla. Dalo by se říci, že se potvrdila vaše teorie, že se uzdravím, až budu mít vztah se vším všudy. :) Chtěla bych Vám tímto poděkovat za rady a pomoc.“

Citovaná literatura

1. Anderson, H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: N.C.Publ.
2. Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc* (Psyché. vyd.). Praha: Grada Publishing.
3. Bem, J. D. (2. Vol. 103 1996). Exotic Becomes Exotic: A Developmental Theory of Sexual Orientation. *Psychological Review*, stránky 320-335.



4. Bertalanffy, L. v. (1968). *General System theory: Foundations, Development, Applications* (revised edition 1976. vyd.). New York, USA: George Braziller.
5. Breunlin, D. C. (1989). Clinical implications of Oscillation Theory: Family Development and the Proces of Change. V N. Christian, & J. R. Ramsey, *Family systems in Medicine* (stránky 135-149). New York, London: Guilftort Press.
6. Carter, E. A., & Mc Goldrick, M. (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
7. Doherty, W. M., & Baird, M. A. (1983). *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
8. Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286), stránky 129-136.
9. Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., & al., e. (1999). Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics*, 4, stránky 330-338.
10. Honzák, R. (4 2016). Placebo jako opomíjená součást léčby. *PSYCHOSOM*, stránky s.233-246.
11. Honzák, R., & Chvála, V. (2015). Psychosomatická medicína. V H. M. Hosák L, *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (stránky 555-655). Praha: Karolinum.
12. Chvála, V. (1995). Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext*, XI, č.2,, stránky str.26-31.
13. Chvála, V. (2 2009). Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *PSYCHOSOM*, stránky 93-103.
14. Chvála, V., Honzák, R., Masner, O., Ročňová, M., Seifert, B., Seifert, M., & Trapková, L. (2015). Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlené příznaky. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*(1.).
15. Keleman, S. (2005). *Anatomie emocí*. Praha: Portál.
16. Křížová, E. (2004). *Alternativní medicína jako problém*. Praha: Karolinum.
17. Křížová, E. (2015). *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum.
18. Loewe, T. H. (3 2015). Psychosomatika je vynikající pole pro současný moderní výzkum. *PSYCHOSOM* , stránky 41-49.
19. Matalon, A. N. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary refferal clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract.* 19, stránky 251-256.



20. McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1997). *Medizinische Familientherapie in der Medizin. Ein biopsychosociales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken*. Heidelberg: Carl Auer.
21. Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
22. Poněšický, J., & Chvála, V. (2010). Místo psychoterapie v psychosomatické medicíně. V R. J. Vybíral Z, *Současná psychoterapie* (stránky 451-474). Praha: Portál.
23. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada.
24. Siegel, D. J. (2012). *The Develping Mind*. New York: Guilford Press.
25. Trapková, L. (4 2013). Zpráva o výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci. *PSYCHOSOM*, 11, stránky 114-128.
26. Trapková, L., & Chvála, V. (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch, 2.vydání*. Praha: Portál.
27. Uexküll, T. v. (2003). *Psychosomatische Medizin, 6.vydání*. München, Jena: Urban & Fischer.
28. Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

Do redakce přišlo na vyžádání po uzávěrce.

Přijato po recenzi.

Konflikt zájmů není znám.

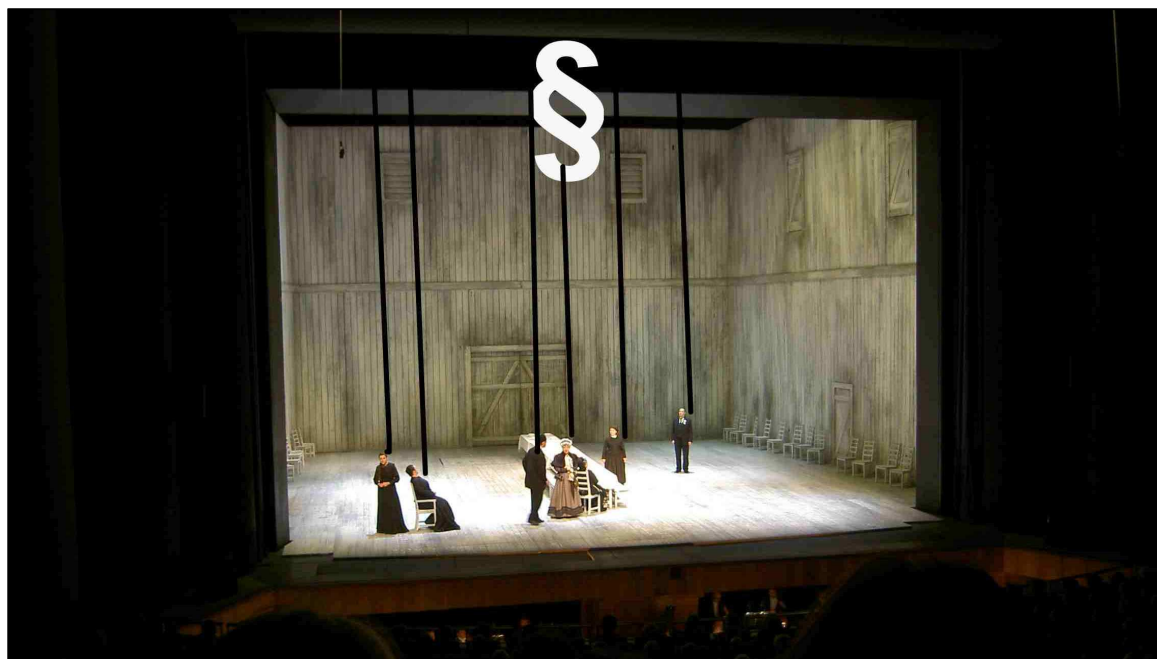
AUTOR:



MUDr. Vladislav Chvála, sexuologie, psychosomatika, rodinná terapie, akupunktura. Vedoucí týmu Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci od r. 1989. Předseda výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, předseda akreditační komise MZ pro psychosomatiku, člen ČPtS ČLS JEP, člen PS ČLS JEP, člen SOFT (Společnosti rodinné terapie), šéfredaktor Psychosomu.



IVO TELEC: NEKALÉ PRAKTIKY V PÉČI O ZDRAVÍ



SOUHRN: NEKALÉ PRAKTIKY V PÉČI O ZDRAVÍ. *PSYCHOSOM* 2018; 16(2-3), s. 117-126

Príspevek pojednává o současném právním a společenském problému, který se týká některých nekalých praktik v péči o zdraví, například v rámci konzultací apod. Těžiště příspěvku je zaměřeno na současné české právní a sociální prostředí z hlediska některých typických nekalých chování podle práva a profesionální etiky. Vybrané nekalé praktiky jsou podrobně rozebrány na základě občanského zákoníku z roku 2012 a zákona o ochraně spotřebitele z roku 1992, a to v rámci provedení práva EU.

KLÍČOVÁ SLOVA: právo a zdraví, nekalé praktiky, etika, psychosomatika, alternativní medicína

SUMMARY: TELEC I.: UNFAIR PRACTICES IN A HEALTH CARE. *PSYCHOSOM* 2018; 16 (2), pp.: 117- 129

An article deals with the recent legal and social problem of some unfair practice in a health care, f. i. in some consultations etc. The topic is focused on the recent legal and social environment concerning some typical unfair behaviors under the law and a professional ethics. Some unfair practices are detailly and critically described according to the Czech Civil Code (2012) and the Czech Consumer Protection Act (1992) in the framework of the EU law.

KEY WORDS: the law and health care, unfair practice in a health care, ethics, psychosomatic medicine, alternative medicine

1. ÚVODEM A O ÚJMÁCH

V předchozích příspěvcích na odborném blogu *Zdravotnické právo a bioetika* jsme se právně věnovali běžným

činnostem týkajícím se komplementární a alternativní medicíny, přírodního



léčitelství nebo duchovní léčby. Nyní nastal čas pohlédnout také do „podsvětí“.

Nezabýváme se tu jakýmikoli nekalostmi v péči o zdraví, například podvodnými výkazy zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo pletichami při veřejných zakázkách, nýbrž pouze těmi jednáními, jimiž jsou přímo dotčeni pacienti či zákazníci (spotřebitelé).

Sluší se předeslat, že **smlouva o péči o zdraví** nejčastěji mívá soukromoprávní povahu tzv. **spotřebitelské smlouvy** (§ 1810 a násl. o. z.). S jinou povahou této smlouvy (nahlíženo legálním hlediskem jejích stran) se můžeme setkávat u pracovnělékařských služeb. Lze-li spotřebitelskou smlouvu vyložit různým způsobem, použije se **výklad pro spotřebitele nejpriznivější** (§ 1812 odst. 1 o. z.). Stát si tím hledí **ochrany slabší strany** závazku.

Povinnost nahradit **škodu** (majetkovou újmu) způsobenou **porušením smluvní povinnosti** se řídí občanským zákoníkem (§ 2913 a násl.). Smluvní odpovědnost má právní povahu **objektivní**; tzn. i bez zavinění škůdce. Ovšem se zákonnými zprošťovacími (liberačními) důvody na škůdcově straně, mezi které však nepatří překážka vzniklá ze škůdcových osobních poměrů.

Pro škodu způsobenou **porušením zákona** (škodní delikt ze zákona) se zásahem do absolutního, například osobnostního, práva poškozeného platí **vyvratitelná domněnka škůdcovy nedbalosti** (§ 2010 a násl.). Důkazní břemeno opaku tíží škůdce (poskytovatele služby).

Za zmínku stojí zvláštní skutková podstata **škody** (majetkové újmy) **způsobené informací nebo radou** (§ 2950 o. z.), a to i nevědomě. Výrazem **neúplná** nebo **nesprávná informace**,

například o aktuálním zdravotním stavu nebo o jeho prognóze, či škodlivá rada „za odměnu“ se rozumí „nikoli nezištně“. Skutkově se s tím můžeme setkat nejen při vadném plnění smluvního závazku péče o zdraví se škodným následkem, ale i u deliktu ze zákona se zásahem do některého absolutního práva poškozeného. Zmínit můžeme například **reklamu odborníka** na péči o zdraví nebo na výrobky se zdravotními účinky, jež je přesvědčovacím procesem, kterým jsou hledání uživatelé služeb, výrobků apod. prostřednictvím komunikačních médií, například letáky, a to se škodným zásahem do vlastnického práva poškozeného. O plnění smluvního závazku tu nepůjde.

„Neúplná“ informace by mohla spočívat v **neúplném sdělení účinnosti nebo bezpečnosti** použité, a přitom obecně neznámé praktiky, látky nebo prostředku, ledaže by bylo odkázáno na **právně odvážné plnění**, jemuž by se nemocný člověk o své svobodné vůli podrobil v **naději na nejistý budoucí zdravotní přínos**, spjaté s vírou či přesvědčením; blíže zde: [Možnost plnění závazku péče o zdraví v přírodním léčitelství](#). Dodejme však, že některá naděje může být falešná; například v konečném stadiu smrtelné choroby, kdy může být podle okolností přínosnější spíše duchovní nežli zdravotní péče, resp. doprovod při umírání.

Mezi „neúplné“ informace můžeme podřadit také ty informace, které jsou vágní, nicneříkající či příliš obecné (aniž by šlo o notoriety), u nichž podstata věci zůstává nesdělena. Informovat totiž lze i všeobecným odkazem na podrobný veřejně dostupný zdroj. **Mimo** zdravotní služby si však lze představit i jistou „tajuplnost“ nebo projevy magického myšlení jako součásti působení na psychiku, například i při sepětí s **obřadností** včetně obřadnosti



náboženské. Může jít i o oborovou zvyklost, která si hledí intuitivního nebo obrazně názorného myšlení, nikoli myšlení diskurzivního (logicko-deduktivního) či pojmového. Právě proto je významné, o jaký obor mimozdravotnické péče o zdraví se zákaznický jedná.

O odborně „nesprávnou“ informaci by mohlo jít **zatajením** skutečnosti, že péče o zdraví má spočívat „pouze“ v povzbuzení fyziologického nebo psychologického účinku sebeuzdravující síly vlastního organismu nebo psychiky; a to například pomocí „jen“ doplňků stravy s fyziologickými nebo výživovými účinky podle potravinového práva, jež nejsou léčivy dle lékového práva, ač patří do široké věcné škály **8** veřejnoprávních tříd výrobků se zdravotními účinky; viz [Výrobky se zdravotními účinky](#).

Při **újmě na přirozených právech člověka**, uznaných státem a chráněných občanským zákoníkem, mezi která patří práva spjatá s **osobností**, se hradí nejen majetková, ale i nemajetková újma (§ 2956 a násl.); například při ublížení na zdraví. Nemajetková újma může spočívat kupříkladu v **duševních útrapách** způsobených **odborně nesprávným zásahem** do duševního nebo tělesného zdraví.

Na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění (zák. č. 98/1997 Sb.) má zdravotní pojišťovna vůči třetí osobě **právo na náhradu** těch nákladů na hrazené služby, které vynaložila v důsledku **zaviněného protiprávního jednání třetí osoby** vůči

pojištěnci. Vinnou třetí osobou může být i jiný poskytovatel zdravotní péče, přírodní léčitel či kdokoli jiný, kdo pojištěnci poskytl odborně vadnou zdravotní radu, v jejímž důsledku se zhoršil zdravotní stav pojištěnce, což následně vyvolalo nutnost zvýšených či dalších nákladů z veřejného zdravotního pojištění, které by jinak nevznikly. Zákon pro tyto případy stanoví podrobný režim včetně oznamovacích povinností (§ 55).

Podívejme se na některé nekalé praktiky v péči o zdraví očima zákona o ochraně spotřebitele (zák. č. 634/1992 Sb.) a občanského zákoníku. V dílem pokleslé praxi se můžeme občas setkávat s tvrzeními nebo jinými činy přinejmenším **právně pochybnými**.

Dozor nad dodržováním práv spotřebitelů ve **veřejném zájmu** vykonává Česká obchodní inspekce nebo Česká lékařská komora, popř. Státní ústav pro kontrolu léčiv, jehož působnost se týká mj. zdravotnických prostředků. V některých věcech je příslušný Úřad pro ochranu osobních údajů, a co se reklamy týče, živnostenské úřady. Vyloučena samozřejmě není soudní ochrana soukromých spotřebitelských práv ani způsoby mimosoudního řešení spotřebitelských (i patientských) sporů před Českou obchodní inspekcí nebo krajskými úřady, popř. před Českou lékařskou komorou. Není však známo, že by Česká obchodní inspekce kontrolovala například léčitelské služby anebo psychologické poradenství a diagnostiku, ačkoli by měla.

2. POCTIVOST POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB

Soukromé právo je založeno na předpokladu **poctivosti** právních jednání. Trestní právo je zase založeno na předpokladu **nevin**.

Občanský zákoník a zákon o ochraně spotřebitele sledují **stýkání práva s mravností pomocí** právního (a morálního) pojmu **poctivosti**. Podle



občanského zákoníku platí **vyvratitelná legální domněnka** (předpoklad) **poctivosti** právních jednání (§ 7); například nabídky péče o zdraví. Spotřebitelský zákon zase stanoví **příkaz poctivého poskytování služeb**, tedy i jakékoli péče o zdraví (§ 3 cit. zák. č. 634/1992 Sb.). Poctivost také tvoří jeden ze znaků **odborné péče** podle tohoto zákona; viz níže. Z hlediska obou předpisů je bezvýznamné, zda jde o péči o zdraví podle občanského zákoníku, anebo o specifickou úpravu zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. (O rozdílu při mimosoudním řešení sporů viz dále.)

Příkladem devízy nám poslouží citace **lichevního** ustanovení občanského zákoníku: „**Neplatná je smlouva,**

při jejímž uzavírání někdo zneužije tísně, nezkušenosti, rozumové slabosti, rozrušení nebo lehkomyšlnosti druhé strany a dá sobě nebo jinému slíbit či poskytnout plnění, jehož majetková hodnota je k vzájemnému plnění v hrubém nepoměru.“ (§ 1796). Lichva se ovšem týká jen skutkových znaků lichevních, tzn. kdy se zároveň, vedle vymezeného **zneužití oslabeného** postavení druhé strany, jedná o **hrubý hodnotový nepoměr plnění**. „**Za hodně peněz rozrušeného pacienta, který prodělal šok, málo muziky**“; a to někdy i skutečně, má-li jít o „málo“ muzikoterapie. Dále viz **trestný čin lichvy** podle § 218 tr. z.

3. PÉČE ŘÁDNÉHO ODBORNÍKA

Občanský zákoník obecně upravuje péči řádného odborníka (odbornou péči) neboli **odbornickou odpovědnost**. Stát tak činí pomocí **znalosti a pečlivosti**, která je spjata s příslušným **povoláním** nebo **stavem** (§ 5 odst. 1). U plnění smluvního závazku péče o zdraví k tomu stát přidává i **soulad s pravidly svého oboru** (§ 2643 odst. 1); např. s pravidly (profesními standardy) oboru [léčebná eurytmie](#), který je součástí antroposofické medicíny, nebo oboru bylinářství apod. Některá oborová pravidla, jako je tomu v chiropraxi, osteopatii nebo lékařské homeopatii, jsou vyjádřena českou a evropskou technickou normalizací (**ČSN EN**): [Technické normy v komplementární a alternativní medicíně](#) a [ČSN EN 16872 Služby lékařů s doplňující odbornou kvalifikací v homeopatii \(MDQH\) – Požadavky na lékaře s doplňující odbornou kvalifikací v homeopatii](#).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně přikazuje postupovat při zákrocích podle **profesních povinností** a **standardů** (čl. 4), (sděl. č. 96/2001 Sb. m. s.).

Legální úprava zdravotních služeb rozvádí odbornickou odpovědnost podle § 5 odst. 1 o. z. o znaky **náležité odborné úrovně** těchto služeb (postup **lege artis medicinae**), zejména o praktiky podle pravidel vědy, uznávané medicínské postupy a o přihlédnutí k individualitě pacienta (§ 4 odst. 5 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

Spotřebitelské právo spatřuje **odbornou péči v úrovni zvláštní dovednosti a péče**, kterou lze od podnikatele **rozumně očekávat** ve vztahu ke spotřebiteli a která odpovídá **poctivým obchodním praktikám** nebo **obecným zásadám důvěry** (nesprávně „dobré víry“, jež je omluvitelným právním omylem), a to



v oblasti podnikatelské činnosti; např. v klinické logopedii nebo hermetických lékařstvích, jako je například astro-medicína. **Důvěra v odbornost** sehrává významnou roli v péči o zdraví. Mluvíme proto také o **medicině založené na důvěře**. Důvěryhodnost spjatá s odborností, nikoli ale nutně mediální popularita, bývá důležitým hlediskem volby způsobu péče i osoby jejího poskytovatele. V právu se s něčím podobným setkáváme nejen u volby advokáta, ale zejména rozhodce, včetně

možného pověření arbitrážního rozhodování podle zásad spravedlnosti; tzn. nikoli podle hmotněprávního řádu, do kterého patří i zdravotnické právo.

Posuzování postupu *lege artis* se odvíjí od toho, zda bylo postupováno **odborně správně** podle příslušného předpisu, popř. jinak sepsaných či nepsaných oborových pravidel. **Odborná správnost** praxe je vyjádřena pojmem péče řádného odborníka.

4. JAKOST PÉČE

Podle občanského zákoníku platí obecné **pravidlo střední jakosti** (§ 1915). Dlužník je zavázán plnit ve střední jakosti, není-li mezi stranami ujednána jiná jakost; například vyšší kvalita použité látky nebo zdravotnického prostředku jako luxus.

Pro námi sledovanou oblast práva spotřebitelského je významná skutečnost, která systematicky souvisí s poctivostí. Není-li totiž jakost služeb předepsána, schválena nebo uváděna, platí **jakost obvyklá**. Za obvyklou jakost, popř. za jakost veřejnoprávně schválenou, bývá brána i jakost péče o zdraví, která vyplývá z **technické normalizace**; viz např. [Technické normy v komplementární a alternativní medicíně](#) nebo [ČSN EN 16872 Služby lékařů s doplňující odbornou kvalifikací](#)

[v homeopatii \(MDQH\) – Požadavky na lékaře s doplňující odbornou kvalifikací v homeopatii.](#)

O obvyklé jakosti hovoříme například u různých psaných či nepsaných **oborových** nebo **profesních standardů** (vodítek) zavedených do praxe; například v léčebné eurytmii. „Obvyklost“ čehokoli patří mezi **skutkové** otázky podléhající dokazování v místě a času. Nutno ale říci, že je-li určitý výkon, přípravek nebo postup obvyklý, ještě to neznamena, že je například nejlepší, samosebou odborně správný nebo vhodný v každém **individuálním** případě, který může být v lecčem atypický. Obvyklost může být ovlivněna například i jen přístrojovým nedostatkem v místě a času anebo nízkou odborností.

5. NEKALÉ OBCHODNÍ PRAKTIKY PODLE SPOTŘEBITELSKÉHO PRÁVA

Stát prostřednictvím zákona o ochraně spotřebitele sleduje, aby **ekonomické chování** spotřebitelů nebylo **podstatně narušeno** použitím obchodní praxe, která by významně zhoršila schopnost spotřebitele učinit **informované**

rozhodnutí, například o svém zdraví, jež by vedlo k rozhodnutí ohledně služby, které by jinak neučinil. Významnou roli sehrává právní pojem **nepatřičného ovlivňování**, kdy dochází k využívání **silnější pozice** poskytovatele služby,



a to způsobem, který významně **omezuje** spotřebitelovu **schopnost** učinit informované rozhodnutí. Fyzická síla nebo hrozba jejího použití nemusí být vynaložena.

Dozorový orgán, například Česká obchodní inspekce nebo Státní ústav pro kontrolu léčiv v případě zdravotnických prostředků, je oprávněn požadovat po poskytovateli péče o zdraví, aby ve správním řízení **prokázal správnost skutkových tvrzení** v souvislosti s obchodní praktikou (§ 5c cit. zák. č. 634/1992 Sb.). Takový požadavek však musí být **přiměřený** vzhledem k okolnostem případu a právnímu zájmu poskytovatele služby či kteréhokoli účastníka správního řízení. To znamená, že nesmí svou vydatností nebo rozsahem vybočovat z okolností případu. Pokud by poskytovatel služby nepředložil požadované důkazy nebo by je dozorový orgán považoval za nedostatečné, platí legální smyšlenka (fikce) **nesprávnosti** skutkových tvrzení.

