

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 3-4/2020 dne 30. 11. 2020, recenzní řízení bylo uzavřeno 15.11.2020

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor webu Web7master s.r.o., www.web7master.com

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Vychází 4× ročně



TIRÁŽ

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/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
 Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
 Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
 PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
 Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Pro mente sana, Bratislava, Slovenská republika
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
 Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF
 PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 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. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha
 MUDr. Alena Večeřová-Procházková, MS Psychiatrie, Praha 4 - Spořilov Praha
 PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
 PhDr. Ludmila Trapková, ordinace klinické psychologie 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. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



OBSAH

Editorial

Vladislav Chvála: <i>mlčeti zlato</i>	94
---	----

Pro praxi

Zuzana Lapková: <i>Hranice psychosomatické konzultace a psychoterapie z pohledu somatické lékařky</i>	97
---	----

Teorie

Petr Kolář: <i>Pátrání po původu psychosomatického myšlení v díle Georga Groddecka</i>	107
--	-----

Výzkum

Kelčíková S. ¹ , Mazúchová L. ¹ , Melchioryová P. ¹ , Kelčík R. ² : <i>Rozhodující faktory motivácie žien vo vzťahu k preventívnej gynekologickej prehliadke</i>	117
--	-----

Úvahy, reflexe

Stanislav Komárek: <i>Zapovězené myšlenky</i>	130
Eva Křížová: <i>Foucaultova intelektuální vize se stává zjevným proroctvím</i>	133

Recenze

David Skorunka: <i>Mysl, mozek a vztahy optikou interpersonální neurobiologie</i>	136
Radkin Honzák: <i>Recenze knihy Ladislav Kabelka: Nemocné rozhovory (vydává Grada)</i>	142
Alena Večeřová: <i>Procházková přečetla za vás: Tatiana Neves: Život v zrcadle psychoterapie</i>	143

Politika, koncepce

Vladislav Chvála: <i>Potřebuje psychosomatická medicína kódy lékařských výkonů?</i>	145
Memorandum mezi Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP a Českou psychoterapeutickou společností ČLS JEP.....	151

Vychází

PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA 2020: NÁSTROJE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY.....	153
Psychosociální podpora při úmrtí miminka.....	155
Plháková Alena: <i>Dějiny psychologie</i>	156
Psychopatologie.....	157

Informace

RODINNÁ TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI (L.TRAPKOVÁ & V.CHVÁLA).....	158
---	-----

Literární koutek

Karel Čapek: <i>ZÁVRAŤ</i>	159
----------------------------------	-----





EDITORIAL



VLADISLAV CHVÁLA: MLČETI ZLATO

Ale co mi zbývá, někdo úvodník napsat musí. I když, jak říkám, mlčeti zlato. Pandemie přišla s podzimem ve své druhé vlně v podobě mnohem méně virtuální, než jak jsme ji tady v Čechách zakusili s příchodem jara. A to byla past. Zdálo se, že celý ten humbuk kolem pandemie je jen planý poplach, jaký se zdálo před časem WHO vyvolávat kolem ptačí a prasečí chřipky. Nemocné vidět nebylo, ale marně nakoupené zásoby antivirotik ve skladech rezerv státu po jejich expiraci ano. To, v kombinaci s nezvyklým omezením svobod, zřejmě zmátlo překvapivě především psychosomatiky. Bojovníci za svobodu a proti omezením vydali petici. Fakt, že z devíti signatářů se šest tak či onak zabývá psychosomatikou (i když jeden z nich jako zvěrolékař), nemůže zastříti ani postava pana profesora Pirka mezi nimi. Vůbec nechci polemizovat s tou či onou stranou konfliktu, zda roušky ano

nebo ne, zda zavřít hospody nebo školky, dovolit svatby nebo pohřby? Vydávám Psychosom, zase dvojčíslo, v tomto roce druhé, tak se chci držet svého tématu. Ale není snad pro časopis, který se věnuje rozvoji psychosomatického myšlení v našich krajích pozoruhodným tématem fakt, že tak vysoké procento zastánců psychosomatiky se ocitlo na druhé straně pomyslné bariéry proti ostatním lékařům a zdravotním sestrám, zavaleným skutečnými těžce nemocnými pacienty s covidem? Karel Čapek napsal v jedné z povídek z druhé kapsy už dávno: „...poslouchejte, já jsem pozoroval, že jakmile se někdo stane vynikajícím odborníkem, tak v něm jakýmsi vnitřním procesem vznikne především stanovisko. Takový specialista potom říká: Pane kolego, z mého stanoviska je to ovšem tak a tak. A druhý mu namítne: Ano, pane kolego, ale z mého stanoviska se věc má



diametrálně jinak. Já myslím, že by se měla stanoviska odkládat v předsíni jako klobouky a hole; jakmile někam pustíte člověka se stanoviskem, tak tam jistě natropí nějakou škodu nebo se aspoň nepohodne s těmi ostatními.“ Takže nic nového pod sluncem? Povídku celou si můžete přečíst v Literárním koutku. Tam chceme ukazovat, že na psychosomatice není zas nic tak moc nového, a Karel Čapek nám to ukazuje měrou vrchovatou.

Nebude to asi náhoda, ten zvýšený zájem o svobodu v řadách zastánců psychosomatického myšlení. Svoboda myšlení jde ruku v ruce se svobodou léčení, a to je téma pro psychosomatiku. Krásně to čtenář může vidět ve výborné kazuistice v rubrice Pro praxi Zuzany Lapkové. Paní doktorka popisuje, jak se dostala k psychosomatice a jak hledá hranici mezi psychosomatikou a psychoterapií. Když jsme zakládali první psychosomatická pracoviště v obnovené demokracii, namítali někteří psychiatři, že si prý „*chceme vzít ty lepší pacienty a jim nechat jen ty těžké psychiatrické*“. A mysleli to snad vážně. Paní doktorka Lapková ukazuje, jak těžké je dostat se k podstatě jejich stonání. Doufáme, že budeme moci brzy publikovat další výborné kazuistiky, se kterými chodí k atestaci z psychosomatiky další lékaři. Jsou to vynikající práce, ale ne vždy je lze publikovat (z etických důvodů).

K historii psychosomatického myšlení se dostává ve své práci mladý pan kolega Petr Kolář. Ve svém „Pátrání po původu psychosomatického myšlení v díle Georga Grodecka“ představuje našemu čtenáři vynikajícího lékaře, který ovlivnil především německou psychosomatiku, ale u nás příliš znám není.

V oddíle Výzkum pokračují naše slovenské kolegyně ve svých výzkumech v oblasti ženského lékařství, tentokrát se věnují

faktorům, podle kterých si ženy vybírají svého gynekologa nebo gynekoložku. Asi vás nepřekvapí, že nejvýznamnějšími faktory „...sú dôvera, diskretnosť, citlivý prístup, komunikácia a odbornosť gynekológa/čky. V kontexte tejto problematiky vždy bude záležať na prístupe ako lekárov, tak hlavne samotných žien k preventívnej prehliadke a všeobecne k prevencii ochorení.“ Takže bychom se někdy dočkali toho, že se na lékařských fakultách bude věnovat mnohem více prostoru teorii a nácviku komunikace? Moc nadějně to asi není, podle toho, co píše ve své recenzi na třetí vydání Siegelovy světově proslulé učebnice „Mysl, mozek a vztahy optikou interpersonální neurobiologie“ David Skorunka. Dokladů o tom, jak významné pro naše zdraví jsou vztahy a komunikace, snad nemůže být více. Ale ani to zřejmě s organizací naší medicíny nehne. Ne, tak skeptický bych neměl být. Za posledních deset let se toho podařilo hodně, i když přesvědčit vedení lékařské komory se nepodařilo, stále bojují proti psychosomatice, i když to nebrání LK akreditovat kurz ing. Hekelové v komunikaci pro lékaře.¹ A kdo blokuje možnost získat zkoušku ze systematické psychoterapie pro lékaře, kteří si už samo našli cestu k solidnímu vzdělání v této oblasti, to si vůbec netroufám odhadnout. Nechci být tvůrcem dalších teorií spiknutí, když navíc, jak známo „mlčeti zlato“. Tak uvidíme, jak bude reagovat systém na pokus o prosazení kódů za psychosomatickou péči pro lékaře, kteří už atestací mají. Zatím totiž jsou za své vzdělání po zásluze potrestáni významně sníženým příjmem, pokud tráví se svými pacienty více času na stejné kódy, jako ostatní kolegové. A jinak to v psychosomatice nejde než věnovat pacientovi čas lékaře. Jiné nástroje totiž nemáme. Fakt, že za léta od vzniku bodového systému u nás došlo k významné devalvaci faktoru času, kterým je každý výkon dotován, vědí všichni.

¹ 49/20 Ten druhý není hloupý – je jiný (i ve zdravotnictví) - online



Nikomu to nevadí, ale prosadit v téhle situaci nárok na zaplacení skutečného času s pacientem zdá se být troufalost.

ZA redakci přeji krásné a klidné Vánoce. Věřím, že tento advent bude jeden z neklidnějších za mnoho let. Díky koronaviru.



MUDr. Vladislav Chvála
Kryštofovo Údolí 22. 11. 2020



PRO PRAXI



ZUZANA LAPKOVÁ: HRANICE PSYCHOSOMATICKÉ KONZULTACE A PSYCHOTERAPIE Z POHLEDU SOMATICKÉ LÉKAŘKY

SOUHRN: LAPKOVA Z.: HRANICE PSYCHOSOMATICKÉ KONZULTACE A PSYCHOTERAPIE U POHLEDU SOMATICKÉ LÉKAŘKY, PSYCHOSOM 2020, 18 (3-4). S. 97-106

Hlavním tématem v článku je schopnost lékaře rozpoznat hranice mezi psychosomatickou konzultací a psychoterapií. Každý lékař, jakéhokoli základního oboru medicíny, který se věnuje vzdělávání v psychosomaticce a nemá psychoterapeutický výcvik se dostane na toto rozmezí. Kam až může dojít a neublížit? Primum non nocere. Otevírá se téma důležitosti sebezkušenosti a sebereflexe a poznávání vlastních emocí a pocitů, které jsou na terapeuta přenášeny v průběhu konzultace. Prožívání vlastních pocitů v terapeutickém vztahu, nikoli detaily pacientova příběhu, jsou hlavním sdělením této kazuistiky.

KLÍČOVÁ SLOVA: HRANICE, SEBEZKUŠENOST, SEBEREFLEXE, PROŽÍVÁNÍ, TERAPEUTICKÝ VZTAH

SUMMARY: LAPKOVA Z.: THE BOUNDARIES OF PSYCHOSOMATIC CONSULTATION AND PSYCHOTHERAPY FROM THE PERSPECTIVE OF A SOMATIC DOCTOR. PSYCHOSOM 3-4_2020, PP. 97-106

The main topic of the article is the doctor's ability to recognize the boundaries between psychosomatic counseling and psychotherapy. This topic is known to any doctor, any basic field



of medicine, who is engaged in education in psychosomatics and does not have psychotherapeutic training. How far can we go and do not hurt? Primum non nocere. The article opens the topic of the importance of self-experience and self-reflection and learning about self-emotions and feelings, which are transmitted to the therapist during the consultation. Experiencing own feelings in a therapeutic relationship, not the details of the patient's story, are the main message of this case study.

KEYWORDS: BOUNDARIES, SELF-EXPERIENCE, SELF-REFLECTION, EXPERIENCING THERAPEUTIC RELATIONSHIP

ÚVODEM

Pracuji jako lékařka v ambulanci alergologie a imunologie, dětské pneumologie a provozuji také respirační fyzioterapii, která je součástí komplexní péče o pacienty s chronickými, většinou respiračními onemocněními.

V medicíně se od dob mých studií změnilo mnoho, tedy ve smyslu nových biologických objevů, lékařských postupů, ale méně v přístupu k pacientům, lékařům a studentům. Jsem hodně citlivý člověk, a tak jsem si brzy začala uvědomovat, jak důležitý je vztah s pacientem. Kolik pacientů si přijde popovídat, kolik jich potřebuje potvrzení, že jsou nemocní, kolik z nich se zlobí, že jim nic nepomůže, od bolesti, dušnosti, kašle, nemoci a tak. Někteří z nich jsou nespokojení až zoufalí, ale jakoby uvízlí v té nemoci. Brzy jsem si uvědomila, jak mé pacienty vnímám já. Je to směs všech emocí a pocitů. Někdy jsem zvědavá a těším se, co mi povědí, někdy cítím napětí, stažení krku. Tohle jsem si uvědomovala dávno a postupně narůstal pocit, že jakkoli si vážím všech mých znalostí a specializací, jenom s nimi nevystačím. Začala jsem se více zajímat o přenos a protipřenos. Chtěla bych jim lépe rozumět a naučit se s nimi pracovat. Během let jsem začala vnímat i vliv různých událostí v životě pacientů na jejich zdraví.

Tohle všechno mě vedlo nakonec k tomu, že jsem se přihlásila do nástavbového

specializačního kurzu v psychosomaticce, abych v červnu 2020 složila atestaci. Tahle atestace má v mém životě jiný smysl než ty předchozí, nejlépe to lze vystihnout slovy, že k této atestaci jsem dozrála. Za vzdělávání v tomto oboru jsem vděčná, zvláště za sebezkušenost, kterou jsem absolvovala s MUDr. Radkinem Honzákem a MUDr. Alenou Večeřovou-Procházkovou. Neméně významná byla stáž na Psychosomatické klinice pod vedením školitele MUDr. Jaromíra Kabáta. A to skvělé, co mě doufám ještě bude dlouho těšit, jsou nové kontakty a přátelství s kolegy, kteří se o psychosomatické souvislosti zajímají.

Do atestační kazuistiky jsem si vybrala pacientku, se kterou jsem velmi rychle navázala terapeutický vztah. Překvapil mě její příběh, který bych ani při podrobném alergologickém vyšetření neodkryla. Když jsem dostala možnost kazuistiku uveřejnit v Psychosomu, velmi mě to potěšilo. Vzhledem k tomu, že jsem nepředpokládala, že by pacientka souhlasila s uvedením jejího příběhu a detailů vztahů v její rodině, napadlo mě jiné řešení. Rozhodla jsem se sdílet své pocity, které mě provázely během našich konzultací s tím, že podrobnosti ze života pacientky zveřejňovat nebudu. Přiznávám, že to je pro mě výzva, v téhle chvíli ani nevím, zda to bude splnitelné a smysluplné. Tak uvidíme.



TEORETICKÝ ÚVOD

Literatury o psychosomatice existuje hodně, odborné i té méně odborné. Vzpomínám na první knížky, kde jsme hledala, jak spolu zdraví a psychosociální okolnosti souvisí. Jedním z titulů, který bezesporu mezi odborné patří, byla **Psychosomatika** od Gerharda Danzera, a to i přesto, že sám autor uvádí, že je tato kniha koncipována jako „knihy ke čtení“. Kniha má dvě části, obecnou a speciální, kde jsou představeny konkrétní obrazy nemoci z pohledu lékaře psychosomatika. V obecné části je podrobněji samotný pojem psychosomatika zkoumán. Autor vychází z předpokladu, že u člověka vlastně nikdy neonemocní primárně jen duše, duch nebo tělo, vždy ochoří celá „bio-psycho-sociální jednotka člověk“, i když se přitom do popředí dostanou jednotlivé aspekty (1).

Zvažuje různé pohledy psychosomatiky, z pohledu pacienta, zdraví, nemoci a lékařství. V kapitole **Školy a směry psychosomatiky** jsou historické náhledy do německých škol psychosomatiky, Berlínská a Heideberská škola, dále daseinsanalytická a hlubinně psychologicky ovlivněná psychosomatika. Pohled do různých psychoterapeutických směrů je zajímavý, a to nejen z historického hlediska. Psychosomatika je zde, z mého úhlu pohledu, vnímána jakou součástí psychoterapie. Odpověď na to, co je hranice psychoterapie, která patří do rukou terapeuta s psychoterapeutickým výcvikem a psychosomatické konzultace, kterou provádí lékař s psychosomatickou atestací, jsem v této široce nahlízející knize ale nenašla.

Doporučenou literaturou psychosomatického vzdělávání je kniha **Základní psychosomatická péče** od německých autorů Wolfganga Trese, Johannese Kruse a Jurgena Otta. Vždyť právě v Německu bylo zavedení základní psychosomatické péče již

v roce 1984. Bazálním konceptem je cyklický maladaptivní vztahový kruh, který odhaluje primární vztahové vzorce, prostřednictvím introjekce, internalizace a identifikace (2). V kapitole **Cíle a metody léčby v základní psychosomatické péči**, se již k hranicím psychosomatiky dostáváme. Definovaným cílem základní psychosomatické péče je co možná nejčasnější diferenciálně-diagnostické vyjasnění komplexních klinických obrazů nemoci (současné somatické, psychické a psychosociální aspekty) (3). A pokud lékař usoudí, že je to nutné, doporučí pacientovi psychoterapii. Na druhou stranu, to nepotřebují všichni pacienti. Těm, kterým stačí základní psychosomatická péče, lékař s psychosomatickým vzděláním může poskytnout verbální intervenci, kdy zohledňuje a využívá pro nemoc specifické interakce mezi ním a pacientem, v nichž se znázorňuje vztahově-patologický základ nemoci (4). Je doporučeno psychoterapeuticky zaměřené vedení rozhovoru, které podněcuje introspekci pacienta, jeho vhled do psychosomatických souvislostí nemoci a projasňuje význam konfliktů, které nemoc způsobují. Jsou doporučena i nácvikové a sugestivní techniky, jako například autogenní trénink a další uvolňující metody. Ve smyslu základní celostní terapie jsou jak verbální intervence, tak nácvikové-sugestivní metody v rovnováze se somatickými léčebnými přístupy, jako například s cílenou a časově omezenou psychofarmakoterapií, jejíž opomenutí může představovat chybu v odborném přístupu (5). Hranice psychosomatiky a psychoterapie lze tušit, ale nevím, zda je možné je po přečtení této základní psychosomatické učebnice jasně cítit a rozumět jim.

Michael Balint vycházel z předpokladu, že lékařova osobnost může na pacienta působit jako placebo. Učil lékaře, aby svoji osobnost používali ve prospěch léčby a využívali



pozitivní a otevřený vztah k pacientům k usnadnění procesu léčby (6).

V termínech dnešní psychologie můžeme říci, že se zabýval psychosomatickou stránkou nemoci, vztahem mezi lékařem a pacientem a využitím tohoto vztahu k lepší complianci a adherenci pacienta (7).

Jan Poněšický ve své knize „Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky“ klade otázku, jaký druh psychoterapie je u psychosomatických pacientů nejefektivnější. Připomíná, že psychosomatická onemocnění představují naši tělesnou reakci na nějakou zátěžovou situaci, se kterou si jinak nedokážeme poradit a kterou často ani dostatečně jasně nevnímáme, protože se naše schopnost to vnímat buď nevyvinula, nebo je potlačena. Nedoporučuje čistě psychoanalytickou terapii, ale ani čistě nácvikovou, behaviorální terapii nebo hypnózu bez konfrontace s dosavadními traumaty a funkcí těla, které na tyto situace reaguje.

Ideální by byla tedy terapie, kde bychom spojili vhléd do našeho vnitřního života s léčbou zaměřenou na tělesnost a na nácvik nových interakcí spolu s jejich aplikací v osobním životě (8). Pro psychosomatické pacienty doporučuje Interakční psychoterapii. Tím je pacientovi umožněno získávat nové zážitky, korektivní zkušenosti, kdy terapeut cíleně reaguje jak na vyhybavé chování pacienta, tak i na jeho pokusy o autentičtější a emotivnější, diferencovanější prožívání a chování (9). Zároveň doporučuje nepřeceňovat svoji vlastní naučenou terapeutickou metodu a nárok na perfektnost.

PRVNÍ SETKÁNÍ A ALERGOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Pacientka přichází k alergologickému vyšetření se zcela běžnou až banální diagnózou chronického kašle, který je zároveň skoro nejčastější diagnózou na alergologii. Je to mladá slečna, ve věku 25 let, kterou

Zdůrazňuje naopak osobnost terapeuta a kvalitu jeho vztahu k pacientovi.

Dovolím si uvést ještě u nás dobře známého autora Irvina D. Yaloma, dlouholetého psychoterapeuta, který miluje a velmi dobře zná své povolání. Z jeho četných titulů si dovolím uvést jeden, který je průvodcem psychoterapií, **Chválu psychoterapie**. Kniha je populárně odborná a nabízí autorovy myšlenkové pochody, které se v jeho psychoterapeutické praxi osvědčily. Tento titul uvádím proto, že mě na tu hranici psychoterapie pocitově dovedl, z jednotlivých kapitol je zřejmá jeho terapeutická dovednost a zároveň lehkost sdělení. I když si v té knize ráda čtu, nelze ji chápat jako návod pro každého. Ostatně sám autor to takto popisuje. Nechápejte tedy mé typické intervence jako specifické recepty jak postupovat, představují můj vlastní styl a hlas. Mnoho studentů zjistí, že jim osobně sedí jiné teoretické polohy a technické styly (10).

Důsledné rozlišování psychosomatické péče a psychoterapie u nás lze najít u Chvály a Trapkové, kteří za hlavní nástroj psychosomatického lékaře pokládají systematické myšlení a respekt jak k biologickým, tak k psychologickým, ale i sociálním aspektům stonání. Při intervenci v kterékoli této vrstvě dochází k vyladění ostatních dvou vrstev. Psychosomatický lékař s rozšířeným vzděláním v psychologických i sociálních vědách může tak činit vědoměji než lékař orientovaný pouze na biologické aspekty. (11)

trápí asi čtyři roky chronický kašel. Má za sebou vyšetření v plicní ambulanci, ORL i gastroenterologii, žádné z provedených vyšetření ale dosud nepomohlo vyjasnit příčinu obtěžujícího kašle. Ani z mého



alergologického vyšetření nevyplývalo žádné vážné podezření na astma bronchiale nebo jiné respirační zánětlivé či alergické onemocnění. Kožní alergologické testy i spirometrické vyšetření byly v normě. Již při prvním setkání jsme se domluvily na psychosomatické konzultaci. Tuší, že klinické projevy kašle mají širší souvislosti, ale nerozumí tomu. Umí poznat, zda kašle při nachlazení nebo jinak. Jednou měla záchvaty kašle, dechovou tíseň a bušení srdce tak velké, že si zavolala RZP, ale nic vážného se nenašlo a bylo jí sděleno, že prodělala panickou ataku. Několik měsíců pak docházela na psychoterapii, to jí hodně pomohlo cítit se lépe.

Poznámka z fyziologie

Kašel je symptom, který je primárně obranný. Je to obranný reflex, který odstraňuje cizí částice, plyny a sekrety z dýchacích cest. Sliznice dýchacích cest má schopnost tvořit hlen, který obalí to, co je potřeba odstranit (odumřelé buňky, bakterie, viry a nečistoty) a díky řasinkám na epitelu dýchacích cest je hlen posouván orálním směrem, tedy ven z dýchacích cest. Mukociliární transport je velmi důležitá složka neimunologické ochrany dýchacích cest. Pokud kašel není efektivní a hlen v dýchacích cestách zůstává, například u pacientů s primární ciliární dyskinezi, kde jsou řasinky nepohyblivé nebo se nepohybují správně, hlen se hromadí v dýchacích cestách a poškozuje je mechanicky i chronickým zánětem. Uvádím to proto, abych zdůraznila důležitost kašle jako obranného mechanismu a zároveň připomínám, že se

kašel, stejně jako každý jiný obranný mechanismus, může obrátit proti danému jedinci. Akutní kašel trvá většinou 2–4 týdny, pokud trvá déle než 8–12 týdnů, je to už kašel chronický. U pacientů, kteří přicházejí do mé ordinace k vyšetření, je běžná doba kašle několik měsíců až let. Kašel je symptom, nikoli diagnóza. Při pátrání po příčině chronického kašle procházejí pacienti celou řadou vyšetření. Většinou začíná tato cesta u praktického lékaře, dále ORL, plicní vyšetření, zobrazovací metody, rentgen hrudníku, někdy CT hrudníku a funkční plicní vyšetření, spirometrie a bronchodilatační nebo bronchoprovokační testy. Alergologické a imunologické vyšetření je obvyklou součástí tohoto kolečka. Pokud tato vyšetření příčinu nevysvětlí, bývá kašel označován jako psychogenní. Tam většinou pátrání na nějakou dobu skončí. Celostní pohled na pacienta ale může rozkrýt zajímavé psychosomatické souvislosti.

Domluvily jsme si předběžně alespoň tři setkání, nakonec jich bylo sedm. Ke každému se krátce zmíním. Zakázkou pacientky bylo více rozumět svému tělu.

Reflexe vlastního prožívání

Pokud mohu porovnat pocity při první psychosomatické konzultaci a při prvním vstupním alergologickém vyšetření, byly velmi rozdílné. Při psychosomatické konzultaci jsem cítila nervozitu, chyběla mi rutina běžné praxe, klid zkušené lékařky. Ta nervozita mě rušila, chtěla jsem více vnímat nejen pacientku, ale i mé pocity.

PŘÍBĚH PACIENTKY

Během dalších setkání mi vyprávěla příběh své rodiny, který byl velmi překvapující. Komplikované vztahy v rodině, někdy až bizarní obrazy, které v tomto sdělení nebudu, s ohledem na pacientku, podrobně uvádět. Myslím, že podrobnosti důležité nejsou.