Při hodnocení „dostatečnosti“ předložených důkazů z **účelového** hlediska ochrany práv a zájmů spotřebitelů platí procesní **zásada volného hodnocení důkazů** podle úvahy správního orgánu; tzn. **volnou úvahou** a zároveň s pečlivostí a nevýběrovostí toho, co vyšlo v řízení najevo (§ 50 odst. 4 spr. ř.). Dozorový orgán tak **nesmí** být vázán například formalizovaně nadřazenými a podřazenými důkazy podle některé lékařsky aplikované doktríny používané pro specifické účely epidemiologické a biostatistické. Pohybujeme se totiž ve správním řízení, které je ovládáno právem. Nikoli snad přírodovědeckým paradigmatickým či dobovou nebo místní doktrínou ani mimoprávní odbornou vhodností. Oba způsoby uvažování jsou na sobě **nezávislé**. Shodný závěr je náhodně možný. Právo je důkazně vybudováno na **stupních pravdě-**

podobnosti v právním smyslu, tzn. nikoli nutně na jistotě vyplývající z reprodukovatelnosti jevu podle konvence přírodní vědy. Přírodovědecká konvence si **oproti** tomu hledí objektivitu v jiném pojmovém významu. Samo právo (a právní věda, která je zkoumá) patří mezi **hermeneutické** disciplíny, které se povahově a metodologicky liší od přírodní vědy a přírodovědecké metodologie. Ze soukromoprávního a civilně, resp. správně procesního hlediska blíže viz [Možnost plnění závazku péče o zdraví v přírodním léčitelství](#).

Máme-li hodnotit „dostatečnost“ předložených důkazů, nutno ji posuzovat také z hlediska příslušného **oboru**, jeho povahy a referenčního rámce. Nelze zapomínat na to, že některé obory mimozdravotnické péče o zdraví, jakož i duchovní péče ve zdravotnictví, oborově pracují s **metafyzickým prvkem**, resp. spiritualitou. V tomto smyslu pak nezbyvá nežli zhodnotit i samu správnost skutkových tvrzení, a to bez ohledu na to, zda a nakolik příslušný úředník osobně sdílí určitou víru nebo přesvědčení.

Zákaz nekalých obchodních praktik podle zákona o ochraně spotřebitele je systematicky stanoven následovně:

a) generální klauzule (§ 4), pod kterou lze skutkově podřadit ta jednání, která nepodléhají zvláštním skutkovým podstatám, například méně typické nekalé obchodní praktiky apod.,

b) zvláštní skutkové podstaty, a to:

ab) klamavé konání (§ 5), mezi které patří například praktika, jež může uvést spotřebitele v **omyl** kupříkladu o **způsobilosti** nebo o **postavení** poskytovatele služby. Vydává-li se někdo například za **psychoterapeuta** nebo **psychosomatika**, aniž jím podle



zdravotnického práva je, jde o klamavé konání. Podobně by tomu bylo, kdyby se vydával za **manželského a rodinného poradce**, u něhož zase platí legální výhraza sociálních služeb. V těchto případech totiž jde o státem **veřejnoprávně regulovaná povolání** a služby na trhu. Klamavost tu spočívá ve **vydávání se za někoho**, jehož veřejnoprávní způsobilost nebo veřejnoprávní postavení dotyčná osoba nemá. Kupříkladu v souvislosti s používáním kombinované ochranné známky služeb ve znění **AKTIP** (třída 41 se zaměřením na vzdělávání apod.), patřící pražské **Progressive Consulting, v. o. s.**, jsou konkrétními lidmi k dnešnímu dni nabízeny konzultační služby v psychosomatice, aniž by byly spojeny s patřičnou lékařskou odborností a konzultačními zdravotními službami, jak je vyhrazeno zdravotnickým právem. Údaj o tom, že v daném případě nejde o zdravotnické zařízení, může být až sebeusvědčujícím přiznáním. Navíc by se mohlo jednat o sdělení spíše matoucí, protože psychosomatika je úředně oborem zdravotní péče, jejíž poskytování podléhá úřednímu povolení krajského úřadu, ať by již byla péče poskytována ve zdravotnickém zařízení nebo mimo ně podle zákona o zdravotních službách. Jiným případem by mohla být pražská obchodní společnost **Hnízdo zdraví, s. r. o.**, která smí podle veřejných zdrojů poskytovat ambulantní zdravotní péči v oboru fyzioterapie a oboru fyzikální a rehabilitační medicína. Přesto však k dnešnímu dni nabízí péči v „komplexní psychosomatické medicíně“ ([zde](#)), aniž by se ale jednalo o psychosomatickou medicínu a o zvláštní specializovanou způsobilost podle zdravotnického práva a obsahové náplně certifikovaného kurzu lékařů (zdravotnického vzdělávání) v oboru psychosomatiky. Za „psychosomatiku“ tak někdy může být **odborně nesprávně a zákaznický**

klamavě, tudíž **protiprávně**, vydáván „pouhý“ psychotherapeutický pohovor, jenž je součástí klinických vyšetření podle přílohy **vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami**, ve znění pozdějších předpisů a která patří do zdravotnického práva; blíže viz [Psychoterapie a právo](#), s. 21 - 22. Anebo by za psychosomatiku mohla být **odborně vadně** vydávána „pouhá“ zdravotně výchovná činnost nebo „pouhý“ edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou, což jsou zdravotní výkony svého druhu, stojící ovšem **mimo**. Ačkoli každý projevený „zájem“ o pacienta a jeho neduh může být prospěšný (nikoli snad škodlivý) pro pocit zdraví nebo alespoň zlepšení pocitu pohody či ku zlepšení nálady anebo získání důvěry či pocitu pomoci, nejde zde o oborově vyhraněnou psychosomatickou medicínu, leda snad o její možné předstírání v „pop-medicíně“. Jiným příkladem poslouží **endala, s. r. o.** (mluvnický nesprávně psáno s malým písmenem v počátku jména), která smí poskytovat zdravotní služby v několika oborech, nikoli však v klinické výživě a intenzivní metabolické péči pomocí nutricionisty nebo v klinické výživě prostřednictvím nutričního terapeuta či nutričního asistenta. Přesto k dnešnímu dni nabízí „poradnu klinické výživy“, ovšem mimo zdravotnická povolání a konzultační zdravotní služby: [zde](#). Dochází tak k profesní záměně mezi „pouhým“ mimoklinickým výživovým poradcem jako volným zaměstnáním a volnou živností a výživovými zdravotnickými pracovníky a povoláními vázanými na zdravotnické vzdělání podle předpisů. Další, poměrně četné případy z praxe se týkají ilegální psychoterapie poskytované některými psychology mimo zdravotnická povolání a zdravotní služby. O klamavých konáních, resp. podezřelých na ně můžeme mluvit, neboť jsou



objektivně způsobilá vyvolat **mylnou domněnku**, že jde o zdravotní služby, resp. uvést v omyl. Není v moci nemocných, trpících a oslabených lidí předem lustrvat **Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb**, právně se probírat zdravotnickými povoláními a obory podle předpisů a srovnávat je se skutečností na trhu. Po žádném nemocném člověku nelze nic takového spravedlivě požadovat.

Mezi klamavá konání uvádějící v omyl o způsobilosti nebo postavení můžeme podřadit i používání veřejnoprávního akademického titulu **MUDr.** v péči o zdraví **mimo** zdravotní služby; např. v živnostenském podnikání. Zkrácené absolventské označení dává najevo nejenom absolutorium studia všeobecného lékařství, ale je v praxi běžně bráno též jako označení **příslušnosti k lékařskému stavu a povolání**; tudíž **navozuje znalosti lékaře** v některém lékařském oboru. Používání tohoto titulu není povinné, jen obvyklé, ovšem tam, kde se to sluší a patří. Nikoli tedy při činnostech, které nesouvisí s lékařským stavem nebo povoláním; tzn. například v přírodním léčitelství či v konzultačních službách mimo zdravotní služby, kdy jde o stav živnostenský. V opačném případě lze vzbudit **klamavé zdání**, že jde o výkon lékařského povolání se vším, co je s tím spojeno, včetně jisté společenské prestiže a disciplinární odpovědnosti, aniž tomu tak ve skutečnosti je. Jednotlivé případy možného **klamu** či **nebezpečí záměny** ale musíme posuzovat podle všech okolností a vyvarovat se paušálního nebo nadměrného upírání výkonu veřejného subjektivního práva absolventsko-titulového. Určující tak je objektivní **klamavost** nebo **zaměnitelnost**.

Na okraj: na Slovensku platí předpisy o používání profesních titulů ve zdravotnictví, např. profesní titul

„akupunkturista“. Dokonce tam je zakázáno používání označení „terapeut“ nebo jiného zaměnitelného označení a jeho zkratky samostatně nebo ve slovním spojení vyplývajícím z tohoto označení, např. „terapeut komplementární medicíny“ (podle slovenského práva správně „léčitel“ jako tamější svobodné povolání). Důvod spočívá v ochraně před zaměnitelností s veřejnoprávními profesními tituly nebo činnostmi podle zdravotnického práva, které vyplývají z veřejnoprávní odbornosti, resp. zdravotnického vzdělávání, nebo je navozují. U nás máme zdravotnická povolání například nutričního terapeuta nebo terapeuta tradiční čínské medicíny. Profesně titulová ochrana ve zdravotnictví je ale v Česku stanovena jen **nepřímo** pomocí ochrany před nekalou soutěží nebo právem spotřebitelským. V posledních letech se u nás rozmohlo používání „prestižnějšího“ a odborněji znějícího podnikatelského označení „terapeut“ namísto tradičního „léčitel“ (právně „přírodní léčitel“);

bb) klamavé opomenutí (§ 5a), jehož škodlivost spočívá podle okolností a věcných souvislostí v opomenutí uvedení **podstatné informace**, kterou spotřebitel potřebuje pro rozhodnutí ohledně přijetí služby, čímž může učinit rozhodnutí, které by jinak neučinil. Za podstatné informace nabídky péče o zdraví, pakliže nejsou patrné ze souvislostí, se považují **hlavní znaky** této péče v rozsahu odpovídajícím sdělovacímu prostředku, například internetovým stránkám, jakož i službě samé. „Podstatnou informací“ tak může být například sdělení o tom, že jde o **duchovní léčbu** duchovního léčitele anebo duchovního církve či náboženské společnosti. Taková informace je potřebná pro rozhodnutí ohledně přijetí péče. Pakliže by takováto informace chyběla, může nastat situace, že zákazník,



kupříkladu ateista nebo proticírkevní bojovník, učiní rozhodnutí podrobit se duchovní léčbě v klamu, že o nic takového nejde. Pakliže by měl podstatnou informaci, že má jít o duchovní léčbu, nikoli například o klinicko-psychologickou péči, rozhodnutí by v tomto smyslu neučinil, léčbu by odmítl; což ovšem platí i naopak. Někdo by dal přednost psychochirurgickému zákroku na mozek, jiný zákroku šamanskému či církevní službě osvobozování od zlého neboli vymítání „démonů“. Necháme-li stranou světonázorová naladění, ryze spotřebitelsky sehrává roli právě uvedení „podstatných informací“ pro vlastní rozhodnutí;

bc) agresivní obchodní praktika (§ 6), o kterou půjde například tehdy, jestliže **nepatřičné ovlivňování** může způsobit, že se zákazník rozhodne objednat péči o zdraví či přijmout její nabídku, což by jinak neučinil. Přihlíží se například i k **výhružnosti** nebo (v praxi častěji) k **vědomému využití nepříznivé zdravotní situace**, která vede k **zhoršení** spotřebitelova **úsudku**, pokud jde o jeho rozhodnutí ve vztahu k nabízené péči o zdraví. Podstatný znak zakázané agresivní obchodní praktiky spočívá v tom, že ve svých souvislostech a s přihlédnutím ke všem jejím rysům a okolnostem může **výrazně zhoršit svobodu volby** nebo zákaznického chování ve vztahu k péči o zdraví. A to v našem případě zřejmě nejvíce po **způsobu nepatřičného ovlivňování** (vedle obtěžování nebo donucování). Výsledkem pak může být rozhodnutí, které by spotřebitel ohledně přijetí služby neučinil, nebýt vystaven působení zakázané agresivní obchodní praktiky. S nepatřičným ovlivňováním nemocných se můžeme setkat i v souvislosti se **zlehčováním** či někdy až **pohrdáním** konkurenčními službami na trhu, například lékařů přírodními léčiteli, nebo

naopak. Nepatřičným spotřebitelským ovlivňováním může být také **vyvolání strachu ze smrti či zhoršení choroby**, popř. i z postavení blízkých, pakliže by se nemocný nepodrobil nabízené konkrétní péči. Sama tato péče bývá často vedena za účelem **těžení vlastního zisku** právě z ovlivněného spotřebitelského chování.

Kromě toho jsou zákonem o ochraně spotřebitele **výslovně** vyjmenovány některé obchodní praktiky, které jsou **vždy** právně brány za **klamavé** (příl. 1) nebo **agresivní** (příl. 2). Pakliže poskytovatel péče prohlašuje, že jím poskytované službě bylo uděleno schválení, potvrzení nebo povolení, ačkoli tomu tak není nebo takové prohlášení není v souladu s podmínkami schválení, potvrzení či povolení, jde vždy o klamavou obchodní praktiku [příl. 1 písm. c)]. Sem můžeme podřadit, anebo bychom podle okolností postupovali prostřednictvím generální klauzule nekalé obchodní praktiky (§ 4), například prohlášení o „akreditaci“, pakliže by to mohlo objektivně **vyvolat mylnou domněnku** o tom, že jde o **úřední**, veřejnoprávní **akreditaci** činnosti nebo osoby ve smyslu veřejnou mocí legálně uznané garance (odborné důvěry) podle předpisu z oboru práva veřejného, ačkoli tomu tak není. V praxi bývají využívány různé „certifikáty“, „akreditace“ apod., přičemž jejich právní povaha a význam mohou být naprosto rozdílné, aniž by ale muselo jít o padělky.

Jiným příkladem **vždy** klamavé obchodní praktiky může být **nepravdivé** prohlášení, že služba může **vyléčit** nemoc, například rakovinu, zdravotní poruchu nebo postižení [příl. 1 písm. p)]. Ze spotřebitelského (a spotřebitelsko-právního) úhlu musíme uvážit, zda určité tvrzení **dává rozumný smysl** z hlediska fyziologického, psychologického nebo spirituálního, a to i přes



možné (a přípustné) reklamní přehánění či nadsázku, které jsou právně fiktivním člověkem průměrného (běžného) rozumu rozpoznatelné.

Určitá zdravotní péče může potenciálně vyléčit rakovinu některého druhu a stadia nemoci, popř. působit preventivně. Otázkou ale zůstává „pravdivost“ tvrzení. Dotýkáme se totiž **pojetí pravdy**, jež podléhá **světonázorovým sporům**. Vedle pravdy biomedicínské, konvenčně opřené o formalizované a vázané dokazování, tak existuje i **osobně zkušenostní pravda náboženská** či **pravda hermetického lékařství**, což vyplývá z odlišných východisek nebo úhlů pohledu. Pravda bývá v péči o zdraví založena také na léčebné **tradici**, empiricky opřené o generačně předávanou a zobecnělou **dobrou zkušenost**. Stačí si připomenout tradiční rostlinné léčivé přípravky podle lékového práva.

Nezbývá než brát na zřetel, že v některých službách, například u státem výslovně veřejnoprávně předpokládaných služeb astrologů či kartářek, ale i u duchovní nebo přírodní léčby se můžeme pohybovat v referenčním rámci, který stojí **mimo** dobovou konvenci přírodní vědy a její lékařskou aplikaci. V podstatě

to platí pro část zdravotních služeb a celou hermetickou medicínu, pastorální medicínu a řadu oblastí tradičního vědění.

Nadto občanský zákoník pojímá **odbornou správnost** péče o zdraví v **příkazním** právním významu **vyvinutí snahy** o zlepšení nebo zachování zdravotního stavu; tzn. úsilím po příkaznicku **bez odpovědnosti za výsledek** spočívající ve vyléčení. **Péče řádného odborníka** zde rozumně vystihuje **odbornou správnost** zákroku nebo rady v podobě odborně vynaložené snahy. **Nikoli dosažení výsledku**, které je ovlivnitelné i řadou dalších činitelů již **mimo** odbornost poskytovatele služby. Proto u výroku typu „**to vyléčíme**“ musíme podle okolností projevu rozlišovat, zda má jít o nepravdivé prohlášení přivozující oklamání nemocného, anebo o povzbuzení nemocného či o vzbuzení pocitu pomoci a zájmu. Zatímco v prvním případě by šlo o klamavost (škodlivé konání), ve druhém by šlo o jednání prospěšné (psychicky povzbudivé).

Naznačené protiprávní skutky se obvykle přičítají i oborovým či povšechným **etickým kodexům** (kodexům chování), pakliže byly zavedeny.

6. MIMOSOUDNÍ ŘEŠENÍ SPOTŘEBITELSKÝCH SPORŮ

Spory vyplývající z poměrů soukromého práva, například týkající se závazku péče o zdraví, projednávají a rozhodují soudy (§ 6 o. s. ř.). **Vedle** toho však jsou známy případy **mimosoudních** řešení těchto či jiných sporů; například podle zákona o ochraně spotřebitele. Spotřebitelovo právo na mimosoudní řešení spotřebitelského sporu a postup řešení jsou upraveny zákonem o ochraně spotřebitele (§ 20d a násl.). Příslušným

subjektem řešení sporů je v našich případech Česká obchodní inspekce, popř. Česká lékařská komora pověřená tím Ministerstvem průmyslu a obchodu aj.

Mimosoudní řešení sporů podle citovaného zákona se **nevztahuje** na patientské spory podle zákona o zdravotních službách (zák. č. 372/2011 Sb.). Pro tyto případy platí zvláštní, ovšem věcně úzký správní režim



rozhodování o **pacientských stížnostech** na **odborně nesprávný postup**,

7. NEKALÁ SOUTĚŽ

Nekalá soutěž v hospodářském styku je zakázána. Úprava zákazu je uzákoněna v občanském zákoníku. Stanovena je **generální klauzule** zakázané nekalé soutěže a vedle ní několik **zvláštních skutkových podstat**. Účel ochrany před nekalou soutěží spočívá v **ochraně hospodářského trhu** jako hodnoty samé, která je chráněna i před **zneužitím** účasti v hospodářské soutěži nekalostí k **újmě** jiných soutěžitelů nebo zákazníků.

V rámci generální klauzule nekalé soutěže v hospodářském styku lze postihnout i takové jednání, které spočívá v poskytování zdravotních služeb **bez** patřičného **veřejnoprávního oprávnění** (povolání) od krajského úřadu podle zákona o zdravotních službách (§ 11 a násl.). Soutěžitel tím totiž pro sebe získává **neoprávněnou** (právně bezdůvodnou) **konkurenční výhodu**, spočívající v tom, že oproti řádným soutěžitelům jednajícím po právu se **nepodrobil** veřejnoprávní úpravě určitého povolání na hospodářském trhu služeb, čímž **zneužil** svou účast v hospodářské soutěži k újmě jiných soutěžitelů nebo zákazníků. Obvykle tím také ušetřil na nákladech, resp. investicích vložených do svého podnikání, aniž takové ušetření bylo po právu. Stručně zde mluvíme o **fušerství**.

Zdravotní péče, jež je součástí zdravotních služeb, je poskytována vždy v určitém **oboru** zdravotní péče. Nejde ale o jakékoli věcné obory, jako je tomu u nás například v přírodním léčitelství, nýbrž pouze o ty obory, které podle zákona o zdravotních službách vyplývají ze stanoveného **zdravotnického vzdělávání** (§ 4 odst. 4 cit. zák.

vedený před krajským úřadem (§ 93 a násl.).

č. 372/2011 Sb.). Proto zde také, byť poněkud nepřesně, hovoříme o tzv. školské medicíně.

Mezi takové obory, ať již základní nebo nadstavbové, patří například chirurgie, zubní lékařství, klinická farmakologie či psychosomatika aj. Právě v posledním případě se ale v praxi setkáváme s případy, kdy jsou poskytovány zdravotní služby v **oboru psychosomatiky** vzdor tomu, že někteří poskytovatelé služeb k tomu **nejsou oprávněni**. Podle úředního **Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb** jsou u nás pouze **4** poskytovatelé těchto služeb oprávněni k jejich poskytování v oboru psychosomatiky, z toho **3** v Praze a **1** v Liberci, což je nedostatečné. Nikdo jiný nesmí zdravotní služby v oboru psychosomatiky poskytovat, protože jsou právně vázány na **zvláštní specializovanou způsobilost** pro výkon činností, které jsou podmíněny získáním **znalostí** a **dovedností** podle úředního **vzdělávacího programu** nástavbového oboru psychosomatiky.

Nejde o zákaz poskytování psychosomatických služeb jen jako „zdravotních služeb“ ve zdravotnictví, nýbrž kdekoli jinde. Jelikož psychosomatika patří mezi **obory zdravotní péče** podle zdravotnického práva, **nelze** ji provozovat, a to ani konzultačně, **mimo** zdravotnictví; tedy ani po živnostensku či jako svobodné povolání nebo volné zaměstnání. Podobě to platí pro jakýkoli obor zdravotní péče podle zdravotnického práva. Cévní chirurgii, patologii či reprodukční medicínu také právně nelze poskytovat jako živnost apod. Platí zde **legální zdravotnická** (a zároveň



lékařská) **výhrada**; viz **zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta**, ve znění pozdějších předpisů, a **vyhl. č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů**, ve znění pozdějších předpisů, a to vše ve spojení se zákonem o zdravotních službách. Psychosomatika je právně zařazena mezi obory certifikovaných kurzů od roku 2013, což se stalo opožděně. U nás působí **Psychosomatická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z. s.** Poukázat můžeme na několik světových vědeckých časopisů z psychosomatiky, včetně impaktovaných.

Obsah psychosomatické lékařské **výhrady** vyplývá ze vzdělávacího programu v oboru psychosomatiky, jak byl vyhlášen Ministerstvem zdravotnictví v částce 5/2015 **Věst. Min. zdrav. ČR**, s. 296–318: [Věstník](#). Psychosomatika je u nás úředně brána za specializační tzv. nastavbový lékařský obor; srov. např. psychogynekologii, kdy psychosomatika tvoří nastavbu ke gynekologii a porodnictví. Nikoli snad za součást, podobor psychiatrie, k níž je rovněž nastavbou.

8. ZÁVĚR

Na každém hospodářském a pracovním trhu se můžeme v jisté míře setkávat s nekalostmi. Různé způsoby a obory zdravotní péče nevyjímaje. Právní řád v tomto směru poskytuje řadu ochranných nástrojů.

Vyloučit nelze, aby jako živnost byly poskytovány například služby osobní povahy typu **přírodního léčitelství** apod., které též mohou působit na duševní nebo tělesné zdraví (nejen na dobrou pohodu). Ovšem děje se tak **jinými způsoby** (metodami), než je tomu u tzv. vědecké medicíny, v **jiných oborech**, podle **jiných oborových pravidel** a bez **nutnosti zdravotnického vzdělání**, které zde ani nelze získat. Podobně můžeme hovořit o hermetické **astromedicíně**, aplikované astrologii, anebo o **pastorální medicíně**, která zase spadá do svobody náboženské jako praktické bohosloví. Ani v takových případech ovšem **nelze** používat výraz „psychosomatika“ či mluvnické tvary od něj odvozené, protože o psychosomatiku nejde. Stejně tak nejde o žádný jiný obor podléhající legální zdravotnické výhradě; například nepůjde ani o klinickou psychologii (ani o výkon psychoterapeutický). K tomu blíže od autora: [Psychoterapie a právo](#) a [Psychoterapie a právo \(včetně dovětky\)](#). Ani ten, kdo jinému poskytne předlékařskou první pomoc, nestává se lékařským odborníkem. Člověk žijící čilým pohlavním životem není sexuologem. Populárně vystupující a na estrádách účinkující absolvent studia všeobecného lékařství ještě není psychosomatikem.

Pro **zjednodušení dokazování** ve vyjmenovaných **spotřebitelských** případech nekalé soutěže a náhrady škody s tím spojené, včetně generální klauzule, platí **obrácené důkazní břemeno** (§ 2989 odst. 2 o. z.).

Úskalí se mohou týkat **dokazování** skutků. Setkáváme se zde i s důkazní nouzí. Stát si toho ale byl všeobecně vědom již tím, že péči řádného odborníka uzákonil s vědomím, že jednání bez odborné péče jde k jeho tíži. Souvisí s tím



i povinnost vést **záznamy o péči o zdraví** v přírodním léčitelství a podobných činnostech (§ 2647 a násl. o. z.), která byla zavedena roku 2012 s účinností od 2014. Strany si ale mohou svobodně ujednat svá závazková práva a povinnosti odchylně; tzn. bez vedení těchto záznamů; srov. § 1 odst. 2 o. z. Ve zdravotních službách půjde zejména o vedení **zdravotnické dokumentace**, od kterého nelze upustit.

Ve veřejnoprávní části spotřebitelského práva je dokazování správnosti skutkových tvrzení zjednodušeno **obrácením důkazního břemene**. S obrácením důkazního břemene se setkáváme i ve spotřebitelských případech nekalé soutěže a náhrady škody s tím spojené. Navíc k faktickému obrácení důkazního břemene dochází tam, kde odborník jednal bez odborné péče, tzn. bez patřičné znalosti a pečlivosti, což jde k jeho **tíži** (odst. 2 o. z.). Patří sem případy například ztráty, neúplnosti, nesrozumitelnosti nebo nevedení zdravotnického dokumentace při zdravotní službě či záznamů péče. Do redakce přišlo 24.6.2018. S ohledem na aktuálnost předáno k tisku. Konflikt zájmů není znám.

o zdraví mimo zdravotní služby, například v přírodním léčitelství, pakliže vedení záznamů nebylo stranami vyloučeno. **Odbornická tíže** spočívá v **zátěži důkazním břemenem**, že i přesto (navzdory chybějící pečlivosti) odborník ve zbytku vynaložené odborné péče, zejména při diagnostice, léčbě nebo konzultaci, jednal odborně správně.

Dodejme na závěr, že spotřebitelská práva a ochranu před nekalou soutěží lze uplatňovat nejen jednotlivě, ale též **hromadně**. Od podrobností odhlížíme, jen poukazujeme například na [Zastání spolky pacientů nebo pojištěnců](#).

Kriticky dodejme, že uplatňování **veřejného zájmu na ochraně slabších** nebývá v námi sledované oblasti dostatečné. Zvláště tam, kde jde o péči o zdraví mimo zdravotnictví při chybějících kontrolách České obchodní inspekce.

Původně zveřejněno na odborném blogu Zdravotnické právo a bioetika dne 23. června 2018.

Autor:

Prof. JUDr. Ivo Telec, CSc.



V letech 1978–1982 vystudoval [Právnickou fakultu](#) tehdejší Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Brně (dnes [Masarykova univerzita](#)), kde roku 1983 získal titul doktora práv. V akademické sféře působí od roku 1991. Roku 1992 mu Vědecké kolegium věd o státu a právu [Československé akademie věd](#) v Praze udělilo vědeckou hodnost kandidáta právních věd na základě práce *Právo výkonných umělců v agenturní a ochranné praxi*. Roku 1996 se na Masarykově univerzitě [habilitoval](#) v občanském právu prací *Vybrané kapitoly z českého autorského práva* a roku 2003 získal i profesuru pro obor [občanské právo](#). Od roku 2004 je vedoucí katedry soukromého práva a civilního procesu na [Právnické fakultě Univerzity](#)

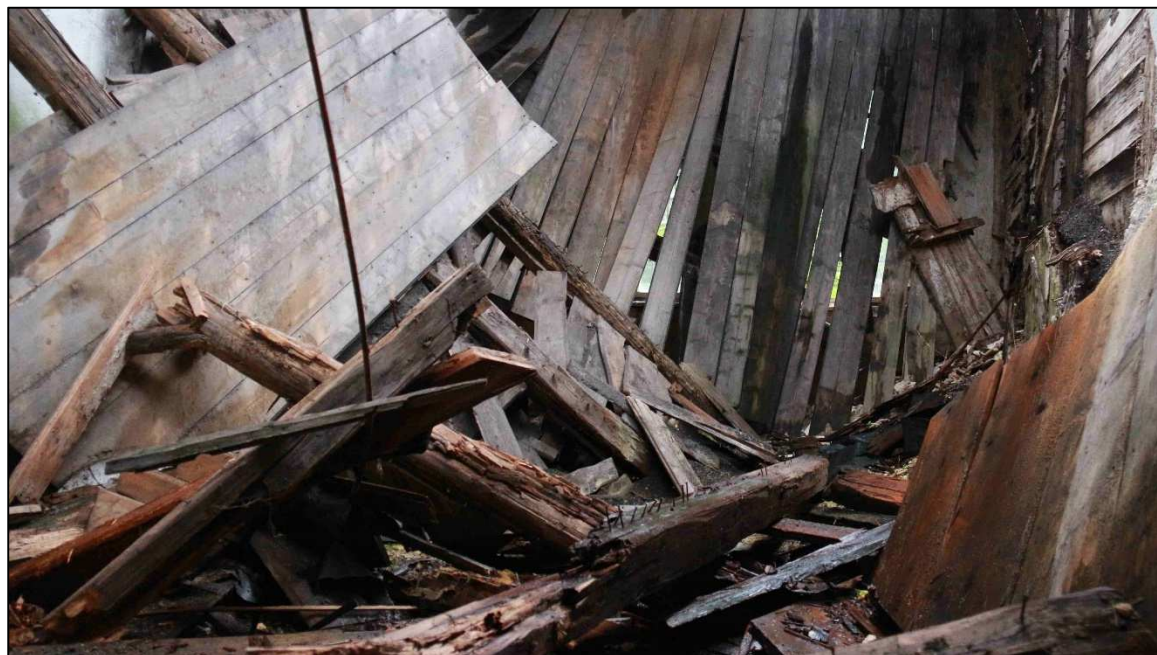


[Palackého](#), vyučuje také na [Ústavu soudního inženýrství VUT v Brně](#) a na [Fakultě informatiky Masarykovy univerzity](#) v Brně

V roce 1998 obdržel Cenu rektora Masarykovy univerzity za vynikající tvůrčí čin – dílo *Autorský zákon, Komentář*.



TEORIE



JAN PONĚŠICKÝ: POKUS O INTEGRACI PSYCHOSOMATICKÝCH TEORIÍ

SOUHRN: PONĚŠICKÝ J.: POKUS O INTEGRACI PSYCHOSOMATICKÝCH TEORIÍ, PSYCHOSOM 2018; 16 (2-3), s.130-135

Článek se zabývá otázkou, zda je stres s jeho tělesnými důsledky konečným článkem vzniku (nejen) psychosomatických onemocnění. Psychosomatické teorie se liší pouze v tom, že popisují různé psychosociální situace v interakci s určitou osobností vedoucí ke stresu a vzniku symptomů. Autor podtrhuje internalizaci stresové situace (zvl. interpersonální zkušenosti) na tělesně-emocionální úrovni, která se zapisuje do osobnosti pacienta. Z toho důvodu nestačí osvěta a lékařské rady, nýbrž je nutná psychoterapeutická, resp. komplexní psychosomatická léčba.

KLÍČOVÁ SLOVA: stres, neurobiologie, psychosomatika, psychoterapie.

SUMMARY: PONĚŠICKÝ J.: AN ATTEMPT TO INTEGRATE PSYCHOSOMATIC THEORIES PSYCHOSOM 2018; 16(2-3) PP. 130-135

The article puts on the question, wheather stress is a final link how the psychosomatic diseases arise. Psychosomatic theories differ only in the way of describing how various psychosocial situations in interaction with special personality lead to stress and genesis of symptoms. Author underlines the internalisation of stress situations (especially of interpersonal experiences) on the bodily-emotional level, which are imprinted in the personality of the patient. This is the reason, why medical advises do not help. Therefore, the psychoterapeutic, resp. complex psychosomatic treatement is necessary.

KEY WORD: Stress, Neurobiology, Psychosomatic, Psychotherapy



Úvod

Integrativní teorii vzniku a průběhu psychosomatických poruch skýtá model stresu. Jeho výhodou je všeobecná srozumitelnost i akceptace laickou i lékařskou veřejností. Na příkladu stresu je možno chápat i propojení sociální zátěže s psychikou a tělesností. Právě zde nabízí vysvětlení řada psychosomatických teorií. Avšak stres, který vyvolává psychosomatická onemocnění, je chronický, neboť se nachází v nás samotných tím, že stresovou situaci přejímáme a zvnitřňujeme. To se může dít internalizací interakcí a z nich vyplývajících nároků na sebe již během výchovy v dětství, traumaty v určité rodinné konstelaci, jež zanechávají jizvy, potlačením a vytěsněním traumatických událostí či nepřijatelných afektů do tělesné sféry („embodiment“, Leuzingen-Bohleber 2015). KBT poukazuje na spojení určitých podnětových (později vyvolávajících) konstelací s původní stresovou situací, jak je to nejvíce zřejmé

u PTSS (posttraumatického stresového syndromu). Negativní vliv na výskyt psychosomatických onemocnění mají i deficity vazebnosti, péče a lásky v dětství, vedoucí k zvýšené stresové reakci i na méně náročné zátěžové situace. Právě zde se naskytá otázka zejména z hlediska neuropsychoterapie, jak lze dosáhnout pozitivní změny.

Ve všech těchto (i dalších) případech nestačí dávat rady, že je třeba se šetřit, relaxovat, nekouřit, nýbrž sportovat. Je nutno něco v sobě a tím i v interakcích s okolím změnit, což vyžaduje psychoterapeutickou, resp. komplexní psychosomatickou léčbu. Sami si často stojíme v cestě a frustrujeme své bazální potřeby po bezpečném láskyplném vztahu, kterému se neotvíráme, a na druhé straně po separaci a dobrodružství, k čemuž se nedostává odvahy. To vše musí teprve pacient zakusit během terapie.

BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POHLED NA STRES

Stres, jeho příčiny i následky jsou tématem nesčetných studií a knih, proto o něm pojednám se vši stručností. Zjednodušeně řečeno je při stresu ohrožena naše potřeba vše zvládnout, mít situaci pod kontrolou, obecně zdravě žít. Když se to daří, jde o eustres, o situaci, ve které se učíme, osvědčujeme, máme úspěch. Na neuronální úrovni dochází k produkci neurotrofních působků, což vede k růstu nervových výběžků a k tvorbě nových synapsí, tudíž i nových řešení, zkušeností, ze kterých můžeme čerpat v podobných zátěžových situacích.

Jakýmsi společným jmenovatelem distresu způsobeného zevními i vnitřními zátěžovými situacemi,

konflikty, překážkami a frustracemi je marná snaha, marné úsilí je zvládnout, neustálé napětí končící vyčerpáním (nedostatkem energie) a kolapsem imunitní obrany, a konec konců z více než 80 procent nemocí všech druhů (Coldwell 2015). Toto úsilí vynakládáme i tehdy (na nevědomé úrovni) když se rozhodneme vědomě problém neřešit. Zamést jej pod koberec se nevyplácí. Druhou stranou distresu je nedostatečná kapacita pro stres, nedostatečná schopnost jej zvládnout.

Distres je tudíž vystupňovanou reakcí na ohrožení důležitých životních potřeb, zvláště je-li spojen s bezmocí a strachem.



Co se děje v mozku, když je naše schopnost účelně stres zvládnout nedostatečná? Místo optimálního, racionálního řešení, za něj je odpovědný pro člověka typicky velký čelní mozkový lalok, převezme řízení pod ním uložený emocionální limbický systém. Následuje okamžitá alarmová reakce s fylogeneticky starou (primitivní) reakcí útoku nebo útěku, která tlumí činnost mozkové kůry i hipokampu a aktivuje opět pod ním uložený vegetativní systém, tzv. osu hypothalamus – hypofýza – nadledvinky. Výsledkem je vyplavování hormonů, zejména adrenalinu a noradrenalinu, jež vyvolávají taktéž okamžitou alarmovou reakci na vegetativní úrovni (zvýšení

krevního tlaku, prokrvení svalstva zvl. dolních končetin atp.) Kromě toho (pozdější reakce) se v nadledvinkách vyplavuje hormon kortizol, který má za funkci vytvořit podmínky pro zvládnutí zátěžové situace a adaptaci na ni: je potlačeno vše, co by spotřebovalo energii, čeho není okamžitě potřeba, např. činnost imunitního systému, produkce sexuálních hormonů, činnost zažívacího traktu. Dokonce je snížený i metabolismus mozkové kůry – dochází k rozvolňování synapsí mezi neurony a ke zmenšení hipokampu, sídla naší paměti, tj. i paměti jak úspěšně či chytré takové situace vyřešit.

INTEGRACE PSYCHOSOMATICKÝCH TEORIÍ DO KONCEPTU STRESU

Na první pohled mohou kritici psychosomatiky a s ní spjaté psychoterapie argumentovat tím, že stačí pacienta poučit o tom, jak stres určitou poruchu způsobuje, a doporučit mu, aby se nepřetěžoval, kompenzoval stres odpočinkem, pohybem v přírodě atd.

Ve skutečnosti se ukazuje, že si lidé připravují stres z velké části sami, a právě zde se vynořují různé léčebné postupy a teorie, jež je možno zastřešit konceptem stresu. V podstatě jde o vyřešení konfliktu, který vedl i k tělesnému napětí, o zvýšení snížené frustrační tolerance a integrační schopnosti pro dosud nepřijatelné impulzy či zážitky (o vyváženost mezi mozkovou kortikální a limbickou úrovní, o integraci procedurální a deklarativní paměti) a o získání nových biopsychosociálních zkušeností. V rodinné terapii jde o změnu rodinného systému, který se stal stálou situací vyvolávající stres. To je možno rozšířit

i na sociální systém, situaci, ve které se pacient nalézá.

Psychodynamické teorie¹ se zabývají nevědomou internalizací interakcí, což je zvláště patrné již v dětství: Tak jak bylo s dítětem jednáno ve výchově, jedná i se sebou a s ostatními. Osobnost je pojata coby dynamická struktura, resp. organizace dosavadních kognitivních, emocionálních, tělesných a behaviorálních interpersonálních zkušeností. Z těch rezultují naše přesvědčení a očekávání, normy chování a hodnoty, naše orientace ve světě. Tak může člověk již v dětství nabýt přesvědčení, že musí vše stoprocentně zvládnout, jinak hrozí odmítnutí či kritika. Zde nestačí rada, zde musí udělat klient novou interpersonální zkušenost ve vztahu k terapeutovi či v terapeutické skupině, že nemusí být perfektní, a přesto bude akceptován, přesto se nezhroutí. Jindy žije v přesvědčení, že život je boj, který

¹ Všechna proložení *kurzívou* v tomto textu redakce.



vyhrává ten silnější, což vede k neustálému rivalizování. V mnohých pacientech je zabudována zkušenost, že získají pochvalu jen za výkon či že si musí lásku zasloužit. Trpí-li pocity viny, musí se neustále snažit o odčinění. Zacházení se stresem se stalo součástí naší osobnosti. Během nelehkého procesu psychoterapie dochází ke vzájemné identifikaci i interakci (popřípadě konfrontaci) dvou organizačních principů, jak zacházet se sebou i organizovat svět okolo sebe.

Podobná situace stálého stresu se zvýšenou hladinou kortizolu nastává u deprese, často spojené s vyčerpáním, bolestmi, poruchami spánku, koncentrace a zapomnětlivostí, jež je způsobena poškozením hipokampu, sídla deklarativní paměti. Budoucí pacienti již jako děti nezažili dostatek rodinného bezpečí a lásky a touží po tom celý život. Dochází však opakovaně k frustracím a zklamání. Stres pramení z toho, že usilují o dosažení nemožného: dostat lásku v té původní, mateřské podobě, a to bezpodmínečně. Ostatní to musí uhádnout a tuto potřebu naplnit. Oni se o to zprvu snaží, avšak posléze rezignují, neboť na pozadí této původní, absolutní touhy není lásky nikdy dost (do této pasti se často chytí i obětující se terapeuti).

Další příčinou somatoformních poruch je vytěsnění neslučitelných obsahů mysli (*konverze*) či afektů (*somatizace*) do tělesné sféry, tzv. *resomatizace*. Jde o primární zisk z nemoci tím, že se člověk vyhne konfrontaci, nutnosti se odmítaným zabývat. Nekončící úsilí držet vytěsňované obsahy v tělesné sféře představuje stres mající za následek napětí a tělesné poruchy. Vliv nevědomých (často ztělesněných) procesů prokázali experimentálně i neurobiologové.

Na to navazuje *teorie vzniku psychosomatických onemocnění podle Franze Alexandra*: potlačuje-li člověk reakce a chování spojené se sympatickou inervací, vznikají příznaky s ní spojené, jako svalové napětí, vysoký krevní tlak apod. Potlačení reakcí či chování spojené s parasympatikem vede opět k jeho nadměrné aktivaci s gastrointestinálními příznaky, nízkým krevním tlakem apod.

Napětí vzniká i tehdy, zůstanou-li preverbální interakční formy komunikace na tělesné úrovni (*embodiment*), neboť nebyly *mentalizovány* (desomatizovány a symbolizovány) na emoční i kognitivní úroveň. Sem patří *psychosomatózy a alexithymie*. I zde lze předpokládat frustraci potřeby sebevyjádření a vědomé komunikace.

Poměrně snadno lze pojmout z hlediska stresu představu KBT (*kognitivně behaviorální terapie*) ohledně vzniku psychosomatických poruch, založenou na *teorii učení I. P. Pavlova* a jeho pokračovatelů (Kamin). Určitá situace vyvolala stres, resp. ohrožení (nepodmíněný reflex) a již signál této situace má podobné následky. Nejzřetelněji je to možno pozorovat u PTSS.

Zde se lze zmínit o *narativní psychoterapii*. I slova, resp. určitá významovost reprezentuje stresovou situaci, již vzpomínka na ni může vyvolávat symptomy. Stálé zabývání se touto situací či i určitým úsekem vlastního života může udržovat neustálé napětí. Cílem narativní psychoterapie je tuto situaci (někdy i svůj celý život) tak převyprávět, aby v něm našel pacient nový smysl – krize coby šance.

I systemičtí, *rodinní psychoterapeuti* vidí celou rodinu, nezřídka dítě vystavené stresu přísouzením role, jež mu není vlastní; jednou může být vyhošťován, jindy uzavřen v rodině. Bývá adresátem



rodičovských projekcí, které introjikuje jen proto, aby se vyhnul konfliktům, a hlavně aby se rodina nerozpadla. Na rozdíl od dospělého je dítě teprve formováno okolím, proto se klade v psychoterapii větší důraz na výchovu, rodinu a sociální prostředí.

Zde přinesl cenné poznatky *výzkum zabývající se odolností* (resiliencí, Berndt 2015) proti nemocem. Dnes je již

KONSEKVENCE PRO PSYCHOTERAPII

Integrace jen letmo zmíněných psychoterapeutických postupů je možná na pojmové úrovni, aniž bychom ubírali jednotlivým směrům jejich specifitu. Vynikající příležitost k tomu skýtá teorie učení, o kterou se explicitně opírá neuropsychoterapie a KBT.

V dynamické psychoterapii jde o *přepsání staré zkušenosti novou zkušeností*, tedy vyzkoušením nového (učením spontánnějšího, adaptivnějšího či efektivnějšího) chování, které je „odměněno“ akceptací či tolerancí pacientem samotným i jeho okolím. Tak lze chápat i význam *abreakce*, odměnou je následné uvolnění jakož i fakt, že to bez újmy přežije pacient i jeho vztah k druhým. V relacionální intersubjektivní psychoanalýze je zdůrazňován *terapeutický efekt „momentů setkání“* (D. Stern, 2005) v situaci otevřenosti (po analýze vzájemných přenosů, obran a odporů). Tato nová zkušenost se zapisuje jak do deklarativní, tak do procedurální paměti.

S tím souvisí i „*paradoxní teorie změny*“ (Latner 1973) v gestaltterapii: Člověk se nezmění tím, když chce být tím, kým není, nýbrž když se stane tím, kým je. Teprve poté může dělat nové zkušenosti. Je-li polapen v úporném opakování známého uspořádání zkušenosti (S. Mitchel, 2002), novou zkušenost

všeobecně znám význam vazebnosti z prvních týdnů a měsíců života, týkající se pocitu bezpečí včetně tepla, potravy a taktilní stimulace. Frustrace těchto bazálních potřeb má epigeneticky za následek často celoživotní zvýšenou reaktivitu na stres, či jeho stálou přítomnost (napětí, arousal) s nedostatkem receptorů vychytávajících kortizol.

nemůže udělat. Teprve když výše popsany depresivní pacient nahlédne svoje bezbřehé nároky na jednostrannou pasivní lásku, udělá zkušenost, že nakládá na své okolí břemeno, které je neúnosné, a nikoli že je neoprávněně odmítán.

Avšak jak lze popsat teorií učení terapeutický efekt zvědomění dětské amnesie či vlastního „stínu“ (Jung)? V tom případě nejde o interakci ve vztahu k okolí, nýbrž o novou konfrontační zkušenost s minulostí, se sebou, resp. s tím, co nebylo doposud vědomé.

Kromě tohoto operantního učení, které provází celý psychoterapeutický proces tím, že terapeut neustále něco vnitřně akceptuje, posiluje a něco vidí kriticky, probíhá i identifikační učení: pacient se s terapeutem částečně identifikuje, přejímá jeho „organizační princip“, jak to nazývají psychoanalytici (Orange, 2004), resp. dochází k transformativní identifikaci (Kohut, 1976).

V KBT, jakož i v *traumaterapii* a již zmíněné narativní psychoterapii, ale i v psychodynamických a analytických terapiích je možno změnit smysl a význam podnětové situace novým pohledem na ni, resp. i náhledem s tím, že tato situace sice ohrožovala pacienta v dětství, avšak nyní se s ní může



dospělým způsobem vyrovnat. Tak je původní zkušenost „přepisována“ – jde o proces učení. Na druhém konci této např. traumatické situace lze pracovat na neadekvátní, panické reakci jejím spojením s jistou terapeutickou atmosférou, či s relaxací, s imaginací, či nechat ji

proběhnout ve smyslu mindfulness. Neurobiologové (Kandel, 2008) prokázali, že vmezeřená pauza mezi podnětem a reakcí má za následek uložení této zkušenosti do deklarativní paměti s možností výsledné chování ovlivnit, změnit.