Uvedu jen rámeček příběhu. Velmi dusivé prostředí od raného dětství, skoro denní hádky i fyzické násilí rodičů, strach z otce, který svou slabost utápěl v alkoholu, násilném chování vůči matce. Matka je nestabilní, histrionská a manipulativní. Vyhýbá



se hlubšímu rozhovoru o minulosti, kterou překrucuje a upravuje podle toho, jak se jí hodí. I když spolu rodiče nežijí, spokojení nejsou. Rody matky a otce se nesnášejí, dělají si naschvály, a přesto, že žijí v nedaleké vzdálenosti, nestýkají se a ani společensky spolu nekomunikují.

Už jste podobný příběh někdy slyšeli? Myslím, že ano, a další detaily nejsou potřebné. Na druhou stranu platí, že každé pátrání po tom, co znamená příznak, se kterým pacient přichází, je naprosto jedinečné. Bývá překvapivé, co všechno prožíváme a jak na to naše tělo reaguje. Někdy je pochopitelné, proč se symptom tak urputně drží, je to ochrana, která umožní jednodušší nebo méně bolestivé prožívání nebo přežívání. To už je jakási volba, nevědomá a někdy i vědomá, konkrétního člověka. Příběh je důležitý pro každého jedince, ale v tomhle sdělení se pokouším popsat pocity terapeuta, psychosomatika, který má sice dlouhodobé zkušenosti s pacienty, ale v psychosomatickém vyšetření teprve sbírá zkušenosti.

Reflexe vlastního prožívání a hypotetizování

PSYCHOSOMATICKÁ KONZULTACE NEBO PSYCHOTERAPIE?

Mám potřebu pacientku pojmenovat. Budu jí říkat Katka. Zvažuji, na kolik jsou podrobnosti příběhu důležité. Určitě ano, ale také je možné se bez nich obejít. Každý terapeut nebo lékař, který má empatický vztah s pacientem, si umí velmi dobře představit, že vztahy v rodinách nejsou vždy dobré, že sdělení pacientů bývají překvapivá, často frustrující, smutná i neuvěřitelná, vzbuzující soucit a údiv. Prožívání příběhu pacienta se zesílí, pokud nám připomíná někoho z vlastní rodiny. Ještě tak umět uchránit se od předčasných interpretací, umět si poradit s protipřenosem, porozumět vzteku, který cítíme na rodiče i širší rodinu pacienta. V mém případě přestat v duchu

Na konci tohoto setkání jsem byla zahlcená informacemi. Počáteční mírné napětí bylo pryč, vystřídal ho pocit únavy. Zároveň i docela dobrý pocit spolupráce a důvěry. Při prvním alergologickém setkání byla pacientka tichá, spíše nenápadná. Na psychosomatické konzultaci to bylo úplně jiné, hodně vyprávěla, takže otázek z mé strany bylo jen několik. Zpočátku jsem byla mírně nervózní, měla jsem obavy, zda splním očekávání pacientky. Složitost jejich rodinných vztahů mě překvapila a také to, jak, na rozdíl od prvního setkání hodně vyprávěla. Cítím se zasypaná informacemi, je toho na mě moc. Mám možná podobný pocit jako pacientka, na kterou je toho také hodně. Ve fantazii si představuji, jak se potřebuje obtíží zbavit kašlem. Tělo se nějak hlásí ke slovu. Na konci sezení jsem unavená.

Od tohoto setkání jsem zvažovala, že si ji vyberu do mé kazuistiky. Zvažovala jsem i jiné pacienty a jejich příběhy. U této pacientky mě přesvědčila hlavně její chuť spolupracovat a asi trochu i fakt, že mám skoro stejně starou dceru.

dávat matce přezdívkou manipulátorka a otci slaboch. Sebereflexe a sebezkušenost jsou důležitou částí přípravy v psychosomatické.

Při třetím setkání s Katkou jsem měla dobrý pocit. Nějak jsem si informace po dvou týdnech srovnala a utřídila. Počáteční nervozita ani nebyla. Mluvily jsme hodně o emocích a jejich projevech v těle. Katka si více všímala, kdy se kašel objevuje a co cítí. Měla jsem pocit, který asi nejlépe vystihuje slovo jednoduchost. Vše šlo hladce. Až moc. Takový klid před bouří. Dávala jsem si pozor, abych zůstala ve svých otázkách neutrální k rodičům Katky. Svoje názory na ně



jsem si nechávala pro sebe a hledala u sebe pochopení. Oni oba to také neměli jednoduché, oba dva měli velmi komplikované vztahy ve svých rodinách. Jenom to břemeno nešťastných vztahů oba předávají dál.

Když jsme se setkali po čtvrté, příjemný pocit přetrvával. Katka se učila poznávat pocity, které vyvolaly některé emoční stavy. Více vnímala svoji osobnost, vymezovala se vůči okolí doma i v práci. Dokonce se zdálo, že se zlepšily vztahy v rodině. Pamatuji si na dobrý pocit z terapie. Katka byla k terapii motivovaná, je spokojená a já uvažuji o ukončení našich psychosomatických konzultací. Domlouváme si ještě jedno setkání a já mám pocit z dobře odvedené práce.

Další naplánované setkání se nekonalo. V den setkání jsem dostala e-mail, ve kterém se omlouvá, protože z důvodu nemoci nemůže přijít.

Reflexe, reflexe, reflexe

Byla jsem zklamaná. Zaskočilo mě to. Uvědomila jsem si, jak mě mrzí, že pacientka nepřijde. Na konzultaci jsem byla připravená, počítala jsem s tím. Překvapilo mě, že mám obavu, zda bude mít o další setkání zájem. Mail, ve kterém mi sdělovala, že nepřijde, byl strohý, žádné informace o tom, jak a čím onemocněla. Ten dobrý pocit z předchozí konzultace se změnil na pocit nejistoty.

Asi po dvou týdnech jsem jí napsala, jak se má a kdy se uvidíme. Byla jsem ráda, když mi přišla kladná odpověď a domluvily jsme si další setkání.

Zájem pacientky o další setkání mě potěšil. Zamýšlím se nad projevenou účastí z mé strany. Je pro mě přirozené mít zájem o své pacienty, těší mě jejich zpětná vazba. V tomto případě si uvědomuji, že je můj zájem o pacientku větší, než je běžné. Tahle sebereflexe mě dovádí k tomu, že si uvědomím silný protipřenos. Katka je přibližně stejně stará jako moje dcera, se kterou mám velmi blízký vztah. Jsou to již dva

roky, co se má dcera osamostatnila, odstěhovala z rodinného hnízda. Víím, že osamostatnění mé dcery pro mě nebylo jednoduché. Přenos a protipřenos vzniká v každém terapeutickém vztahu, ale pouhá sebezkušenost, kterou jsem absolvovala v rámci psychosomatické přípravy, nestačí. Uvědomuji si hranici, kterou bych neměla překročit, jsem somatický lékař s psychosomatickým náhledem, ale nejsem psychoterapeut. Umím si dobře uvědomit, co cítím, ale jak s tím pracovat a ochránit pacienta?

K pátému setkání došlo až po třech měsících od poslední uskutečněné konzultace. Katka prodělala virový infekci s febriliemi, zimnicí, necítila se dobře, kašel se vrátil. Pak odjela za rodinou, domů, kde se stav ještě zhoršil, kašel ji dusil a přetrvává pořád. Dusily ji i rodinné vztahy, také to, že komunikace s rodiči je spíše nekomunikace, překrucují a zatajují se příběhy jejího dětství, v rodině si dělají různé naschvály. Absurdní vztahy panují i s prarodiči. Někdy kašle tak, že ji rodina upozorňuje na to, jak je to pro okolí nepříjemné, aby se už konečně nechala vyšetřit a nasadit léky, které konečně zaberou. Když to slyší, jde ven a kašle, je úleva to udělat a neposlouchat tyhle rady.

Reflexe vlastního prožívání a hypotetizování

Cítím opět určitou zahlcenost informacemi. Kupodivu s rodiči dnes mám soucit. Jsou uvěznění v nešťastném rodinném soužití a nemají vůli něco změnit. Přemýšlím, jak musí být těžké něco změnit pro Katku, a to hlavně ve vztahu k sobě a svému tělu. Kolikrát Katku matka asi v dětství objala, když byla malá? Napadají mě otázky, které by vedly k hlubšímu zamyšlení a prožitku minulosti, cítím směr, ale necítím svou jistotu. Připadám si jako na hranici a nevím, zda ji mohu překročit. Neudělám to. Vracím se zpátky k tělu a ke kašli. Probíráme předchozí i plánovaná vyšetření. Uvědomuji si, že tím získávám větší pocit



jistoty, nyní se pohybují ve známém terénu.

PODPORA LÉKAŘE – BALINTOVSKÁ SKUPINA

Až do té doby, než jsem začala studovat psychosomatiku, jsem jako somatická lékařka, alergoložka, nevěděla o možnosti pomoci a úlevy pro lékaře formou balintovské skupiny a supervize. Ty pojmy mi nebyly neznámé, ale byly zařazeny v kolonce: možnost pro psychoterapeuty, nikoli pro mě. Když zpětně uvažuji, proč to tak bylo, napadá mě, že to je tím, že se o tom při studiu medicíny nebo v postgraduálním vzdělávání ve specializovaném oboru a ani v jednotlivých odborných společnostech (kromě psychosomatické) moc nemluví. Nebo mě to nějak minulo. Proto mě ještě dosud překvapuje, jak silná tato podpora je. Není to hodnocení lékařského postupu. Je to zpětná vazba na vztah terapeuta a pacienta a pomoc v jeho pochopení. Uvědomění si vlastních pocitů, které ovlivňují to, jak s pacientem komunikujeme a co v nás jeho chování oslovuje. Není to direktivní návod, jen nabídka názorů a pocitů, ze kterých vybíráme jen to, co nás osloví.

Využila jsem možnost prezentace pacientky na balintovské skupině. Důvodem byly mé mateřské pocity, velký pocit ochrany a soucitu s pacientkou. Po posledním setkání jsem to vnímala velmi silně. Chtěla jsem dostat zpětnou vazbu na můj silný protipřenos a hledání hranic psychosomatiky. Myslím, že kolegyně v balintovské skupině vnímaly mou nejistotu ohledně přesahu psychosomatického rozhovoru a psychoterapie. Překvapovaly mě jejich fantazie. Objevily se obrazy dívky, která hledá matku a nevědomě využívá lékařku. A lékařka, která jde až za tu hranici, zkouší to, ale umí se vrátit do komfortní zóny svého působení symboly opuštěného rodinného hnízda, a tím vzniká i pro pacientku výhodnější postavení. Otázky a fantazie kolegyně mi daly zpětnou vazbu a zároveň potvrdily mé přesvědčení. Hranice je a bude vždy na svědomí lékaře nebo terapeuta.

PSYCHOSOMATICKÁ KONZULTACE A CESTA KE ZDRAVÍ

Na šestém setkání mluvíme hodně o tělesných projevech. O tom, co by kašel mohl znamenat, když se objevuje doma a v práci. Je to vlastně někdy pomocník, obrana v nesnázích, když Katka kašle většinou někam poodejde, nemusí komunikovat. Mohlo by se zdát, že chronický kašel jako psychosomatický příznak je ještě dobrý kompromis. Druhý úhel pohledu už tak jednoduchý není. Kašel jako pomocník brání také řešení problematických vztahů. Chápu, že je těžké mít vůli se do řešení komplikovaných vztahů pouštět. Mít sílu. Katka už hodně udělala tím, že se snaží kašlat jako tělesnou reakci porozumět. Je to přítel, nebo nepřítel?

Sedmé setkání bylo závěrečné. Takové shrnutí všeho. Mám radost, že si Katka uvědomuje, že kašel není infekční ani astmatický a není potřeba ho farmakologicky léčit. Ví, že ji přejde, když se zklidní, soustředí se na sebe. Už ji tolik neděsí. Také pozná, kdy přichází panická ataka, a nevolá rychlou záchranku, ale volá na krizovou linku a ví, že ji psychoterapeutická intervence pomůže a ataka úzkosti odezní. Z toho všeho mám radost, ale otázky zůstávají. Je tohle to dobré řešení? Chronický kašel jako symptom má své místo v životě pacientky. Někdy jí pomáhá řešit složité situace, ale také je zastíňuje. Brání řešení hlubších a skutečných problémů. Také si uvědomuji svou



netrpělivost. Chtěla bych, aby Katka viděla hned, co všechno kašel v jejím životě ovlivňuje. Co všechno pro ni kašel znamená. Ona ale ušla velký kus cesty a kam až dojde, je

jenom na ni. Myslím, že naučit se být trpělivá, je zase práce pro mě. Je důležité vidět všechny změny i úsilí pacienta. Více za něj terapeut udělat nemůže.

ZÁVĚR

Pro mě osobně je psychosomatické vzdělávání velkým přínosem v pracovním i osobním životě. Uvědomuji si, jak jsou důležité mé vlastní pocity při práci s pacientem a jak mě ovlivňují. Asi nejvíce mě v tomto pomohla sebezkušenostní skupina. Naše nastavení ovlivňuje naše chování, a to nejen ve vztahu s pacientem. Pochopit, proč se nějak chováme ve vztahu s konkrétním pacientem, je důležité jak pro pacienta, tak pro nás lékaře. Je to dynamický, stále pokračující proces a je nesmírně zajímavý. Je totiž hlavně o nás. Mohla bych teď napsat, že začít by se mělo už na studiu medicíny. Asi ano. Ale na druhou stranu si neumím představit, kde by na sebezkušenost vzal biologickým studiem zcela zahlcený medik čas. Někteří možná ano. Přesto si myslím, že k tomuto pohledu je nutné dozrát praxí a zkušeností. Nechci generalizovat, je to možné kdykoli v průběhu vzdělávání, a to

v medicíně a sebezkušenosti nikdy nekončí. Kromě nabyté zkušeností a praxe je ještě jeden důležitý aspekt, zájem o poznání těchto vztahů.

Hranice mezi psychoterapií a psychosomatickou konzultací není ostrá. Je to spíše pásmo. Asi nelze určit přesný rozsah. Vždy je nutné mít psychoterapeutický aspekt na zřeteli, pokud vzniká terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem. Lékař, terapeut, je tomto vztahu určující osobnost. Proto musí mít na paměti klasickou zásadu medicíny, *primum non nocere*. Myslím, že existují nástroje, jak si ty hranice uvědomovat. Kromě sebezkušenostního vzdělávání, které je základem, jsou to i balintovské skupiny a supervize. Pokud přetrvává pocit, že jsou i tak hranice konzultace těsné, je další možností psychoterapeutický výcvik.

LITERATURA

1. Balint M.: Lékař, jeho pacient a nemoc, Grada, Praha, 1998 ISBN 80-7169-734-6 (6)
2. Danzer G.: Psychosomatika Portál s.r.o., Praha 2010 ISBN 978-80-7367-3 (1): 13
3. Dušek K., Večeřová-Procházková A., Diagnostika a terapie duševních poruch, 2015, dotisk 2019 ISBN 978-247-4826-9
4. Goleman D.: Emoční inteligence, Metafora s.r.o., Praha 2011 ISBN 978-80-7359-334-6
5. Gurková E.: Nemocný a chronické onemocnění, Grada Publishing, a.s. 2017 ISBN 978-80-271-0461-1
6. Honzák R.: Psychosomatická prvouka, Vyšehrad s.r.o., Praha 2017 ISBN 978-80-7429-912-4
7. Chvála V., Trapková L.: Nástroje psychosomatické léčby. In: Kolektivní monografie: Psychosomatická medicína 2020- Nástroje psychosomatické medicíny. Palestra s.r.o., Praha, ISBN 978-80-87723-60-9 (11)



8. Yalom I. D.: Chvála psychoterapie, Portál s.r.o., Praha 2003, 2012 ISBN 978-80-262-0210-3 (10): 18
9. Pačesová M.: Lékař, pacient a Michael Balint, Trinitron, Praha 2004 ISBN 80-7254-491-8 (7): 14
10. Papežová H.: Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání, Mladá fronta a.s., Praha 2018 ISBN 978-80-204-4904-7
11. Pešek R.: Sám sobě psychoterapeutem aneb Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese, Pasperta Publishing, Praha 2018 ISBN 978-80-88163-85-5
12. Poněšický J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky, Triton, 2014 ISBN 978-80-7387-804-7 (8) (9) : 64-65
13. Shazer S., Dolan Y.: Zázračná otázka, Portál s.r.o, Praha 2014 ISBN 978-80-262-0680-4
14. Chvála V., Trapková L.: Rodinná terapie a teorie jin-jangu, Portál s.r.o., Praha 2016 ISBN 978-80-262-0989-8
15. Trapková L., Chvála V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál s.r.o., Praha 2017 ISBN 978-80-262-0523-4
16. Tress W., Krusse J., Ott J.: Základní psychosomatická péče, Portál s.r.o., Praha 2008, ISBN 978-80-7367-309-3 (2): 17, (3) (4): 30, (5): 31



O autorce

MUDr. Zuzana Lapková provozuje ambulanci v oborech alergologie a klinická imunologie, dětská pneumologie a respirační fyzioterapie. Celostní pohled na člověka a jeho okolí ji dovedl k atestaci z psychosomatiky. Vzdělávání v tomto oboru je zároveň jejím koníčkem a atestací v tomto oboru její cesta nekončí. Autorka pokračuje dále v psychoterapeutickém výcviku.

Do redakce přišlo 1. 7. 2020

Zařazeno k tisku po recenzní práci a úpravách 15. 11. 2020

Konflikt zájmů vyřešen.



TEORIE

PETR KOLÁŘ: PÁTRÁNÍ PO PŮVODU PSYCHOSOMATICKÉHO MYŠLENÍ V DÍLE GEORGA GRODDECKA



ABSTRAKT: KOLÁŘ P.: PÁTRÁNÍ PO PŮVODU PSYCHOSOMATICKÉHO MYŠLENÍ V DÍLE GEORGA GRODDECKA, PSYCHOSOM 2020; 18 (3-4), S.107- 116

Psychosomatické myšlení, jehož hlavním motivem je návrat k chápání zdraví a nemoci v biopsychosociálních souvislostech, se formovalo na přelomu 19. a 20. století na území nynějšího Německa a Rakouska. Zásadním dílem k tomu přispěli zastánci různých psychoanalytických směrů, především Sigmund Freud, Alfred Adler a Georg Groddeck, jehož život a svérázné myšlení jsou náplní tohoto článku. Jeho hlavním posláním bylo odmítnutí dualismu těla a duše při léčení somatických a psychických chorob, k čemuž mu sloužilo tajemné „Ono“, zaštiťující oba tyto pojmy vztahující se k lidské bytosti. Georg Groddeck jako nepřímý žák Sigmunda Freuda obohatil psychoanalýzu o jeden velmi důležitý koncept. Nicméně svým vytrvalým bojem za psychosomatickou jednotu a použití psychoanalýzy při léčbě somatických onemocnění postupně ztratil přízeň psychoanalytických kruhů a jeho dílo upadlo v zapomnění. Ve druhé polovině 20. století je znovuobjeveno Groddeckovo dílo v SRN a záhy také doceněna jeho důležitost při formování psychosomatického myšlení. V následujícím textu bude Georg Groddeck představen a jeho dílo bude uvedeno do filosoficko-historického kontextu. Dále bude také stručně zhodnocen jeho vliv na známé zástupce psychoanalytického hnutí v první polovině 20. století a na současné psychosomatické myšlení.

KLÍČOVÁ SLOVA: Georg Groddeck, Ono, Sigmund Freud, psychosomatické myšlení, psychoanalýza



ABSTRACT: KOLÁŘ P.: THE SEARCH FOR THE ORIGIN OF PSYCHOSOMATIC THINKING IN THE WORK OF GEORG GRODDECK, PSYCHOSOM 2020; 18 (3-4), PP.: 107- 116

The return to the biopsychosocial model of illness and health is the main motive of psychosomatic thinking, which was formed at the turn of the 20th century in Europe. Various representatives of psychoanalysis contributed to this process. Sigmund Freud, Alfred Adler and Georg Groddeck, whose life and peculiar thinking are the main focus of this paper, were the most important contributors. The rejection of dualism of body and soul in the treatment of somatic and mental illnesses is Groddeck's main mission. His fundamental concept is the mysterious "It", which unites both body and soul in one entity. Even Freud was fond of him, on top of that he adopted, revised and incorporated Groddeck's fundamental concept into the structural model of the mind. However, with his relentless struggle for psychosomatic unity and the use of psychoanalysis in the treatment of somatic diseases, Groddeck loses Freud's favor and his work falls into oblivion. It was in the second half of the 20th century when Groddeck was rediscovered in Germany and later on valued as the key thinker for the formation of psychosomatic medicine. This paper presents Groddeck's life and his thinking and evaluates his influence on well-known representatives of the psychoanalytic movement in the first half of the 20th century and his impact on today's psychosomatic thinking.

KEYWORDS: Georg Groddeck, It, Sigmund Freud, psychosomatic thinking, psychoanalysis

PÁTRÁNÍ PO PŮVODU PSYCHOSOMATICKÉHO MYŠLENÍ V DÍLE GEORGA GRODDECKA

Z antických filosofů, kteří se zabývali otázkami duše (řec. psyché) a těla (řec. soma), je pro vývoj psychosomatického myšlení nejdůležitější Aristotelés (385 př. n. l. – 323 př. n. l.). Svým spisem O duši se dle překladatele a znalce Aristotela Antonína Kříže stal zakladatelem psychologie (Kříž in Aristotelés, 1996). Některé aspekty Aristotelova vnímání těla a duše nicméně přezívají spíše v dnešním psychosomatickém myšlení než v psychologii. Dle Aristotela je totiž duše bezprostředně propojená s tělem: „*Proto se také nemůžeme tázati, je-li duše a tělo jedno, jako se netážeme, zda vosk a jeho tvar a vůbec zda látka každé věci a to, co je z ní vytvořeno, jsou jedno.*“ (Aristotelés, 1996, str. 51). Ze své podstaty šlo o psychosomatické myšlení: „*Není tedy pochyb o tom, že duši nebo některé její části, je-li přirozeně dělitelná, nelze oddělit od těla.*“ (Aristotelés, 1996, str. 52). Tato tradice vnímání jednoty těla a duše se zachovala v

různých podobách, převážně v řeckém a německém jazykovém prostředí (Komárek, 2015). Pro evropskou středověkou i renesanční vědu se stalo Aristotelovo dílo standardním učebním a výzkumným textem. Kvalitní překlady byly dostupné až začátkem renesance a společně s vynálezem knihtisku v 15. století se jeho dílo významně zpřístupnilo. Znalost jeho textů byla běžnou průpravou jak přírodních filosofů, tak lékařů. Jako reprezentant této doby nám poslouží renesanční nebo pozdně středověký alchymista a lékař Paracelsus (1493–1541). Ten kladl důraz na zkušenost a hledání duchovní síly v materiálním světě. Nejzřetelnější psychosomatický aspekt Paracelsova lékařství je „*ens spirituale*“ (od „*spiritus*“, lat. duch), jedna z pěti příčin nemoci, která měla zásadní vliv na zdraví člověka. Paracelsovo dílo získalo své příznivce mezi vitalisticky orientovanými mysliteli, které spojoval vzdor vůči mechanicismu 18. století



(Rádl, 2006). Do této linie lze zařadit také J. W. Goetha (1782–1832), jehož myšlení obnáší vitalistické aspekty a zároveň je známo, že se Goethe intenzivně zabýval studiem Paracelsova díla (Petiška in Goethe, 1973).¹

Tato dlouhá tradice celostního vnímání lidské bytosti poskytla na přelomu 19. a 20. století myšlenkové podhoubí pro formování psychosomatické medicíny. Významnou roli sehrál v tomto procesu německý lékař Georg Groddeck (1866–1934), jehož nejvyšším posláním bylo právě popření dualismu, který dominoval v tehdejší medicíně a psychologii. Jeho stěžejní pojem „Ono“ (něm. Es), reprezentuje spojení duše a těla v jednu všemocnou a tajemnou sílu. Danzer (1992) i sám Groddeck (1970) vidí podobnosti mezi touto silou a Aristotelovou „entelechií“, jakožto „[účelnou činností], která pracuje k dovršení a udržení bytosti svého druhu“ (Kříž in Aristotelés, 1996, str. 183). Patrný je i vliv ostatních výše zmíněných myslitelů, což z Grodecka dělá pokračovatele této tradice. Navíc tvoří „Ono“ (lat. Id), v pozměněné obsahové formě, jeden z pilířů Freudova strukturálního modelu lidské psychiky (Danzer, 1992).