ZÁVĚR

Na biologické úrovni je naší bazální motivací obnovování (narušené) opětné homeostázy. Její zvláště značná a trvalá odchylka vede k trvalé snaze ji znovu nastolit. Na psychologické úrovni tomu odpovídá potřeba po jistotě, po bezpečném vztahu. Izde se naskytá široké spektrum vzorců chování charakterizované marností a stálým napětím, od touhy po symbióze na jednom pólu až po snaze po autarkii na opačném pólu. Jiná polarita sahá od přílišné akomodace, přizpůsobení, potlačení všeho rušivého až po extrémní asimilaci, to jest (neempatické) přizpůsobování okolí sobě samému, jak to pozorujeme např. u narcistické či hraniční poruše osobnosti. Těmto

subjektivně zabarveným internalizovaným interakčním formám jednání vedoucím k distresu je třeba porozumět a reagovat na ně diferencovanou psychosomatickou léčbou. Ohledně psychoterapie je vhodným integrujícím modelem teorie učení, jíž lze popsat takové pojmy a jevy jako je přenos a protipřenos, odpor učít se novému kvůli nejistotě, tudíž volit raději opakování starých vzorců chování. Nové internalizované zkušenosti se odehrávají na kognitivní, emocionální i tělesné úrovni. U tělesně orientovaných terapií (a fyzioterapie) lze pracovat s tím, jak se interpersonální zkušenosti vryly do naší tělesnosti.

LITERATURA:

1. Berndt, Ch.: Resilienz. DTV, München, 2015
2. Coldwell, L.: Stress. Jim Humble Verlag, 2015
3. Kandel, E.: Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt, 2008
4. Kohut, H.: Narzismus. Suhrkamp, Frankfurt, 1976
5. Latner, J.: The Gestalt Therapy Book. Bantam Edition, N.Y. 1973
6. Leuzinger-Bohleber, M.: Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Kohlhammer, Stuttgart, 2015
7. Mitchell, S. A.: Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze. Triton, Praha, 2002
8. Orange, D. M.: Emotionales Verständniss und Intersubjektivität. Brandes & Apsel, Frankfurt, 2004
9. Poněšický, J.: Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění. Triton, Praha, 2011
10. Roth, G., Strübel, N. Wie das Gehirn die Seele macht. Klett-Cotta, Stuttgart, 2014
11. Stern, D. N.: Der Gegewartsmoment. Brandes & Apsel, Frankfurt, 2007



Do redakce přišlo 22. 2. 2018
 Upraveno po recenzích 11. 4. 2018
 Zařazeno k tisku 30. 5. 2018

AUTOR:

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.



Psychiatr, psycholog, psychoanalytik a psychoterapeut.

Po absolvování FVL KU Praha v r.1967 pracoval na chirurgickém, ortopedickém a interním oddělení KNSP České Budějovice, a od r. 1970 v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice až do emigrace r.1977. V r.1973 atestoval z psychiatrie. Druhá atestace mu nebyla z politických důvodů umožněna, protože byl předsedou Klubu angažovaných nestraníků (KAN) v Jihočeském kraji v r. 1968. Režim mu zabránil i v dosažení titulu CSc, ač složil všechny potřebné zkoušky. Vzhledem k zaměstnání na psychiatrii mu bylo povoleno dálkové studium psychologie na FF KU Praha, které ukončil r. 1976. Od r. 1972 do r. 1977 absolvoval výcvik ve skupinové psychoterapii SUR, jakož i výcvik v hypnóze a autogenním tréninku. V atmosféře normalizace po okupaci Československa nebylo dále možno rozvíjet ve zdravotnické praxi psychoterapii a psychosomatiku. Proto emigroval do SRN, kde již tehdy existovala hustá síť psychosomatických klinik a léčeben. Pracoval zprvu v Brémách na klinice Dr. Heines pro neurologii, psychiatrii a psychoterapii, poté v Tiefenbrunnu u Göttingenu v akademické nemocnici pro psychogenní a psychosomatická onemocnění, dále na katedře psychoterapie a psychosomatiky univerzitní kliniky v Düsseldorfu, kde byl činný zčásti jako vědecký a zčásti coby pedagogický pracovník. Od r. 1986 do r. 1996 zastával místo primáře na psychosomatické klinice Alpenblick v Isny-Neutrauchburg, a posléze vedl až do r. 2006 oddělení pro anorexie, bulimie a těžké poruchy osobnosti na psychosomatické klinice Median v Berggieshübelu u Drážďan.

V Německu znovu absolvoval výcvik ve skupinové psychoterapii a pokračoval v psychoanalytickém výcviku, který ukončil v r. 1986. Mimo to získal i kvalifikace vedoucího Balintovských skupin a supervizora pro individuální i skupinovou psychoterapii.

V současné době se plně věnuje psychoterapeutické výuce psychologů a lékařů na psychoterapeutickém a psychoanalytickém institutu v Drážďanech a Lipsku, jakož i v okolních psychosomatických klinikách, a publikační činnosti.



FILOSOFIE



VÍT BARTOŠ: TĚLESNOST A KOGNITIVNÍ PROCESY ANEB PROČ SE DESCARTES MÝLIL

SOUHRN: BARTOŠ V.: TĚLESNOST A KOGNITIVNÍ PROCESY ANEB PROČ SE DESCARTES MÝLIL. PSYCHOSOM 2018; 16 (2-3), s. 137-148.

Takřka s jistotou lze tvrdit, že již naši paleolitičtí předci disponovali intuitivní hypotézou o fundamentální odlišnosti mezi myslí a tělem. Této intuici se na počátku novověku dostalo precizního vyjádření v podobě Descartem formulované ontologické odlišnosti mentálních procesů a tělesných objektů (karteziánský dualismus). Pro vědu 20. a 21. století je však tento dualismus samozřejmě nepřijatelný. Cílem našeho referátu je vysvětlení zaprvé, proč se univerzálně lidské přesvědčení o dualismu duše a těla stále tak neodbytně vtírá do lidských myslí, zadruhé jak navzdory Descartově snaze i ty nejabstraktnější mentální procesy (pojmové a jazykové) předpokládají jako svoji nutnou podmínku tělesnou strukturaci lidské zkušenosti. V tomto kontextu a rovněž klíčovém bodě referátu se jako podpory pro naši argumentaci budeme odvolávat zejména na teorii metafor kognitivního lingvisty George Lakoffa a na koncepci pocitů jakožto tělesných map neurovědce Antonia Damasia.

KLÍČOVÁ SLOVA: psychosomatika, kognitivní procesy, tělesnost, Descartes, dualismus duše a těla

SUMMARY: BARTOŠ V.: CORPOREALITY AND COGNITIVE PROCESSES OR WHY DESCARTES WAS WRONG. PSYCHOSOM 2018; 16 (2). PP.137-148

It is safe to say that even our paleolithic ancestors had an intuitive hypothesis about the fundamental differences between human mind and body. This intuition was given a precise expression at the beginning of the Modern Age in Descartes' discrimination between mental and bodily states which results in notion of Cartesian dualism. But for the scientific approach of the 20th and 21st century that kind of dualism is unacceptable. The aim of our article is to explain



why we are to the present day prone to believe in ontological difference between mind and body. Secondly, how despite Descartes' effort even those the most abstract mental operations are necessarily bound and mediated with the representations of bodily states. In this context, as a support for our argumentation we will invoke on the cognitive linguist George Lakoff's metaphor theory and on the neuroscientist Antonio Damasio's theory of feelings as bodily mappings.

KEY WORDS: Psychosomatik, cognitive processes, Carnality, Descartes, dualism mind and body

ÚVOD

Tisíce let se snaží lidské bytosti o pochopení vlastního místa ve vesmíru. Tisíce let jakožto lidské bytosti rovněž usilujeme o pochopení sebe samých. Zdá se také, že ultimátní výzvou lidské emocionalitě a intelektu je nejprostší a zároveň nejnepochopitelnější fakt našich životů, totiž že život končí smrtí, která je definitivním vyústěním naší existence.

Přijmeme vstupní hypotézu, že jakmile práh intelligence (v psychologicky širokém smyslu slova) druhu *Homo sapiens sapiens* překročil jistý stupeň (pravděpodobně díky komplexní koevoluci genetické a kulturní báze), ony věčné existenciální otázky o původu a smyslu lidského bytí se objeví takřka automaticky.

Jednou z těch nejzásadnějších otázek je přirozeně otázka vztahu fyzické reality a reality duševní – v tradiční terminologii jde o vztah „duše a těla“. Otázka zní, proč se lidé tisíce let domnívají, že lidská duše je přímo ontologicky odlišná od fyzického těla, že má principiálně jiný charakter než tělo. Dokonce i dnes navzdory stále koherentnějšímu přírodovědnému obrazu skutečnosti, který je převážně fyzikalistický (materialistický), má představa lidské mysli jako imateriální,

ne-fyzikální existence stále silnou podporu (včetně části vědecké komunity). Ukazuje se, že dualismus duše a těla je v jistém ohledu velmi (psychologicky) přirozený, i když na druhou stranu je ve zjevném rozporu s vědeckým naturalismem moderní vědy. To naznačuje, že dualistické přesvědčení je v lidské mysli příliš pevně zakořeněno, než aby jej rozložily racionální, leč pověstně „suché“¹ argumenty vědeckého přístupu.

Proč jsme tedy všichni (jakožto lidské bytosti nezávisle na vzdělání a světovém názoru) tzv. „přirození dualisté“ (termín psychologa Paula Blooma)?

Odpověď na tuto otázku můžeme hledat v archetypálních prožitcích lidských bytostí. Základy dualistické intuice (na základě reálných prožitků) tak můžeme dokonce hledat v dávné (mladopaleolitické) minulosti našeho druhu. Výzkumníci v oblasti archeologie a antropologie nám nabízejí různá vysvětlení vzniku moderní lidské „duše“ (a také pojetí duše jako speciální substance) a rovněž nabízejí různé hypotézy, jaký typ prožívání mohl tuto intuici historicky rozvíjet. Uvažme

¹Metafora „suchých“ argumentů zde znamená, že tyto vědecké argumenty proti dualismu nemají reálný impakt na emocionálně-pocitové prožívání

sebe samých. Nelze (nebo lze velice těžko) je uvést v soulad s prožíváním světa z perspektivy první osoby.



například jako jednu z mnoha možných² (často vzájemně komplementárních) hypotéz následující úvahu: „*Samotná metoda zhotovování otisků pomocí vyplivování barvy měla v raném období existence lidského druhu výjimečný význam. Dech, jenž je nejhlubším výrazem lidského bytí, doslova oživoval jeskynní stěnu. Malíř promítal na skálu své vlastní já a proměňoval se v koně. Těsnější a bezprostřednější způsob komunikace mezi tvůrcem a jeho dílem si lze stěží představit.*“³ Autor zde samozřejmě popisuje techniku a psychologické důsledky vytváření obrazů jeskynními umělci v době přibližně před 30 000 lety. Nebylo by asi úplně konstruktivní namítat, že k tomu, aby lidské bytosti touto uměleckou a technickou schopností vůbec disponovaly, musely již nějaké „já“ (duši) dopředu mít. Budeme spíše předpokládat, že v dlouhé historii lidstva od mladopaleolitických dob po současnost existovaly různé stupně vývoje, kdy se moderní „jáství“ formovalo do své současné komplikovaně reflektivní podoby (u jeskynních umělců teprve začínáme vlastní historii utváření naší aktuální struktury „já“ – duše). Jednoduše vyjádřeno, hledáme v lidských dějinách zlomové momenty, které jako pozitivní zpětná vazba generovaly vyšší stupeň reflexivních schopností lidské mysli. Pointou je, že foukání či vyplivování barvy skrze prsty na stěny jeskyně jednoduše mohlo posilovat rudimentárně se rozvíjející schopnost sebereflexe.

A abychom nezůstali pouze v paleolitických dobách; nenalezneme snad

v nám bližších a zdokumentovanějších dějinách nějakou událost, která by se zdála naznačovat, že opět došlo k jistému kognitivnímu skoku? Taková událost ale jistě existuje. Je to známá „osová doba“ (8. – 2. století př. n. l.), kdy se zrodí alternativa k původnímu mytickému způsobu výkladu světa a myšlení: myšlení racionálně-filosofické. Princetonský psycholog Julian Jaynes nabídl v 70. letech 20. století hypotézu o psychické transformaci, která musela nastat alespoň u některých lidských bytostí a která nakonec způsobila globální intelektuální proměnu. Jaynesova kniha má název „Původ vědomí ve zhroucení dvojkomorové mysli“ (The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind). A Jaynes odvážně tvrdí: „The picture then is one of strangeness and heartlessness and emptiness. We cannot approach these heroes by inventing mind-spaces behind their fierce eyes as we do with each other. Iliadic man did not have subjectivity as do we; he had no awareness of his awareness of the world, no internal mind-space to introspect upon. In distinction to our own subjective conscious minds, we can call the mentality of the Myceneans a bicameral mind. Volition, planning, initiative is organized with no consciousness whatever and then 'told' to the individual in his familiar language, sometimes with the visual aura of a familiar friend or authority figure or 'god', or sometimes as a voice alone. The individual obeyed these hallucinated voices because he could not 'see' what to do by himself.“⁴ Celková scéna pak působí podivně, bezcitně a prázdně. Nemůžeme pochopit

²Populární jsou právě také hypotézy o šamanském původu tohoto jeskynního umění, přičemž se zdůrazňuje role změněných stavů vědomí (šamanů) díky intoxikaci. Prožitky blízké smrti mohou být rovněž zdrojem dualistické intuice.

³Lewis-Williams, D., Mysl v jeskyni. Academia, Praha 2007, s. 268.

⁴Jaynes, J., The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind. A Mariner Book, Boston – New York 2000, s. 75.



tyto hrdiny tak, že jim přisoudíme vědomí postoj skrývající se za jejich divokými pohledy, jak to děláme dnes mezi sebou. Lidé Iliady nemají subjektivitu v tom smyslu, jako ji máme my; tito lidé neměli žádné vědomí vědomí okolního světa (uvědomění, sebe-vědomí), žádný vnitřní mentální svět, který by prozkoumávala introspekce. Na rozdíl od naší subjektivně vědomé mysli můžeme mentalitu Mykéňanů nazvat dvojkomorovou myslí. Volba, plánování, iniciativa jsou spouštěny bez účasti vědomí a poté „sděleny“ individuu v jeho obvyklé řeči občas doprovázené vizuální halucinací dobrého přítele, nějaké formální autority, nebo „boha“, nebo někdy jenom pouze samotným hlasem. Tehdejší člověk uposlechl tyto sluchové halucinace, protože nevěděl, co by měl sám učinit (vlastní překlad V. B.). Přijmeme-li Jaynesovu hypotézu, pak „opravdové“ sebevědomí, jak jej zažíváme dnes my, je staré teprve přibližně 3000 let. Předtím se z jedné komory naší mysli poněkud schizofrenně ozýval hlas a komunikoval s druhou oddělenou komorou.

Jak je moc Jaynesův příběh realistický, to dodnes nevíme, ale rozhodně jde o zajímavou hypotézu.

Celý příběh lidských dějin probíhající ve směru ustavování sebereflektující mysli pak končí právě tím typem niterného života mysli, který každý z nás zcela automaticky každodenně prožívá, aniž nás napadne, že tento niterný mentální život je něco skutečně neobvyklého až zázračného (ve srovnání s jinými i nejbližšími živočichy). Slova dost často nedokážou vyjádřit podstatu věci, ale je dobré to alespoň zkusit. Teoretický psycholog Nicholas Humphrey popisuje

pocity jáství následujícími zkratkami: „Pocit, že jste zde, přítomní a vtělení, a přitom jako byste existovali nějak odděleně od fyzického světa, kterým jste nesení. ... Pocit singularity, pocit, že ve vesmíru zaujímáte místo, k němuž nemá přístup nikdo jiný nebo nic jiného. Paradoxní pocit, že žijete mimo fyzický okamžik jakoby v určité chvíli roztaženého subjektivního času. ... Podivně nezpochybnitelná povaha toho všeho – nezpochybnitelná, protože s ní lidský rozum nemůže nijak polemizovat.“⁵

Ptali jsme se, kde se vzala představa (a později přímo ucelená filosofická koncepce) o tom, že duše je něčím zcela odlišným vzhledem k materiálnímu tělu. Odpověď vyplývá z předchozího. Na lidské dějiny se z určité perspektivy můžeme dívat jako na dějiny ustavování niterného jáství (analogicky mohou psychologové uvažovat o ontogenetických procesech), jehož svébytnost a schopnost sebereflexe nakonec vyústí v intelektuální vyčlenění vlastních psychických procesů ze sféry světa běžné tělesně-interaktivní zkušenosti. Specifický status duše či mysli má dále jednu nezanedbatelnou výhodu z hlediska axiologie – duše prostě může přežít zjevně chátrající tělo. Permanentní lidská obava z vlastní smrtelnosti tak v koncepci „duše“ nachází vlastní kompenzaci. V tento moment se duše stává exkluzivnější entitou než lidské tělo.

V následující části se zběžně podíváme na karteziánský myšlenkový postup, který je svým způsobem případovou studií ukazující další milník v dějinách utvářejícího se sebevědomí. Descartova koncepce vztahu duše a těla má navíc

⁵Humphrey, N., Prach duše. Dybbuk, Praha 2012,

s. 71-72.



nepochybně jisté civilizační důsledky, které měly a mají ambivalentní důsledky.

DESCARTOVA ODTĚLESNĚNÁ MYSL

René Descartes je určitě tím, kdo explicitně a racionálně-filosoficky zdůvodnil ontologickou odlišnost duše (*res cogitans*) a těla (*res extensa*). Toto rozdělení mělo historicky dalekosáhlé důsledky (pozitivní i negativní).

Stigmatizace tělesnosti byla například v naší kultuře hluboko zakořeněna minimálně od počátku křesťanského věku (ale samozřejmě v rámci našeho¹ kulturního kontextu můžeme jít zpět až k Platónovi). Descartes ovšem vyzdvihl jiný aspekt tělesně-materiálních procesů. Geniálně odhalil mechanicko-geometrické principy fyzikální (*res extensa*) reality a položil tak základy téměř explozivní evoluci novověké vědy (opět se všemi jejími ambivalentními důsledky). Na druhé straně exaktní vyčlenění lidské mysli jako ontologicky exklusivní entity vedlo z hlediska základních antropologických koncepcí k radikálnímu docenění lidské jedinečnosti² a neredukovatelnosti na jednoduché mechanické procesy materiální skutečnosti. Lidské bytosti tak, alespoň teoreticky (dějinná praxe byla bohužel dost jiná), získávají svoji nobilitu.

V užším smyslu slova, což nás zde dále bude zajímat, Descartes formoval paradigmatické principy, jak máme napříště chápat a rozumět lidským kognitivním aktům včetně entity, která tyto akty vykonává. Descartovým základním závěrem je, že nejzákladnější

rovina lidského myšlení funguje zcela nezávisle na tělesných vstupech. Tělo není relevantní součástí poznávacího procesu. Tento závěr bude mít jisté důsledky pro vývoj evropského myšlení včetně vědy.

Než se pustíme do konkrétnější analýzy, ještě bychom tu rádi připomněli jeden paradox. Teprve relativně nedávno (v horizontu několika desetiletí zpět) začala mít moderní věda možnost empiricky zkoumat ony subtilní procesy, které jsme tradičně přisuzovali nefyzikální lidské mysli a které byly dlouho mimo možnost vědecké analýzy. Začali jsme také lépe chápat, jak tyto těžko polapitelné procesy působí na procesy fyzicky manifestní a jak jsou zakontextovány v širších mimo-tělesných procesech. Tradiční medicínské postupy tak donedávna musely být limitovány empiricky přístupnými daty, která se striktně internalisticky vztahovala na tělo samotné (bez širšího psychosociálního kontextu). Z tohoto hlediska se prakticky orientované biologicko-medicínské obory v duchu pozitivismu a s ním související vědecké metody spíše obracely ke karteziánské koncepci materiálních věcí a abstrahovaly od onoho záhadného propojení mysli s tělem. Descartova koncepce mysli a těla je tak zdrojem inherentního rozporu moderní vědy. Na jedné straně je mysl (duše) tím „důležitějším“, co stojí za to pochopit (ale nelze to dělat empiricky a psychické

¹Stigmatizace tělesnosti je ovšem záležitostí nejen evropské kultury a dalo by se říci, že jde o transkulturní jev. I např. indiští gymnosofisté, či nám bližší byzantští jurodiví jsou jasnými

příklady odmítnutí tělesné, smyslové a příliš světské skutečnosti materiálního světa.

²Zde samozřejmě svoji nezadatelnou historicky pozitivní úlohu sehrálo již křesťanství.



fenomény jsou tak diskvalifikovány), na druhou stranu regulérní věda může být pouze o empiricky přístupných faktech, takže se systematické úvahy o lidské mysli vědě vymykaly. Výsledkem byl přirozeně poměrně nekompletní či nekonzistentní obraz vzájemného propojení mysli, těla a okolního komplexního světa, což mělo a dosud má praktické důsledky pro medicínskou praxi (ač moderní psychosomatický přístup se snaží tento rozpor překlenout).

Ale zpět k Descartovi; jaké poselství nám tedy René Descartes zanechal? V následujícím stručném shrnutí zmíníme dva základní (vzájemně propojené) principy Descartova pojetí lidské mysli, které pak v následných úvahách alespoň částečně zpochybníme.

1. *Mysl je známější i důležitější než tělo a chápání (pojmové myšlení) systematicky předchází představivost;*

Descartovým známým cílem je dosažení jistého poznání, které nemůže být zpochybněno sebedůslednější skepsí. Na základě známé pravdy, že smysly často klamou a informují nás o něčem, co fakticky neexistuje (např. fantomové bolesti), Descartes konstruuje ultimátní situaci, kdy všechny smyslově dané informace jsou zpochybněny a zůstává tedy otázka, jestli zbývá nějaký typ informace, který již nelze zpochybnit. Takto přímo Descartes: *„Ale přesvědčil jsem sám sebe, že na světě není vůbec nic, žádné nebe, žádná země, žádné mysli a žádná těla; není to snad tudíž tak, že nejsem ani já? Naopak, jistě jsem, pokud jsem sám sebe o něčem přesvědčil.*

*Ale je jaksi nanejdůležitější mocný a lstivý podvodník, který se mne neustále snaží klamat. Bezpochyby jsem tudíž také já, když mne klame – a ať mne klame, jak jen může, přece nikdy nezpůsobí, abych byl nic, budu-li myslet, že jsem něco.”*³

Descartes jednoduše objevil zajímavou vlastnost vědomých mentálních stavů. Pokud jste při vědomí, tak také víte, že jste při vědomí. Když předpokládáte, že smyslový svět neexistuje (nebo že vás „někdo“ systematicky klame o existenci smyslového světa), tak také víte, že předpokládáte, že vás někdo klame (nebo neklame). Je to tato rekurzivní operace „jsem přesvědčen, že si myslím, že předpokládám, že ...“, která nás nepochybně ujišťuje o naší existenci, a Descartes tedy správně dovodí slavné „Myslím, tudíž jsem“ (přesněji: nacházím-li se ve vědomém mentálním stavu, pak vím, že se v něm nacházím, tudíž myslím, a tudíž jsem.). Romantický básník Novalis svým způsobem potvrzuje Descartovu úvahu, když v jednom svém fragmentu říká: *„Jsme blízko probuzení, když sníme, že sníme.”*⁴ Z řečeného vyplývá, že dle Descarta svoji mysl díky introspektivnímu prozkoumávání známe „lépe“ („o tom, že je známější než tělo“, je podtitulem II. meditace). Povšimněme si mimochodem, že pro Descarta znamená termín „známější“ spíše „že něco víme jistě a nemusí toho být mnoho“ (introspekce neposkytuje mnoho informací) než „víme toho mnoho, ale nic z toho není jisté“⁵, což by byl pro změnu případ našeho smyslového poznání. Odtud zřejmě historicky mimo jiné pochází onen tradiční tlak filosofie a vědy na jistotu poznání.