FILOSOFICKO-HISTORICKÝ KONTEXT

Georg Groddeck se narodil roku 1866 v Bad Kösen, což je malé lázeňské městečko s vinicemi poblíž Lipska. Důležitý milník jeho života bylo studium medicíny na berlínské Friedrich–Wilhelms Universität (1885–1889). V rámci studia navštěvoval již tehdy slavnou univerzitní kliniku a nejstarší berlínskou nemocnici Charité. Na univerzitě se Groddeck seznámil s profesorem Ernstem

Georg Groddeck, označovaný některými autory za „otce psychosomatiky“ (Will, 1984, Häfner, 1994, Goddemeier 2009, 2014), používal ve své lékařské praxi přístupy klasické psychoanalýzy a lázeňské metody léčby somatických onemocnění (masáže, koupele, diety). Tímto nevšedním spojením vznikl velmi osobitý přístup k pacientům orientovaný na jejich tělesné a zároveň psychické potíže (Goddemeier, 2009). Jeho svérázný způsob lékařské praxe a navazující teoretické dílo nikdy nepatřily k hlavnímu myšlenkovému proudu. To bylo zapříčiněno mimo jiné Grodeckovým odmítavým vztahem vůči tehdejšímu vědeckému myšlení a vědecké metodě, který se projevil v charakteru jeho díla. Dalším důvodem, který byl rovněž nepříznivý pro přežití jeho myšlenek, je ten, že nepřijímal žáky ani nevyučoval na žádné univerzitě (Danzer, 1992). Tyto aspekty jeho práce a mnoho dalších souvislostí, včetně druhé světové války, způsobily zapadnutí Grodeckových myšlenek. Od jeho smrti v roce 1934 to trvalo až do roku 1961, než došlo k opětovnému vydání jeho díla v SRN, k čemuž dal impulz anglický autor Lawrence Durrell (Will, 1984).

Schweningerem (1850–1924), což mělo zásadní vliv na formování jeho lékařské praxe. Groddeck u něj absolvoval doktorské studium a poté u něj pracoval jako asistent. Schweninger byl profesor dermatologie, známý především jako osobní lékař říšského kancléře Otto von Bismarcka. Kladl velký důraz na individuální zacházení s pacienty a v jeho lékařské praxi dominovaly

¹ Téma je v německojazyčné literatuře označováno jako „problém těla a duše“ (něm. Leib-Seele-Problem), kdežto v anglickojazyčné literatuře jako „problém těla a mysli“ (angl. mind-

body problem). Vzhledem k citovaným zdrojům se autor přiklání k použití pojmu „duše“ (něm. Seele) i v situacích, kdy by se v aktuální diskusi nabízel pojem „mysl“ (angl. mind).



speciální diety, masáže a lázeňské koupele. Na lékařské fakultě v této době působil také známý lékař a vědec Rudolf Virchow (1821–1902), který údajně intenzivně proti Schweningerovi intrikoval (Will, 1984).

Jakmile se Groddeck po studiu osamostatňuje jako lékař, přebírá část Schweningerovy mezinárodní klientely a roku 1900 otevírá soukromé sanatorium Marienhöhe v Baden-Badenu. V tomto období údajně studuje texty Friedricha Nietzscheho, což má velký dopad na formování jeho myšlenek, které začne za pár let formulovat při veřejných přednáškách, diskusích a v monografiích. V roce 1909 přijímá do sanatoria pacientku slečnu G., ta mu svými symptomy a způsobem chování otevírá bránu do světa tehdejší psychologie. Groddeck si všímá velmi silných psychických jevů, které ovlivňují průběh léčby a také její úspěšnost. Zpočátku tyto jevy nezávisle na Freudovi, s jehož teoriemi se seznámí až o pár let později, popisuje jako „dění přenosu“ (něm. Übertragungsgeschehen), „symbolizace“ a „asociace se sexuálními obsahy“ (Danzer, 1992). V té době vnímá Freuda spíše okrajově, a

dokonce se k psychoanalýze v jedné ze svých raných publikací vyjadřuje negativně (Groddeck, 1913). Nicméně zkušenosti z léčby pacientky slečny G. významně ovlivňují jeho myšlení a také způsob léčby. Začíná se orientovat na psychické jevy, ale pořád zůstává věrný individuálním dietám a lázeňským metodám. V roce 1913 čte Groddeck Freudův Výklad snů a Psychopatologii všedního života. Po zkušenostech z léčby slečny G. ihned přejímá psychoanalytickou terminologii a stěžejní myšlenky Freudova topografického modelu lidské psychiky, na který se po zbytek svého života odkazuje. Zůstává však věrný svým metodám léčby a veškeré získané vědomosti transformuje dle svých zkušeností a pozorování z praxe primárně somaticky orientovaného všeobecného lékaře (Lewinter, 1990). Tuto asimilaci psychoanalytického myšlení a terminologie označuje Will (1984) jako Groddeckův „psychoanalytický převrat“. V roce 1917 zahajuje Groddeck korespondenci s Freudem, tím začíná velmi produktivní perioda jeho života, trvající zhruba 7 let (Danzer, 1992).

STĚŽEJNÍ POJEM „ONO“

Mezi významné osobnosti, které Groddecka ovlivnily, patřil také Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832). Četba jeho knih, a především báseň Im ersten Beinhaus, podnítila Groddecka k převzetí pojmu „Gottnatur“, který používal ve svých textech do roku 1917.

*„Was kann der Mensch im Leben mehr gewinnen
als daß sich Gottnatur ihm offenbare:
Wie sie das Feste läßt zu Geist verrinnen,
wie sie das Geistgezeugte fest bewahre.“³*
(část básně Im ersten Beinhaus jak ji cituje Lewinter, 1990, str. 16)

V tomto raném období (do r. 1917) byl pro Groddeckovo myšlení typický panteismus, který se projevuje voláním po spojení s „Gottnatur“ a dosažením sounáležitosti s celým vesmírem. V roce 1909 byla publikována Groddeckova kniha s názvem Hin zu Gottnatur, ve které tyto panteistické myšlenky kulminují (Danzer, 1992). Neubauer označuje Goethovo bádání jako poetickou vědu a popisuje jeho básnického génia tak, že „dokázal slovy zpodobnit mnohotvárnost a proměnlivost živé přírody“ (Neubauer in

³ Co více může člověk za života získat, než když mu Božská Příroda zjeví: jak nechá

pevné duchem prolnout, jak zplozené duchem pevné uchová. (překlad autora)



Pleštil, 2006, str. 17). Podobně Danzer popisuje Groddeckovu léčbu interpretující symptomy jako poetickou medicínu, která „vždy směřuje k subjektivní skutečnosti a uznává ji jako jeviště vzniku nemoci nebo zlepšení...“ (Danzer, 2010, str. 59). Vzhledem k patrnému důrazu na proměnlivost a dynamické vnímání zdraví a nemoci u obou autorů lze považovat Groddeckovu poetickou medicínu jako jednu z disciplín Goethovy poetické vědy a upozornit tak na vliv, který měl Goethe na Groddeckovo myšlení. Na „Gottnatur“ obsahově navazuje pojem „Ono“ (něm. das Es), který se objevuje již v prvním dopise Freudovi z roku 1917 (Lewinter, 1990). V průběhu dalšího vývoje se Groddeck distancuje od původního panteismu a soustředí se pouze na individuum a jeho „Ono“. V roce 1923 vychází kniha *Das Buch vom Es*, která popisuje Groddeckovy zkušenosti s použitím psychoanalýzy pro léčbu somatických onemocnění formou dopisů psaných fiktivní přítelkyni (Danzer, 1992). Při čtení je třeba mít na paměti vlastnosti básnického génia, jak jej popisuje Neubauer: „Básnický génius je mocný řečí, neboť propůjčuje moc nad mocí slov. Básník jejich vlivu nepodléhá; na rozdíl od vědců či myslitelů [...] není uhranut obsahem pojmů, významem výrazů, vžitým užitím

názvů a nedá se ani svést jazykovými zvyky, ani oklamat významovým sdružením slov a jejich citovým zabarvením. Dokáže však těchto mocných vlivů účinně používat“ (Neubauer in Pleštil, 2006, str. 17).

Podle Lewintera (1990) se v této knize prolínají tři myšlenkové proudy. První proud vychází zcela z Freudova topografického modelu. Druhý proud tvoří Groddeckovy komentáře, myšlenky a rozšíření Freudovy psychoanalýzy. A třetí proud je autoanalýza Georga Groddecka. S nejednoznačnými popisy záhadné síly „Ono“ se prolínají teoretické úvahy a pojmy (tehdejší) psychoanalýzy (např. Oidipovský komplex, přenos, odpor, vytěsnění, a další), které se ale často vztahují na tělesné procesy a somatická onemocnění. Groddeck je již od svých analytických prvopočátků se slečnou G. přesvědčen, že je nutné používat metody psychoanalýzy k léčbě psychických a také somatických onemocnění. Tyto kategorie jsou pro něj ze své podstaty nesmyslné, jelikož pro „Ono“ neexistují rozdíly mezi psychickým a fyzickým. Pokud se tedy pomocí psychoanalýzy podaří „Ono“ ovlivnit, může to vést jak k vyléčení psychických, tak somatických nemocí (Groddeck, 1923).

GRODDECK A FREUD

Groddeck ve svém díle stále zdůrazňuje dva základní psychické procesy, které je nutné pozorovat, pokud je cílem lékařovy terapie ovlivnit „Ono“. Jsou to „přenos“ a „odpor“. Tím prokazuje svoji příslušnost k psychoanalytickému hnutí, což vede k pochopitelným sympatiím Sigmunda Freuda v počátcích jejich korespondenčního kontaktu (r. 1917) (Will, 1984). Hlavním tématem dopisů mezi Freudem a Groddeckem je vztah duše a těla, nevědomí a „Ono“. Groddeck zdůrazňuje nutnost popření dualistického vnímání člověka, rozlišování nemocí na

tělesné a duševní a navrhuje Freudovi rozšíření pojmu nevědomí do širšího pojmu „Ono“. Freud se zajímá o Groddeckův způsob myšlení a jeho kazuistiky. Groddeckovo tajemné „Ono“ je pro Freuda dokonce tak zajímavé, že tento pojem zahrnuje do svých nových teorií (Groddeck, Freud 1974). S odstupem několika měsíců po vydání Groddeckovy knihy *Das Buch vom Es* publikuje článek *Ego a Id* (něm. *Das Ich und das Es*), kterým předkládá strukturální model lidské psychiky. Jak již z názvu publikace plyne, základní pilíře tohoto modelu jsou pojmy



„Já“ (lat. Ego, něm. Ich) a „Ono“ (lat. Id, něm. Es) (Freud, 1923).

Rozdílů mezi Freudovým a Groddeckovým „Ono“ je několik, v rámci této publikace uvedu jen ty nejdůležitější. Pro Groddecka bylo „Ono“ základním kamenem a stále přítomným hlavním principem, ze kterého vše ostatní odvozoval. Pro Freuda to byl jeden z důležitých konceptů, rozšiřující obsáhlou psychoanalytickou teorii. Obsahově se pojmy u těchto autorů lišily především svým polem působnosti. Freud strukturálním modelem doplnil psychické procesy vědomé, nevědomé a předvědomé: „Nadjá, Já a Ono [lat. Ego, Id, Superego] jsou tedy tři říše, území, provincie, v něž rozkládáme duševní aparát člověka“ (Freud, 1933, str. 61.). Groddeck donucen ke srozumitelnější definici o pár let později popisuje svůj pojem „Ono“ těmito slovy: „Individuální Ono člověka obsahuje Vědomí a Předvědomí a Nevědomí, Tělesné a Duševní, Já a Pudy“ (zápis Groddeckovy přednášky z Mezinárodního psychoanalytického kongresu v Bad Homburgu z roku 1925, jak jej cituje Will, 1984, str. 133, překlad autora). Rozdíl je tedy především v tom, že Freud popisuje „Ono“ ve vztahu k „Já“ a „Nadjá“ jakožto části duševního aparátu člověka⁴, kdežto Groddeck chápe „Ono“ jako pojem zahrnující tělo i celou duši. S tím souvisí Groddeckova výtku (Groddeck, Freud 1974) týkající se zodpovědnosti „Já“ za pohyby svalů a orgánů, kterou této oblasti duševního aparátu člověka připisuje Freud. Podle Groddecka mají orgány, tkáně a jednotlivé buňky svoje vlastní vědomí a „Ono“, není proto možné, aby byly centrálně ovládány z oblasti „Já“ (Will, 1984). Odlišný obsah tohoto pojmu má také dopad na efekt psychoanalytické terapie, který je dle Groddecka celostní, jelikož se ovlivněním „Ono“ dosáhne změn na psychické i somatické úrovni. Kdežto Freudova psychoanalýza zůstává z

pragmatických důvodů v oblasti psychických procesů. Nedílnou charakteristikou Groddeckova pojmu „Ono“ je účelovost a směřování k určitému cíli (Danzer, 1992), což poukazuje na spříznění s Aristotelovým pojmem „entelechie“ a také s individuální psychologií Alfreda Adlera. Freud ve svých textech z let 1923 a 1933 nepřisuzuje pojmu „Ono“ účelovost a jeho psychoanalýza se soustředí spíše na kauzální souvislosti. Podle Willa (1984) lze Groddeckovo „Ono“ najít spíše ve Freudově teorii pudů a v konceptu libida než v jeho strukturálním modelu psychiky.

Jak ve svém původním textu z roku 1923, tak v doplňujícím vydání přednášek z roku 1933 Freud připisuje autorství pojmu „Ono“ Nietzschevi (Freud, 1923, 1933). Což je částečně v souladu s Groddeckovým (1970) odkazem na Nietzscheho, jehož texty mu byly určitou inspirací. Nicméně obsáhllost a propracovanost pojmu „Ono“ v Groddeckově díle nelze odvozovat pouze z vlivu jednoho autora. Navíc Nietzsche pojem „Ono“ nepoužíval ve svém díle systematicky, nýbrž ojediněle, konkrétně v knize *Mimo dobro a zlo* (Will, 1984): „Pokud jde o pověru logiků: chci neúnavně a stále znovu zdůrazňovat jeden drobný stručný fakt, který tito pověřivci neradi přiznávají - totiž že myšlenka přichází, když chce ,ona‘, a ne když chci ,já‘; takže je falšováním faktického stavu věci, řekne-li se: subjekt ,já‘ je podmínkou predikátu ,myslím‘. Ono myslí: že je však ,ono‘ právě tím starým slavným ,já‘, je mírně řečeno pouhá domněnka, tvrzení, především tedy žádná ,bezprostřední jistota‘.“ (Nietzsche, 1996, str. 22).

Nelze říci, že Groddeck s použitím tohoto pojmu ve Freudově Ego a Id nesouhlasil. Nenárokoval si jeho autorství, nicméně přímý souhlas v korespondenci nepadl. Publikace textu vyvolala na Groddeckově straně napětí, které se projevilo v

⁴ Vliv „Ono“ na tělesné procesy naznačuje Freud pouze velmi skromně: „[Ono] na svém konci

není ostře ohraničeno od oblasti somatické, ...“ (Freud, 1933, str. 62)



následujících dopisech. Došlo k ochlazení vzájemného vztahu s Freudem a ztracení sympatie k psychoanalytickému hnutí. Jakmile měl Groddeck možnost Ego a Id přechyst, napsal Freudovi dopis, ve kterém reagoval na pozměněný obsah pojmu „Ono“. Vytкнуł Freudovi přílišné soustředění se na „Já“. Nesouhlasil se striktním rozdělením individua na duši a tělo (Groddeck, Freud 1974). Nicméně z pochopitelných důvodů se Freudova definice pojmu

„Ono“ dostala do popředí a Groddeck zůstal na další dekády nedoceněn a opomenut. Korespondence po událostech v r. 1923 nadále pokračovala i přes to, že se Freud ve veřejném prostoru tímto krokem „zmocnil“ pojmu „Ono“. Korespondence skončila r. 1934, kdy Groddeck umřel v Curychu na klinice Medarda Bosse, v průběhu služební cesty ve Švýcarsku (Poster et al., 2016).

POLE GRODDECKOVY PŮSOBNOSTI

Přestože o Groddeckovo dílo nebyl takový zájem, jako tomu bylo u jeho slavnějších souputníků, historický výzkum odhaluje velký dopad na některé myšlenkové proudy psychoanalýzy. O jeho vlivu na Freuda nelze pochybovat, přestože jde pouze o jeden pojem, jehož obsah byl od toho původního značně odlišný. Jeden z mála Groddeckových příznivců, který se stal dokonce jeho pacientem a blízkým přítelem, byl Sándor Ferenczi (1873–1933). V letech 1921 až 1923 pobýval Ferenczi v sanatoriu Marienhöhe v Baden-Badenu devětkrát. Náplní těchto návštěv byla relaxace a vzájemné analýzy (Poster et al., 2016). Jejich kontakt zprostředkoval Freud, jelikož se Ferenczi jako jediný z psychoanalytického hnutí v té době zabýval psychosomatickými otázkami (Will, 1984). Podle Fromma (1935) lze vývoji Ferencziho teorií ve 20. letech 19. století porozumět pouze s přihlédnutím k obrovskému vlivu, který na něj měl Georg Groddeck. Will (1984) vidí podobnost mezi pojmem „Ono“ a Ferencziho pojmem „Bios“. Obě síly dávají formu celému organismu a zároveň umožňují kontakt s okolním světem. Od Ferencziho vede přímá linie k dalšímu známému původem maďarskému psychoanalytikovi, Michaelovi

Balintovi (1896–1970). Will (1984) píše v této souvislosti o tradici psychosomatické medicíny, která se odvíjí od Groddecka a Ferencziho směrem k Balintovi a dále.

Groddeck byl dle studie Hristevy a Postera (2013) první, kdo upřednostňoval mateřskou perspektivu v psychoanalýze. Již v knize *Das Buch vom Es* se vyskytují nespočetné odkazy na vztah mezi matkou a dítětem a na proces separace. Tyto události jsou podle Groddecka velmi důležité a ovlivňují pozdější vývoj jedince. Také hrají centrální roli v léčebném procesu. Freud hledá fallické symboly a soustředí se na vývoj dítěte v období Oidipova komplexu, jehož stěžejní část je rivalství s otcovskou postavou. Groddeck pracuje na symbolické rovině s ženským tělem a mateřstvím, soustředí se převážně na období před Oidipovským komplexem. Důraz na mateřskou postavu v rámci vývoje a ve vztahu pacienta s lékařem od Groddecka převzal již zmiňovaný Ferenczi, z mladší generace pak Karen Horney (1885–1952) a Frieda Fromm-Reichmann (1889–1957). Skrze tyto významné osobnosti jeho myšlení ovlivnilo další generace psychoanalytiků a psychoterapeutů (Hristeva, Poster, 2013).

GRODDECK V ČESKÉM PROSTŘEDÍ

„Gerog Groddeck (1866–1943), jehož *Es*, souhrnné označení pro všechny nevědomé

procesy v organismu, má svou vlastní vůli nezávislou na vědomém Já (Ich), je



nevypočitatelné a svévolné a disponuje nejen vůlí k moci, ale někdy i vůlí k nemoci a k tomuto cíli rigorózně využívá všech dostupných prostředků, od bakterií až po bitvy..." (Komárek, 2015, str. 25). Takto nabádá čtenáře Stanislav Komárek k zájmu o Groddecka a přikládá vyčerpávající seznam cizojazyčné literatury k dalšímu studiu. Tímto bohužel končí výčet českých autorů, kteří se o tohoto německého lékaře a myslitele zajímají, nebo jej ve svých textech citují. Grodeckovo jméno se ještě párkrát vynoří v knize Bašteckého, Šavlíka a Šimka (1993), bohužel ale již bez odkazu na jakékoliv jeho dílo. Další publikace dostupná

českému čtenáři je přeložené pojednání o psychosomatice od Gerharda Danzera (2010), který komentuje Grodeckovo myšlení i v jiných textech (Danzera, 1992). To už se dostáváme k tematické cizojazyčné literatuře. Bylo publikováno velké množství sekundární literatury (Georg Grodeck-Gesellschaft e. V., 2020) a Grodeckovo dílo vychází v nových vydáních převážně v německém jazyce, ale také v angličtině a v dalších světových jazycích. Za tyto aktivity je z velké části zodpovědná v roce 1986 založená Georg-Grodeck Gesellschaft. Českého překladu se nedostalo ani jednomu Grodeckovu textu.

GEORG GRODECK V KONTEXTU SOUČASNÉHO PSYCHOSOMATICKÉHO MYŠLENÍ

Již při povrchových studiích se vynořují zajímavé souvislosti mezi dílem Georga Grodecka a ostatními významnými autory (Ferenczi, Horney, Fromm-Reichman a další). Studium těchto souvislostí dopomáhá k pochopení vývoje myšlenkových směrů psychoanalytického hnutí, na kterých jsou založené mnohé psychoterapeutické směry. Ty jsou současně jediným zbytkem poetické medicíny a pokračovatelem celostní medicíny (obě oblasti intenzivně rozvíjel Georg Grodeck za svého života), která má kořeny v antické filosofii. Důkazem budiž jedna z rolí části psychoterapeutů (v závislosti na psychoterapeutickém směru) jakožto interpretů pacientova životního příběhu, který zahrnuje psychické a somatické události, často lépe vyjádřitelné básnickou metaforou než termíny technicistní medicíny (Danzera, 2010). Lokálním příkladem může být metafora „rodina jako sociální děloha“ rodinných terapeutů psychosomatických poruch Ludmily Trapkové a Vladislava Chvály (Trapková, Chvála, 2009), která svou nápaditostí a prací s jazykem připomíná básnického génia výše zmíněných autorů. Další dopady díla Georga Grodecka

lze spatřit v biopsychosociálním modelu (Engel, 1977), který předpokládá rovnocenný podíl biologické, psychologické a sociální vrstvy při vzniku nemoci. To je plně v souladu s Grodeckovým široce vymezeným pojmem „Ono“, jež se vždy podílelo na všech tělesných a duševních procesech, včetně onemocnění člověka a jeho uzdravení. Grodeck předběhl dobu také tím, že kombinoval mnoho léčebných metod, od koupelí a masáží, přes diety, až po výklad snů a psychoanalýzu. Vzhledem k jeho již zmíněnému negativnímu přístupu k systematickému rozšiřování svých teorií se nevyvinula žádná konzistentní skupina následovatelů ani specifická psychoterapeutická škola nebo směr psychosomatické medicíny, který by jeho teorie a praktické postupy kontinuálně šířil a dále rozvíjel. Willem (1984) nastíněná myšlenková návaznost Grodeck-Ferenczi-Balint by si zasloužila podrobnější analýzu styčných bodů, což bude společně s výzkumem Grodeckova dopadu na dnešní psychosomatickou medicínu součástí dalšího výzkumu autora.



REFERENCE

1. Aristotelés (1996). O duši (3. vydání). Přel. A. Kříž (ed). Praha: Petr Rezek.
2. Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada Avicenum.
3. Danzer, G. (1992). Der wilde Analytiker: Georg Groddeck und die Entdeckung der Psychosomatik. München: Kösel.
4. Danzer, G. (2010). Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše (2. vydání). Praha: Portál.
5. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129 – 136.
6. Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. Ditzinger: Reclam, 2013.
7. Freud, S. (1933). Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy. Patnáctá kniha. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997.
8. Fromm, E. (1935). Die gesellschaftliche Bedingtheit der psychoanalytischen Therapie. *Zeitschrift für Sozialforschung* 4, 365–396.
9. Georg Groddeck-Gesellschaft e. V. (2020) [online]. [cit. 23.07.2020]. Dostupné z: <http://www.georg-groddeck.de/de/Sekundaeres/index.php>
10. Goethe, J., W., (1973). Výbor z poezie. Přel. E. Petiška (ed), J. Kamenář a další. Praha: Československý spisovatel.
11. Goddemeier, Ch. (2009). Georg Groddeck „Fanatiker der Heilkunst“. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 6, 262-263.
12. Goddemeier, Ch. (2014). Franz Alexander: Auf dem Weg zur Psychosomatik. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 4, 168-169.
13. Groddeck, G. (1923). Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin (3. vydání). Frankfurt am Main: Ullstein Sachbuch, 1990.
14. Groddeck, G. (1913). NASAMECU. Natura sanat, medicus curat. Der gesunde und kranke Mensch gemeinverständlich dargestellt. Leipzig: S.Hirzel.
15. Groddeck, G. (1970). Der Mensch und sein Es. Briefe, Aufsätze, Biographisches. M. Honegger (ed). Wiesbaden: Limes.
16. Groddeck, G., Freud, S. (1994). Briefe über das Es. M. Honegger (ed). Wiesbaden: Kindler-Taschenbücher.
17. Häfner, S. (1994). Georg Groddeck — Vater der Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, Vol. 40, No. 3, 249-265.
18. Komárek, S. (2015). Tělo, duše a jejich spasení. Kapitoly o moci, nemoci a psychosomatice. Praha: Academia.
19. Lewinter, R. (1990). Georg Groddeck. Studien zu Leben und Werk. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
20. Nietzsche, F. (1996). Mimo dobro a zlo. Předehra k filosofii budoucnosti. Český Těšín: Aurora.
21. Pleštil, D. (2006). Okem ducha. Živá příroda v přírodovědných spisech Johanna Wolfganga Goetheho. Praha: OIKÚMENÉ.
22. Poster, M., F., Hristeva, G., Giefer, M. (2016). Georg Groddeck: “The pinch of pepper” of psychoanalysis. *The American Journal of Psychoanalysis*, 76, 161–182.
23. Poster, M., F., Hristeva, G. (2013). Georg Groddeck’s maternal turn: Its evolution and influence on early psychoanalysts. *The American Journal of Psychoanalysis*, 73, 228–253.
24. Rádl, E. (2006). Dějiny biologických teorií novověku I. – II. Praha: Academia
25. Trapková, L., Chvála, V. (2009). Rodinná terapie psychosomatických poruch. Rodina jako sociální děloha (2. vydání). Praha: Portál.
26. Will, H. (1984). Die Geburt der Psychosomatik. Georg Groddeck, der Mensch und Wissenschaftler. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.