³Descartes, R., *Meditace o první filosofii*. OIKOYMENH, Praha 2003, s. 28.

⁴Novalis, *Květinový prach*. BB/art, Praha 2005, s. 67. Tato úvaha naznačuje cosi podstatného o strukturální rozdílnosti mentálních procesů ve spánku (fáze snění) a při bdění – totiž že proces

probouzení je spjat s formováním této rekurzivní operace.

⁵David Hume pochopil a moderní věda s ním souhlasí, že je to přesně naopak, než tvrdí Descartes.



V duchu svého přísného racionalismu Descartes také dovozuje, že odtělesněné myšlení („chápání“) tvoří základ veškeré další kognitivní činnosti. „*Jsem to konečně také já, kdo smyslově vnímá čili pozoruje tělesné věci jakoby smysly: vidím teď totiž světlo, slyším praskot a cítím teplo. Je to nepravdivé, spím totiž. Avšak jistě mi připadá, že vidím, slyším a ohřívám se. To nemůže být nepravdivé: právě to se u mne nazývá 'smyslově vnímat', takže to takto precizně vzato není nic jiného než myslet.*“⁶ Myšlení (ono „jistě mi připadá, že vidím ...“) je takto východiskem jakéhokoliv poznání. Ještě přesněji, vnitřní mentální stavy jsou vždy svou podstatou založeny na myšlení. Nedá nám už na tomto místě, abychom se trochu ironicky Descarta nezeptali, jestli ve snu platí, že „víme, že nám připadá, že vidíme, slyšíme atd.“. Odpověď by byla (ovšem až na základě konfrontace s „našimi zkušenostmi po probuzení), že to zjevně ve snu nevíme, a tak mentální stavy objevující se v průběhu snu by na základě vlastních Descartových kritérií (viz výše) neměly být považovány za případ „myšlení“. Přiznejme si ale, že Descartes nikde exaktně neříká, kolik kroků v onom rekurzivním mentálním postupu musíme být schopni udělat, abychom mohli mluvit o „myšlení“. Na základě výše uvedeného citátu můžeme o myšlení mluvit tehdy, jsme-li v nějakém mentálním stavu a je jedno, jestli spíme, nebo bdíme. To je ovšem poměrně nekonstruktivní porozumění pojmu „myslet“.

Nakonec Descartes provede důležitou distinkci mezi chápáním a představováním, která explicitně konkretizuje a vysvětlí status abstraktního

(odtělesněného) myšlení („chápání“) v souvislosti s nutnými poznatky o sobě samých. Předně: „...protože představovat si není nic jiného než nazírat tvar či představu tělesné věci“⁷. A dále: „Jde-li však o pětiúhelník, mohu sice jeho tvar chápat (stejně jako tvar tisíciúhelníku), aniž bych si jej představoval, ale mohu si jej též představovat... – a zjevně tu pozoruji, že představování si vyžaduje jakési zvláštní zaostření mého ducha, které při chápání nepotřebuji... Při tom uvažuji, že oné síly představovat si, která je ve mně, nakolik se různí od síly chápat, není třeba k mé esenci, to jest k esenci mé mysli: neboť i kdybych ji neměl, zůstal bych bezpochyby tím, kým jsem nyní...“⁸ Důležité je, že představování je spojeno s „nazíráním“ tělesných tvarů, zatímco chápání nikoliv, a zároveň chápání tvoří podstatu (esenci) lidské mysli (protože představování ji netvoří – tertium non datur!). Opravdu ale Descartovi uvěříme, že kdybychom ztratili schopnost „představovat si“, neudělalo by to nic s naší mentální podstatou? A platí opravdu, že pozoruhodné procesy „chápání“ (pojmové myšlení) nevyžadují jako svoji nutnou podmínku schopnost „představivosti“, která je vždy vázána na tělesnou zkušenost? Uvidíme dále.

2. *Mysl nemá části a proces reflexe a introspekce nelze mechanicky modelovat;*

Pocit, že jsme jednotná osoba, že náš mentální život tvoří nedělitelné kontinuum událostí, kdy jsme to v každém okamžiku právě „my sami celí a celiství“, je základním předpokladem, který činí každá psychicky zdravá lidská bytost. Descartes ve svém reflektujícím prohledávání vlastní mysli také nenašel žádné separabilní komponenty, které by

⁶Descartes, R., *Meditace o první filosofii*. C. d., s. 31.

⁷Tamtéž, s. 30.

⁸Tamtéž, s. 66.



„clare et distincte“ mohl určit a případně pojmenovat. Racionální analýza vlastní mysli ukazuje, že je mysl nedělitelná: „neboť když ji, čili sebe, nakolik jsem pouze věc myslící, uvažuji, vůbec v sobě nemohu rozlišit části, nýbrž se chápu výhradně jako jednu a ucelenou věc...“⁹ Filozofové mají proti potenciální strukturovanosti a složenosti duše vždy připravený argument, který jednoduše říká, že, co je složené, to se může rozložit, a tedy zaniknout. To by v případě duše, o které chceme předpokládat, že je nesmrtelná, ovšem byl velmi neuspokojivý závěr (i když nikterak nepravděpodobný, jak dnes musíme připustit).

Existuje ale ještě jedna velmi tradiční představa, která může v jisté interpretaci podpořit koncepci jednotné a nedělitelné mysli. Tato starodávná představa čistě na základě analogie převzaté z fungování lidmi vyprojektovaných entit říká, že vždycky musí existovat nějaké „vrchní velení“ (což je metafora pro funkci duše), které v poslední instanci rozhoduje, co celkový systém (organismus, společenská instituce, stroj) nakonec udělá. Filosof Daniel Dennett to z dobře pochopitelných důvodů nazval koncepcí „virtuálního kapitána“. Kdybychom se dále ptali, kdo říká onomu „kapitánovi“ (vrchnímu velení), co má dělat, dostaneme se zjevně do nekonečného regresu. Z toho vyplývají dvě možnosti, jak se s problémem vyrovnat. Buď přijmete koncepci ultimátního „kapitána“ (aby nedošlo k nekonečnému regresu), nebo existenci ultimátního kapitána (duše) prostě popřete (jako Dennett a moderní věda). Úvahou o jednotnosti a nedělitelnosti duše je tak znovu podepřena představa o naprosté odlišnosti duše a těla.

Konečně proces reflexe (a introspekce) – na první pohled tak přirozené činnosti

lidské mysli – dle Descarta nemůžeme mechanicky modelovat: „...protože žádná materiální potence nemůže reflektovat svou vlastní činnost...“¹⁰ Materiální objekty fyzikálního světa jsou dle Descarta mechanická soukolí složená z interagujících částí. Je otázkou, jestli Descartes vyvodil nemožnost mechanického modelu reflektivní činnosti duše proto, že ji původně definoval jako jednoduchou, a tedy nemající části, které by na sebe mohly (mechanicky) působit. Anebo naopak si nedovedl představit operaci reflexe nijak mechanicky a dovedl z toho, že duše nemůže být žádným standardním mechanickým strojem z mnoha komponent. Na tom asi příliš konec konců nesejde. V každém případě před své následovníky, kteří by chtěli být důslednými mechanisty, postavil skutečnou a konstruktivní záhadu; totiž jak si máme představovat (modelovat) „operaci“ reflexe, pokud ji chceme porozumět v termínech interagujících částí materiálního objektu. Ještě dnes v této věci nemáme zcela jasno.

V historické a civilizační perspektivě se předchozí Descartovy úvahy ukázaly jako pozitivně nosné zejména v souvislosti s vývojem moderní matematiky, která „představivost“ stále více prvoplánově vytlačuje a preferuje čistě pojmové myšlení. O úspěších matematického poznání asi netřeba diskutovat.

V souvislosti s vývojem kybernetických zařízení (především však „myslících“ strojů) všeho druhu se nabízí úvaha, která říká, že pokud myšlení není nijak principiálně svázáno s představivostí, a tedy strukturou tělesnosti organismu, může být myšlení jakožto systém abstraktních operací s abstraktními symboly („software“ v moderní terminologii) implementováno v jakémkoliv

⁹Tamtéž., s. 77.

¹⁰Tamtéž., s. 33.



fyzickém zařízení (tzv. funkcionalismus). A to je revoluční idea, která se poměrně široce osvědčila a která je na pořadu dne přibližně tři čtvrtě století.

Na druhou stranu karteziánský dualismus je filosoficky neuspokojivý – je naprosto nepochopitelné, jak imateriální duše může interagovat s materiálním tělem. Rovněž psychologická přijatelnost tohoto dualismu a důraz na abstraktní pojmové myšlení, které má tvořit podstatu lidské mentální činnosti, je pochybná. Z hlediska biologie a celého korpusu kognitivních věd jde o zcela

nekonstruktivní hypotézu, která nemůže být uvedena do souladu ani s empirickými daty, ani s teoretickými koncepcemi, které navíc řeší úplně jiný typ otázek, než si kladl a mohl klást Descartes (co je smyslové vnímání, co je to doopravdy myšlení a z čeho všeho se „skládá“, jaký je jeho biologický základ a adaptivní hodnota, jak se vyvinul jazyk a jaký je jeho vztah k neverbálnímu myšlení atd.).

Descartes heroicky nastolil intelektuální agendu. Doba však za takřka 400 let pokročila.

PROČ SE DESCARTES MÝLÍ; CÍTĚNÍ VERSUS ROZUM

Nyní je již čas, abychom se s Descartem vyrovnali v souladu s tím, co dnes víme nebo tušíme. Nejde o to upírat Descartovi genialitu, ani popírat vysokou intelektuální hodnotu jeho spekulací. Věci jsou jen daleko složitější, než si génius 17. století mohl vůbec myslet.

Naše základní teze a fundamentální kritika Descarta vychází z přesvědčení, že to, co v termínech lidové psychologie nazýváme „cítěním“, je podstatou naší lidské existence, stejně jako možnosti sebepoznání. A cítění je zase nutně svázáno s tělesností. Tělo je tak ve filosofickém žargonu apriorní podmínkou existence, poznávání i sebepoznání.

Začneme hned jednou kuriozitou, která by pravděpodobně Descarta šokovala – Cotardovým syndromem. Cotardův syndrom by mohl být ve zhuštěné formě vyjádřen perziflází „Myslím, a přesto nejsem“. Pacient s Cotardovým syndromem jednoduše popírá vlastní existenci: „Ano, neexistuju. Dalo by se

říci, že jsem prázdná skořápka. Někdy se cítím jako duch, který bytuje v nějakém jiném světě.“¹ Hypotéza vysvětlující tento syndrom navrhuje, že: „Něco takového bychom mohli předpokládat v případě úplného zničení většiny nebo všech senzorických drah směřujících do amygdaly... V důsledku toho by pacientovi s Cotardovým syndromem připadal neskutečný veškerý smyslový svět... Všechno by se mu jevilo jako pouhý sen. Když k tomuto koktejlu přidáte zmatek v recipročních spojkách mezi zrcadlovými neurony a systémem čelních laloků, dostanete člověka, který ztratil i pocit Já.“² U Cotardova syndromu, zdá se, neexistuje v jistém smyslu svět, ani jáství – existuje pouze jako „skořápka“, prázdná skořápka. Pacient s Cotardovým syndromem umí Descartův kousek s rekurzivitou („vím, že si myslí, že...“), jenže jej přesto nijak neujišťuje o jeho „plné“ existenci. Zjednodušeně vyjádřeno, pokud není limbický systém (amygdala), který

¹Vyjádření pacienta. Podle Ramachandran, V. S., Mozek a jeho tajemství. Dybbuk, Praha

2013, s. 323.

²Tamtéž, s. 325.



odpovídá za emoce a pocity, napojen na smyslové kanály (senzorické dráhy) a vnitřní prostředí sebe-znázorňování (zrcadlové neurony), mizí pocit vaší i okolní existence. „Být plně“ znamená prožívat a pociťovat, nikoliv myslet. „Být prázdně“ znamená moci pouze myslet, aniž by na naše myšlenky byly navázány emoce a pocity. Mimochodem jsou to tyto neurologicky zvláštní stavy, které dokazují (i z fenomenologického pohledu pacienta), že mysl není monolitická, jak tvrdil Descartes, ale složená. „Být plně“ na rozdíl od „být prázdně“ vyžaduje přidanou a zjevně oddělitelnou (neurologicky odpojitelnou) komponentu (metafora „náplně“).

Pocity (a emoce) jsou zásadní, není pochyb. Neurovědec Antonio Damasio se zaměřil na jejich bližší specifikaci a funkci, kterou v lidském organismu zastávají. *„Ve své podstatě je pocit myšlenkou – myšlenkou těla, a dokonce ještě výrazněji je myšlenkou jistého aspektu těla, jeho nitra v určitých okolnostech.“*³ A dále: *„Pocity, ..., zavedly ve vztahu k dobrým a špatným souvislostem mentální poplašnou reakci a prodloužily dopad emocí tím, že trvale ovlivnily pozornost a paměť. Pocity, coby plodná směs vzpomínek, představivosti a uvažování, vedly k tomu, že se vynořilo předvídaní a možnost vytváření nových, nestereotypních odpovědí.“*⁴ A ještě: *„Bezprostředním substrátem pocitů je mapování obrovského počtu tělesných stavů v senzorických oblastech určených k příjmu tělesných signálů.“*⁵ Specifika lidské mysli (na rozdíl od zvířecí) spočívají v mnohoúrovňové schopnosti prezentací a reprezentací, či dokonce meta-reprezentací. Pocity jsou z tohoto

hlediska reprezentacemi emocí. Obecnou výhodou reprezentací vzhledem k tomu, čeho jsou reprezentací (v tomto případě pocity reprezentují emoce), je prostě to, že komprimují (informačně „stlačí“) informace a umožňují s nimi efektivně nakládat a modelovat či predikovat situace, které bychom museli jinak znovu prožít (což je biologicky příliš riskantní a nákladné). Pokud si můžeme dovolit nějaké přirovnání (analogii), řekli bychom, že pocity se mají k emocím jako (dobrý) letecký trenažér ke skutečnému řízení letadla.

Důležité je, že pocity jsou skutečně víceúrovňové reprezentace („plodná směs vzpomínek, představivosti a uvažování“, jak říká Damasio), a tím umožňují sofistikované predikce na základě různých typů informačních vstupů (jako příklad uveďme například naprosto běžné hodnocení nových lidí na základě jejich tváře či pouze intonace hlasu – „mám z něj špatný pocit“; podobně dokážeme běžně pocitově klasifikovat okolní prostor, ve kterém se právě nacházíme; nebo dokonce pouze na základě něčího verbálního popisu si dokážeme pocitovou odezvu zkonstruovat, a to díky pocitovým scénářům, které jsme získali dosavadní zkušeností – popřípadě epigeneticky). Pocity jako by v sobě koncentrovaly a spojovaly řadu prezentačních a reprezentačních úrovní od emocí po verbální složky zkušenosti. Pokud se tedy objeví jakýkoliv typ vstupu (od náhlých emočně kompetentních situací – právě jste se lekli, po vědomou řečovou interakci – někdo vám řekl, že vyšla zajímavá kniha o...), pocit se ustaví jako vysoce integrovaná mentální scéna umožňující široce adaptivní chování.

³Damasio, A., Hledání Spinozy. Dybbuk, Praha 2004, s. 105.

⁴ Tamtéž, s. 98.

⁵ Tamtéž, s. 104.



Konečně, pocity jsou podstatně myšlenkové mapy (představy) tělesných stavů organismu (částí těla). Pocity jsou také pružinou myšlení i konání. Myšlení musí někde získat svůj motiv a obsahové prostředky. Samotná karteziánská operace „vím, že myslím, že...“ neznamena prakticky nic a sama o sobě, kdyby na konci řetězce nestálo nějaké faktické přesvědčení „že X“ (že mám hlad, že se Descartes mýlil...), by nemotivovala a nevedla k ničemu. Zdá se, pokud realisticky přijmeme tezi, že lidské prožívání je primárně prožíváním pocitových stavů a ty mají svůj, i kdyby pouze implicitní, základ v tělesnosti, pak není pravda, jak tvrdil Descartes, že svoji mysl známe lépe než tělo. Spíše bychom měli říci, že mysl jakožto proces, je procesem sebe-znázorňování či projektování těla a historie tohoto těla.

To, že dost často nedokážeme naše pocity verbalizovat, neznamena, že bychom „nevěděli“, co se s námi děje nebo co si myslíme, pouze to znamená, že náš jazyk je poměrně omezený (s výjimkou básníků a literátů) při vyjadřování našich pocitových stavů. V tomto ohledu, jak ještě uvidíme dále, hrají zásadní úlohu metafory jakožto mašinerie převodu představ stavů těla do verbální úrovně.

Ve vztahu k Descartově koncepci to znamená jediné; bohatství významů a bohatství informací naší mysli nespočívá v introspektivním prohledávání abstraktních mentálních operací. Spočívá spíše v mentální integraci aktuálních a simulací budoucích tělesných stavů.

Úplně na závěr zbývá ještě jedna důležitá věc, která ukazuje, že fakticky jsme daleko lépe (informativněji) seznámeni a seznamováni s lidským tělem, než se

domníval Descartes. Když totiž přejdeme na „nejviditelnější“ úroveň lidské kognitivní činností, jíž je řeč a jazyk, zjistíme, že tato řeč (jazyk) je doslova protkána metaforami, které primárně odkazují k prostorově-tělesné či smyslové situovanosti lidských bytostí (je to patrné zejména tehdy, když se zaměříme na významy kořenů slov – viz celé toto souvětí!). Platí přirozeně něco, co kdysi postřehl již Henri Poincaré – tělo je prvotním referenčním rámcem, vůči kterému jsou události okolního světa usouvztažněny. Prostorové metafory na základě pocitových prostorových map tedy hrají v naší konceptualizaci skutečnosti klíčovou roli.

Metafory se systematicky dostaly do hledáčku lingvistů a psychologů přibližně od 70. let 20. století. Na první pohled se zdálo, že metafory jsou marginální jazykovou záležitostí. Druhý pohled ukázal něco dost jiného. Jeden z průkopníků výzkumu metafor tvrdí: *„Podstatou metafor je chápání a prožívání jednoho druhu věci z hlediska jiné věci... že metafora vůbec není pouhou věcí jazyka, tj. pouhých slov. Chtěli bychom naproti tomu prokázat, že metaforické jsou do značné míry procesy lidského myšlení.“*⁶ Podívejme se na věc konkrétněji na příkladu „orientačních metafor“ (jde o jednu z mnoha kategorií metafor, která odkazuje k tělesně-pocitovému prožívání): *„Orientační metafory, ...většina z nich má něco společného s orientací v prostoru: nahoru – dolů, dovnitř – ven, vpředu – vzadu, směrem k – pryč od, hluboký – mělký, centrální – periferní. Tyto prostorové orientace vyplývají z okolnosti, že máme těla jistého specifického typu a že v našem fyzickém prostředí tato těla fungují jistým specifickým způsobem.“*

⁶Lakoff, G., Johnson, M., *Metafory, kterými žijeme*. Host, Brno 2002, s. 17-18.



Orientační metafory dávají pojmu prostoru orientaci; například ŠŤASTNÝ je NAHOŘE. Ta okolnost, že ŠŤASTNÝ je orientován NAHORU, vede pak v češtině k výrazům jako „nálada se mi dnes zvedla“.⁷ A můžeme v příkladech pokračovat: Cítím se skleslý. Jsem na dně. Upadl jsem do deprese... Základní škála emocí od smutku k radosti je zjevně strukturována skrze pocitové reprezentace metaforicky znázorněné („představa“) vertikální osou, která má zjednodušeně řečeno „dno“ a „vrchol“. Pocity jakožto prostorové představy stavů těla jsou fundamentem pro metaforickou verbální funkci.

Důležité je také to, že sebeabstraktnější pojmová struktura („chápání“ v původní Descartově terminologii) není nezávislá na primárních pocitech-představách: *„Pojmová struktura je zakotvena ve fyzické a kulturní zkušenosti... Význam tedy není nikdy odpoutaný od tělesné stránky člověka ani není objektivní a je vždy zakotven ve vytváření a používání pojmového systému.“⁸ A dokonce i matematika v poslední instanci, zdá se, respektuje princip představivosti (pocitově-tělesných map) a není tak zcela oproštěna od smyslových vstupů. Jak ukazuje Lakoff s Núnezem ve své práci o původu matematických idejí, základní pojmy matematiky, které jsou samozřejmě lingvisticky fixovány, při bližším pohledu v sobě obsahují elementární prostorová určení: „However, research in cognitive linguistics has shown that spatial relations in a given language decompose into conceptual primitives called 'image schemas', and these conceptual primitives appear to be universal.“⁹ („Ať je tomu jakkoliv,*

výzkum v kognitivní lingvistice ukázal, že vyjádření prostorových vztahů v daném jazyce je možné rozložit na pojmové elementy nazývané 'obrazová schémata', přičemž tato schémata se zdají být univerzálními.“ Vlastní překlad V. B.) Co jsou ovšem tato univerzální „image schemas“ (obrazová schémata)? Jsou to samozřejmě základní schémata interakcí těla a okolního prostředí, čímž nám pomáhají uspořádat naši zkušenost. Ano, i Descartova abstraktní matematika založená na „chápání“ je konec konců vtělená.

Viděli jsme, jak Descartes ospravedlňoval svoji koncepci vztahu duše a těla. Objevil a exaktně formuloval také jisté specifické schopnosti lidské mysli, které nás mohou na první pohled přesvědčit, že lidská mysl a její procesy jsou něčím nadstandardním a že si tudíž zaslouží specifický ontologický status. Karteziánský dualismus tak odtrhl mysl od přírody a přírodu od mysli.