Petr Kolář

kolarpe@natur.cuni.cz

Katedra filosofie a dějin přírodních věd

Přírodovědecká fakulta

Univerzita Karlova

Autor studoval biologii na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy a posléze molekulární biologii na drážďanské Technické Univerzitě. Zkušenosti ze zahraničí mu dopomohly k bližšímu poznání německé kultury a k přehodnocení profesní orientace. Nyní se věnuje historicko-filosofickým aspektům psychosomatické medicíny na Katedře filosofie a dějin přírodních věd v rámci doktorského studia pod vedením prof. Stanislava Komárka.



Do redakce přišlo: 26. 7. 2020.

Zařazeno k tisku po úpravě na základě recenzí.

Konflikt zájmů: Není znám.



VÝZKUM



KELČÍKOVÁ S.¹, MAZÚCHOVÁ L.¹, MELCHIORYOVÁ P.¹, KELČÍK R.²: ROZHODUJÚCE FAKTORY MOTIVÁCIE ŽIEN VO VZŤAHU K PREVENTÍVNEJ GYNEKOLOGICKEJ PREHLIADKE

¹Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, UK v Bratislave

²Masarykova univerzita v Brne, študent Všeobecného lekárstva

ABSTRAKT: KELČÍKOVÁ S.¹, MAZÚCHOVÁ L.¹, MELCHIORYOVÁ P.¹, KELČÍK R. ²: ROZHODUJÚCE FAKTORY MOTIVÁCIE ŽIEN VO VZŤAHU K PREVENTÍVNEJ GYNEKOLOGICKEJ PREHLIADKE, *PSYCHOSOM* 2020; 18 (3-4), S.117-129

Cieľ: Identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú návštevnosť žien vo vzťahu k preventívnej gynekologickej prehliadke z aspektu vybraných individuálnych charakteristík (vek, vzdelanie, bydlisko, geografické členenie SR a pohlavie gynekológa).

Metodika: Bol použitý kvantitatívny výskum, ktorý bol realizovaný na vzorke 550 respondentiek s priemerným vekom $25,85 \pm 7,68$. Cronbachov alfa koeficient (α) bol 0,757. Údaje boli analyzované pomocou deskriptívnej štatistiky a Kruskal-Wallis testu, Mann-Whitney testu a Spearman korelačnej analýzy ($p < 0,05$).

Výsledky: Viac ako polovica 61,09 % žien navštevuje preventívnu gynekologickú prehliadku raz ročne, pričom pravidelne (každý rok) ju navštevuje 55,27 % žien. Za bariéry na jej účasti



ženy vnímajú samotné vyšetrenie a strach zo zlých výsledkov. Rozhodujúcimi faktormi pre ženy sú dôvera a diskretnosť (66,55 %), citlivý prístup lekára/ sestry/ pôrodnej asistentky (63,82 %), komunikácia s pacientkou (63,36 %) ako aj odbornosť/ prax a skúsenosti (51,64 %). Polovica (51,09 %) žien si gynekologickú ambulanciu vyberá na základe referencií a odporúčania blízkeho okolia a 45,82 % na základe lekára/lekárky, ktorý v danej ambulancii ordinuje. Preukázali sa štatisticky významné rozdiely vo vnímaní rozhodujúcich faktorov vo vzťahu k preventívnej gynekologickej prehliadke z hľadiska geografického členenia Slovenska ($p=0,041$) a pohlavia gynekológa ($p=0,004$).

Záver: Štúdia preukázala, že ženy vnímajú dôležitosť preventívnej gynekologickej prehliadky (PGP). Ako rozhodujúce faktory sa preukázali dôvera a diskretnosť, citlivý prístup a komunikácia zo strany gynekológa/čky. Je žiadúce venovať viac pozornosti identifikovaným faktorom, ktoré môžu posilniť adhérenciu žien k PGP. Dôkazy o signifikantných rozdieloch môžu byť dôvodom na citlivejší prístup a efektívnejší komunikačný štýl zo strany zdravotníkov na Slovensku, čo by mohlo zvýšiť účasť žien na primárnej a sekundárnej prevencii.

Kľúčové slová: faktory ovplyvňujúce účasť na preventívnej prehliadke - gynekológ - gynekologická ambulancia - preventívna gynekologická prehliadka - prevencia

ABSTRACT: KELČÍKOVÁ S.1, MAZÚCHOVÁ L.1, MELCHIORYOVÁ P.1, KELČÍK R. 2: DECISIVE FACTORS OF WOMEN'S MOTIVATION IN RELATION TO PREVENTIVE GYNECOLOGICAL EXAMINATION, PSYCHOSOM 2020; 18 (3-4), PP.: 117-129

¹Department of Midwifery, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University in Bratislava, Slovak Republic

²Masaryk University Brno, student of General Medicine

Objective: The study presents findings that affect the attendance of women in preventive gynecological examinations. Considering the selected individual characteristics, the main criteria this study is focused on are age, education, place of residence, geographical location as well as gender of gynaecologist.

Method: Self-designed exploratory questionnaire was used for purpose of this study. The sample included 550 females with average age of 25.85 ± 7.68 . The reliability of the questionnaire was determined by the Cronbach's alpha with the value of 0.757. The data analysis was based on the Kruskal-Wallis test, the Mann-Whitney test and the Spearman correlation analysis ($p < 0.05$).

Results: More than half of all participants 61.09% visit gynaecologist for a regular check-up once a year while 55.27% of those females do so on regular basis (every year). Vast majority of females consider a regular check up to be important. The main reasons for not getting the regular check-up are mainly fear of the process of this medical examination per se as well as the fear of medical results and findings. When choosing a gynaecologist, females predominantly decide based on the following aspects – trust & confidentiality 66.55%; sensitive approach of a gynaecologist/ nurse/ midwife 63.82%; a communication style of a doctor to his/her patients 63.36%; professional competencies/ experience of the doctor (51.64%). More than half of the participants decide to choose their doctor based on family/friends recommendations 51.09%.



Other half of the participants (45.82%) prefer of the gynaecologist working in the gynecological outpatient clinic they are interested in. There are statistically significant differences in the perception of decisive factors in relation to the preventive gynecological examination to individual characteristics of participants – geographical location ($p = 0.041$) and gender of gynaecologist ($p = 0.004$).

Conclusion: The results show that females perceive the importance of a general gynaecologist check-up. The main decisive factors are trust & confidentiality in the patient/doctor relationship, a communication style as well as sensitive approach of the doctor. It's more than necessary to focus on factors which might encourage women's adherence to general gynaecologist check-ups. The aforementioned statistically significant differences between participants could amplify the necessity of a more sensitive approach in doctor/patient and relationship more effective communication style, should be considered which might further enhance the primary and secondary medical prevention in Slovakia.

KEY WORDS: factors influencing participation in the preventive gynecological examination-gynaecologist clinic-general gynecological check-up-prevention

ÚVOD

Z pohľadu podpory a ochrany zdravia žien sa k preventívnym gynekologickým prehliadkam (PGP) v dnešnej dobe vyjadruje množstvo odborníkov ako aj média, najmä s dôrazom na ich významnosť v súvislosti s včasným záchytným gynekologických malignít. V rámci všeobecného povedomia sa odporúča, aby každá žena dbala o svoje zdravie a aktívne potenciovala svoje vedomosti v sexuálnej a reprodukčnej oblasti. Česko-slovenská gynekológia a pôrodnictvo presadzuje preventívnu koncepciu od začiatku 50. rokov a presúva ťažisko z oblasti liečby do prevencie, v súlade s politikou zdravia pre všetkých podľa WHO (Poňtuch, Bárdoš, 1972; WHO, 2013; Čepický, 2019). Dobrá organizácia preventívnych prehliadok podporuje význam prevencie. Avšak percento žien, ktoré sa na Slovensku zúčastňuje preventívnych prehliadok, je veľmi nízke (Borovský, 2015; NCZI, 2017). Podľa údajov Národného centra zdravotníckych informácií v SR (NCZI, 2017) sa preventívnej gynekologickej prehliadky zúčastňuje cca 30 % žien. Dôvodom celkovo nízkej účasti býva nedostatočné povedomie o možnosti prevencie rizikových faktorov,

pracovná zaneprázdnenosť, ale často aj uvažovanie typu „pokiaľ nemám bolesti, tak som zdravá/ý“ (Horáková, cit. 2019). Na Slovensku okrem iných, aj gynekologická preventívna prehliadka je plne hrazená zdravotnými poisťovňami (Všeobecná zdravotná poisťovňa; Zdravotná poisťovňa Dôvera; Zdravotná poisťovňa Union) a jej rozsah upravuje zákon NR SR č. 661/2007 Z. z. Podľa uvedeného zákona má na PGP nárok každá žena, poistenkyňa vo veku od 18 rokov alebo od prvého tehotenstva, v intervale jedenkrát počas jedného kalendárneho roka. Obsahom PGP v zmysle citovaného zákona je komplexné gynekologické vyšetrenie (vrátane palpačného vyšetrenia prsníkov), zamerané na vyhľadávanie a včasnú diagnostiku organických a funkčných porúch ženských pohlavných orgánov. Súčasťou prehliadky je dôkladná anamnéza a odborné poradenstvo v otázkach antikoncepcie, hormonálnej substitučnej liečby, prevencie sexuálne prenosných ochorení, taktiež poučenie o zvýšenom riziku gynekologických malignít v súvislosti s pozitívnou rodinnou anamnézou a prítomnosťou ďalších rizikových faktorov u ženy. Jej



obsahom je skrining rakoviny krčka maternice a prsníka, zameraný na aktívne a organizované vyhľadávanie rakoviny krčka maternice (ženy vo veku 23–64 rokov) a prsníka (ženy vo veku 40–69 rokov) (Zákon č. 661/2007 Z. z.; v ČR obsah a časové rozmedzie preventívnej gynekologickej prehliadky upravuje Vyhláška MZ č. 70/2012 Sb.). V praxi sa môžeme stretávať s určitými odlišnosťami implementácie obsahu PGP.

Pochopenie vzorcov zdravého správania sa žien, zlepšuje podporu zdravia a vedie k zabráneniu vzniku alebo eskalovaniu dlhodobých ťažkostí a včasného zachytu gynekologických malignít. Citlivý prístup, poskytovanie dostatočného množstva informácií, zvyšovanie zdravotného povedomia už mladým dievčatám, ženám ako aj šírenie efektívneho druhu osvetu by mohlo mať pozitívny vplyv na správanie žien a ich adhérenciu (rozhodnutie dlhodobo realizovať preventívne správanie) k PGP. Táto úloha

SÚBOR A METODIKA

Prieskumu sa zúčastnilo 550 mladých žien s priemerným vekom 25,85 (SD $\pm$ 7,78). Do súboru boli zaradené ženy, ktoré spĺňali vopred určené **zaraďovacie (inkluzívne) kritéria**: vek nad 18 rokov určený podľa platnej legislatívy a súhlas respondentky so zaradením do štúdie. Za vyplnenie nebola respondentkám poskytnutá žiadna odmena. Dosiahla sa určitá reprezentatívnosť a závery výskumu sa interpretujú len na podmienky tohto súboru.

Z hľadiska *vzdelania* najviac 55,6 % žien dosiahlo stredoškolské vzdelanie s maturitou a nadstavbové vzdelanie; 36,6 % dosiahlo vysokoškolské vzdelanie a 7,8 % žien ukončilo základné vzdelanie alebo stredoškolské bez maturity. Z hľadiska *bydliska* viac ako polovica 61,0 % žien bývalo v meste. Zastúpenie podľa *geografického členenia SR*: najviac 41,2 % žien bolo zo

prináleží v nezastupiteľnej miere zdravotníckym pracovníkom, najmä gynekológom a pôrodným asistentkám, nakoľko edukácia v oblasti prevencie a podpory zdravia patrí medzi ich profesionálne intervencie a je vysoko významná. Ich profesionálna rola a citlivý prístup v tejto problematike je dôležitá a žiada sa, aby svoju prax vykonávali v interakcii so ženami, aby citlivo vnímali faktory, ktoré môžu ovplyvniť motiváciu k pravidelnej návšteve u gynekológa a výberu ambulancie. Nezastupiteľnú úlohu v súvislosti s propagáciou preventívneho správania môžu zohrávať aj média a široké spektrum foriem a metód osvetu.

V kontexte spomenutého, cieľom štúdie bolo skúmať faktory, ktoré ovplyvňujú návštevnosť žien vo vzťahu k preventívnej gynekologickej prehliadke z aspektu vybraných individuálnych charakteristík respondentiek (*vek, vzdelanie, bydlisko, geografické členenie SR a pohlavie gynekológa*).

Západného Slovenska (Bratislavský, Trnavský, Trenčiansky a Nitriansky kraj); 37,0 % Stredné Slovensko (Banskobystrický, Žilinský kraj) a 21,8 % Východné Slovensko (Prešovský, Košický kraj). Z hľadiska *pohlavia gynekológa* viac ako polovica 52 % z opýtaných žien navštevujú gynekológa a 44 % gynekologičku. Vzhľadom k vyhodnoteniu odpovedí dotazníka sa zistilo, že respondentky na Likertovej škále v tejto otázke odpovedali aj na úrovni 3 – neviem. Domnievame sa, že mohlo ísť o škálové nepochopenie zo strany respondentiek, alebo v ambulancii sa striedali obidve pohlavia aj gynekológ aj gynekologička.

V rámci výskumu bol zvolený dizajn prierezovej kvantitatívnej štúdie. Použil sa dotazník vlastnej konštrukcie, pozostávajúci zo 48 otázok rozdelených do troch oblastí. V príspevku prezentujeme výsledky iba



jednej z oblastí, ktorá je zameraná na postoje a identifikovanie faktorov vo vzťahu k PGP (výber gynekológa a výber ambulancie) (Σ 18 otázok). V úvode dotazníka boli zaradené identifikačné položky (*vek, vzdelanie, bydlisko, geografické členenie SR a pohlavie gynekológa*) potrebné k charakteristike výskumného súboru. Na základe pilotáže (skupinový rozhovor) s ôsmimi ženami rôznej vekovej kategórie sa po jej vyhodnotení text nemenil. Respondentky si vyberali zo signovaných odpovedí: (od 1 – *nesúhlasím* až po 5 – *súhlasím*). Išlo o polytomické položky s úplným výberom, so zisťovaním súhlasu s položkou. Zvolil sa kombinovaný spôsob administrácie dotazníkov (osobne-gynekologické ambulancie (AMB) a elektronicky). Výber prebiehal na základe špecifikácie AMB a získania súhlasu vedúcich lekárov ambulancií a podľa našich dostupných možností. Z oslovených 10 gynekologických ambulancií (Žilinského kraja v meste Martin, Tvrdošín, Námesťovo) bol získaný súhlas v dvoch. Dotazníky sa distribuovali prostredníctvom sestier/ pôrodných asistentiek pracujúcich v príslušných gynekologických AMB. Čas na vyplnenie dotazníkov sa poskytol po dobu jedného mesiaca a z označenej schránky na tento účel sa dotazníky osobne

vyzdvihli. Naším zámerom bolo poskytnúť dotazník všetkým ženám, ktoré navštívia vybrané gynekologické ambulancie a získať minimálne 400 dotazníkov. Avšak osobne sa vzhľadom k získanému súhlasu, distribuovalo 80 dotazníkov (40 Martin, 40 Tvrdošín), vrátilo sa 70, čím sa získala 87,5 % responzibilita. Inkluzívne kritéria nespĺňalo 6 dotazníkov, ktoré boli vyradené. Do štatistickej analýzy bolo zaradených 64 dotazníkov. Preto sme následne zvolili elektronickú formu a respondentky boli oslovené náhodne, prostredníctvom sociálnych sietí a emailových adries. Internetový dotazník bol vytvorený prostredníctvom služby Google Docs (aktívny po dobu dvoch mesiacov) a podarilo sa získať 486 dotazníkov. Zber údajov sa uskutočnil od októbra 2017 do februára 2018. Údaje boli spracované použitím deskriptívnej štatistiky a Cronbach alfa koeficientu. Na zisťovanie štatistickej významnosti sa použili *Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney test a Spearman korelačná analýza $r(S)$* . Za štatisticky významný sa považoval výsledok p-hodnoty pod hladinou 5 % ($p < 0,05$). *Spearmanov korelačný koeficient $r(S)$* bol použitý na korelačnú analýzu vzťahu spojitých premenných *veku* a otázok podškály, ktorej výsledky prezentujeme.

VÝSLEDKY

Štandardizovaný Cronbachov alfa koeficient ($\alpha = 0,757$), preukázal dostatočnú vnútornú konzistenciu nástroja. Interpretáciu opisných charakteristík jednotlivých výrokov v texte uvádzame v zátvorkách (priemerná škálová odpoveď a štandardná odchýlka ($d \pm SD$)).

Tabuľka 1 popisuje vybrané opisné charakteristiky faktorov ovplyvňujúcich návštevnosť žien vo vzťahu k PGP (výber gynekológa/ gyn. ambulancie)



Tab. 1 Opisné charakteristiky faktorov výberu gynekológa/ gyn. ambulancie

Výskumná vzorka respondentiek (n=550)

Otázky	1	2	3	4	5	D	SD
PGP považujem za dôležitú.	1,82	1,09	3,64	17,27	76,18	4,65	0,76
So svojím súčasným gynekológom som spokojná.	5,45	4,36	11,09	18,55	60,55	4,24	1,15
Faktory - gyn. ambulancia							
GYN AMB, ktorú navštevujem, som si vybrala na základe lekára/lekárky, ktorý v nej ordinuje.	22,00	9,09	8,73	14,36	45,82	3,53	1,63
GYN AMB, ktorú navštevujem, som si vybrala na základe referencií a odporúčania blízkeho okolia.	12,55	4,00	10,36	22,00	51,09	3,95	1,38
GYN AMB, ktorú navštevujem, som si vybrala podľa dostupnosti od miesta bydliska.	30,55	11,09	11,27	18,00	29,09	3,04	1,64
Faktory – gynekológ							
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúca odbornosť, prax a skúsenosti.	3,64	3,82	12,55	28,36	51,64	4,21	1,04
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúci citlivý prístup lekára / sestry, pôrodnej asistentky.	2,55	1,45	7,27	24,91	63,82	4,46	0,89
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúca komunikácia s pacientkou.	2,00	1,27	10,18	24,18	63,36	4,44	0,88
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúca dostupnosť ambulancie, čakacie doby, organizácia ordinačných hodín.	8,91	9,64	19,64	29,45	32,36	3,67	1,26
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúca dôvera a diskretnosť.	2,18	1,09	6,91	23,27	66,55	4,51	0,85
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúce pohlavie gynekológa.	52,00	11,82	14,91	10,00	11,27	2,17	1,44
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúce prostredie a vybavenosť ambulancie.	6,36	7,82	22,18	27,82	35,82	3,79	1,19
Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúca výška poplatkov za výkony.	25,45	18,55	27,45	17,09	11,45	2,71	1,32



Pri výbere gynekológa je pre mňa rozhodujúca ponuka nadštandardných služieb.	19,45	23,09	29,82	13,64	14,00	2,80	1,29
Účasť na PGP							
Od účasti na PGP ma odrádza samotné vyšetrenie.	64,55	10,91	10,00	6,36	8,18	1,83	1,31
Od účasti na PGP ma odrádza strach zo zlých výsledkov vyšetrenia.	64,55	12,00	11,27	7,64	4,55	1,76	1,19
Od účasti na PGP ma odrádza nedôvera k lekárom.	77,45	9,64	6,91	3,09	2,91	1,44	0,96
Od účasti na PGP ma odrádza zlá dostupnosť ambulancie.	84,18	7,09	5,64	1,64	1,45	1,29	0,77

Legenda: PGP – preventívna gynekologická prehliadka; 1 nesúhlasím, 2 skôr nesúhlasím, 3 neviem, 4 skôr súhlasím, 5 súhlasím; d – priemerná škálová hodnota odpovedí; SD – štandardná odchýlka; hodnoty na škále súhlasím/nesúhlasím sú uvedené v %

Gynekologickú ambulanciu si vyberá viac ako polovica 51,09 % ($3,95 \pm 1,63$) žien na základe referencií a odporúčania blízkeho okolia. Pre výber gynekológa je pre ženy rozhodujúca *dôvera a diskretnosť* 66,55 % ($4,51 \pm 0,85$), *citlivý prístup lekára/sestry a pôrodnej asistentky* 63,82 % ($4,44 \pm 0,88$) ako aj *komunikácia s pacientkou* 63,36 % ($4,46 \pm 0,89$). Najmenej rozhodujúcimi faktormi sa preukázali *poplatky za výkony* 11,45 % ($2,71 \pm 1,32$) a *pohlavie*

gynekológa 11,27 % ($2,17 \pm 1,44$). Priemerná hodnota odpovedí na 5-stupňovej Likertovej škále v skúmanej oblasti bola 3,25 ($\pm 0,50$), čo naznačuje menšiu jednoznačnosť vyjadrení.

V tabuľke 2 prezentujeme opisné charakteristiky prežívania diskomfortu počas preventívnej gynekologickej prehliadky, ktoré môžu negatívne ovplyvniť motiváciu žien k jej účasti.

Tab. 2 Opisné charakteristiky faktorov prežívania diskomfortu

Otázky	1	2	3	4	5	d	SD
Počas PGP sa necítim komfortne, pretože som hanblivá a konzervatívna.	40,73	17,45	17,64	13,64	10,55	2,36	1,40
Počas PGP sa necítim komfortne, pretože u každého lekára som v strese.	51,09	16,00	14,55	11,45	6,91	2,07	1,32
Počas PGP sa necítim komfortne, pretože vyšetrenie je bolestivé.	60,00	18,36	13,09	4,45	3,09	1,73	1,08



Počas PGP sa necítim komfortne, pretože sa ku mne lekár nespráva podľa mojich predstáv.	81,09	9,09	5,27	2,73	1,82	1,35	0,85
---	-------	------	------	------	------	------	------

Legenda: 1 nesúhlasím, 2 skôr nesúhlasím, 3 neviem, 4 skôr súhlasím, 5 súhlasím; *d* – priemerná škálová hodnota odpovedí; *SD* – štandardná odchýlka, hodnoty na škále *súhlasím/nesúhlasím* sú uvedené v %

Počas preventívnej prehliadky sa 24,19 % (2,36 ± 1,40) žien necíti komfortne z dôvodu hanblivosti a konzervatívnosti (stupeň na škále 4-5).

V tabuľke 3 prezentujeme výsledky štatistickej významnosti faktorov v kontexte PGP (výber gynekológa/ gyn. ambulancie) vo vzťahu k zvoleným premenným.

Tab. 3 Štatistická významnosť vo vzťahu ku skúmaným premenným

Vek	<i>P</i> - <i>r</i> (<i>S</i>)
	0,071
Vzdelanie	P (K-W)
	0,410
Bydlisko	P (M-W)
	0,512
Geografické členenie	P (K-W)
	0,041
Pohlavie gynekológa	P (M-W)
	0,004

Legenda: *P* - *p*-hodnota, *r*(*S*) - Spearmanov korelačný koeficient, **K-W** - Kruskal-Wallis test, **M-W** - Mann-Whitney test

Štatisticky významné rozdiely v rozhodujúcich faktoroch vo vzťahu k PGP (výber gynekológa/ gyn. ambulancie) boli preukázané z hľadiska *geografického členenia SR* a *pohlavia gynekológa*. Ženy zo Stredného Slovenska vnímavejšie reflektujú na skúmané faktory a PGP navštevujú častejšie (66,50 %) ako ženy zo Západného (59,91 %) a Východného Slovenska (54,17 %).

Ženy najviac preferujú vo vzťahu k PGP pri výbere gynekológa/ gyn. ambulancie citlivý prístup, dôveru a diskretnosť, čo môže mať priamu súvislosť s pohlavím gynekológa, ktorého navštevujú.

Na základe *veku*, *vzdelania* a *bydliska* neboli preukázané štatisticky významné rozdiely v skúmaných faktoroch.



DISKUSIA

Prierezová kvantitatívna štúdia skúmala faktory, ktoré ovplyvňujú motiváciu žien k účasti na PGP s dôrazom na výber gynekológa/gyn. ambulancie a zisťovala súvislosť s vybranými premennými. Národné centrum zdravotníckych informácií uvádza za rok 2017 návštevnosť preventívnych gynekologických prehliadok na úrovni 27,9 %, pričom ide o plánovite konané prehliadky, ktoré nie sú odôvodnené chorobnými príznakmi. Oproti roku 2009 po prepočte na 100 evidovaných žien došlo k zníženiu preventívnych návštev o 11 %. Najväčšia poisťovňa na Slovenku (Všeobecná zdravotná poisťovňa) uvádza, že len 23 % dospeléj populácie navštevuje preventívne prehliadky, čo je v konečnom dôsledku veľmi nízke percento. V našej štúdii sa preukázalo, že väčšina žien 76,18 % (n= 550) považuje preventívnu gynekologickú prehliadku za dôležitú. Aspoň jedenkrát ročne ju navštevuje 61,09 % opýtaných žien, pričom 55,27 % žien ju navštevuje pravidelne každý rok. V inej štúdii (Borovský, 2015) sa preukázalo, že PGP aspoň jedenkrát ročne absolvuje 75 % (n=1000) žien a v štúdií (Uríčková, 2014) 57 % žien (n=792), pričom najzodpovednejšie sa k PGP stavajú zamestnané ženy a ženy na materskej dovolenke. Naopak, študentky a dôchodkyne navštevujú PGP najmenej.

Účasť žien na preventívnej gynekologickej prehliadke v našom súbore bola asi 2,5krát vyššia v porovnaní s dostupnými údajmi Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) a VŠZP. Napriek tomu, že väčšina respondentiek z nášho výskumného súboru uviedla, že na preventívne prehliadky chodí, ide o zrejmy rozpor so skutočným počtom žien ktoré naozaj PGP absolvujú (podľa dát OECD 20-30 %). Zaznamenaná vyššia účasť môže do určitej miery vyplývať z demografických a sociálno-ekonomických charakteristík našej vzorky, v ktorej najväčšie zastúpenie mali

ženy v mladšom produktívnom veku, s vyšším vzdelaním a ktoré vyplnili online dotazník. Ženy vo veku 26 až 35 rokov v oblasti zdravia vnímajú silný pocit zodpovednosti za vlastné zdravie vrátane záujmu o trendy v zdravej životospráve a tiež uvedomenie, že včasná diagnostika zvyšuje šance na vyliečenie (Marko, cit.2019). So stúpajúcim vzdelaním respondentiek sa zvyšuje návštevnosť PGP. Ženy zo Stredného Slovenska (prevažne z Banskobystrického kraja) navštevujú PGP častejšie než z iných skúmaných oblastí. Vnímame pozitívne, že preventívnu gynekologickú prehliadku považuje za významnú väčšina opýtaných žien (tab.1). Za vnímané bariéry účasti na PGP ženy uvádzali samotné vyšetrenie, strach zo zlých výsledkov vyšetrenia a nedôveru k lekárovi (tab.1). Taktiež aj v štúdií (Uríčková, 2014) sa preukázali vnímané bariéry ako strach z výsledkov vyšetrenia u viac ako 10 % žien, ktoré preventívne prehliadky absolvujú a nedôvera k lekárom porovnateľne s našim výskumom 2%.

Zistili sme, že príčinami prežívaného diskomfortu počas preventívnej gynekologickej prehliadky ženy uvádzajú hanblivosť, konzervatívnosť (24,19 %) a stres u každého lekára (18,36 %, tab.2). Len nízke percento žien uvádza, že vyšetrenie je pre nich bolestivé alebo, že sa počas PGP necítia komfortne, pretože sa lekár nespráva podľa ich predstáv. Pre porovnanie s prieskumom z roku 2014, sme zaznamenali mierne rozdiely (Uríčková, 2014). V štúdií (Borovský, 2015) sa preukázali príčiny diskomfortu počas PGP: 29,19 % hanblivosť a konzervatívnosť; 18,41 % zohráva rolu psychika a stres a skoro polovica sa necíti pohodlne na vyšetrovacom stole. V obidvoch štúdiách sa preukazuje vplyv veku na pocity počas PGP. Čím je nižší vek u respondentiek, tým väčšie percento uvádza hanblivosť, konzervatívnosť,



psychiku a stres ako príčinu určitého nepohodlia počas preventívnej gynekologickej prehliadky, čo môže vplývať na motiváciu mladých žien ju absolvovať. Prežívanie negatívnych pocitov sa vyskytuje v určitom vekovom rozmedzí, viac u mladšej vekovej kategórie, ktorá je väčšinovo zastúpená v našom súbore. Tieto skutočnosti môžu mať priamu súvislosť s pohlavím gynekológa, ktorého navštevujú (uvádzaná hanblivosť, konzervatívnosť). V štúdií (Borovský, 2015) tiež zistili, že čím nedávnejšie sa PGP uskutočnila, tým pozitívnejšie bola respondentkami hodnotená. Približne 90 % žien, bolo u svojho súčasného gynekológa spokojná, pričom táto skutočnosť sa v našom súbore preukázala o niečo menej 60,55 % (tab. 1).

Na absolvovanie PGP nemá čas 7,27 % opýtaných žien. Táto skutočnosť sa potvrdila aj v inej štúdií (Uričková, 2014).

Gynekologickú ambulanciu si skoro polovica žien zo súboru vyberá na odporúčanie blízkeho okolia a na základe lekára/lekárky, ktorý v nej ordinuje (tab. 1). Pri výbere gynekológa je pre väčšinu žien najviac rozhodujúca dôvera a diskretnosť zo strany zdravotníckych pracovníkov. Ďalší rozhodujúci faktor je citlivý prístup lekára / pôrodnej asistentky, sestry. Pre viac ako polovicu žien je významná komunikácia ako aj odbornosť/prax a skúsenosti (tab. 1). Výsledky štúdie (Borovský, 2015) v porovnaní s našimi sú porovnateľné: odbornosť /prax a skúsenosti (62 % vs. 51,64 %), citlivý prístup lekára (59 % vs. 63,82 %) a komunikáciu s pacientkou (48 % vs. 63,36 %) kde u žien z našej štúdie zaznamenávame o niečo vyššiu vnímavosť na citlivý prístup a komunikáciu. Ďalšími atribútmi v porovnávací štúdií (Borovský, 2015) sú dostupnosť ambulancie, pohlavie gynekológa, prostredie a vybavenosť ambulancie ako aj

výška poplatkov a ponuka nadštandardných služieb, ktoré však nijako výrazne neovplyvňujú výber gynekológa/gynekologickej ambulancie vo vzťahu k PGP ani u našich respondentiek (tab 1). Preukázali sa štatisticky významné rozdiely v preferenciách faktorov, ktoré ovplyvňujú ženy vo vzťahu k PGP a to z hľadiska *geografického členenia SR a pohlavia gynekológa*. Preukázalo sa, že ženy zo Stredného Slovenska navštevujú PGP častejšie ako ženy z iných skúmaných regiónov. Pohlavie gynekológa vplyva na správanie mladých žien vo vzťahu k účasti PGP.

Za prínos našej práce považujeme skutočnosť, že postoje žien k preventívnym gynekologickým prehliadkam sú vo väčšej miere pozitívne aj keď ich návštevnosť na Slovensku stále ostáva na neuspokojivej úrovni cca 28 %. Môžeme konštatovať, že sa objektívne identifikoval priestor a možná príležitosť zlepšiť motiváciu žien v zmysle osobného prístupu, citlivej komunikácie, profesionality zdravotníkov (gynekológ/čka, pôrodné asistentky, sestry). Platforma pre prevenciu má v tejto problematike významné postavenie. Široká spolupráca (Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad verejného zdravotníctva SR, zdravotné poisťovne, zamestnávateľia, patientske organizácie, odborné spoločnosti, akademické inštitúcie) v tejto oblasti s verejnosťou a náležitá informovanosť by mala mať dosah na ženskú populáciu už pred 18. rokom života, aby boli mladým dievčatám poskytnuté najdôležitejšie informácie a fakty, ktoré by mohli pozitívne ovplyvniť ich postoj a účasť na preventívnej gynekologickej prehliadke. Je známych viacero schém, ako je možné oblasť verejnej zdravotnej politiky v zmysle prevencie realizovať efektívne (Dolák a kol. 2017; Ptáček a kol., 2017; in Vitro, 2017; Liga proti rakovine Slovenskej republiky, cit. 2019; Szabóová a kol., 2018).



ZÁVER

Dôležitým zistením je, že významnými atribútmi pre motiváciu žien absolvovať preventívnu gynekologickú prehliadku sú dôvera, diskretnosť, citlivý prístup, komunikácia a odbornosť gynekológa/čky. V kontexte tejto problematiky vždy bude záležať na prístupe ako lekárov, tak hlavne samotných žien k preventívnej prehliadke a všeobecne k prevencii ochorení. Preto sa žiada, motivovať ženy náležitou informovanosťou, poskytovaním zrozumiteľných informácií, aktívnou výzvou na PGP, tak aj osobným a profesionálnym prístupom lekára/ky počas PGP. Zo strany kompetentných apelovať na potrebu identifikovať faktory, ktoré bránia zlepšovaniu prevencie a načrtnúť možné riešenia na úrovni aj individuálnej, na úrovni zamestnávateľov ako aj na úrovni štátu. Možné identifikované osobné a priestorové bariéry zo strany zdravotníkov citlivo z praxe eliminovať.

Limitácia výskumu

Nami uvedené výsledky a zistenia je dôležité vnímať vzhľadom na limity výskumu. Váha reprezentatívnosti výskumného súboru získaného prostredníctvom internetových dotazníkov môže byť skreslená v zmysle, že internet využívajú viac mladšie ženy s vyšším vzdelaním, ktoré mohli byť vnímavejšie k problematike preventívnych gynekologických prehliadok, respektíve mohlo ísť o ženy, ktoré viac vnímajú PGP ako dôležitú. Predloženú štúdiu je možné považovať za parciálnu, môže byť východiskom pre vytvorenie iného, kvalitnejšieho a rozšírenejšieho výskumu v problematike preventívnych gynekologických prehliadok s náhodným výberom respondentiek, s cieľom zistiť príčinu nízkej návštevnosti žien PGP v iných kontextoch (napr. medzi Slovenkami a Češkami). Napriek uvedeným limitáciám výskumu sa domnievame, že naša štúdia priniesla konštruktívne výsledky a môže byť prínosom pre prax.

Príspevok bol podporený v rámci grantu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (registračné číslo: 2018/20-UKMT-16).

Projekt bol podporený grantom VEGA (1/0044/18, 1/0190/20) a grantom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (registračné číslo: 2018/20-UKMT-16).

LITERATÚRA

1. Borovský M. Prístup slovenských žien k problematike rakoviny krčka maternice. *Lab-med.* 2015; 1(3): 8-9.
2. Čepický P. Útěcha z gynekologie. Nakladatelství: Dybbuk. 2019; 200 s.
3. Dolák F., Hudáčková A., Chloubová I., Otásková J. T. Prístup pacientů k prevenci z pohledu všeobecných praktických lékařů. *Prakt. Lék.* 2017; 97(1): 31-35.



4. Horáková J. Na preventívne prehliadky si zvykáme stále ťažko [online]. 2012. [cit. 2015-10-12]. Dostupné na internete: <https://primar.sme.sk/c/6341175/na-preventivne-prehliadky-si-zvykame-stale-tazko.html>
5. inVitro. Zmysluplná prevencia nielen v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých [online]. In: inVitro. 2017. [cit. 25-02-2019]. Dostupné na internete: <https://www.alphamedical.sk/casopis-invitro/zmysluplna-prevencia-nielen-v-ambulancii-vseobecneho-lekara-pre-dospelych>
6. Liga proti rakovine Slovenskej republiky. Samovyšetrenie prsníkov [online]. Bratislava: Liga proti rakovine, 2018. [cit. 2018-09-25]. Dostupné na internete: <https://www.lpr.sk/wp-content/uploads/2019/07/Samovystrenie-prsnikov-2018-tlac.pdf>
7. Národné centrum zdravotníckych informácií SR. Činnosť gynekologických ambulancií v SR 2017 [online]. Bratislava, 2017. [cit. 2018-04-08]. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2017/sp1804.pdf>
8. Pontůch A., Bárdoš A. Prevencia v gynekológii a pôrodníctve. Martin, Osveta 1972, 3. prepracované vydanie 1980; 323 s.
9. Ptáček R., Raboch J., Domkářová L., Bencko V. Motivace pacienta k léčbě a preventivním opatřením. *Prakt. Léč.* 2017; 97(1): 17-22.
10. Szabóová V., Švihrová V., Švihra J., Rišková L., Hudečková H. *Validácia nového nástroja pre indentifikáciu bariér v prevencii rakoviny krčka maternice na Slovensku. Čes. Gynek.* 2018; 83(1): 30-35.
11. Uričková A. Vedomosti a postoje vybranej vzorky žien o rakovine krčka maternice. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis 2014.
12. Všeobecná zdravotná poisťovňa. Preventívne prehliadky [online]. 2019. [cit. 2019-02-25]. Dostupné na internete: <https://www.vszp.sk/poistenci/zdravotna-starostlivost/preventivne-prehliadky.html>
13. WHO. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Switzerland: WHO Press 2013.
14. Vyhláška Ministerstva zdravotníctví č.70/2012 sb., o preventívnych prohlídkach.
15. Zákon č. 661/2007 Z. z ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.



16. Zdravotná poisťovňa DÔVERA. Mamografia do 10 dní [online]. 2019. [cit. 2019-06-11]. Dostupné na internete: <https://www.dovera.sk/poistenec/nadstandard-od-dovevery/starostlivost-o-zdravie/a1892/mamografia-do-10-dni>
17. Zdravotná poisťovňa UNION. Cytologické skriningové vyšetrenie steru krčka maternice [online]. 2019. [cit. 2019-06-15]. Dostupné na internete: <https://www.union.sk/vysetrenie-steru-z-krcka-maternice>

Do redakcie prišiel text 13. 5. 2020.
K tisku zařazeno 15. 11. 2020.
Konflikt zájmů není znám.

Prehlásenie:

Autori na svoju česť prehlasujú, že nie sú v konflikte záujmov vo vzťahu k obsahu tohto príspevku ani žiadnej jeho časti. Rukopis nebol publikovaný v žiadnom inom časopise a ani čiastočne v inom jazyku.

Etické hľadisko

Všetkým účastníčkam štúdie boli poskytnuté informácie o cieľov, pozadí výskumu. Zber dát bol anonymný a všetci účastníci podpísali informovaný súhlas. Rozhodnutím Etickej komisie Žilinského samosprávneho kraja (Slovenská republika) a príslušných ambulancií bol získaný súhlas s realizáciou výskumného projektu.



Kontaktná adresa:

PhDr. Mgr. Simona Kelčíková, Ph.D.
Ústav pôrodnej asistencie
Univerzita Komenského v Bratislave,
Jesseniova lekárska fakulta
Malá Hora 5
036 01 Martin
e - mail: kelcikova@jfmed.uniba.sk



ÚVAHY, REFLEXE



STANISLAV KOMÁREK: ZAPOVĚZENÉ MYŠLENKY

Není nezajímavé si uvědomit a zopakovat, které myšlenky jsou v dnešním světě „zakázané“ a nesmějí se svobodně ventilovat – v typickém případě nenásleduje hned uvěznění, ale veřejný mobbing zcela jistě. Každá doba nějaké zakázané myšlenky měla, to není věc neobvyklá ani ojedinělá, ale žádná k tomu nevyhlašovala do světa, že ji charakterizuje svoboda slova: dnešní stav působí v něčem podobně, jako když Sovětský svaz kdysi roztruboval, že je nejdemokratičtější zemí světa. Polynéský termín tabu (též tapu či tepu), zpopularizovaný pro myšlenkové rituální záповědi Freudem, znamenal původně jakýkoli „vyšší“ zákaz, třeba i trhání ovoce z určitého stromu.

Začneme od vědy, v něčem ideologické páteře dnešní společnosti. Právě v rámci ní je nejdůležitější záповědí jednak víra v jakékoli smysluplné a zacílené uspořádání světa (ten vzniknul „náhodně“ a „musí“ to tak být), jednak v jakýkoli jiný zdroj vůle,

úmyslu a vědomí, nežli je člověk sám (ať už božský, nebo v jiných živých bytostech). Pokud je nějaký pohled „z principu“ dopředu zakázán, je samozřejmé, že se nic podobného nemůže najít či objevit, a pokud by pro to něco svědčilo, je třeba to „odvysvětlit“ až do úplného zmizení – předpoklad, jemuž bylo na začátku nutno uvěřit, se posléze začíná jevit jako „objev“. Je to podobné, jako katolická církev nikdy z principu nemůže naznat, že by ti bohové byli řekněme dva, Dobrý a Zlý. Jedná se zde, jak zdůrazňuje Jan Zrzavý, o tzv. „velkou pravdu“, na rozdíl od „malých pravd“ (řekněme jaký je bod tání cínu). Opakem „malé pravdy“ je, jak známo, omyl, opakem „velké pravdy“ jiná velká pravda, k níž se eventuálně alternativně přikloníme. Vědě je také neskousnutelnou myšlenka, že na světě je či by mohlo být něco z principu jejími metodami nepoznatelného, nikoli pouze dosud nepoznaného. I to je věcí pevné víry: k tomu, proč by mozek evoluovavší k



přežívání ve východoafrické savaně měl pochopit nejhlubší tajemství všehomíra, není z mnoha hledisek stín důvodu. Rozumný člověk nebude nikdy popírat, že vědecké poznatky jsou relevantní – drsný scientismus začíná v bodě, kdy je prohlásíme za jediné relevantní: je to rovněž podobné církevnímu stanovisku, dnes už příliš hlasitě nezdůrazňovanému, že ona jediná je samospasitelná. Už humanitní disciplíny, před staletími odštěpené od přírodovědných (poznání bylo kdysi celistvé), mají zcela jiný systém s nimi rivalizujících „pravd“, s lidskou jedinečností ještě dále přehnanou do sociálního konstruktivismu: my sami jsme vlastně stvořiteli světa, který si sami ve své mysli tvoříme, a kromě ní vlastně nic jiného není – je pozoruhodné, jakého rozšíření tento myslitelný, leč vši zkušenosti odporující nesmysl doznal.

Vzhledem k tomu, že absolventi humanitních nauk obsadili v euroamerické civilizaci celou mediální sféru, stávají se jejich přesvědčení oficiální linií, jíž v zásadě nelze odporovat. Je to především extrémní voluntarismus, víra, že naše svobodné volní rozhodnutí zmůže úplně všechno. Je třeba uvěřit, že nejen sexuální orientace, ale i pohlaví je věcí „svobodného rozhodnutí“ (o „pochodech proti rakovině prsu“ jsem už mluvil na jiném místě). To ovšem nikterak nebrání tomu, zapnout sociální determinismus tam, kde se to v polemice vidí potřebným: jakýkoli neúspěch je viděn jako výsledek nějaké formy šizení, útlaku nebo agrese (determinismus biologický je samozřejmě striktně zakázán). Mezilidské vztahy se stalo zvykem vykládat v relaci agresor – oběť a poloha oběti, exkulpované jak z vlastních rozhodnutí, tak z eventuální vlastní neschopnosti či liknavosti, je všemi silami podporována (to, že to takovéto lidi degraduje do polohy chudáčků potřebných neustále obrany a protežování, se jaksi přehlíží - jedná se o jakousi negaci někdejší carnegiovské maximy, že každý telegrafní poslíček je potenciálním milionářem a nedojde-li k tomu, je si tím sám vinen). Tato z hlediska logiky

poněkud podivná strategie byla nicméně historicky dosti často používána: „nordický nadčlověk“ byl nejen vysoce inteligentní, ale i naivně nevinný a snadno padal za oběť „židovským ďáblům“. S tím pak souvisí u celých širokých vrstev obyvatelstva cosi jako „presumpce viny“. Pokud se shledá, že řekněme mezi Basky je na procenta doktorů filosofie méně než v „majoritní populaci“, zcela samozřejmě se předpokládá, že se jedná o výsledek nějaké diskriminace (a je snaha to vyrovnat), nikoli že by se třeba o věc z nějakého důvodu méně zajímali či jim na ní nezáleželo (že by měli snad k filosofii méně talentu, to už je myšlenka zapovězená zcela). Zcela nezpochybnitelným axiomatem je také, že lidé jsou mezi sebou naprosto stejní, zejména mezi různými rasami či pohlavími, kteréžto kategorie ovšem přicházejí opět na přetřes ve věcech kvótování. Rovnost šancí se už dávno začala chápat jako rovnost výsledku. Kvótování je zajisté také myslitelná metoda, jak společnost uspořádat (středověk ji hojně používal), nesmí se ale zároveň zdůrazňovat, že společnost je meritokratická a povyšuje podle zásluh – tento způsob smýšlení také naznačuje, že univerzitní či státní služba jsou chápány primárně jako sinekury „za odměnu“, nikoli jako místa, kde by se mělo něco vybídat či udělat. Pokud se o některých skupinách obyvatelstva nepíše či nemluví jednoznačně kladně a nadšeně, je to důvodem k prudkému napadení a ostrakizaci. Abychom někoho svou řečí a svým pouhým bytím neurazili, je lépe mlčet a možná ani nebýt. Tyto aspekty byly vyhnány za současné „kulturní revoluce“ v USA až na ostří nože, v angličtině, a to i britské, roste počet „zakázaných slov“, která se nesmějí vůbec používat – kam se hrabe někdejší církevní Index zakázaných knih... Též se vždy má odělování čehokoliv za špatné a propojování a homogenizace vždy za dobré – cílem je naprostá stejnorodost.

Dalším zakázaným tématem veřejného diskursu je náboženství, zejména pak existence nějakého zázvěti či „onoho světa“ -



vše je nutně omezeno pouze na „tento“ svět a mluvit o nějakých zásvětních či božských vlivech je naprosté tabu. Existuje samozřejmě několik málo ochočených „mediálních kleriků“, kteří se ovšem téměř výhradně vyjadřují k etickým otázkám každodenního života, ne-li přímo k politice. Striktní zbožštění jednoho každého člověka má pak za následek nevíru ve význam jakékoli oběti – nejen oběť života, ale i snížení životního standardu či zkrácení životní délky se zdá čímsi nemyslitelným. Podivně ambivalentní je i přístup k moci – ta se ve foucaultovském duchu jeví čímsi podezřelým a neblahým (nikoli obojakým, jak by odpovídalo skutečnosti), zároveň ale moc a kontrola státu nad jednotlivcem stále roste, a to se shledává správným, neboť je to „v jeho zájmu“. Zcela zakázaná je i myšlenka, že utrpení nějak bytostně patří k životu lidí i zvířat – lze je sice minimalizovat, ale nikoli odstranit: kdo nechce vůbec trpět, nesmí vůbec žít. Též se stalo univerzálním klišé hlásit se k „demokracii“ a představovat se jako její bašta a ochránce, podobně, jako ve

středověkých náboženských válkách si byly všechny zúčastněné strany jisty, že Bůh je na jejich straně. Zcela nesalónním se též stalo veřejné přihlášení se ke „konzervativním“ či „pravicovým“ myšlenkám – takovéto záležitosti se pouze zakroužkovávají v šeru a osamění volebních kabin. Smrt je dalším současným tabuovým tématem – to, co nedílně patří k lidskému údělu, se počalo chápat jako technické nedopatření a lid je krmen představami o brzké fyzické nesmrtelnosti zprostředkované vědou, a zčásti tomu už také věří, jako kdysi na pokračování svého žití v Hádu, nebi či pekle. Takovýchto témat by se našlo víc a bylo by možno ještě dlouho pokračovat.

Je smutné, že každé lidské snažení se po nějakém čase převrátí ve svůj opak. Usilování o svobodu projevu přineslo po čase stejnou cenzuru a autocenzuru, jako bývala kdysi, v něčem dnes může být i technicky dokonalejší a orwellovsky všeobjímající. Neusilovali jsme celá léta také o blahobyť a mír? Trochu se to bojím domyslet...

Do redakce přišlo 30. 10. 2020.

Zařazeno k tisku 1. 11. 2020.

Konflikt zájmů není znám.



EVA KŘÍŽOVÁ: FOUCAULTOVA INTELEKTUÁLNÍ VIZE SE STÁVÁ ZJEVNÝM PROROCTVÍM

Je fascinující sledovat, jak se myšlenky výjimečných intelektuálů naplní reálným obsahem s odstupem někdy století, někdy desetiletí. Když jsem kdysi četla knihy Ericha Fromma, v nichž rozebírá rizika konzumerismu pro přírodu i vztahy, zůstalo mi záhadou, jak mohl předvídat skutečně devastující rozsah spotřební civilizace, který nastal na konci 20. století a dále zesiloval ve století současném, ale rozhodně nebyl pozorovatelný v období těsně poválečném, kdy svá díla publikoval.

Podobné heuréka zažívám nyní s myšlenkovým odkazem Michela Foucaulta (1926–1984), francouzského filosofa a sociologa, jehož analýzy a predikce toho, co se dnes děje v medicíně, zdravotnictví a společnosti, byly dlouho předmětem ryze intelektuálních debat. Nyní se ale stávají průzračným popisem skutečnosti, kterou zažíváme v souvislosti s koronavirovou krizí.

Co Foucault dávno před nouzovými stavy, vyvolanými nutností zastavit šíření pandemie, poznal? Že se lidské tělo, jeho funkcionalita a zdraví stávají významným tématem, jež má politické aspekty. Mnozí mohou konstatovat, že se v novověku stalo lidské tělo objektem studia, ale jen Foucault si všiml, že prostřednictvím jeho poznání se tělo a potažmo člověk stává objektem moci a politického rozhodování. Důkladné a systematické poznání lidského těla, jak ho představila moderní věda, je spojené s medicínským pokrokem, tudíž je chápeme veskrze jako pozitivní, prospěšné. Chceme přece déle žít, bez bolesti a omezení. Chceme napravit pochybení přírody a přirozenosti. Jenže Foucault vydedukoval, že tento zájem o tělo je spojen s potenciální kontrolou lidského myšlení a jednání, a to je ta základní cena, kterou platíme. Tím, že

se na tělo a zdraví soustředíme, vzniká zdravotní diskurz, který nás ovládá. Moc moderní medicíny je totiž skrytá, nejeví se jako moc. Naopak se představuje jako síla, sloužící životu, prospívající životu, proto ji přijímáme, proto je legitimní. Je to síla rozumu a racionality, ale má tendenci expandovat, šířit se do celého prostoru lidské existence, jak sděluje ve Vůli k vědě. Nebyl jediným, kdo si všiml, že se lékařská péče stává novodobým nástrojem velice účinné sociální kontroly, v mnohém nahrazující i kontrolu tradičními institucemi, jako bylo náboženství. Ale dokázal moc moderní medicíny a její legitimitu nejlépe vysvětlit. Lidé ji schvalují, dokonce žádají, neboť tato moc chrání život. Podobně, jak zjistily aktuální výzkumy u nás, se mnozí nechtějí vzdát roušky ani po odvolání povinnosti ji nosit, neboť skýtá pocit ochrany, bezpečí. Je jejím symbolem. Zdraví je cenné a vše, co ho chrání, má automaticky aureolu prospěšnosti a dává legitimitu přijímat rozhodnutí.