Naším cílem bylo ukázat, že odtržení mysli a těla není dobrý nápad a že bližší vhled do naší pocitové a řečové kognitivní sféry ukazuje, že tělo a mysl jsou ve své podstatě identické perspektivy jednoho vysoce komplexního časoprostorově-fyzikálního celku. Lidské bytosti nikterak neztratí na své hodnotě, přiznáme-li si, že i mysl je ve své podstatě tělesný proces. Tělesné procesy jsou ovšem zas na oplátku něčím složitějším, než jsme se tradičně domnívali.

Hodnota je intuitivně spojena se složitostí a složitost lidských myslí je skutečně zázračná – na tom se od Descartových časů nic nemění.

⁷Tamtéž s. 26.

⁸Tamtéž, s. 214.

⁹Lakoff, G., Núnez, R., Where mathematics

comes from. Basic Books, New York 2000, s. 30.



AUTOR:

Mgr. Vít Bartoš, Ph.D., je odborným asistentem na Katedře filosofie Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci. Věnuje se filosofickým problémům moderních přírodních věd, filosofii přírody a kognitivní filosofii. Nejdůležitější publikace: „Biological and Artificial Machines“ (in: *Beyond Artificial Intelligence*, Heidelberg 2015) a „K předpokladům marxistického univerzalizmu v díle Vítězslava Gardavského“ (in: *Proměny marxisticko-křesťanského dialogu v Československu*, Praha 2017).

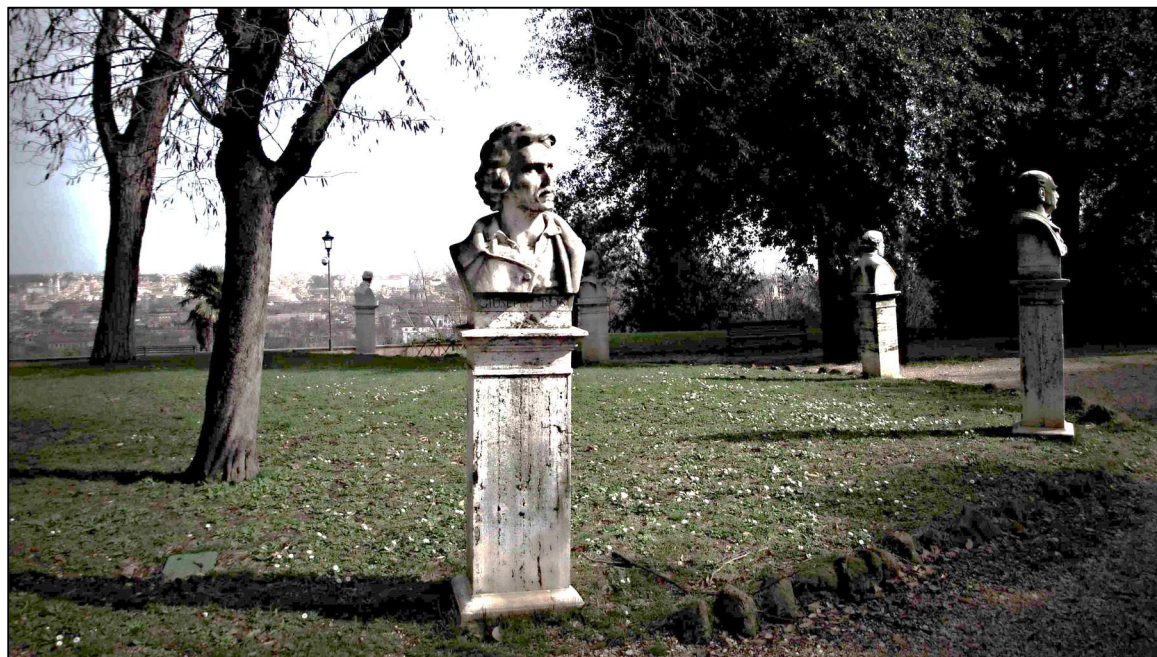
Do redakce přišlo 1. 3. 2018

Upraveno po recenzním řízení a zařazeno k tisku 30. 6.

Konflikt zájmů není znám



ÚVAHY, ESEJE



RADKIN HONZÁK: ČISTÉ CHARAKTERY VĚDCŮ BUĎTEŽ NÁM PŘÍKLADEM

V době puritánského blbnutí po druhé světové válce přišlo z USA do Evropy vtipné prohlášení jedné filmové hvězdy: „Nevím, proč bych se měla stydět svléknout se před doktorem. Vždyť je to muž, jako každý jiný.“ Tuto logiku lze parafrázovat a aplikovat na jakékoliv lidské počínání včetně podvodů. Ty jsou staré jako Matka Příroda sama a setkáme se s nimi leckde, od mimeze až po vysokou politiku. Věda není výjimkou. Prý již Ptolemaios opsal své astronomické údaje od kolegy, který nešťastnou náhodou bydlel o kousek dál, takže když do toho začali astronomové ve 20. století šfourat, usvědčili ho z plagiátorství.

Ani Galileo se neštítel uvést mezi argumenty pro otáčení Země pokus, který si dobře vymyslel, a nikdy neprovedl. Když jeho protivníci namítali, že otáčení by vedlo k tomu, že kámen vržený z výšky

by nedopadl kolmo, ale šikmo, a tedy o kousek dál než k patě kolmice, ujistil je, že kámen vržený z vrcholu stěžně dopadne na palubu vždy na stejné místo, ať loď stojí nebo pluje. Jak uvádějí historici, pokus provedl až o několik let později jeho následovník Giovanni Battista Baliani, který důsledně dbal na to, aby vědecká pravda byla doložena „nevyvratitelnou zkušeností“.

Jestliže z kvarteta motivů sebraného Koukolíkem přicházela v uvedených případech v úvahu především ideologie a snad částečně i pýcha, dostává se dnes na čelné hnací místo kariéra a peníze. V jednom Renčínově vtipu říká vědec novináři: *Původně mě věda vůbec nezajímala, ale pak jsem se dozvěděl, kolik dávají za Nobelovu cenu.* Pýchu pochopitelně odpárat nemůžeme, prestižní závody nahrazují mnoha badatelům adrenalinové sporty.



Někdy je to jen z recese. V prosinci 2003 jakýsi David Hart prohlásil, že ve své garáži v Sutton Courtenay (poblíž Oxfordu) našel „konzervovaného draka“, přesněji cosi, co vypadalo jako zárodek plaza s křídly, „naloženého“ ve formaldehydu v osmdesáticentimetrové skleněné baňce. Svěřil se svému příteli Allistairu Mitchellovi a oba nález předložili médiím s tím, že u dráčka byl dokument o jeho původu. Byl údajně na konci 19. století německými vědci nabídnut Muzeu přírodních dějin (Mitchell o tom prohlašoval, že to byla snaha Němců zdiskreditovat britskou vědu). Davidův dědeček, který byl v muzeu vrátným, přinesl exponát určený k likvidaci domů a uložil ho v garáži, kde ho po dlouhých letech jeho vnuk „našel“.

Ve skutečnosti byl dráček vyroben modelářem podle televizního pořadu o dinosaurech a nádoba byla pořízena ve speciální sklárně. Ani kuře zadarmo nevyhrabává draky; nebyla to jen recese, akce posloužila také jako reklama na Mitchellovu novou knihu *Unearthly History* (Nadpřirozená historie) a zajistila autorovi smlouvu s jedním velkým nakladatelstvím.

Ukázkou neagresivního a neurážejícího humoru je také aprílová mystifikace BBC z roku 1957. V oblíbeném a sledovaném pořadu *Panorama* byla odvysílána reportáž z jižního Švýcarska zachycující jaro v plném rozpuku. Ideální počasí a nízký výskyt brouka nosatce umožnil dozrát také bohaté úrodě špaget. Kameraman natočil mladé ženy v krojích, jak češou ze špagetovníků špagetové plody, které pak večer na slavnosti konzumují. Dlouholeté šlechtitelské úsilí bylo podle autorů snímku korunováno také tím, že všechny špagety jsou stejně dlouhé a po krátkém vysušení na jarním slunci mohou být expedovány na trh. Na špek skočily desetitisíce lidí. Zájemci najdou inkriminovanou reportáž na

odkazu. (pro zájemce i s titulky na https://www.youtube.com/watch?v=tVo_wkxH9dU)

Pojďme však do světa tvrdých vědeckých zápasů, kde o psychopatické tahy není nouze. *Helicobacter pylori* byl bezpečně identifikován až v 35. kole pokusů o jeho kultivaci, zčásti šťastnou náhodou. Tím, že se do děje vloudily Velikonoce, trvala kultivace pět dní místo standardních dvou, a díky tomu se zdařila. Warren a Marshall o objevu informovali ve dvou samostatných článcích každý sám za sebe, bez spoluautorů, v časopise *Lancet* v roce 1983. Oba články vyšly ve stejném čísle časopisu, Marshall dokonce ve svém článku použil obrázek bakterie, aniž uvedl, že jeho autorem je Armstrong. Marshall pak na důkaz, že jde o agens vyvolávající peptický vřed, kulturu vypil a vřed dostal.

V roce 2005 obdrželi Warren a Marshall za „svůj“ objev Nobelovu cenu. Jejich blízcí spolupracovníci Goodwin a Armstrong ostrouhali a nedostali nic, přestože ten první bakterii z klinického materiálu vykultivoval a Armstrong ji popsal a správně zařadil ještě dříve, než přišly kultivace dvou nobelistů.

Nicméně, jak ukazují studie zaměřené na střevní mikrobiom, *Helicobacter* je přítomen u značné části populace, která vředovou chorobou zdaleka netrpí. Označování „obligatorní patogen“ je dubiózní a řazení vředové choroby mezi infekce je nesmyslné.

Crick a Watson „zapomněli“ ve své práci týkající se objevu struktury dvojité šroubovnice zmínit původ a význam „fotografie 51“, kterou pořídila Rosalind Franklin. Jak píše Candance Pert, další z obětí sexismu ve vědě, byla to Rosalind, která poskytla řadu důkazů a umožnila, že dva pozdější nobelisté předběhli Linuse Paulinga. Podle ní byla Rosalind



klasickou „jeptiškou vědy“, která zasvětila celý svůj život práci.

Candance Pert uvádí: V knize Jamese D. Watsona *The double Helix* (Tajemství DNA, Academia, 2003) vidíme, jak na tuto ženu pohlíželi její mužští kolegové. Stránky knihy téměř přetékaají pohrdáním, když Watson ospravedlňuje své i Crickovo počínání. Ale pravda byla taková, že tito dva muži navštívili laboratoř Rosalind Franklin, když byla mimo město, a přesvědčili jejího šéfa, aby jim dovolil nahlédnout do jejích poznámek...

Když se tato skutečnost začala později zveřejňovat a rozpatlávat, otiskl jeden z velkých britských deníků, *The Guardian*, zajímavou obhajobu, která končí tímto sice nepřesvědčivým, ale zato snaživě míněným odstavcem: Franklin zemřela čtyři roky před udělením Nobelovy ceny, a tak se nikdy v plném rozsahu nedověděla, jak Watson a Crick z jejích údajů vystavěli svůj model. Jestli je někdy podezírala, nedala to najevo a byla v přátelských vztazích s Crickem a jeho ženou Odile. Je jasné, že kdyby žila, měla by ji Nobelova komise ocenit také pro její zásadní pochopení struktury DNA molekuly a jejího významného přínosu pro Watsona a Cricka, protože její krystalografické údaje byly stejně dobré, ne-li lepší než Wilkinsovy.

Candance Pert objevila morfinový receptor. Stalo se to během jejího doktorandského studia na pracovišti věhlasného Solomona Snydera a, jak píše ve shora citované autobiografické a současně populárně naučné knize *Molekuly emocí* (AGAN, 2016), stalo se tak poté, co jí šéf pro údajně pomalý a k ničemu kloudnému nevedoucí postup přidělil jiný úkol a práci na morfinovém

receptoru zastavil. Umanutá vědkyně dokázala ve svém volném čase a s použitím dodo (česká zkratka: dodělej doma) prostředků dotáhnout úkol do konce a proslavit své pracoviště.

O co větší to byl úspěch, o to větší bylo její rozčarování, když zjistila, že v souvislosti s její prací se o Laskerovu cenu, která je právem považována za předstupeň ceny Nobelovy, ucházejí tři „chlapič“, Kosterlitz, Hughes a Snyder, a ji, jako ženu, z toho vyšachovali. S vědomím, jak dopadla zde zmíněná Rosalind Franklin, se Pert obrátila přímo na ředitelku Laskerovy nadace a vysvětlila jí situaci. Se jmenováním těch tří se nic nedalo dělat, ale Snyder – navzdory svým dalším nesporným objevům – už se k Nobelově ceně nepřiblížil. Candance Perth s puncem vyvrhelky (co si to dovolila!) pracovala neúnavně dál a přispěla významně k poznatkům týkajícím se jednoty „těla a duše“ (dnes je módní „mysl“).

Nevím, jaký je novinářský etický kodex, ale velice se mi zalíbil nekrolog Candance Pert, který pro *The Washington Post* spáchala Emily Langer, v tomto případě laureátka na titul zasloužilé rektální alpinistky ve vztahu k velikánům vědy. Uvedenou hnusnou aktivitu spřátelených „chlapičů“ komentovala slovy: Na druhé straně se všeobecně předpokládá, že mladí vědci zůstanou stranou, když ti starší přebírají kredit za skupinové úspěchy a chápou to tak, že také na ně toto privilegium případně později v jejich kariéře.

Těžko něco dodat k tak zralému morálnímu soudu hlídací čubky demokracie. Jedině snad staré české přísloví: Sedávej panenka v koutě, budeš-li hodná, najdou tě.

Do redakce přišlo 31.3. 2018
K tisku zařazeno 30.6.2018.
Konflikt zájmů není znám.



ETIKA



RADKIN HONZÁK: PAN DOKTOR A UZNÁVANÝ VĚDEC HANS ASPERGER

Hans Asperger (18. února 1906 – 21. října 1980) byl rakouský pediatrik, medicínský teoretik a profesor medicíny. Byl objevitelem Aspergerova syndromu, ovšem význam tohoto objevu byl široce



uznán teprve po jeho smrti. Tak to píše Wikipedie. Mám za to, že se mýlí. První plody přinesl objev už záhy, jak dokumentuje čerstvý článek, který zde nabízím českým čtenářům. (Než jsem

tohle dal dohromady, Wikipedie svůj text obohatila.)

Hans Asperger, rakouský pediatrik, který zahájil výzkum autismu u dětí a po kterém je jeden ze syndromů pojmenován, aktivně spolupracoval s nacistickým programem, ve kterém byly nemocné děti zabíjeny. Takže jeho výzkumy přinesly ovoce bezprostředně. Tuto zprávu publikoval historik Herwig Czech letos 18. dubna v časopise **Molecular Autism**. Asperger nahlásil těžce postižené děti vídeňské klinice Am Spiegelgrund, kde bylo zabito plynem nebo smrtící injekcí 789 dětských pacientů v rámci akce dětské eutanazie T4.

Autor prošel archivní dokumenty včetně Aspergerových osobních složek a chorobopisů. Asperger nebyl členem nacistické strany, ale angažoval se v jejích přídržených organizacích a skupinách veřejně



podporujících „politiku rasové hygieny“ včetně nucené sterilizace. Za svou loajalitu byl odměněn kariérním postupem.

Po anexi Rakouska byla Vídeňská lékařská fakulta „vyčištěna“, Aspergerova práce ale nebyla nijak zasažena. Poprvé popsal „autistickou psychopatii“ v roce 1938 a lehká forma tohoto postižení s dosahováním značné adaptability byla posléze po něm pojmenována. Asperger prokazoval svou loajalitu k nacistickému režimu veřejnými přednáškami, své práce končil pozdravem „Heil Hitler“.

Co se týkalo programu T4, byl členem komise, která prověřovala děti

v zařízeních pro mentálně postižené, a nejméně 35 z nich, označených jako „nevzdělavatelné“, bylo odesláno do Spiegelgrund, kde byly zabity. Asperger sám doporučil do tohoto zařízení další dvě děvčátka ve věku dvou a pěti let (Zdroj: <https://bit.ly/2Hd8Jo6>).

První šéf této instituce Erwin Jekelius byl odsouzen na 25 let a zemřel v sovětském táboře, další, který nastoupil po něm v roce 1942, Hans Bertha, nebyl nikdy ani souzen a po úspěšné kariéře ve Štýrském Hradci zemřel v roce 1964, vedoucí lékař Ernst Illing byl v roce 1946 veřejně oběšen a Hans Asperger zemřel pokojně ve Vídni v roce 1980.



DISKUSE



Z ČEJENSKÉ KONFERENCE

Televizní dokument „Infiltrace- Obchod se zdravím“ vzbudil velkou vlnu diskuse. Jedním z textů, který jako reakce vznikl je následující objasnění vyžádané Českou televizí.

JIRÍ ŠIMEK: CO JE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA?

Jak napovídá již sám název, psychosomatická medicína vznikla na půdě moderní vědecké medicíny. Vznik psychosomatické medicíny i její další rozvoj byl přirozenou reakcí mnoha lékařů na sklon ostatních k jednostrannému zaměření na biologickou stránku nemocí v prudce se rozvíjející vědecké medicíně.

Pro porozumění tomuto vývoji můžeme použít analogii s počítačovou technologií. Všichni víme, že počítač má svou hmotnou stránku – hardware – a nehmotnou – software. Hardware jsou všechny hmotné součástky, na které si můžeme celkem snadno sáhnout, a pokud se nějaká poruší, bez větších

problémů jí vyměníme. Základem software je strategie, kterou počítač používá pro řešení zadaných úkolů. Vymysleli ji programátoři a zapsali do takového zvláštního textu, který pak nahráli od počítače. Ten text už dnes bývá tak složitý, že sami jeho tvůrci, programátoři, mají problém se v něm vyznat. Když se nezaujatě podíváme na člověka, vidíme, že základem jeho existence je hmotné tělo, které také řeší spoustu úkolů, jak na úrovni jednotlivých orgánů, tak i jako celek, tedy mnoho úkolů řeší i člověk jako takový. Vše je podstatně složitější než u počítače, protože tvůrcem není člověk sám, ale evoluce. Když věc hodně zjednodušíme,



můžeme říci, že po tisíciletí řešili lidé především „softwarové“ problémy, tedy jak a proč žít určitým způsobem, a ne jiným. Bylo to tak proto, že nebyly nástroje, jak studovat lidské tělo do dostatečné hloubky. Když pak moderní přírodověda tuto možnost nabídla, ukázalo se, že podobně jako u počítače, je snazší a rychlejší opravit hmotnou část, zde orgán, než měnit strategie lidského chování. A s tím, jak jsme strukturu a funkci jednotlivých orgánů stále lépe rozuměli, s velkým úspěchem jsme nacházeli prostředky, které jejich nejrozličnější poruchy napravují. Vytvořili jsme systém vědění a soubor diagnostických a léčebných prostředků, který dal moderní medicíně tu sílu, kterou dnes má.

Koncepčně ale v medicíně začal mizet člověk jako celek, byl rozložen na jednotlivé orgány, v lepším případě na systémy (trávicí, oběhový, atd.). Softwarové funkce, kterým odedávna říkáme duše, přestaly být v medicíně zajímavé. S tímto vývojem ale někteří vědci nesouhlasili a svou pozornost zaměřili na ty nemoci, které zjednodušujícím výkladům odolávaly. Začali příčinu orgánové (hardwarové) poruchy hledat v duši (softwaru). Tak vznikla psychosomatická medicína.

Novodobá historie psychosomatické medicíny začala ve třicátých letech minulého století. Na počátku vycházeli lékaři, kteří budovali psychosomatickou medicínu, ze dvou teoretických koncepcí. První byla psychoanalýza, která umožňovala popis psychických mechanismů vedoucích k somatickým poruchám. Druhým základem byla psychofyziologie, studující fyziologické souvislosti emočních stavů. Oba směry vždy zůstávaly na půdě moderní medicíny, což znamenalo, že si všichni odborníci v novém oboru vysoce vážili dosavadních vědeckých poznatků, a za svůj základní úkol

považovali tyto poznatky dále rozšiřovat a obohacovat.

Psychofyziologie je vědecky ortodoxnější, protože je postavena na experimentech a měřeních. Tedy základem zůstávají jednotlivé orgány (hardware) a jejich poměrně jednoduché funkce. Zde můžeme najít počátek dosud stále módní teorie stresu jako jedné z příčin somatických (civilizačních) chorob. Součástí tohoto proudu je také koncepce životních událostí a koronárního typu chování jako rizikového faktoru infarktu myokardu.

Psychoanalýza je sice mnohými vědci kritizována jako málo vědecká, psychoanalytici sami, včetně zakladatele Sigmunda Freuda se ale považují za vědce. Svou zvláštní metodu, postavenou převážně na pozorování, vysvětlují tím, že poctivé studium lidské duše nemůže jít jinou cestou. Softwaru (strategiím řešení) prostě neporozumíme studiem hardware. Ani u počítače, ani u člověka. Psychoanalytici se nikdy proti vědě nestavěli a nikdy nezpochybňovali výsledky vědeckého bádání. Nejvýraznější postavou v počátcích psychoanalytické psychosomatiky byl Franz Alexander. Vznik psychosomatické poruchy viděl jako složitou souhru konfliktů v lidské duši, sociální situace, která konflikty aktivuje a vrozené dispozice. Své koncepce potvrzoval seriózními vědeckými výzkumy.

Původní, stále ještě zjednodušený model, ve kterém psychické (softwarové) poruchy způsobovaly poruchy tělesné (hardwarové) se neosvědčil. Snaha vysvětlit do všech podrobností vznik alespoň některých tělesných poruch v důsledku psychických a sociálních problémů nebyla úspěšná. Stále více se ukazovala složitost vztahů mezi psychickými, sociálními a tělesnými mechanismy a unikátnost každého nemocného člověka. Začalo se hovořit o



bio-psycho-sociálním nebo holistickém (celek je víc než souhrn částí) přístupu. Nejznámějšími aktéry tohoto posunu byli Zbigniew J. Lipowski a George L. Engel. V tomto pojetí psychosomatické medicíny se zdůrazňuje potřeba věnovat v každodenní praxi pozornost nejen tělesným, ale i psychickým a sociálním problémům nemocných lidí. (V posledních desetiletích se zdůrazňuje i význam duchovních stránek nemocného člověka.)

Psychosomatická medicína dnes vidí vznik chorob snad nejsložitěji ze všech koncepcí zabývajících se zdravím a nemocí. Uznává, že nemoc může vzniknout jen poruchou tkáně a některého orgánu, častěji se ale účastní i regulační mechanismy (hormony, imunitní systém, hladiny minerálů, struktura krevních bílkovin). Tyto regulační mechanismy souvisejí s lidskou psychikou a jejími poruchami, které mohou být dány vrozenými vadami, ale i nevhodným sociálním učením. Za vznikem choroby může být i dlouhodobá zátěž (chronický stres), a to v konfliktu rodině, v nedobré pracovním prostředí, ve špatně zvolené profesi. Existenciální rozpolcenost daná nejasnými náboženskými postoji může také přispět ke vzniku choroby. Víme, že všechny mechanismy, které přispívají ke vzniku choroby, mohou také bránit jejímu vyléčení. Tím vším nabyla na významu psychotherapeutická péče a rehabilitace a psychosomatická medicína se stala týmovou disciplínou. Zůstává ale stále součástí moderní medicíny postavené na biologických a humanitních vědách.

Nezávisle na vědecké medicíně se odedávna rozvíjejí nejružnější léčitelství školy. V naší kultuře k nim patří užívání léčivých bylin a nejružnější magické praktiky. Před dvěma stoletími vznikla homeopatie, kterou dosud užívají i lékaři. I v jiných kulturách vznikají léčitelství školy, příkladem může být čínská

medicína nebo indická ájurvěda. V dnešním globálním světě jsou k dispozici prakticky všechny léčitelství metody a školy. I v našem kulturním okruhu má většina z nich své zastánce, ať již jako poskytovatele, nebo příjemce léčitelství péče. Proto je potřeba rozumět, o co jde v současných sporech a konfliktech o využití té či oné léčebné či léčitelství metody.

Nejdůležitější je dnes až příliš často přehlížený fakt, že vědecká medicína, vyvinutá naší euroatlantickou civilizací, je jediná, která v takovém rozsahu a s takovou účinností léčí většinu známých nemocí. Díky inzulinu již není cukrovka smrtelnou nemocí, díky antibiotikům jsou infekce jen okrajovou záležitostí, očkování některé infekce (dětská obrna, pravé neštovice) úplně vyhubilo (eradikovalo), neuroleptika zklidnila psychiatrické nemocnice, které pro hluk bývaly stavěny za městem. Chirurgické obory zachraňují životy nikde jinde uskutečnitelnými operacemi, transplantace radikálně mění osud mnoha nemocných. Také většina onkologických onemocnění má dnes podstatně méně zhoubné důsledky než před padesáti lety. Alespoň podobně účinný diagnostický a léčebný systém nevyvinula žádná jiná civilizace. Teprve na základě uvědomění si těchto faktů by se každý měl rozhodovat, jak bude pečovat o své zdraví a léčit své choroby.

Velice důležitý je také fakt, že každá metoda, která směřuje k léčbě nebo prevenci nemocí, má své vlastní pojetí zdraví a nemocí, a tím i vlastní slovník, kterým tyto jevy popisuje. A tato různá pojetí a z nich vyrůstající slovníky jsou do značné míry neslučitelné. Příkladem může být pacient, který vedle svého praktického (nebo psychosomatického) lékaře navštěvuje i kliniku čínské medicíny. Ke svému lékaři přijde s tím, že čínský lékař u něj udělal diagnosu



poruchy ledvin nebo jater. Přitom jeho jaterní testy i testy na funkci ledvin jsou v pořádku. Český lékař mu musí vysvětlit, že nikdo ho neklame a ani se nemýlí, protože slova „játra“ a „ledviny“ mají v evropské a čínské medicíně jiné významy. V naší medicíně jde orgány, které jde z těla vyjmout, mají svůj obvyklý tvar a strukturu. Čínská medicína staví na popisu „drah“, které jdou celým tělem. Porucha jater nebo ledvin zde není poruchou části těla na určitém místě, je poruchou dráhy, která je tak pojmenována. Příklad konfliktu slovníků čínské a evropské medicíny zde neuvádím náhodou. V posledních deseti letech dochází k intenzivním kontaktům obou škol jak v Evropě, tak i v Číně. Mnozí evropští lékaři se naučili používat některé prvky akupunktury ku prospěchu svých nemocných. Ale opakovaně se ukazuje, že i když můžeme v obou medicínách užívat prvky i té druhé, tato dvě různá pojetí a z nich vycházející různé popisy zdraví a nemoci sloučit možné není. Lékař díky svému vzdělání obvykle myslí buď „evropsky“ nebo „čínsky“. Není snadné se naučit oba tyto medicínské jazyky a pohybovat se při péči o nemocné stejně kvalifikovaně střídavě v jednom nebo ve druhém systému (protože to jinak nejde). Stejné problémy najdeme ve vztahu evropské medicíny a všech ostatních směrů. I v rámci homeopatie, kterou užívají mnozí lékaři, je popisován proces léčby zcela jinak než ve vědecké medicíně. Léčbu „stejněho stejným“ prostě věda nezná.

Dnešní lidé dělají chyby ve dvou směrech. Často si nejsou vědomi rozdílů mezi koncepty a slovníky různých oborů. Pacient, kterému lékař čínské medicíny diagnostikoval poruchu jater nebo ledvin, nekompromisně žádá léčbu těchto orgánů prostředky vědecké medicíny. Jinému pacientovi, kterému byla diagnostikována rakovina, řekne léčitel,

že jde o zánět. Když tato léčitelova diagnosa pacienta uklidní a zanedbá řádnou léčbu rakoviny, vážně ohrozí svůj život. Opačnou chybou bývá, když se někdo pohybuje jen v jednom z možných slovníků a přehlíží všechno ostatní. Nejčastěji se takto chovají lékaři, kteří uznávají jen vědecké koncepty medicíny a všechno ostatní označují jako nevědecké a považují to za zcela nesmyslné. Podobným příkladem mohou být někteří vegetariáni (nebo vegani), kteří všechny problémy zdraví a nemocí řeší z pohledu pojídání či nepojídání masa. Jsou lidé, kteří veškeré choroby odvozují od nepřiměřeného množství hořčíku, draslíku či jiných složek potravy.

Psychosomatická medicína nabízí složité porozumění nemocem, které obsahuje vedle biologických věd i vědy humanitní (psychologie a sociologie) a respektuje všechny možné jiné koncepty. Jejím hlavním problémem je, že do jedné hlavy se toto všechno u většiny lékařů prostě nevejde. Odborná literatura se shoduje v tom, že smysl pro biologické i humanitní vědy je možné probudit pouze u 15 – 20% studentů medicíny. Zkoušel jsem před lety studenty medicíny z humanitních předmětů a tuto zkušenost mohu potvrdit. Proto se péče o pacienty se složitějším vznikem poruchy musí stát péčí týmovou. Příkladem může být komunitní psychiatrie, kde o nemocné pečují v týmu vedle psychiatrů i psychologové, sociální pracovníci, duchovní a organizátoři pracovního zapojení pacientů. Jiným příkladem je hospicová péče a paliativní medicína, kde také spolupracují lékaři s dalšími odborníky. Psychosomatická medicína dnes funguje podobným způsobem. Abychom mohli pečující skupinu odborníků nazvat týmem, musí tito odborníci spolu komunikovat, což znamená se i pravidelně setkávat. Musí také sdílet informace a zkušenosti týkající



se konkrétních pacientů, o které společně pečují.

Psychosomatická medicína opakovaně naráží na sklon mnoha lidí (možná i celkem srozumitelnou potřebu) věci zjednodušovat. Nejen lékaři, ale i mnozí nemocní žádají co nejjednodušší vysvětlení a léčbu jejich neduhů. Tito pacienti dnes celkem snadno najdou lékaře, se kterými řeší své vztahové a psychické problémy pouze tak, že léčí své tělesné obtíže. K psychologické nebo psychoterapeutické konzultaci pak často přicházejí až ve chvíli, kdy je vše tak upevněno, že již pomoci téměř není. Jiní pacienti přijmou ke své škodě zjednodušující výklad nějakého léčitele – drží dietu, užívají pročišťující léky nebo docházejí k magickým praktikám a k účinné medicínské léčbě pak přijdou pozdě.

Vážným problémem psychosomatické medicíny je, že práce s psychickými a vztahovými problémy je obtížná a složitá a žádá si měsíce, častěji roky usilovné práce. Dobrý výsledek přitom není zaručen. Oprávněnost použití léků nebo chirurgických postupů snadno prokážeme v kontrolovaných studiích. Průkaz potřeby psychosomatické péče je podstatně složitější. Výsledky dosud provedených vědeckých výzkumů nejsou jednoznačné, i když vhodnost komplexní péče potvrzují.

Práci psychosomaticky zaměřených odborníků také komplikuje fakt, že i mnozí jiní užívají pojem psychosomatická medicína a psychosomatická péče, ale v jiném významu. Někteří léčitelé, někdy i léčitelská pracoviště nabízejí pod pojmem psychosomatika, psychosomatická péče či léčba zjednodušující léčitelské praktiky, které s psychosomatickou medicínou mají jen málo společného. I z historických důvodů bychom měli pojem psychosomatická

medicína či péče používat jen tam, kde jde skutečně o souběh péče o tělo a o duši. To znamená, že základem je diagnosa tělesné poruchy a nabídka somatické (biologické) léčby této poruchy. Teprve pak přichází péče o duši a vztahy nemocného.

Psychosomatická medicína či péče, má-li být skutečně psychosomatická, musí respektovat všechny výše zmíněné jevy.

Základem je správná diagnosa poruchy funkce určitého orgánu. Pak musí přijít vhodná léčba. Tam, kde je léčba úspěšná, nemusíme už věnovat pozornost ostatním okolnostem. Tak tomu bývá v mnoha akutních stavech. Zánět slepého střeva, angínu, někdy i hodně komplikovanou zlomeninu vyléčíme antibiotiky, operací, fixací. Bez další péče umíme dnes vyléčit i infarkt myokardu. Ucpanou koronární tepnu katétrem uvolníme a pacient může jít za pár dní domů. Astma bývalo klasickou psychosomatickou nemocí. Dnes je již v učebnicích psychosomatické medicíny téměř nenajdeme, protože medikamentosní léčba je tak účinná, že mnoho dalšího si nevyžaduje.

Psychosomatickou péči nabízíme tehdy, když první dva kroky nebyly zcela úspěšné. Velmi často to bývá u nemocí, které přešly do chronického stádia. Akutní péče nebyla u nich úspěšná nejspíš proto, že jsou ve hře i psychické a vztahové problémy. I onkologickým pacientům nabízíme svou péči, protože jde o dlouhodobé záležitosti s řadou možných psychických a sociálních příčin i důsledků. Jiným typem poruch, kterým náleží psychosomatická péče, jsou tzv. medicínsky nevysvětlitelné příznaky (MUS – medically unexplained symptoms). Někteří pacienti trpí třeba i vážnými tělesnými příznaky, ale lékař nenajde žádnou tělesnou chorobu, která by je vysvětlila.



Třetím krokem v psychosomatické péči (poté, co byla řešena tělesná stránka poruchy) je obvykle nějaká forma psychoterapie. Původně byla k dispozici pouze psychoanalýza, dnes již existuje řada psychoterapeutických škol. Protože je psychoterapeutická péče náročná, výsledek není zaručený, a každý pacient je jedinečný, hledáme vždy ten nejvhodnější postup právě pro něj. A vždy hledáme spolu s pacientem. Jeho kreativita je vítána. Zde je důvod, proč nebráníme pacientům navštěvovat i alternativní přístupy. Tato otevřenost má jeden nepříjemný důsledek. Protože je psychosomatická medicína tolerantní k nevědeckým metodám, někteří lékaři jí jako nedostatečně vědeckou zavrhnou s nimi. A někteří pacienti si pletou psychosomatickou medicínu s léčitel-skými praktikami.

Co můžeme poradit pacientovi s chronickými nebo medicínsky nevysvětlitelnými příznaky?

Vzhledem k nenahraditelnosti moderní vědecké medicíny by měl začít právě zde a využít vše, co mu bude nabídnuto. Jestliže jde o chronické poruchy nebo medicínsky nevysvětlitelné příznaky, měl by vědět, že jeho vlastní (unikátní) porozumění a reakce jsou klíčové. Proto by se neměl bát se lékaře na všechno vyptat, ostatně má na to právo a lékař je povinen mu na všechny otázky odpovědět. Když nejde o život nebo o vážné poškození zdraví, může nabídky lékaře odmítnout a jít se zeptat ještě jinam (právo na „druhý názor“). Spolupráce s lékařem, který se stará o tělesnou stránku nemoci, nemusí být úspěšná. Příznaky přes jeho veškerou snahu přetrvávají, nebo pro ně nenašel medicínské vysvětlení. Pak vstupuje do hry psychosomatická péče a návštěva psychosomatického pracoviště je to nejlepší, co může takový pacient udělat. Ta jsou ale jen na několika málo místech

v ČR. Pokud psychosomatické pracoviště není dostupné, může se zamyslet sám, co je v jeho životě v nepořádku, a co by mohl na sobě nebo kolem sebe změnit. Mnohdy zjistí, že je to nad jeho síly a hledá nějakou pomoc. Jak pozná, která je kvalifikovaná?

Když odborník, na kterého se obrátí, zjednodušeně připisuje obtíže jedné příčině a nabízí svůj přístup jako ten nejlepší, nebo dokonce slibuje zaručený účinek své metody a rychlé a trvalé její působení, měl by od něj pacient rychle utéct. Také, když léčitel odrazuje od léčby, která je normální v dnešní medicíně a straší vážnými chorobami, které umí diagnostikovat jen vědecká medicína (rakovina, degenerativní neurologická onemocnění, záněty ledvin, jater, atd.), není dobré jeho služby využít.

Někdo nabízí metody, které nelze racionálně vysvětlit na podkladě biologických či humanitních věd. K nim patří i akupunktura a homeopatie. To není důvod jej odmítnout, pokud má nemocný za zády solidního lékaře.

Pokud se týká psychoterapie, je nutné vědět, že existují psychoterapeutické školy, a že každá má svůj vzdělávací institut. Tyto instituty vydávají potvrzení o úspěšném absolvování výcviku. Dobrý psychoterapeut se k nějaké škole hlásí a úspěšné zakončení výcviku rád doloží.

Řešení psychických a vztahových problémů je obtížné, bolí a trvá dlouho. Dobrý průvodce nabídne svůj čas a trpělivost. A neskrývá, že řešení musí najít pacient sám. Proto podporuje jeho tvořivost a nezlobí se, když pacient jeho rady neposlouchá.

Společnost psychosomatické medicíny může být užitečná těmto nemocným dvěma způsoby. První je propagace psychosomatického pojetí medicíny, vzdělávání zdravotníků a pomoc při



budování psychosomatických pracovišť. Druhou cestou je nabídka vzdělávacích programů pro laiky, ale především

veřejná akreditace pracovišť, které splňují stanovené nároky, a jsou proto více důvěry hodné.

Do redakce přišlo 4.6. 2018

K tisku zařazeno po úpravě 1.8.2018

Konflikt zájmů není znám.



RECENZE



RADKIN HONZÁK: TŘIKRÁT O SMRTI

- Jaromír Odrobiňák: Rok na psychiatrii (Ottobre 12, Uherské Hradiště, 2017)
- Jiřina Šiklová: Vyhoštěná smrt (Kalich, Praha, 2013)
- Bronnie Wareová: Čeho před smrtí nejčastěji litujeme (Portál, Praha, 2014)

V těsném závěsu jsem se zúčastnil dvou zajímavých setkání, konference nemocničních kaplanů a konference pracovníků hospiců. Na rozdíl od všech ostatních se zde mluvilo především o spirituálních potřebách. To je ta část psychosomatického přístupu, která bývá nejčastěji cílem zpochybňujících dotazů a zásadních námitek. Jak už napsal Maslow (Náboženství, hodnoty a vrcholné zážitky), nevýhodou je, že duchovní témata jsou popisována především církevním jazykem, k němuž má česká společnost primitivní iracionální odpor a jakmile slyší něco z této oblasti, s představou odpovídající komunistické propagandě se ostentativně odvrací.

Magistr Odrobiňák, kaplan v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích, napsal

útlou publikaci sledující na jedné ose liturgický rok a na druhé práci s pacienty, kterým při rozhovorech i skupinových terapiích tato témata nabízí. Začíná Desaterem a jde přes postní rituály dále k tématům, jakými jsou odpouštění, láska, partnerské vztahy až po obavy lidí z posvátných témat a smrt jako konec pozemské pouti. Nenásilně je neustále zvažováno „dobré proti špatnému“, hřích je vyčleněn jako hřích, nikoliv jako jedna z moderních chorob.

Knížka je napsána velmi hezkým jazykem, jednotlivé kapitoly jsou krátké, mají spíš podobu úvah než didaktických textů, tím méně militantně sdělovaných pravd. Poučení z nich plynoucí jsou nenásilná a vedou k zamyšlení, nebo také k diskusi, rozhodně však svou formou



neaktivují u nás tak časté agresivní postoje.

Duchovní potřeby jsou většinou zmiňovány v souvislosti s bilancováním na konci života, přitom bývá zmiňována práce sestry Bronnie Wareové, která shromáždila výpovědi umírajících v knize přeložené i do češtiny s názvem Čeho před smrtí nejčastěji litujeme (Portál, Praha, 2014). Je nepochybné, že bychom nemuseli litovat, kdybychom se nad svými potřebami zamysleli už během aktivního života a něco pro ně udělali. I tehdy je možné koncipovat své myšlenky zpětně od okamžiku smrti, jak dokládá jeden z postupů transakční analýzy, který k tomuto okamžiku klade otázky po okolnostech předpokládané

smrti živým, mladým a na smrt ani náhodou nepomýšlejícím lidem. Ty sledují sice životní scénář, o smysl života ale nezbytně zavadí. Vynikající je v tomto směru ne zcela nová knížka Jiřiny Šiklové *Vyhoštěná smrt* (Kalich, Praha, 2013), o níž jedna recenzentka napsala: Odvaha napsat knihu o tom, na co si člověk netroufá ani pomyslet.

Odrobiňákova příručka se ptá také, ptá se hlouběji, ve vztahu ke smyslu i k etice, a velmi pomáhá lidem pokládat ty správné otázky. Laikům stejně jako profesionálům, všem, kteří mají s duchovním okruhem problémy, a přitom o něj mají zájem.

Radkin Honzák

RADKIN HONZÁK: AD MARGO VOJTĚCH ŠIMÍČEK (ED.): LIDSKÁ PRÁVA A MEDICÍNA. MUNI PRESS, BRNO, 2017

Už slabomyslná karikatura na obálce, na níž vzteklý lékař morduje pacienta a mává mu před očima lejstrem s informovaným souhlasem (doktoři to skutečně nevymysleli, je to dílo etiků a právníků), dává tušit, že se etici a právníci budou podobně chtít vyhat z toho, co napáchali. A také ano.

Pokud někdo čeká, že se z textu dozví, jak se stavět k některým dilematickým situacím (např. porod doma), bude zklamán. Najde zde různé názory, včetně krotké kritiky Evropského soudu pro lidská práva, ale něco, o co by se mohl opřít, bude hledat marně. Autorky z Právnické fakulty nás sice upozorní na dvojkoľejnost právních úprav vyplývajících z právních zmatků mezi zákony o zdravotních službách a občanským zákoníkem, ale z nejistot cesty nenabídnou.

Už první kapitola o lidských právech se dá shrnout do jedné (zde také citované věty), že z respektu k člověku se stal formální „respekt k autonomii“. Akademické uvažování nad informovaným souhlasem nám v praxi je skutečně houby platné (známá zkratka „pohopl“).

Pan kolega Mauer stále nevzal na vědomí, že Margaret Talbot je známá novinářka-sloupkařka a při jejím zviditelňování ji opět maskulinizuje. To by nebylo tak strašné, jako jeho ekvilibristika nad tématem paternalismu. Jsem toho názoru, že podobné texty by měli psát, a když už na to nemají chuť, alespoň recenzovat lidé, kteří jsou skutečně v praxi, a tak by v nich bylo to, co se děje, a ne to, co si ploditelé podobných textů představují.

A protože v tomto duchu se nese celá publikace, úvahy o tom, jak by mělo být



a není a žádná sebereflexe, že to je právě tahle parta, která ty koniny vymýšlí, zavádí a kodifikuje a vymáhá, že stejně jako různí auditoři a předepisovatelé norem, jsou to lidé, kteří nemají tušení,

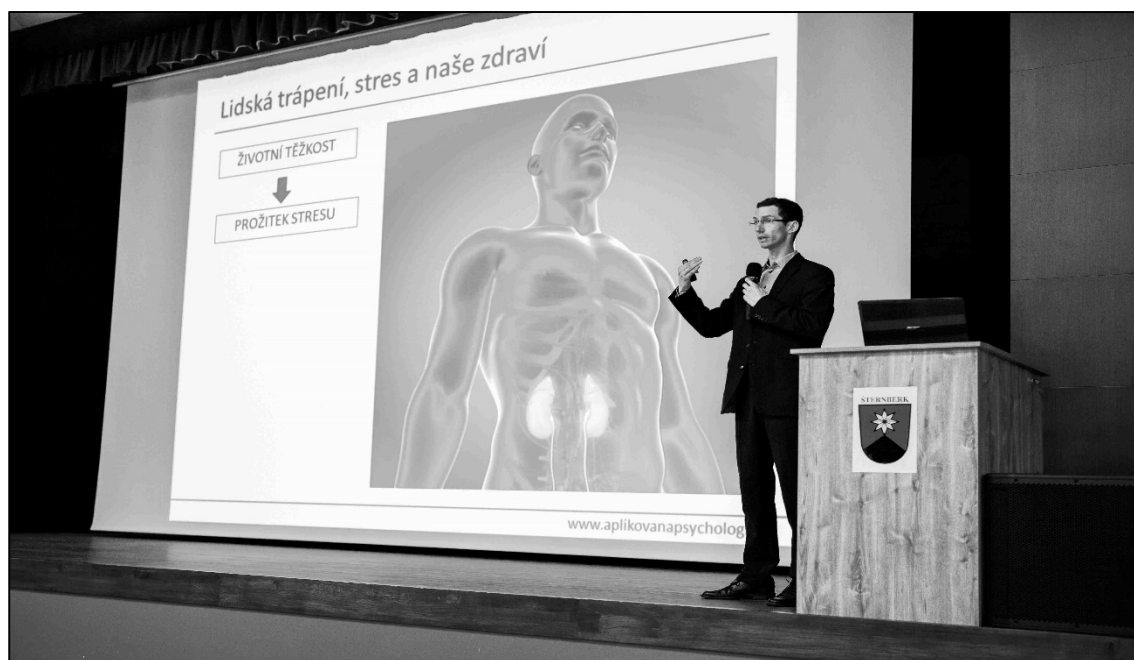
jak to chodí v klinickém provozu a že se chtějí polepšit. Kdepak!

V poznámkách k tomuto titulu jsem si proto přičinil zkratku ŠV – což je moje zkratka pro výraz: škoda vočí.

Praha – 18. 4. 2018 Radkin Honzák



Z KONFERENCÍ



MGR. M. POSPÍCHAL, KONFERENCE VE ŠTERNBERKU

PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE VE ŠTERNBERKU (13. - 14.4.2018)

Ve dnech 13 a 14. dubna 2018 proběhl v Městském kulturním domě v moravském Šternberku již V. ročník mezioborové konference Psychosomatická medicína pořádaný zdejší psychiatrickou léčebnou (PL). I letos se na půldruhého dne sjeli do Šternberka lékaři, fyzioterapeuti, psychologové a fyzioterapeuti, aby hledali (a nacházeli) společné průsečíky své práce s převážně polymorbidními a chronickými pacienty s psychosomatickými projevy.