Pozitivní obraz důkladně budovaný kolem moderní medicíny a veřejného zdravotnictví více než 100 let, není lživý, je jen neúplný. Je úlohou intelektuálů vidět to, co druzí nevidí. V tomto případě nahlédnout důsledky a další okolnosti, jež nejsou běžně zjevné. Mezi ně patří mentální a kulturní postoj moderního člověka, který v podstatě deleguje starost o zdraví odborníkům a k těm se upíná s důvěrou, že oni znají. Tím se ale stává nekompetentním. Toto delegování odpovědnosti je kulturně a civilizačně na místě, je výsledkem vývoje lidstva, pokroku a je v zájmu uchování života. Nekritizujeme to. Jsme za to víceméně rádi. Jenže, zdravotní péče a vládnoucí diskurs o zdraví se stávají formou neviditelného, ale



všudypřítomného a permanentního dohledu a ve svém prodloužení součástí biopolitiky, politiky s rétorikou zdraví, sloužící společnosti. Medicínský dohled má dokonce podobu křesťansky řečeno pastorační péče, symbolicky vyjadřující propojení odevzdání se, péče, ochrany a vedení. Ve výsledku činí nejprve lidské tělo poslušným, a posléze člověka disciplinovaným. Takto jsme debatovali o Foucaultově odkazu v kuloárových diskusích i na konferencích, nic netušíce o koronavirové krizi.

Jak s ní Foucault souvisí? Zrekapitulujme hlavní fata: Nelze popřít, že velká část světa byla na jaře tohoto roku uvedena do maximální pohotovosti, když se potvrdilo rychlé šíření nákazy novým a neznámým virovým onemocněním. Ze dne na den se zastavilo soukolí ekonomik i sociálního života. Objevil se a šířil strach. Virus je neviditelný nepřítel, cesty jeho přenosu byly sice základně popsány, ale současně přetrvávalo a přetrvává mnoho nejasností, v mnohém bylo naznačováno, že naše poznatky nejsou úplné a že virus se může chovat nepředvídatelně, co se týče jeho vzniku, šíření, i co se týče reakce organismu, otázek vyléčení, imunity či rizika nové nákazy. Tyto informace byly pro společnost ohromně znepokojující, vlády musely okamžitě jednat tváří v tvář populačnímu riziku. I nyní, kdy již odeznívá další vlna, se stále objevují znepokojující mediální titulky. Opatření představovala bezprecedentně radikální omezení občanských svobod: zákaz volného pohybu, povinné nošení roušky, karanténa. Proběhlo povinné testování mnoha pracovníků služeb, mnohé služby přestaly fungovat. Ze dne na den se zastavily některé provozy a zavřely školy i kulturní instituce, vše ve jménu ochrany před nakažlivým onemocněním, jež má něco společného s chřipkou. Obrazy zdravotníků oblečených do vrstev ochranného oblečení a používajících několikanásobné ochranné pomůcky připomínaly scény z postapokalyptického filmu. Instrukce k dezinfekci všeho a všech byly jako z hodin branné výchovy. Údaje o statistice nakažených a

zemřelých byly psychologicky stresující. Převládl diskurz strachu s obrázky rakví hromadně odvážených vojenskými nákladáky z italských, později jihoamerických nemocnic a postav pohybujících se v igelitových pytlích. Další vyšší rovinu představuje zapojení moderních technologií do umného dohledu, jako např. monitorování osob prostřednictvím sledování pohybu plateb na jejich elektronických kartách, nebo prostřednictvím chytré karantény, zatím ještě se souhlasem dotyčného. Vážně míněné byly návrhy na průkazy bezinfekčnosti např. v podobě viditelných náramků, jak prezentoval britský ministr zdravotnictví. Opět v zájmu ochrany veřejného zdraví. Proti němu se dá jen těžko něco namítat. Zdraví a jeho ochranu přece chceme všichni.

Opatření, jež politici navrhovali a mnohá zaváděli, byla nesmírně omezující a budou mít dalekosáhlé ekonomické a následně sociální důsledky. Ale byla občany přijata, ve jménu zdraví. Částečně jako snadno vymahatelná nařízená povinnost, částečně k tomu sloužila i umně pěstovaná rétorika vzájemné pomoci a společného údelu, jež přinesla do spíše individualizované a značně liberální české společnosti témata vzájemnosti. Koronavirová krize jako by mávnutím proutku dokázala ze dne na den vyřešit (byť dočasně) problém overturismu v Praze a omezení letecké dopravy bude mít jistě značný (byť také asi dočasný) pozitivní efekt na ozdravení ovzduší. Takto náhle a nebývale se proměnil náš dosud liberální svět, k jehož omezení nenašli politici jinou argumentaci než právě zdravotní.

Foucault by musel cítit ohromné zadosťučinění, kdyby viděl, jak vizionářské myšlenky dokázal formulovat několik dekád před tím, než se daly pozorovat v reálném světě. Vše výše popsané proběhlo s naším souhlasem. Jde tedy o onu směnu bezpečí a autonomie. Jenže bezpečí a svoboda jsou dvě rovnocenné potřeby a vždy, když jsou v nerovnováze, nastává společenský



problém. Je-li mnoho autonomie, ohrožujeme přežití planety svým egocentrismem (např. konzumerismem), dojde-li ale k nekontrolovanému a nereflektovanému šíření dohledu zejména prostřednictvím moderních technologií, z něhož se nemůžeme vymanit, vzniká riziko totality. Je dobré si připomínat Foucaultovy myšlenky, jež dokáží osvětlit rafinovanost zdravotního diskurzu i skrytost moci medicínského vědění. Ve spojení s informačními technologiemi vzniká kumulovaný potenciál kontroly, a to stojí za přemýšlení. Foucault nemohl předvídat dynamický rozvoj digitálních technologií, ale jejich zapojení do neviditelného dohledu je plně v řádu jeho původních intencí.

No a co s tím vším tady a teď? K čemu nám jsou myšlenky dávno zemřelých filosofů? Především k uchování bdělosti a opatrnosti, aby se nám samou starostí nepodařilo zdraví zcela eradikovat, epidemiologicky řečeno. Zdraví je ze všeho nejvíce harmonie, autonomie a odolnost.

Předvídavé myšlení je známkou intelektuála. Foucault dostal touto koronavirovou krizí ve škole života jedničku potvrzenou za to, jak přesně a předvídavě analyzoval vztahy mezi poznáním a ovládním, medicínou a politikou. Dějiny vědy již znají Foucaultovo kyvadlo, ale s jistou paralelou a nadsázkou bychom mohli do muzea myšlení vložit i fiktivní Foucaultovu věšteckou kouli jako další historický artefakt geniality, byť mezi oběma Foucaulty je pouze shoda jmen.

Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Katedra sociální práce ETF UK



Do redakce přišlo 1. 7. 2020.

K tisku zařazeno 15. 11. 2020.

Konflikt zájmů: esej pod názvem Foucaultova intelektuální vize se stává zjevným proroctvím byla publikována online jako publicistický text k číslu Sociální práce/Sociálna práca 3/2020, rubrika: O čem se mluví. Publikováno se souhlasem autorky.



RECENZE



DAVID SKORUNKA: MYSL, MOZEK A VZTAHY OPTIKOU INTERPERSONÁLNÍ NEUROBIOLOGIE

Siegel, D. (2020) *The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are, 3rd Edition*. New York: Guilford, 674 stran, pevná vazba, ISBN-10: 1462542751.

Už je to dávno, kdy jsem se účastnil předatestačního vzdělávacího kurzu v psychiatrii a otráveně poslouchal výklad jednoho z lektorů kurzu. Probíraly se biologické mechanismy vzniku závažných duševních poruch, takže jsme se tehdy dozvěděli mnoho detailů o neuronálních spojích, neurotransmiterových systémech, druhých a

třetích poslech atd. Prostě o všech možných aktérech složitých dějů v lidském mozku, které dle mnohých vědců a psychiatrů hrají důležitou roli v etiopatogenezi duševních poruch. Nějak jsem v té záplavě informací o mikrosvětě nebyl schopen najít propojení s klinickou praxí a vůbec v ní zahlédnout celého člověka. Možná jsem tehdy disponoval málo znalostmi a zkušenostmi, nebo jsem prostě narazil na meze vlastního chápání. Na konci výkladu jsem se s drzostí sobě vlastní zeptal, i když to byla spíše poznámka s otazníkem, zdali na popisované biologické procesy nemají vliv také reálné



zkušenosti, zejména vztahové, v kritických obdobích raných fází vývoje jedince. Vždyť jedinec a potažmo jeho mozek přeci nežije a nevyvíjí se ve vakuu, oddělen od okolního dění a vytržen ze vztahové sítě, již tvoří zpočátku hlavně ti nejbližší. Lektor jen s lehkým povzdechem konstatoval, že to je samozřejmé, ale že vliv vztahových okolností na vývoj struktur a funkcí mozku je tak složitý, že to nikdo nezkoumá.

Kdyby se taková situace opakovala dnes, tážající by se s takovou odpovědí určitě nespokojil. Místo toho by se pustil do vášnivě diskuse. Obzvláště pokud by měl po ruce aktuální vydání publikace *The Developing Mind* Daniela Siegela, dětského psychiatra, psychoanalytika, jednoho z předních reprezentantů současných neurověd, iniciátora vzniku tzv. interpersonální neurobiologie. Daniel Siegel je aktuálně profesorem na lékařské fakultě *University of California* a ředitelem *Mindsight Institute*. Druhé vydání *The Developing Mind* jsem recenzoval v roce 2013 na stránkách prvního čísla tehdejšího ročníku *Psychosomu*.^{1, 2} Už tehdy šlo o knihu oblíbenou ve světě širokým čtenářstvem a oceňovanou odbornou komunitou. V tehdejší recenzi jsem publikaci vnímal jako pokračování vývoje systemického bádání a ocenil za mimořádný přehled vědeckých argumentů pro rozvoj psychosomatické medicíny a psychoterapie včetně rodinné terapie. Neuplynulo ani deset let a máme k dispozici vydání třetí. Jak si stojí s ohledem na výše řečené a v kontextu současného poznání?

Začneme tím, že prof. Siegel měl během přípravy třetího vydání tentokrát „k ruce“ dokonce osmnáct pracovitých postgraduálních studentů. Dostali následující úkol: „Dokažte, že předpoklady a poznatky interpersonální neurobiologie obsažené v druhém vydání *The Developing Mind* jsou mylné!“ Splněním tohoto zadání měli vybrání mladí vědci pomoci autorovi, aby se zbavil všech neopodstatněných tvrzení, nesprávných závěrů a nahradil je aktuálními

poznatky včetně výzkumu. Ambiciózní mise vedla k tomu, že třetí vydání publikace již na první pohled trochu „příbralo“. ³ Přesně o 168 stran, přičemž 500 stran z celkových 674 tvoří text, zbytek index, poznámky, glossář a seznam literatury. Již po přečtení více jak čtvrtiny publikace (cca. 150 stran) mohu říct, že jde skutečně o doplněné, přepracované vydání, nikoli o pouhou recyklaci a přidání pár drobností. Jednotlivé názvy kapitol také doznaly drobných změn, až na tu první, úvodní, ve které autor nastiňuje zaměření knihy a představuje základní východiska interpersonální neurobiologie. Již v úvodní kapitole (*Introduction „What Is the Mind, Anyway?“: An Interpersonal Neurobiology Perspective*) jsou ale znát obsahové změny v textu, nové úvahy a odkazy na „čerstvý“ výzkum. A pak už to jede: 1) *Embodied Brain, Awareness, and the Nature of Energy*; 2) *States of Mind; Cohesion, Subjective Experience and Complex Systems*; 3) *Memory and Narrative*; 5) *Attachment and Sense of Self*; 6) *Emotion as Shifts in Integration*; 6) *Representations and Mental Reality; Modes of Processing and the Construction of Experience*; 7) *Regulation and Coherence*; 8) *Interpersonal Connection and the Relational Mind*; 9) *Integration Within and Between*; 10) *Belonging, „Self“ and an Integrated Identity as Me plus We = MWe: A Framework for Cultivating Integration*.

Názvy jednotlivých kapitol zde záměrně nepřekládám. Nikoli proto, abych vypadal světově. Ale pro některé obraty nemáme plnohodnotné a zažité české ekvivalenty. Překládat „*embodied brain*“ jako ztělesněný mozek zaprvé není zvukomalebné ani plně výstižné. A za druhé ponechání obsahu v originálním znění může potenciálnímu čtenáři pomoci v rozhodování, zda si cizojazyčnou a vskutku hutnou knihu za 41 amerických dolarů a 25 centů (pevná vazba) pořídit. Přeci jen nejde o čtení na dobrou noc a byla by škoda, kdyby na takový literárně-odborný klenot odložený někde v knihovně sedal prach. Jako „návnadu“ přidávám



preklad krátké části z úvodní kapitoly, kde autor jednoduše shrnuje, o čem bude na následujících stranách řeč: „Jedna z hlavních myšlenek je to, že integrace koherentní zkušenosti je základním mechanismem zdraví. Mezilidské vztahy mohou podporovat, nebo naopak komplikovat neurobiologický potenciál k takové integraci. V raných fázích života jedince se vztahy podílejí na vývoji těch neuronálních struktur, které vytvářejí reprezentace zkušeností a umožňují vytvoření koherentního pohledu na svět. Vztahová zkušenost v podstatě přímo ovlivňuje, jak mentálně konstruueme realitu. Tento proces probíhá po celý život, ale je klíčový právě během raných fází v dětství. Vzorce vztahů a emoční komunikace přímo ovlivňují vývoj mozku. Studie na zvířatech například ukazují, že dokonce krátké chvíle mateřské deprivace mají významně negativní vliv na neuroendokrinní a epigenetické procesy, které jsou rozhodující pro rozvoj schopnosti zvládat budoucí zátěžové situace. Studie u lidí odhalují, že rozdílné vzorce citové vazby mezi rodičem a dítětem jsou spojeny s odlišnými fyziologickými procesy, různými způsoby vnímání světa a rozmanitými interpersonálními vztahovými vzorci. Komunikace emočních prožitků je velmi pravděpodobně hlavním prostředkem, jak zkušenosti v rámci citových vazeb spoluutvářejí vyvíjející se mysl. Výzkum naznačuje, že emoce jsou centrálním organizujícím prvkem v mozku. Individuální schopnost zpracovávat a organizovat emoce, což je částečně výsledek rané zkušenosti v rámci citových vazeb, přímo ovlivňuje schopnost mysli integrovat zkušenost a adaptivně reagovat na různé zátěžové situace v dalších fázích života.“⁴

Pro psychoterapeuty, zejména z psychoanalytické komunity, nebude citovaná část textu nijak ohromující. Vždyť to samé, nebo v mnoha ohledech podobné, hlásali mnozí vlivní reprezentanti psychoanalýzy, byť trochu jinými pojmy a bez „důkazů“ v podobě tzv. tvrdých dat. Ale zkuste výše citovaný

odstavec převyprávět některým lékařům nebo ortodoxním přírodovědcům a setkáte se v tom lepším případě s nedůvěrou, zpochybňováním, případně s tvrzením, že pro takové závěry není dostatek důkazů. Přičemž lze pochybovat, že slovní kolegové svůj skeptický postoj zakládají na důkladné znalosti stavu poznání v dané oblasti. Pochopitelně to nejsou jen současní psychoanalytici, kteří zaplesají, že jim konečně věda dává za pravdu. U některých pasáží zbystří například rodinní terapeuti, především ti, kteří si ještě pamatují nebo z literatury znají klasiky tohoto psychoterapeutického „odvětví“. Když Daniel Siegel popisuje význam rovnováhy mezi diferenciací různých oblastí mozku a jejich vzájemným propojením pro co nejkomplexnější zpracování podnětů a následně co nejplněji integrovanou zkušenost, mohou se u některých čtenářů vynořit zajímavé analogie či vzpomínky. Třeba na Salvadora Minuchina a jeho rozlišení rodinných systémů na ty „rozvolněné“ (*disengaged*), s malou soudržností a někdy až přílišnou autonomií jednotlivých členů rodiny, a ty „propletené“ (*enmeshed*), v nichž se jedinečná individualita členů rodiny rozvíjí a prosazuje obtížně. Tyto extrémy v uspořádání a fungování rodiny považoval Minuchin za jedny z problematických rysů, které mohou neblaze ovlivnit vývoj rodiny, jednotlivých členů a zvyšovat riziko vzniku tzv. patologie.⁵

Přeneseme-li se v uvažování z mikrosvěta rodinných vztahů na úroveň společenských systémů, najdeme zajímavou analogii s neurobiologickým pohledem na integraci i zde. Na jedné straně máme státy (společenské systémy) zdůrazňující význam kolektivu, komunity apod., v případě tzv. totalitních režimů zcela na úkor práv, svobod a blaha jedinců (ekvivalent výrazně propojených oblastí mozku bez adekvátní diferenciacie). Na druhé straně pak máme státy, jejichž aktuální situace je charakteristická erodovanou soudržností, roztříštěností na mnoho zájmových klastřů, s mnoha příkopy a přebujelým individualismem



(ekvivalent výrazně diferencovaných oblastí mozku bez adekvátní konektivity a synchronizované spolupráce). Průvodními jevy jsou chybějící zodpovědnost k celku a uvědomování si nutnosti přesahu vlastního života. Asi je zbytečné zde zdůrazňovat, že optimální je rovnováha neboli vyváženost a také, vzhledem k předvídatelným a nepředvídatelným událostem, přiměřená flexibilita.

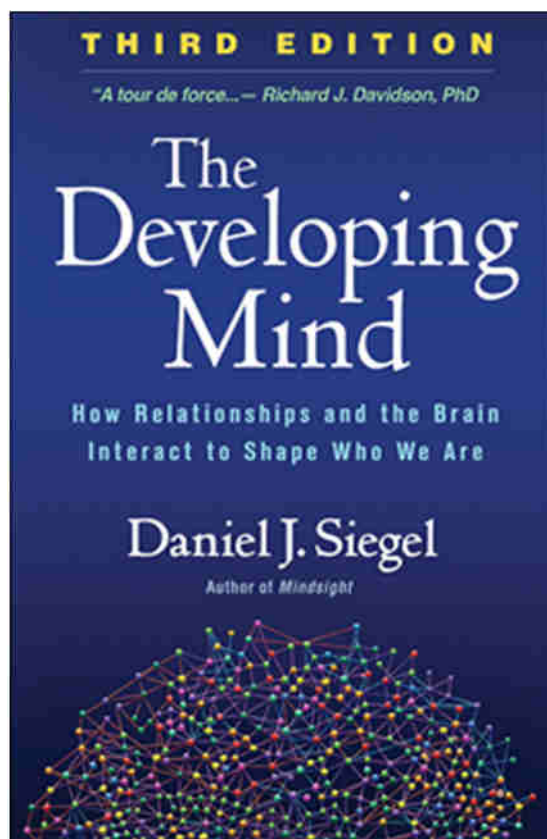
K podobně širokospektrým úvahám nemusí pochopitelně vybízet každá stránka publikace obzvláště při prvním seznamování s jejím obsahem. Vyplatí se princip tzv. třetího čtení, které doporučoval Milan Machovec, významný český filozof druhé poloviny dvacátého století.⁶ Kniha je totiž nabitá mnoha poznatky, některé pasáže jsou velmi abstraktní, čtenářsky náročné. Platí to zejména, ale nikoli výlučně, pro kapitoly věnované problematice vědomí, subjektivní zkušenosti a stavům mysli, v nichž autor během vysvětlování těchto složitých, neuronálně a vztahově podmíněných, procesů vychází ze současné teorie komplexních systémů obohacené matematickými modely. Při čtení těchto částí se mi občas zdálo, že je třetí vydání o něco náročnějším textem než vydání předchozí. Ale je také možné, že můj vlastní kognitivní aparát je po těch letech unavenější. V každém případě je potřeba knihu číst pomalu, přečtené promýšlet a propojovat s vlastní praxí, zkušeností, k některým pasážím se vracet. Také je užitečné sledovat citované zdroje, aby bylo jasné, odkud vítr vane. Je to užitečné kvůli doplnění detailů, ale také pro ujištění, že citované zdroje jsou seriózní, aktuální nebo navazují na dřívější významné práce v různých oborech. Takto důkladné čtení, zahrnující sledování odborných „pramenů“, má smysl zejména pro čtenáře, kteří sami potřebují něco sepsat nebo chtějí využívat publikaci k výuce, tak jak je to běžné na některých severoamerických univerzitách. Pak musí prostě jít ke zdroji, a ještě více do hloubky. Pečlivé sledování citovaných zdrojů může být obohacující, protože se

dozvíme o projektech, výzkumech a poznatcích, o nichž jsme neměli ani tušení.

Náročnost textu si jistě uvědomoval i sám autor. Některé teze, předpoklady, či poznatky několikrát opakuje, zejména v první kapitole, ale i v těch následujících. To může být pro poučenějšího nebo jednoduše bystřejšího čtenáře poněkud nadbytečné. Možná by bylo lepší na místo opakování častěji použít nějakého příkladu. A to nejen ve formě podobenství vysvětlující některé složité a obtížně představitelé děje, ale také ve formě krátkých klinických příkladů, aby bylo zřetelnější propojení nových poznatků s praxí. To jsou ale jediné nedostatky, které si u takto mimořádné publikace dovoluji kritizovat. Navíc je možné, že klinické příklady budou v dalších kapitolách, v nichž autor detailně rozebírá vývojové aspekty rozvoje konkrétních psychických funkcí a neurofyzilogických systémů. Za zmínku ještě stojí autorova snaha vyhnout se patologizujícím termínům a obviňujícímu vyjadřování při popisování problematických vztahově-vývojových souvislostí, aniž by to ubíralo na důkladnosti popisu. Z textu totiž opakovaně vyplývá, že v průběhu vývoje neurofyzilogických systémů a procesů myslí záleží na běžných každodenních interakcích mezi dítětem a rodiči/pečovateli od prvních okamžiků příchodu na svět. S tím souvisí s nadsázkou položená otázka, kdy je vhodné knihu číst. Pokud se do textu ponoří čtenář, který ještě není rodičem, může ho zodpovědnost spojená s vlastním působením v této roli od rodičovství odradit. Vždyť něco pokazit je tak snadné. A na druhou stranu, čtenář, který je již zasloužilým rodičem, si může společně s autorem recenze rvát vlasy kvůli tomu, co všechno přehlédl, opominul či lidově řečeno „podělal“. Naštěstí se můžeme utěšovat, že nejsme jediní, kdo vývoj našich potomků ovlivňuje. A na jednoduchou lineární kauzalitu u většiny dějů popisovaných v knize taky můžeme zapomenout.



Pokud to z dosavadního textu nebylo jasné, explicitně tvrdím, že třetí vydání *The Developing Mind* je zásadní publikací, která přináší komplexní pohled na provázanost jak tělesných dějů a psychických procesů, tak individuálního vývoje ve vztahovém kontextu opřený o aktuální, rozsáhlé výzkumy. Až na občasné příklady využití všímavosti (*mindfulness*) se v knize sice nedozvíme, jak léčit pacienty s tzv. psychosomatickými poruchami. Ale dozvíme se spoustu poznatků o tom, jaké procesy ke vzniku psychosomatických potíží mohou přispívat a jak důležitý je vztahový kontext terapie. Publikaci tak lze považovat za učebnici



preklinických základů psychosomatické medicíny, jež vycházejí z aktuálního stavu poznání v různých oborech. Potřebuje-li někdo pádné argumenty pro podporu psychosomatické medicíny v méně přátelských kruzích akademické a klinické medicíny, v níž se kolegové spoléhají na zjednodušený biologický model a ohánějí se doktrínou *evidence-based medicine*, poskytne je tato kniha. Hledá-li někdo jediný zdroj, v němž lze najít důkladný popis procesů mysli, těla a „vztahového vývoje“ v jejich komplexitě, je to tato kniha. Jestliže potenciální čtenář leccos o zmíněných souvislostech tuší, zažívá je v osobním životě nebo klinické praxi, a rád by tyto zkušenosti „uchopil“ v odborném jazyce (třeba proto, aby se snáze dorozumíval s některými kolegy), pomůže mu v tom tato kniha. Aby bylo jasno, nemám od nakladatelství slíbená žádná procenta z prodeje. Vyjadřuji se o publikaci kladně proto, že je skutečně výjimečná. Poskytuje syntézu ohromného množství poznatků z rozličných disciplín. Je výsledkem náročného, systematického a tvůrčího zpracování rozmanitého a rozsáhlého výzkumu do relativně čtivého a srozumitelného textu. Jediným mým střetem zájmu je fakt, že jsem publikaci dostal od nakladatelství zadarmo s podmínkou, že na ni napíšu recenzi a budu ji doporučovat studentům. To rád činím a budu činit i nadále. Kdyby se náhodou našlo ochotné nakladatelství a trpěliví, „bilingvně“ zdatní, překladatelé, rád napíšu k budoucímu českému vydání předmluvu a budu mu dělat na všech frontách stejnou reklamu, jako americkému originálu.

Literatura:

1. Skorunka, D. (2013) Mysl, mozek, vztahy...a psychoterapie (recenze D. Siegel *The Developing Mind*, 2nd ed., 2012), *Psychosom* 11(1), s. 49-56.
2. Siegel, D. (2012) *The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, 2nd ed., New York: Guilford.



3. <https://www.guilford.com/books/The-Developing-Mind/Daniel-Siegel/9781462542758>,
vyhledáno 2. 11. 2020
4. Siegel, D. (2020) *The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, 3rd ed., New York: Guilford, s. 19.
5. Minuchin, S. (1974) *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard Press.
6. Machovec, M. (1992) *Filozofie tváří v tvář zániku*. Praha: Nakladatelství „Zvláštní vydání“.

Do redakce přišlo 14. 11. 2020.
Zařazeno do tisku 15. 11. 2020.
Konflikt zájmů není znám.



RADKIN HONZÁK: RECENZE KNIHY LADISLAV KABELKA: NEMOCNÉ ROZHOVORY (VYDÁVÁ GRADA)

Pacienti, kteří prošli Moodyho fenoménem neboli zážitkem blízkým smrti, popisují doprovázející osobu, kterou podle řecké mytologie je Hermes v jedné ze svých mnoha rolí. Ten poskytuje pocit klidu a bezpečí.

Než ale dojdeme na konci života k řece Styx, pocit klidu a bezpečí nám často schází. Thanatologie – obor věnující se umírání – ukazuje, že takové přijetí konce, jaké popsala Božena Němcová u své babičky, nastává málokdy. Heroická medicína se smrtí křečovitě zápasí a její příchod vnímá jako svou prohru. Přijetí neodvratitelného konce vyžaduje jednak moudrost, jednak pokoru.

To obojí a navíc obětavou službu bližním prokazuje doktor Kabelka ve svém úžasném textu, který je napsán velmi kultivovaným jazykem a čte se jedním dechem. Paliativní medicína a hospicové hnutí má u nás krátkou tradici (když Marie Svatošová začínala, neměla šanci uchytit se v Praze), domácí hospic ještě kratší. Přesto lze říci, že autor se svými spolupracovníky a spolupracovnicemi dovedl tuto službu na vysokou úroveň.

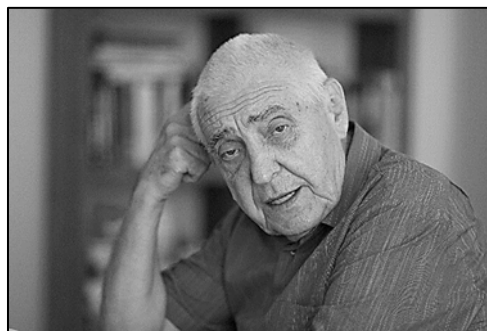
Základními kameny textu jsou příběhy, které ač vyprávěny zcela bez patosu, většinou doslova vhánějí slzy do očí. Mezi ně jsou organicky zasazeny vysvětlující komentáře, praktické rady a pokyny, praktické návody na komunikační dovednosti, cesty k přijetí reality a také decentně prezentovaná skutečnost, že nebýt stále silný, není „selhání“, což platí jak pro ošetřující, tak pro postižené a jejich blízké. Lékař zde nevystupuje jako sluha Asklepiův, zajišťující, aby nikdo neumíral, ale jak předchůdce doprovázejícího Herma. Celek vyznívá ve smyslu perfektní encyklopedie domácí hospicové péče. Jejím optimálním uskutečňováním je práce s rodinou, která paradoxně

umožňuje překonání dlouholetých nedorozumění či konfliktů, a tak se stává zároveň cennou službou živým.

Pedagogická síla spočívá v tom, že příběhy jsou samy o sobě živou ukázkou toho, co autor po jejich převyprávění lehce komentuje a uvádí do souvislostí s odkazy na thanatologické, terapeutické a psychoterapeutické poznatky. Nad tím vším doslova z každého odstavce vystupuje význam spirituální kvality, nalezení smyslu. Zdánlivá snadnost, s níž lékař zvládá emocionálně nabitě situace, svědčí o skutečně zralé osobnosti. Výborně je nasvícena smířující moc modlitby. Fotografická příloha dodává dílu další rozměr a přesvědčivě dokresluje atmosféru.

Kdybych měl tu možnost, zařadil bych knihu jako učebnici praktické etiky a mám za to, že by studentům dala víc než teoretické úvahy nad Beauchamp-Childresovými čtyřmi principy. Protože o tom všem se v ní píše, navíc ale to prakticky dokládá. Od dob, kdy jsme před třiceti roky pořizovali překlad Kübler-Rossově, přečetl jsem řadu publikací na toto téma, Kabelkovu ale hodnotím jako vrchol toho, co je na knižním trhu. A možná bych přidal podtitul: Nemocné rozhovory (uzdravující duši).

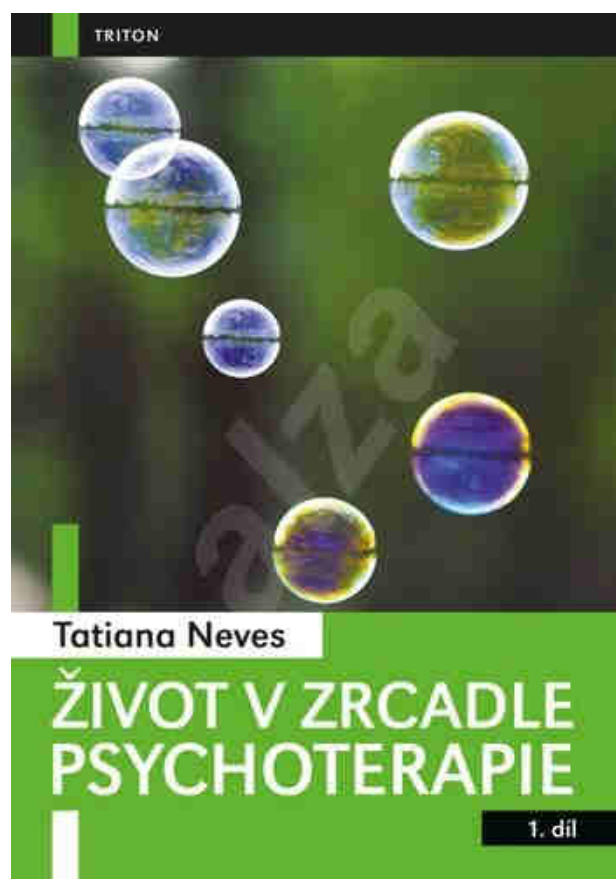
4. července 2020 Radkin Honzák



ALENA VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ PŘEČETLA ZA VÁS: TATIANA NEVES: ŽIVOT V ZRCADLE PSYCHOTERAPIE

– I. DÍL: EMOCIONÁLNÍ ROZMĚR

Praha, Triton, 2020, 200 s.



Portugalská psychoterapeutka Tati Neves je jednou z lektorek biosyntézy, které vyučují na mezinárodní úrovni a pravidelně přijíždějí do ČR podílet se na přípravě a výcviku budoucích biosyntetických terapeutů. Máme tak možnost doslova na vlastní kůži zažívat bohatství integrace současných neurovědních poznatků, znalostí o psychosomatické a epigenetice, znalostí z psychoterapeutické praxe, propojení s biosyntézou a originálními technikami sebeuvědomování, které Tati předává na svých workshopech.

V úvodu předkládané knihy se autorka zamýšlí nad psychoterapeutickým procesem obecně a přistupuje k němu s velkou pokorou. Odpovídá na řadu praktických otázek, které klienti do psychoterapeutických sezení vnášejí, včetně zpochybňování role

terapeuta a procesu psychoterapie vůbec. Podle Tati „psychoterapeutický proces zahrnuje především skutečný a hluboký závazek klienta k sobě samému a odvahu vzhledem k tomu, že právě on se bude muset postavit vlastním běsům a jako jediný má moc je porazit“.

Autorka v úvodní části knihy popisuje, jak se ona sama vyrovnávala s uvedenými otázkami, a nabízí názor, že psychoterapeut má klientovi nabídnout kromě nestrannosti veškerou teoreticko-praktickou výbavu, kterou má k dispozici, jasné kontraktované metodické vedení a průběžné hodnocení. Ve své výpovědi propojuje znalosti z psychoterapie s afektivními neurovědami a jako jeden z příkladů nabízí postoj, že nikde není dáno, že nás během života bude někdo doprovázet tělem i duší. Už to samo o sobě považuje za terapeutické, přičemž pracuje s aplikací Porgesovy polyvagální teorie.

V další části textu autorka představuje originální, jak zdůrazňuje, nikoli trojčlenný, ale „trojjediný“ model psyché. Základem modelu je integrace a jednota pojmů, přičemž celek zahrnuje tři části, emocionální, psychologický a spirituální rozměr, které zároveň přesahuje.

Jako psychoterapeutka praktikující ve směru pracujícím také s tělem připojuje i prvek tělesného prožívání, v němž emocionální, psychologické a spirituální projevy probíhají současně a nikoli odděleně od psyché. Kromě vysvětlení použitých psychologických pojmů autorka přináší také návody a tipy na procvičení, která jsou podstatně ovlivněna biosyntézou a jejím konceptem a jsou uchopitelná pro praktické využití v terapeutických sezeních. Text je doprovázen vlastními nákresey a schématy,



kteřé autorka dává čtenářům k dispozici jak pro využití v terapeutických sezeních, tak jako nástroj sebepoznání.

Do rukou se nám dostává první díl trilogie věnovaný emoční rovině psýché. Témata, která jsou vysvětlena a uchopena v knize, se týkají např. kontinuity emočního prožívání, emočních polarit a ambivalencí a práce s intenzitou a hloubkou emocí. Práce s emocemi směřuje k přijetí jak pozitivních, tak negativních emocí, k navození rovnováhy a emoční harmonie. K tomu autorka nabízí konkrétní praktické nástroje, např. práci s emočními osami a s tzv. psychoemocionálními zásobníky, což představuje originální koncept autorky.

Psychoemocionální zásobníky podle autorky představují naše strategie uložení a zacházení s každou jednotlivou emoci uvnitř nás. S tím je spojena řada přesvědčení, která nevědomě považujeme za osobní a absolutní pravdy a jsou určující pro naše vnímání, vyhodnocení reality a následně chování. Úkolem sebepoznání v psychoterapii je uvědomit si tyto způsoby, a pokud jsou maladaptivní, změnit je.

Konkrétní způsoby práce s emocionálními zásobníky, opět doplněné ilustrativními mikrokazuistikami a popisy možných prakticky využitelných technik, jsou obsahem předposlední části knihy. Autorka se v ní věnuje jak propojení určitých typických emočních vzorců s neoreichiánskými typy osobností, tak propojení s energetickou křivkou emočního náboje podle Lowena a vyjadřuje se i k propojení obecného emočního vzorce u konkrétního jedince se sexualitou a zacházením s ní.

V závěru knihy se autorka věnuje problematice emocionální harmonie, tématům

emoční koregulace a autoregulace a vrací se k propojení s neurovědami. Přináší jak téma osobní zodpovědnosti a moci nad vlastním prožíváním, tak – v souladu s principy biosyntézy – vnáší téma obracení se ke zdrojům, jejich hledání a péči o ně.

„Když už jsme vynaložili energii k vytvoření ran, samoty a smutku, proč používat stejné množství energie na to, abychom se jich zbavili?! Určitě mají nějaký (přiměřený) důvod k existenci a k tomu, aby v nás byly. Jaké ingredience bychom mohli přidat, abychom zmírnilí nebo zklidnili tento psychoemocionální stav jako celek?“

Psychoterapeutická práce směřuje k navození vnitřního pocitu míru. Podle Tati čím více vnitřního míru cítíme, tím více cítíme, kdo skutečně jsme. Prožitek vnitřního míru je potřebný k tomu, abychom mohli zažívání sebe sama ve světě prožívat jako vítané a zajímavé dobrodružství.

Knihu a její další díly lze doporučit začátečníkům v psychoterapii, zájemcům o psychosomatiku a psychoterapeutické směry pracující také s tělem a psychoterapeutům zaměřeným na integraci v psychoterapii.



Politika, koncepce



VLADISLAV CHVÁLA: POTŘEBUJE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA KÓDY LÉKAŘSKÝCH VÝKONŮ?

Výbor SPM ČLS JEP si dal za úkol prosadit úhradu lékařských výkonů v psychosomatické medicíně. Dosud se nám to nepodařilo. Jedním z důvodů je fakt, že sami mezi sebou stále nemáme jasno, jaké výkony lékař se zvláštní odbornou způsobilostí získanou podle Vyhlášky o nástavbových atestacích (MZ 2015 částka 5) potřebuje k tomu, aby ekonomicky obstál v konkurenci ostatních lékařů. Jinak řečeno, aby změna jeho práce v důsledku dalšího studia nevedla ke snížení příjmů, ale pokud možno byla ekonomicky odměněna.

VLADISLAV CHVÁLA: PROČ POTŘEBUJEME PRO NOVOU ZVLÁŠTNÍ ODBORNOU ZPŮSOBILOST NOVÉ KÓDY LÉKAŘSKÝCH VÝKONŮ?

Podle vyhlášky č. 286/2013 Sb. je obor psychosomatika (909) nástavbovým oborem. A zůstává nástavbovým oborem certifikovaných kurzů podle § 21 zák. č. 95/2004 Sb. i podle bodu 35. příl. 1 vyhl. č. 152/2018 Sb. o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a

zubních lékařů, která nabyla účinnosti dne 18. srpna 2018. Nástavbová atestace z tohoto oboru je určena pro lékaře se specializovanou způsobilostí v jakémkoliv základním oboru specializačního vzdělávání. Skutečnost, že psychosomatika patří mezi



obory certifikovaných kurzů lékařů podle cit.zák.č.95/2004 Sb. sebou přináší ten veřejnoprávní následek, že se zároveň, vedle toho, jedná o obor státem veřejnoprávně regulovaných zdravotních služeb podle zák. š. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento obor (909) však doposud nemá uvedené žádné kódy pro léčebně preventivní činnost lékařů ve vyhlášce č.134/1997 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů. Lékaři po náročném studiu a nástavbové atestaci nemohou proto svou nově nabytou zvláštní odbornou způsobilost nijak ekonomicky zhodnotit. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (zák.č.48/1997 Sb.) ani jiný zákon nijak zvlášť nepodmiňuje hrazení zdravotních služeb v oboru psychosomatiky z veřejného zdravotního pojištění, natož aby jejich hrazení věcně či jinak vylučoval, jedná se proto podle zákona o zdravotní služby plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Kódy lékařských výkonů psychosomatiky nechybí jen lékařům, ale ani pojišťovny dnes nemohou mít kontrolu nad tím, kdy lékaři vykonávají činnost v původním oboru a kdy v nástavbové specializaci 909. Tuto mezeru v právním zakotvení nové specializace se svým návrhem snažíme zacelit (Telec, 2018).

Musíme vzít v úvahu, že studium lékařů zařazených do nástavbového oboru psychosomatika je časově náročné (min. 24 měsíců), zahrnuje i tzv. sebezkušenost, práci s vlastními emocemi, nikoli jen nové informace. V pregraduální přípravě zcela chybí tyto základy pro implementaci bio-psycho-sociálního přístupu k nemoci a zdraví, jak ji

definuje WHO. Proto se setkáváme v praxi (i při vynikající kvalitě našeho zdravotnictví) s překvapivými nedostatky v kontaktu lékařů s pacienty. Důsledky nedostatečného vzdělání v této oblasti jsou však nejen etické a psychické, ale především ekonomické. Pokud je v čekárnách našich praktiků až 40 % psychosomatických pacientů a pacientů s MUS (medicínsky nevysvětlitelnými symptomy), pak chybami v přístupu k nim dochází ke chronifikaci zbytečné léčbě, která významně zatěžuje zdravotní pojišťovny (Reid, a další, 2001).

Hlavní důvod, proč potřebujeme nové výkony pro naši odbornost je fakt, že čas lékařského výkonu v psychosomatice nelze kondenzovat, tak jak se to postupně stalo u většiny lékařských výkonů zaměřených především na biologické aspekty stonání. Čas lékaře, věnovaný výhradně rozhovoru s pacientem, je hlavním nástrojem lege artis prováděné psychosomatické léčby, nemůže být krácen. Proto musí být hrazen z veřejného pojištění podle definovaných pravidel vypracovaných odbornou společností. V opačném případě by docházelo u lékaře s nástavbovou atestací ke snížení příjmů, což by mělo za následek naopak útlum zájmu o studium a využívání bio-psycho-sociálně orientovaného přístupu mezi lékaři. Je to navíc v rozporu s principem, že vyšší erudice má být více odměňována. Naše odborná společnost vydala a obhájila ve spolupráci s odbornou Společností praktických lékařů ČLS JEP doporučený postup „Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky“ pro VPL, kde je jasná klasifikace psychosomatických poruch i postup při jejich léčbě (Chvála, a další, 2015).

POSOUZENÍ MEDICÍNSKÉ EFEKTIVITY

O účinnosti psychologických intervencí u pacientů s medicínsky nevysvětlitelných příznaků, kteří významně zatěžují náš zdravotnický systém, není v odborné literatuře pochyb (Řiháček, a další, 2017), (Koelen, a

další, 2014). Fakt, že většina lékařů nemá znalosti a trénink v oblasti psychosociálních aspektů stonání, znemožňuje tento potenciál využít. Nestačí tyto pacienty jen odkázat na klinické psychology a



psychoterapeuty. Je třeba diferencovat pacienty na ty, kteří jsou vhodní pro psychotherapii, od takových, u kterých lékaři stačí psychosomatické vzdělání. Pacienti potřebují motivovat, nikoli odesílat. Výzkumná skupina kolem Baudiše a Škody už v osmdesátých letech na základě výzkumu psychiatrické nemoci v ordinaci praktického lékaře navrhla, že vzdělání lékařů v bio-psycho-sociálním pohledu na zdraví a nemoc může významně zlepšit náklady na vyšetřování a ošetřování těchto pacientů (Baudiš, a další, 1991). Na jejich realizaci u nás však nedošlo. Ale týž vzdělávací program v Německu realizovali už v r. 1986 především díky zdravotním pojišťovnám z důvodů ekonomických. Dnes mají nejlépe rozvinuté vzdělávání v psychosomatice jak

v pre- tak postgraduálním vzdělávání lékařů. Zahraniční zkušenosti jsou v tomto směru velmi povzbuzující (Kleinstäuber, a další, 2011). Správné zaměření pozornosti lékaře a dovednost posoudit význam psychosociálních okolností stonání vede k významnému snížení množství vyšetření i léků a řadu let funguje výjimečně i u nás (Chvála, 2009). Efektivita a dlouhodobá účinnost psychosomatické léčby byla potvrzena v řadě studií. V rozsáhlé metaanalýze, která sledovala 103 takových studií, je uváděna efektivita Hedges=0,71. Silné efekty byl zaznamenány při hodnocení celkové kvality života, střední pak u psychologických a tělesných symptomů (Albani, a další, 2020).

EKONOMICKÝ DOPAD

Je-li v ordinacích praktických lékařů až 40% pacientů, kteří potřebují psychosomatický přístup, a u specialistů (podle oborů) 20-40%, bude mít i u nás postupné zavádění psychosomatického přístupu do praxe významný ekonomický dopad. Na jeho zavedení není potřeba vynakládat velké prostředky. Lékaři, kteří získají zvláštní odbornou způsobilost v psychosomatice budou pracovat ve svých stávajících ordinacích s indikovanými pacienty své klientely ve vyhrazeném čase pod odborností 909, a v této době nebudou pochopitelně vykazovat výkony své odbornosti. Proto v segmentu specialistů nepovede zavedení nových kódů k podstatnému zvýšení nákladů pojišťoven. Pouze u části pacientů ošetřených pod odborností 909 dojde přechodně ke zvýšení nákladů na rodné číslo. To proto, že výkony v psychosomatice nelze časově kondenzovat. Ekonomicky se jejich nová erudice projeví snížením počtu pacientů a žádoucím zvýšením kvality jejich léčby. To povede ve svém důsledku k úspoře až 1/3 nákladů na ordinace, jak prokazují dlouhodobé zkušenosti z Německa nebo Izraele (Matalon, 2002). Pojišťovně zavedení nových kódů v

segmentu specialistů nevznikají krátkodobě náklady navíc, v dlouhodobé perspektivě povedou k úsporám (Liebherz, a další, 2013).

Specialista, který si vyčlení 1 den na práci se svými psychosomatickými pacienty, může použít tento kód denně maximálně u 4 pacientů (celkem 8 hodin), to znamená 24 za měsíc, tedy teoreticky 264 vyšetření za rok. Protože však musí s těmito pacienty dále pracovat (jiné kódy) bude jich jen 132/ rok. Počet lékařů se získanou speciální odborností bude pomalu narůstat, předpoklad podle situace v jiných zemích je, že u nás bude 100-150 takových odborníků, tedy kapacita pro tento kód je 13000-20000/rok.

Dále navrhuje, aby byli finančně oceněni bonifikačním kódem praktičtí lékaři a lékaři pro děti a dorost, kteří zvýšili svou kvalifikaci absolvováním certifikovaného kurzu základní psychosomatické péče. Využití tohoto kódu v segmentu, kde je zavedena kapitace, představuje při částce 45 Kč za práci s psychosomatickým (složitějším) pacientem nevelké a pozvolné zvýšení nákladů na primární péči. Je to minimální



motivace zdravotníků ke studiu psychosociálních aspektů stonání a jejich zavádění do běžné praxe, i když víme, že hlavním jejich ziskem je zvýšení kvality práce s tou částí klientely, která je pokládána za nejobtížnější. Kolegové, kteří mají několika letou zkušenost s psychosomatikou v ordinaci VPL odhadují náklady na zavedení bonifikačního kódu takto: Má-li lékař např. 15 pacientů denně s novým symptomem, u 5 z

nich předpokládá psychosomatický kontext, pokud vykáže u daného pacienta jen 1x /měsíc s frekvenční limitací 6x na 1 r.č./rok, pak měsíční bonifikace bude cca 4.500 Kč. Časem klesají náklady na léky a na vyžádanou péči až o 1/3. Kurz Základní psychosomatické péče IPVZ má kapacitu 50 osob a trvá 3 roky. Náklady na bonifikaci proto nebudou velké, ani náhlé.

POROVNÁNÍ S PROKÁZANÝM LÉČEBNÝM PŘÍNOSEM EXISTUJÍCÍCH POSTUPŮ VE STEJNÉ ČI OBDOBNÉ INDIKACI

V současnosti je typický psychosomatický pacient vyšetřen praktickým lékařem, odebrána laboratoř a podle výsledků odeslán k vyloučení patologie podle symptomatologie k příslušnému specialistovi, vše hrazeno pojišťovnou. V typickém případě není nalezena příčina potíží (MUS), ale úleva nepřichází. Proto se pacient vrací k praktickému lékaři. Znovu je provedena laboratoř a stále složitější tělesná vyšetření a další specialisté vylučují příčinu potíží. Pokud se najde i jen malá odchylka od normy, často se předpokládá, že je to „přeci jen“ příčina potíží. Následuje zpravidla dlouhodobá a bohužel i zbytečná léčba. Pokud lékař bez psychosomatické erudice pomyslí na psychogenní zdroj potíží a odešle pacienta k psychiatrovi, zpravidla se setká s prohloubením nedůvěry pacienta, nebo psychiatr zjistí, že pacient je z jeho hlediska normální, možná sekundárně depresivní pro své somatické potíže. Zkusí tedy medikaci

antidepresivy, ale ani to obvykle nevede ke změně symptomů. Část neurotických pacientů může z psychiatrické léčby profitovat, pokud je ve hře především úzkost, nebo deprese. Bez prohloubení náhledu bude následovat dlouhodobá a nákladná medikace. To všechno představuje pro pojišťovny značné ekonomické ztráty. Pokud je praktický lékař erudován alespoň v základní psychosomatické péči, už na začátku tohoto nepříznivého vývoje může zasáhnout, obrátit pozornost k podstatným psychosociálním aspektům pacientova stonání v dobrém vztahu s ním, a významně tak snížit náklady na vyšetřování a léčbu (Chromý, a další, 2005). Praktičtí lékaři mají doporučený postup pro léčbu těchto pacientů už od r. 2015. (Chvála, a další, 2015) (dostupné zde: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Psychosomatice-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf>)

ZPŮSOB ÚHRADY V DALŠÍCH ZEMÍCH

Nejlépe zavedená je psychosomatická léčba v německých zemích. Výkon základní psychosomatické péče (15 min) hrazen pojišťovnou (16,7 EUR), možno vykazovat u pacienta na jednu diagnózu 3 x za 3 měsíce. Psychosomatické výkony mohou dělat

všichni praktici, protože v rámci VPL musí absolvovat Psychosomatische Grundversorgung, jinak nemohou přistoupit k atestaci. Specialisté, pokud si chtějí účtovat psychosomatické výkony, musí si 80hodinový kurs dodělat (V ČR běží tento



kurz se stejným obsahem pod IPVZ už více než 10 let) Pak může účtovat 35100 (diferenciální diagnostické objasnění psychosomatických chorobných stavů) a 35110 (verbální intervence ve stavech psychosomatických chorob). Více zde: <https://seminst-fuchs.com/kursinformationen/ebm-abrechnung/#bedeutung>

Kód 35100 účtují 1x za čtvrtletí tehdy, pokud je třeba prohloubit anamnézu o psychosociální okolnosti u somatického příznaku navíc k běžnému vyšetření 15 minut. Všechna další sezení (s frekvenčním omezením 3x čtvrtletně) jsou 35110, rovněž nejmeně 15 minut.