Již v úvodním dni zaujal posluchače (a to i v evaluačních dotaznících rozdaných po akci) psycho-onkologický blok, jež uvedl psycholog s dlouholetou praxí s onkologickou klientelou PhDr. Petr Novotný s poutavým sdělením o osobnostních charakteristikách onkologicky nemocných. Navázal klinický psycholog Mgr. M. Pospíchal s nesmírně poutavým a názorným sdělením o vzniku a vývoji

rakoviny s ohledem na psychosociální aspekty včetně vlivu stresu, prožívaných emocí či kvality mezilidských vztahů na průběh a prognózu tohoto onemocnění. (Přednášející se stal absolutním vítězem ankety o nejzajímavější přednášku). Odpolední blok byl laděn směrem psychoterapeutickým (představení daseinsanalytického pojetí léčby – doc. Jiří Růžička, rektor Pražské vysoké školy psychosociálních studií) a spirituálním (Mgr. K. Maliňáková a prof. P. Tavel z teologické fakulty UP Olomouc). Oživení vnesla názorná přednáška o léčbě pomocí zvířat (animoterapie) dr. Tůmové z PL Šternberk obohacená o přímý kontakt s prezentovanými canisterapeutickými psy a kočkami. Navázala fyzioterapeutka Mgr. Melecká velmi kvalitním celostním sdělením o provázanosti duševních a fyzických aspektů při své práci s psychosomatickými pacienty v rámci rehabilitačního



odd. PL Šternberk. První den zakončila psycholožka psychosomatického odd. PL Mgr. A. Havelková obsáhlým přehledem výzkumných snah v oboru psychosomatiky v celosvětovém kontextu.

Tradiční společenský večer s hudbou, tancem a vystoupením básníka ve stylu „slam poetry“ byl účastníky opět jako každoročně velmi kladně hodnocen.

Druhý den otevřel doc. MUDr. J. Šimek. CSc. zamyšlením nad etickými aspekty v naší společnosti, politice, medicíně i psychosomatice a sklidil díky ožehavému tématu krom kladných i některé negativní reakce. Navázala MUDr. H. Širotková, antroposoficky orientovaná ambulantní neuroložka z Prahy se

zevrubným přiblížením principů antroposofické medicíny v českém i světovém kontextu. Konferenci završila svým stručným sdělením o motivaci jejích pacientů pro léčbu ve šternberské léčebně pražská ambulantní psychiatricka MUDr. Z. Pindáková.

Za rok se na všechny přislíbené přednášející i hosty konference (tedy případně i na čtenáře PsychoSomu) budeme těšit v termínu **12 a 13.dubna 2019. Bližší informace budou s několikaměsíčním předstihem zveřejněny na webových stránkách: www.plstbk.cz**

Prim MUDr. Michal KRYL



CKP DOBŘICHOVICE: INTIMITA V PSYCHOSOMATICE



V sobotu 26. května 2018 se v Centru komplexní péče Dobřichovice uskutečnil již 9. ročník konference Základy komplexního psychosomatického přístupu. Hlavním tématem tohoto ročníku byla Intimita v psychosomatice.

Centrum komplexní péče Dobřichovice je zařazeno do sítě psychosomatických pracovišť, která registruje Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP, je akreditováno pro praktickou část výuky nástavbového oboru psychosomatika pro lékaře a pro praktickou část výuky pro obor klinická psychologie. Jako takové zajišťuje nejen komplexní léčbu svých pacientů, ale zároveň klade velký důraz na osvětu a vzdělávání z řad odborníků i široké veřejnosti.

Původně byly naše konference pojímány velmi komorně, ale s rostoucím zájmem o psychosomatický přístup se staly svým rozsahem i počtem účastníků většími. Dnes jsou pořádány pro cca 60 účastníků.

Přesto věříme, že prostředí, klima i atmosféra zůstávají z let minulých vřelé a určitý druh komornosti si neseme s sebou dál.

Konferenci pořádá Centrum komplexní péče Dobřichovice za podpory sesterských zařízení CKP Roseta a CKP Sámova v Praze.

K aktivní účasti se nám podařilo získat přední představitele psychosomatiky u nás. V současné době, kdy se díky odvysílání pořadu „Obchod se zdravím“ zesiluje diskuse o tomto oboru, jsme za to byli opravdu vděční. V přednáškách vystoupil doc. Jiří Šimek, MUDr. Vladislav Chvála nebo PhDr. Ludmila Trapková.

Jednotliví přednášející na téma Intimity nahlíželi z různých úhlů.

V dopoledním programu nejprve vystoupili PhDr. L. Trapková a MUDr. V. Chvála s příspěvkem o intimitě ve složených



rodinách, kdy při rozpadu rodin a sestavování nových jsou jednotlivými členy prožívány rozdíly mezi původní biologickou rodinou, kde je zachována vrozená struktura, a rodinou, ve kterém se musí jednotliví členové adaptovat na oslabování vrozených pout a akceptování příchozích.

Ve druhém příspěvku Mgr. L. Šídová a P. Hamerníková mluvily na téma sexuální asistence, která je určena osobám s hendikepem a seniorům a seniorkám.

MUDr. I. Zedková nabídla vhled do oblasti afektivních neurověd a raného vývoje, které nabízejí hlubší porozumění psychoterapeutickým intervencím v klinické praxi. Poukázala na to, že v současné době je podloženo důkazy, že psychoterapie je invazivní metodou, která moduluje neuronální procesy jedince.

Odpolední program byl zahájen workshopy. Mgr. L. Slavíková nabídla cvičení k podpoře sexuality vycházející z bioenergetické analýzy A. Lowena, PhDr. Z. Vondřichová a MUDr. I. Vondřich nabídli společný workshop, ve kterém s účastníky mapovali oblasti v jejich životech, kde jsou ovlivněni setkáváním a blízkou prací s lidmi. Nabídli prostor pro vzájemné sdílení, zda, případně jak se tyto dotyky intimity odrážejí v jejich životech a zpět v práci s pacienty. MUDr. P. Kolátor a Mgr. E. Pospíšilová ve workshopu Intimita skrytá ve fasciích nabídli účast na objevování fascinujícího světa, kde se vnitřní orgány, somatika, psychoso-

matika, vliv rodiny a sociální vazby začínají setkávat na jednom místě, na jednom bodě, v lidském těle. Zcela se tak změnilo chápání podstaty příčin a následků, odhalí se skryté vazby i to, jak se vše přelévá mezi tělem, psychikou i okolním světem.

Odpolední přednáškový blok uvedl doc. MUDr. J. Šimek a Mgr. J. Šimek, kteří posluchačům nabídli srovnání pohledu na intimitu očima psychoanalýzy a transakční analýzy.

Poté MUDr. V. Chvála zprostředkoval posluchačům svou osobní zkušenost z desetileté praxe ženského lékaře a nabídl tak reflexi vývoje vztahu lékaře k intimitě pacienta.

V posledním příspěvku Mgr. R. Stuchlík poukázal na specifika práce s klienty na „malém“ městě jak z pohledu klienta, tak i z pohledu lékaře či terapeuta.

Díky pestrosti programu a jednotlivých podtémat se mohli konference účastnit lékaři, fyzioterapeuti, psychologové, ale i nezdravotníci se zájmem o psychosomatiku.

Všechny případné zájemce bychom rádi upozornili, že jubilejní 10. ročník konference se bude konat již 26. ledna 2019. Zájemce o účast prosíme, aby sledovali naše webové stránky www.ckp-dobrichovice.cz.

V Dobřichovicích 14. 6. 2018

Mgr. Danuše Jandourková





1 INTIMITA V PSYCHOSOMATICE. FOTO KATEŘINA ŠESTÁKOVÁ





2INTIMITA V PSYCHOSOMATICE. FOTO KATEŘINA ŠESTÁKOVÁ



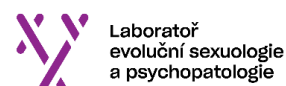


3INTIMITA V PSYCHOSOMATICE. FOTO KATEŘINA ŠESTÁKOVÁ



NABÍDKY, AKCE

POZVÁNKA PRO PACIENTY DO VÝZKUMNÉ STUDIE



MECHANISMY PATOLOGICKÉ KONZUMACE ONLINE PORNOGRAFIE

Vedoucí výzkumného týmu: Mgr. Kateřina Klapilová, Ph.D.

Hlavní řešitel projektu: Timothy Wells, Ph.D.

Kontext studie

Během posledních deseti let exponenciálně narůstá užívání online pornografie. Přibližně u 3-6 % z celkového počtu uživatelů bylo zaznamenáno problematické chování (např. kompulzivní). V současnosti stále neexistuje žádný vhodný psychologický model, který by tento jev vysvětloval a pomáhal řešit. Obecně se soudí, že kompulzivní uživatelé online pornografie vykazují podobné znaky jako lidé závislí na drogách. Náš výzkum se zaměřuje na některé mechanismy související s učením a s citlivostí k odměňování. Rádi bychom zjistili, zda u častých či problémových uživatelů online pornografie odhalíme v těchto mechanismech vzorce typické pro závislost.

Současná studie

Samotný experiment se skládá z pěti jednoduchých úkolů na počítači. Tyto úkoly zahrnují například učení se spojitostí (příčina a následek) mezi podněty a jejich specifickými výsledky a měření výkonnosti při úkolech zaměřených na reakční dobu. Každý úkol je jedinečný a bude trvat 20-30 minut. Účast bude trvat celkem nejvýše 2, 5 hodiny. Před samotným experimentem v laboratoři budou účastníci požádáni o vyplnění několika online dotazníků, které se týkají osobnosti a životního stylu. Za účast ve studii bude vyplacena odměna 400Kč.

Důvěrnost

Veškeré shromážděné údaje budou anonymní a přístupné pouze prostřednictvím identifikačního čísla účastníka. Data nebudou sdílena s nikým mimo výzkumný tým. V průběhu studie od ní může účastník kdykoliv bez udání důvodu odstoupit.



VÝZKUM UŽÍVÁNÍ ONLINE PORNOGRAFIE – HLEDÁME DOBROVOLNÍKY

KOHO: **Heterosexuální muže**
ve věku **18-40 let**, kteří mají
problémy s **nadměrným**
užíváním pornografie.

CO: Vyplníte sérii počítačových testů.
Pokus zabere cca 2,5 hodiny.

KDY, KDE: dohodneme se na individuálním termínu
a místě testování,
případně se můžete dostavit 24. 7. v 9:00
nebo v 17:00 na Fakultu humanitních
studií UK, U Kříže 9, Praha 5.

Pro přihlášení a podrobnější informace pište na:

psychostudienudz@gmail.com

Do předmětu zprávy napište „výzkum léto 2018“

ODMĚNA ZA ÚČAST 400 KČ!

NU^DZ

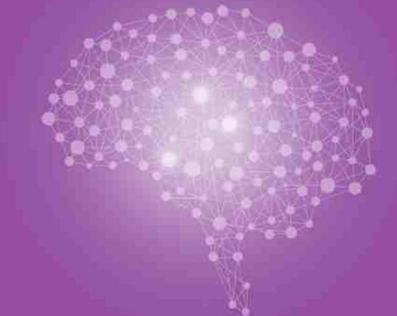


Laboratoř evoluční sexuologie a psychopatologie
Národního ústavu duševního zdraví



FREUDOVY DNY V PŘÍBOŘE 21.-22.9.2018

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA A LÉKAŘSKÁ FAKULTA OU
ve spolupráci s psychiatrickou ambulancí MUDr. Evy Ressnerové



POŘADAJÍ KONFERENCI ZAMĚŘENOU
NA PSYCHIATRICKO-PSYCHOLOGICKÉ PRŮNIKY

**VIII. FREUDOVY
DNY**

VE DNECH 21. - 22. 9. 2018 V PŘÍBOŘE

TÉMA:
PSYCHOSOMATIKA

ODBORNÝ PROGRAM

Jak se dopracovat k vyhoření a Střevní mikrobiom aneb duše v břiše	MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Intimita ve složených rodinách	MUDr. Ladislav Chvála PhDr. Ludmila Trapková
Dějinný vývoj psychosomatického myšlení u nás	MUDr. Michal Kryl
Chronický únavový syndrom včera a dnes	MUDr. Martin Nouza, CSc.
Stres - vše o něm víme a přesto má na nás vliv	MUDr. Jana Peclová
Hranice v psychosomatice	doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.
Nástroje fyzioterapeuta v psychosomatice	Mgr. et Mgr. Jana Týkalová
Psychoterapeutická práce s tělem, přehled metod	MUDr. Alena Večeřová Procházková

ORGANIZAČNÍ GARANCE

Rekval s.r.o.
28. října 68/165
709 00 Ostrava, Mariánské Hory
Ing. Jarmila Kolatová
tel.: 739 227 247, 553 871 113
sekretariat@rekval.cz

ODBORNÁ GARANCE

MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.

Oddělení psychiatrické FN Ostrava
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba
tel.: 597 373 145 / 603 153 019

MUDr. Eva Ressnerová

Psychiatrická ambulance
Bezručova 2, 741 01 Nový Jičín
tel.: 556 703 375 / 604 748 289





KAZUISTIKY V PSYCHOSOMATICE

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

5. ŘÍJNA 2018, 13:45 - 17:00
LÉKAŘSKÝ DŮM PRAHA 2

ADRESA: Lékařský dům, Sokolská 490/31, Praha 2, 120 00

CENA: zdarma, rezervace místa na www.psychosomatika-cls.cz (v sekci akce)
ODBOURNÝ GARANT: MUDr. Vladislav Chvála (Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch)

PROGRAM (navazuje na vědeckou schůzi České psychoterapeutické společnosti)

- 14:05 - 14:20 prezentace psychosomatického pracoviště (MUDr. Michal Kryl)
- 14:20 - 15:05 MUDr. Jaromír Kabát (30' + 15' diskuze)
- 15:05 - 15:15 přestávka
- 15:15 - 16:00 MUDr. Michaela Ročňová (30' + 15' diskuze)
- 16:00 - 16:10 přestávka
- 16:10 - 16:55 MUDr. Barbora Branna (30' + 15' diskuze)
- 16:55 - 17:00 Závěrečné slovo



zajistěte si své místo již nyní na www.psychosomatika-cls.cz (v sekci AKCE)



PSYCHOTERAPIE

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

www.psychoterapie.fss.muni.cz



VYCHÁZÍ

Novinka

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

2., přepracované a aktualizované vydání



V dnešní době je stále aktuálnější seznámit odbornou i širší veřejnost se specifiky osobnosti žáků i klientů s mentálním postižením. Publikace se věnuje jak nezbytnému objasnění terminologie, tak právní úpravě postavení osob s mentálním postižením, jejich diagnostice, vzdělávání a také sociálním službám, jež jsou jim poskytovány.

Text vychází ze současných legislativních norem a ze tří základních stratifikačních systémů, které se postupně implementují v oblasti zdravotnictví (MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví), v oblasti sociálních služeb (SIS – Škála stanovení míry podpory) a ve (speciálním) školství a poradenství (Katalogy posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb a Katalogy podpůrných opatření). Čtenář získá přehled o

osobnostní struktuře člověka s mentálním postižením a o speciálněpedagogické podpoře pro žáky s mentálním postižením, což je nový fenomén v péči o tyto osoby. Publikace se nevyhýbá ani tak citlivé oblasti, jako je projevování emocí, partnerské vztahy a sexualita osob s mentálním postižením. Důraz klade i na roli rodinného prostředí.

Kniha je věnována především psychologům, speciálním pedagogům, psychiatrům, sociálním pracovníkům a studentům těchto oborů a všem, kdo se potřebují zorientovat v této složité problematice.

Mentální postižení

Milan Valenta, Jan Michalík, Martin Lečbých a kolektiv

392 stran, 499 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:

Lucie Švecová

+420 724 626 350, svecova@grada.cz

GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7

www.grada.cz



LITERÁRNÍ KOUTEK

KAREL ČAPEK: O PĚTI CHLEBÍCH

Co proti němu mám? Já vám to povím rovnou, sousede: ne že bych měl něco proti jeho učením. To ne. Jednou jsem poslouchal jeho kázání, a já vám řeknu, málem bych se byl taky stal jeho učedníkem. Tehdy jsem se vrátil domů a povídám svému bratranci sedlářovi, ty, to bys měl slyšet; řeknu ti, je to svým způsobem prorok. Moc krásně mluví, jen co je pravda; zrovna se v člověku srdce obrací; já vám měl tehdy oči plné slz, byl bych nejraději zavřel svůj krám a šel za ním, abych ho už nikdy neztratil s očí. Rozdej všechno, co máš, řekl, a následuj mne. Miluj bližního svého, pomáhej chudým a odpouštěj těm, kdo ti ubližují, a takové věci. Já jsem obyčejný pekař, ale když jsem ho poslouchal, tak vám byla ve mně taková divná radost a bolest, já nevím, jak bych to řekl: taková tíha, že bych klekl na zem a plakal, a při tom tak krásně a lehko, jako by ze mne všechno padalo, víte, všechna starost i zlost. Tak já tehdy povídám svému bratranci, ty troubo, mohl by ses stydět; mluvíš samé hamižnosti, co ti je kdo dlužen a že máš platit tyhle ty desátky a přirážky a úroky; kdybys raději rozdal chudým všechno, co máš, opustil ženu i děti a šel za ním.

A to, že léčí nemocné a posedlé, to bych mu taky nevytýkal. Pravda, je to divná a nepřirozená moc; ale to přece každý vidí, že naši ranhojiči jsou žabaři a ti římští nejsou o nic lepší; peníze brát dovedou, ale když je zavoláte k umírajícímu, tak jenom pokrčí rameny a řeknou, že jste je měl zavolat dřív. Dřív! Má nebožka žena stonala dva roky krvotokem; já ji vodil po doktorech, nemáte ponětí, co peněz to stálo, a nepomohl jí žádný. Kdyby byl on už tehdy chodil po městech, byl bych před ním padl na kolena a řekl: Pane, uzdrav

tuto ženu! A ona by se dotkla jeho roucha a uzdravila by se. Takhle chudák zkusila, že se to ani povídat nedá - To teda bych mu chválil, že uzdravuje nemocné. To víte, felčáři proti tomu křičí, a prý podvod je to a fušerství, a chtěli by mu to zakázat a kdesi cosi; ale to už tak máte ty všelijaké zájmy. Kdo chce pomáhat lidem a spasit svět, vždycky naráží na něčí zájem; všem se nemůžeš zavděčit, to jinak nejde. Říkám, uzdravovat může a třeba i mrtvé ať křísí; ale to s těmi pěti chleby neměl dělat. Jako pekař vám řeknu, že to byla velká křivda na pekařích.

Vy jste tu věc o těch pěti chlebích neslyšel? To se divím; všichni pekaři jsou zrovna bez sebe nad tím případem. Tak prý za ním přišel veliký zástup na místo pusté, a on uzdravoval jejich nemocné. A když bylo k večeru, přistoupili k němu učedníci jeho, řkouce: "Pusté jest místo toto, a čas již pominul. Propuť zástupy, ať jdouce do městeček, nakoupí sobě pokrmů." On pak řekl jim: "Není jim potřeba odcházeti, dejte vy jim jísti." A oni řkou jemu: "Nemáme zde, než pět chlebů a dvě rybě." On pak dí jim: „Přinestež mi je sem.“ A rozkázav zástupu posaditi se na trávě, a vzav těch pět chlebů a dvě rybě, vzhlédl v nebe, požehnal, a lámaje, dával učedníkům ty chleby, a učedníci zástupům. I jedli všichni a nasyceni jsou. I sebrali, což zbylo drobtů, dvanácte košů plných. Těch pak, kteříž jedli, bylo okolo pěti tisíců mužů, kromě žen a dětí.

Uznejte, sousede, že tohle si žádný pekař nedá líbit; jak by k tomu přišel, ne? Kdyby se to mělo stát zvykem, že by kdekdo pěti chleby a dvěma rybičkami nasytil pět tisíc lidí, pak aby se šli pekaři pást, nemám pravdu? Co se týče těch



rybiček, vem to nešť; ty rostou ve vodě samy a může si je nalovit, kdo chce. Ale pekař musí draho kupovat mouku a dříví, musí mít pomocníka a vyplácet mu mzdu; musí si držet krámek, musí platit daně a kdecu, takže nakonec je rád, zbude-li mu nějaký groš na živobytí, aby nemusel žebrot. A on, on jenom vzhledne k nebi a má dost chleba pro pět nebo kolik tisíc lidí; mouka ho nestojí nic, nemusí si bůhvíodkud nechat vozit dříví, žádné výlohy, žádná práce, - to se rozumí, pak ty chleby může lidem dávat zadarmo, no ne? A na to nekouká, že tím okolní pekaře připraví o poctivě zasloužený výdělek! Říkám vám, nekalá soutěž je to, a mělo by se mu to zatrhnout. Ať tedy platí daně jako my, chce-li provozovat pekařství! Na nás už chodí lidé a říkají, jak to, takové nekřesťanské peníze chcete za tenhle mizerný bochánek? Zadarmo to máte dávat, jako on, a jaký prý to je chlebiček: bílý, křoupavý a voňavý, že by se na něm člověk ujedl. – Už jsme museli snížit cenu pečiva; na mou čest, dáváme je pod výrobní cenou, jen abychom nemuseli zavřít krámy; ale kam to takhle povede, nad tím nám pekařům stojí hlava. Prý na jiném místě nasýtil čtyři tisíce mužů kromě žen a dětí sedmi chleby a několika rybičkami, ale tam sebrali jenom čtyři koše drobtů; taky mu už asi ten jeho

podnik tak dobře nejde, ale nás pekaře zničí nadobro. A já vám tadyhle říkám, že to dělá jenom z nepřátelství k nám pekařům. Obchodníci s rybami sic taky křičí, ale to víte, ti nevědí, co za své ryby chtějí; to dávno není tak poctivá živnost jako pekařský stav.

Koukejte se, sousede: já jsem jednou starý člověk a jsem na světě sám; nemám ženu ani děti, tak copak já potřebuju. Tuhle jsem už říkal svému pomocníkovi, aby si mou pekárnu uvázal na krk sám. Mně tady nejde o můj prospěch; na mou duši, nejrady bych opravdu rozdál svůj nepatrný majetek a šel za ním a pěstoval lásku k bližnímu a všechno, co on káže. Ale když vidím, jak se postavil proti nám pekařům, tak si říkám: To zas ne! Já jako pekař vidím, že tohle není žádná spása světa, ale hotová pohroma pro naši živnost. Mně to je líto, ale to mu nedaruju. To nejde.

Rozumí se, podali jsme na něho stížnost k Ananiášovi i k místodržícímu, jako pro rušení živnostenského řádu a pro pobuřování; ale to víte, jak u těch úřadů všechno jde na dlouhé lokte. Vy mě znáte, sousede; jsem mírný člověk a nehledám s nikým rozbroje; ale kdyby on přišel do Jerusalema, postavím se na ulici a budu volat: Ukřižujte ho! Ukřižujte ho!

Karel Čapek: Kniha apokryfů



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

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

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

Nezbytné položky:

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

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

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

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

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



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

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