Podrobněji také tedy: <https://www.iww.de/aaa/kassenabrechnung/ebm-2015-psychosomatische-grundversorgung-achten-sie-auf-die-abrechnungsvoraussetzungen-f85803>

Kdokoli v pozici Hausarztmedizin psát 03230 (problémově orientovaná lékařská diskuse) za každých 10 min rozhovoru, což je frekvenčně omezeno.

Ve Švýcarsku mají od r. 2000 možnost účtovat za psychosomatickou terapii stejnou částku jako za 5 min. své praxe. Běžný lékař může tento kód vykázat 4x, tedy 20 min. Lékař certifikovaný SAPPm (u nás nástavbová atestace z psychosomatiky) může účtovat až 12x (tedy 60 min).

MUDr. Vladislav Chvála

Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP



CITOVANÁ LITERATURA

ALBANI, C., a další. Krankenhausbehandlung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2020; Berlin : DGPM Fortbildungsakademie gGmbH, 2020. ISBN 978-3-9822265-0-7.

BAUDIŠ, P., a další. Psychiatrischer Kranker beim Allgemeinarzt. Psychiatria Polska. 1991, Sv. 25, (2), stránky 109-114.

CHROMÝ, K. a HONZÁK, R. Somatizace a funkční poruchy. Praha : Grada, 2005; 80-247-635-40, 9788024763545.

CHVÁLA, V. Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. Psychosom. 2009; 7(2), stránky 93-103.

CHVÁLA, V., a další. Doporučene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf. svl.cz. [Online] 2015. [Citace: 25. 11 2020.] <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf>. ISSN 1801-6383.

KLEINSTÄUBER, M., WITTHÖFT, M. a HILLER, W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. 2011; Clinical Psychology Review, 31(1), 146-160.



KOELEN, J. A., a další. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. [Online] 14. 1 2014. [Citace: 11. 11 2020.] <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>.

LIEBHERZ, S. a RABUNG, S. Effectiveness of Psychotherapeutic Hospital Treatment in German Speaking Countries: A Meta-Analysis. *Med Psychol* 2013; 63(09/10): e1-e1. 63, 25. 11 2013, Sv. 9, stránky 355-364.

MATALON, A., NAHMANI, T., RABIN, S., MAOZ, B., HART, J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *PubMed.gov*. [Online] 19. 11 2002. [Citace: 22. 11 2020.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11978715/>.

REID, S., a další. Medicaly Unexplained Symptoms in Frequent Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study. *PubMed.gov*. [Online] 18. 8 2001. [Citace: 11. 11 2020.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11282861/>. PMID: 11548692.

ŘIHÁČEK, T., PAVLENKO, P. a FRANKE, H. Účinnost psychoterapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledných studií. *Československá psychologie*. 2017, Sv. 61, 4, stránky 350-362.

TELEC, I. Zdravotnické právo a bioetika. www.zdravotnickepravo.info. [Online] 13.11. 2018. [Citace: 8.. 8. 2020.] <https://zdravotnickepravo.info/pravni-novinky-v-psychosomatice>.



MEMORANDUM MEZI SPOLEČNOSTÍ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP A ČESKOU PSYCHOTERAPEUTICKOU SPOLEČNOSTÍ ČLS JEP

Zástupci obou dvou společností jsou si vědomi stále nedostatečného podílu psychoterapeutické péče v klinické praxi u pacientů s duševními a psychosomatickými poruchami, ačkoliv existují důkazy pro její efektivitu a psychoterapie je součástí doporučených postupů léčby u řady poruch. V psychosomatické medicíně jde v první řadě o chronická onemocnění a o tzv. medicínsky nevysvětlené příznaky (medically unexplained symptoms; MUS), kde rozsah psychosomatického vzdělávání lékařů nestačí. Je zde potřebná integrace poznatků z psychologie, psychoterapie a interdisciplinární spolupráce.

Obě společnosti se proto zavazují ke vzájemné spolupráci, která by měla vést ke zlepšení tohoto stavu a která by se soustřeďovala především do následujících oblastí:

1) VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ V PSYCHOTERAPII

Již několik let nemohou psychiatři či lékaři dalších odborností získat z institucionálně procedurálních důvodů kvalifikační osvědčení k vykonávání psychoterapie. V současnosti je podán návrh na funkční kurz v psychoterapii, který by měl dočasně překlenout možnost této kvalifikace, než bude připravena a schválena nástavbová specializace pro lékaře v psychoterapii. Společnosti vyvinou součinnost tak, aby došlo k co nejrychlejšímu schválení a uvedení do praxe funkčního kurzu i následně nástavbové specializace.

2) ROZŠIŘOVÁNÍ PSYCHOTERAPIE V SÍTI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Podíl vykonávání psychoterapie v ambulantních i lůžkových zařízeních je stále nízký v poměru k dalším klinickým postupům. Obě společnosti se proto zasadí o rozšíření psychoterapeutických lékařských praxí a specializovaných psychoterapeutických zařízení v síti zdravotnických zařízení a posílení psychoterapeutické péče v lůžkových zařízeních.

3) ROZŠIŘOVÁNÍ VÝKONŮ PSYCHOTERAPIE V SAZEBNÍKU ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

Řada výkonů psychoterapie je již v Sazebníku definována. Do budoucna bude však zapotřebí některé výkony ještě doplnit. Obě společnosti tyto návrhy vzájemně projednají a sjednotí svoje postupy vzhledem k Pracovní skupině pro SZV.

4) EKONOMICKÉ OHODNOCENÍ PSYCHOTERAPIE



Obě společnosti budou rovněž usilovat o náležité ekonomické ohodnocení psychoterapeutické péče v rámci systému zdravotního pojištění.

5) SPOLUPRÁCE LÉKAŘSKÝCH A NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ

Vzhledem k tomu, že ve zdravotnictví je málo reflektovaná reálná potřeba psychoterapie, kterou není možné naplnit pouze psychoterapeuticky vzdělanými lékaři, je třeba počítat s psycho-terapeuty z řad klinických psychologů a dalších oborů. Obě společnosti chtějí ve větší míře pro-sazovat psychoterapeutické vzdělávání i těchto dalších odborníků – nelékařů do systému zdra-votní péče. Jsme si jisti, a mnohé zahraniční studie o tom svědčí, že právě takový směr povede k šetření finančních nákladů na péči zejména o chronické pacienty. *Zástupci obou společností budou pravidelně projednávat svoje návrhy a usilovat o konsensuální stanoviska na Pra-covní skupině pro psychoterapii, která již několik let pracuje neformálně a nyní se stává pra-covní skupinou Odborné rady Reformy psychiatrické péče.*

Za SPM ČLS JEP

MUDr. Vladislav Chvála

Za ČPtS ČLS

Prof. MUDr. Jano Pavlov Praško



VYCHÁZÍ



PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA 2020: NÁSTROJE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Monografie 12ti autorů se zabývá aktuálními otázkami psychosomatické medicíny s důrazem na její nástroje.

Možnosti jsou v psychosomatické medicíně velmi široké a pestré. Právě volba individuálně vhodných terapeutických nástrojů u psychosomatického pacienta je jednou z klíčových dovedností odborníků na psychosomatiku, jež klade vysoké nároky na jejich vzdělání nejen v medicíně, ale i dalších oborech, především v psychologii a psychoterapii.

Monografie se snaží odpovědět mimo jiné také na otázku hranic jak psychosomatické medicíny, tak jejich léčebných nástrojů, a ty nejsou u této disciplíny zdaleka tak striktně dány jako u oborů jiných. Text má ambici jako první odborná monografie tohoto druhu u nás dát problematice nástrojů psychosomatické medicíny teoretické základy, na nichž může tento obor dále stavět.

Monografie vychází péčí doc. Stackeové z Vysoké školy tělesné výchovy a sportu PALESTRA jako editorky a Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, která vydání prostřednictvím Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v



Liberce finančně umožnila. Kapitoly jednotlivých autorů byly plánovány jako příspěvky na 18. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, která nemohla být kvůli pandemii uskutečněna.

Knihu vydala VŠTVS Palestra s.r.o., která je zároveň distributorem elektronická verze monografie.

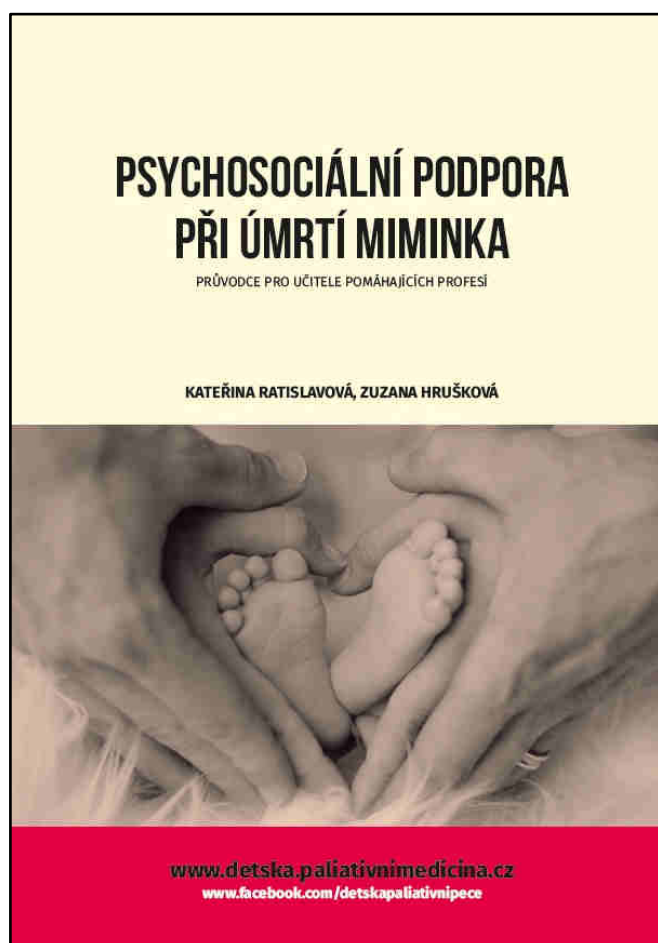
Cena tištěné verze: 180 Kč (pro členy SPM ČLS a pro autory); 250 Kč pro ostatní čtenáře + poštovné v případě dobírky. Cena poštovného při platbě na dobírku je Kč 110,-/ks a cena poštovného při platbě převodem na fakturu je Kč 30,-/ks.

Objednávka knihy: <https://forms.gle/yb5qz4Vjxr1piW8Q8>

Cena elektronické verze: (pdf) je 165 Kč. Objednávky vyřizuje paní Alena Malcová, adresujte je na její e-mail malcova@palestra.cz, do předmětu uveďte „Objednávka e-knihy Psychosomatická medicína 2020“.



PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA PŘI ÚMRTÍ MIMINKA



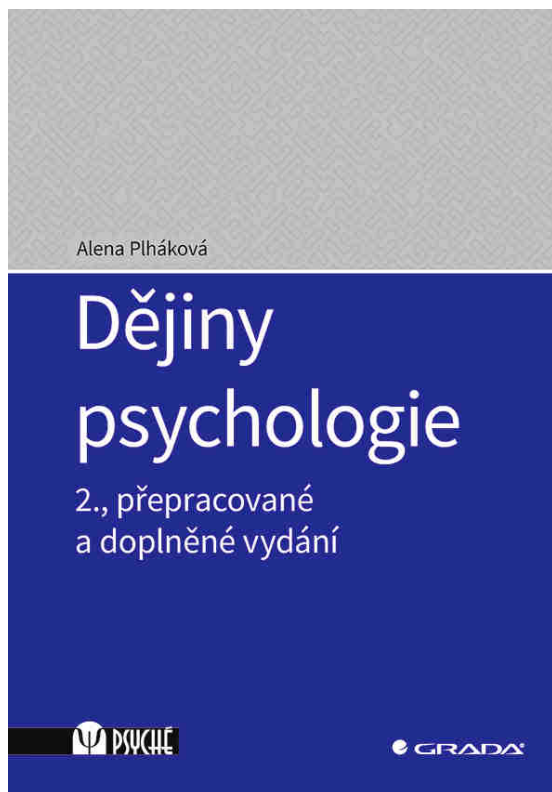
Kniha je průvodcem pro učitele pomáhajících profesí a nabízí techniky vhodné k tomu, aby se studenti naučili porozumět procesu truchlení při perinatální ztrátě, popsat a formulovat význam rituálu rozloučení pro rodiče po perinatální ztrátě, napláňovat psychosociální péči o ženu/rodiče po perinatální ztrátě, efektivně poskytnout psychosociální intervence při úmrtí novorozence dítěte, aplikovat poznatky o psychoterapeutickém přístupu k ženám/rodičům po perinatální ztrátě do praxe, rozlišit normální a komplikovaný průběh truchlení, vyhodnotit prospěšné strategie pro zvládání zármutku a aplikovat zásady psychohygieny.

Vydání publikace podpořilo Ministerstvo zdravotnictví ČR.



PLHÁKOVÁ ALENA: DĚJINY PSYCHOLOGIE

2., PŘEPRACOVANÉ A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ



Psychologie citlivě reaguje na předmět svého vědeckého zkoumání, kterým je lidská mysl a její proměny v prudce se vyvíjícím světě. Údaje, které dříve nashromáždila, například o lidské sexualitě, motivaci nebo o rozdílech mezi muži a ženami, nezůstávají trvale platné, takže neustále vznikají její nové koncepty, směry a metodologické přístupy.

Na dějinách psychologie se tak lze poučit nejen o proměnlivosti psychologického vědění, ale i o jeho závislosti na dobovém kulturním kontextu. Kniha mapuje vznik a vnitřní diferenciaci oboru a jeho hlavní směry ve 20. století (behaviorismus, gestaltismus, dynamická, fenomenologická, transpersonální, kognitivní psychologie, systémové teorie aj.). Stranou nezůstaly ani postmoderní proudy v současné psychologii (feministická, diskurzivní či kritická psychologie).

Dějiny psychologie, 2., přepracované a doplněné vydání

Plháková Alena

416 stran,

449 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:

Rosalie Wernischová

+420 724 626 352, wernischova@grada.cz

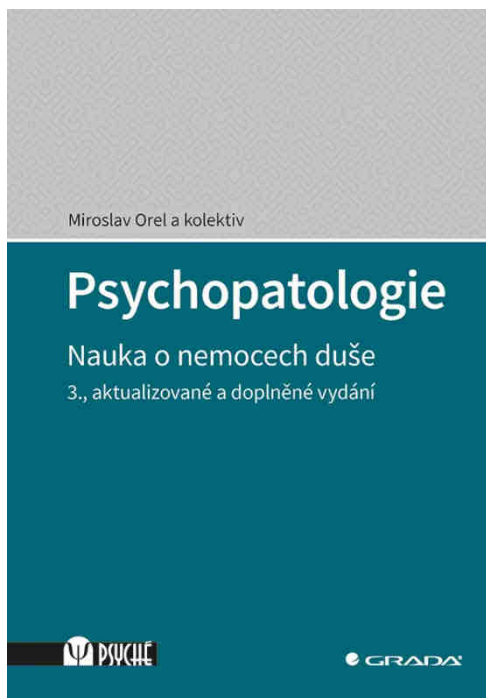
GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7

www.grada.cz



PSYCHOPATOLOGIE

NAUKA O NEMOCECH DUŠE, 3., AKTUALIZOVANÉ A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ



Třetí vydání úspěšné, hojně využívané publikace nabízí stručný přehled o dnes stále aktuálnějším oboru psychopatologie. Přístupnou a čtivou formou přináší základní informace o široké oblasti duševních poruch všem, kdo knihu vezmou do ruky kvůli splnění studijních povinností, kvůli potřebám své profese nebo jen ze zájmu.

Psychopatologie
Orel Miroslav a kolektiv
432 stran,
499 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:
Rosalie Wernischová
+420 724 626 352, wernischova@grada.cz
GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7
www.grada.cz



INFORMACE

RODINNÁ TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V LIBERCI (L.TRAPKOVÁ & V.CHVÁLA)

Už sedmý běh čtyřletého komplexního vzdělávacího programu v rodinné terapii psychosomatických poruch, dosud vždy schváleného pro práci ve zdravotnictví, se chystáme zahájit na podzim 2021. Určen pro lékaře, psychology a další odborníky, kteří pracují s rodinami a psychosomatickými pacienty. Podmínkou přijetí je absolvování víkendového semináře Časová osa v našem institutu (LIRTAPS: www.lirtaps.cz). Přihlášky na seminář i do výcviku posílejte na adresu menclova@lirtaps.cz.



LITERÁRNÍ KOUTEK



KAREL ČAPEK: ZÁVRAŤ

„Svědomy,“ pravil pan Lacina, „tomu se už tak neříká; teď se to jmenuje potlačené představy, ale to máte prašť jako uhoď. Já nevím, zná-li někdo z vás případ s tím fabrikantem Gierkem. To byl moc bohatý a takový nóbl člověk, veliký a silný jako sloup; říkalo se, že je vdovec, ale jinak o něm nikdo nic nevěděl, taková to byla uzavřená povaha. Tedy když už mu bylo hodně přes čtyřicet, zamiloval se do takové hezoučké malé panenky, sedmnáct let jí bylo a byla tak krásná, že se až člověku dech tajil; tahle skutečná krása, to ti tak nějak sevře srdce takovou lítostí nebo něhou nebo čím. A to děvčátko si

Gierke vzal, protože to byl veliký a bohatý Gierke.

Na svatební cestu jeli do Itálie, a tam se stalo tohle: V Benátkách vylezli na tu slavnou kampanilu; a když se ten Gierke podíval dolů – prý je to moc krásný pohled –, zbledl, obrátil se k své mladé paní a svalil se jako podřatý. Od té doby se jaksí ještě víc uzavřel do sebe; strašně se přemáhal, aby to vypadalo, že mu jako nic není, ale měl takové neklidné a zoufalé oči. To víte, jeho panička se hrozně polekala a odvezla si ho domů; oni měli krásný dům do městských sadů, a tam propuklo Gierkovo podivínství:



pořád chodil od okna k oknu přesvědčit se, je-li dobře uzavřeno; a sotva si sedl, zas vyskočil a šel k nějakému oknu, aby je zavřel. I v noci vstával a strašil po celém domě – na všechny otázky jenom brumlal, že má zatracenou závrať a že chce zavřít okna, aby z nich nevypadl. Tu teda jeho paní dala zamřížovat všechna okna, aby ho zbavila té ustavičné úzkosti. Několik dní to pomáhalo, Gierke se drobet uklidnil, ale pak zase pobíhal od okna k oknu a lomcoval těmi mřížemi, aby se přesvědčil, že pevně drží. Pak dali udělat ocelové okenice a žili za nimi jako zabeďněni.

Gierke se tím jaksi utišil; ale zas se ukázalo, že dostává závrať, když má jít po schodišti; museli ho na schodech vodit a podpírat jako chromého, a přitom se třásl jako list, celý zalit potem; ba někdy si musel uprostřed schodů sednout a škytavě vzlykal – tak strašně se bál.

To se rozumí, začali k němu volat všechny možné doktory, a jak už to chodí, jeden lazebník říkal, že ty závratě jsou od přepracování, druhý, že je to nějaká nemoc labyrintu, třetí, že to pochází od zácpy, a čtvrtý, že to způsobuje nedokrevnost mozku; poslouchejte, já jsem pozoroval, že jakmile se někdo stane vynikajícím odborníkem, tak v něm jakýmsi vnitřním procesem vznikne především stanovisko. Takový specialista potom říká: Pane kolego, z mého stanoviska je to ovšem tak a tak. A druhý mu namítne: Ano, pane kolego, ale z mého stanoviska se věc má diametrálně jinak. Já myslím, že by se měla stanoviska odkládat v předsíni jako klobouky a hole; jakmile někam pustíte člověka se stanoviskem, tak tam jistě natropí nějakou škodu nebo se aspoň nepohodne s těmi ostatními. Ale abych se držel toho Gierke, tedy každý měsíc ho trápil a kurýroval nějaký jiný vynikající odborník podle docela jiné metody; ten Gierke byl chlap jako hora a vydržel to; ale už ani nemohl vstát ze své lenošky, protože dostával

závrať, jakmile se podíval na zem, a tož jen vejřil do tmy, němý a nehybný, a někdy se jen tak celý zatřásl: to bylo, když plakal.

Tehdy začal dělat zázraky nějaký nový doktor, neurolog, docent Spitz se jmenoval; ten doktor Spitz se zařídil na to, že kurýroval tyhle potlačené představy. On totiž říkal, že skoro každý člověk má v podvědomí všelijaké hrozné představy nebo vzpomínky nebo choutky, které potlačuje, protože se jich bojí; a ty potlačené představy v něm dělají rotyku a nepořádek a takové ty nervové poruchy. A když šikovný doktor jaksi namákně a vytáhne tu potlačenou představu na světlo boží, pacientovi se uleví a je zas dobře. Takový psychoanalytický felčar si musí získat naprostou důvěru dotyčného pacienta a tahá z něho rozumy o všem možném: co se mu v noci zdálo, co si pamatuje ze svého dětství a takové věci. A pak mu nakonec řekne: tak, človče drahá, vy jste před lety udělal tu a tu zkušenost, obvyčejně nějakou hrozně hanebnou, a ta vás v podvědomí tlačila – my tomu říkáme psychické trauma; teď je to venku, enyky, benyky, čáry máry fuk, a jste zdravý. Tedy takové je to kouzelnictví. Já vám řeknu, ten doktor Spitz opravdu zrovna čaroval. To byste nevěřili, co bohatých lidí má potlačené představy; chudí lidé na to obvyčejně tak netrpí. Zkrátka klientelu měl ten Spitz báječnou. Teda když už se u toho Gierkeho vystřídal všechny medicínské kapacity, zavolali k němu docenta Spitze; a doktor Spitz prohlásil, ty závratě že jsou jenom nervového původu, a on, Hugo Spitz, že za to ručí, že jich pacienta zbaví.

No dobrá. Jenže Gierke, panečku, nenadělal mnoho řečí; ať se docent Spitz ptal nač chtěl, odpovídal mu stěží na půl huby, potom vůbec mlčel a nakonec Spitze vyhodil. Doktor Spitz byl zoufalý; prosím vás, takový velký pacient, to je otázka prestiže. Krom toho to byl zvlášť



krásný a těžký případ nervové poruchy. Mimoto paní Irma byla moc hezká a nešťastná. A tak se docent Spitz do toho případu zažral. Já tu Gierkovu potlačenou představu musím najít, bručel, nebo nechám medicínu a budu prodávat u Löbla hedvábí.

Tak na to šel novou psychoanalytickou metodou. Nejdřív zjistil, které tety, sestřenice, švagrové a jiné obstarožné příbuzné všech stupňů a kolen ten Gierke na světě má; potom si hleděl získat jejich důvěru – takový doktor musí hlavně umět trpělivě poslouchat. Ty příbuzné byly nadšeny, jaký je ten doktor Spitz roztomilý a pozorný pán; ale doktor Spitz nakonec začal vypadat strašlivě vážně a obrátil se k jedné důvěryhodné kanceláři; která poslala dva spolehlivé lidi kamsi na cesty. Když se ti dva vrátili, zaplatil jim doktor Spitz za jejich námahu a šel rovnou k panu Gierkemu. Gierke seděl v polotně v lenošce, skoro už neschopen pohybu.

Pane, řekl mu doktor Spitz, já vás nebudu obtěžovat; nemusíte mi odpovídat ani slovem. Nebudu se vás na nic ptát. Mně jde jen o to, abych vybavil příčinu, která způsobuje vaše závratě. Vy jste ji zatlačil do podvědomí; ale ta potlačená představa je tak silná, že vyvolává těžké poruchy – Já jsem vás nevolal, doktore, přerušil ho Gierke chraptivě a vztáhl ruku ke zvonku. Já vím, řekl doktor Spitz, ale ještě okamžik počkejte. Když na vás poprvé přišel ten záchvat závratí na kampanile v Benátkách, vzpomeňte si, pane, jen si vzpomeňte, co jste přitom cítil.

Gierke seděl strnule s prstem na zvonku.

Cítil jste, pokračoval doktor Spitz, cítil jste strašnou, šílenou chuť svrhnout svou krásnou mladou paní z té zvonice dolů. Ale protože jste ji bezmezně miloval, nastal ve vás konflikt a vybil se psychickým otřesem; vy jste se zhroutil závratí –

Bylo ticho, jen ta ruka vztažená ke zvonku najednou klesla. Od té chvíle, mluvil doktor Spitz, utkvěla ve vás ta závrať, ta hrůza z propasti; do té chvíle jste zavíral okna a nemohl se podívat do hloubky, protože ve vás byla pořád ta děsná představa, že snad srazíte paní Irmu tam dolů

Gierke ve své lenošce nelidsky zasténal.

Ano, pokračoval doktor Spitz, ale pane, teď je otázka, odkud se ta nutkavá představa vzala. Pane Gierke, vy jste byl ženat před osmnácti lety. Pane Gierke, vaše první paní zahynula na túře v Alpách. Zřítěla se při výstupu na Hohe Wand, a vy jste po ní dědil.

Bylo jen slyšet, jak Gierke rychle a chrčivě oddechuje.

Gierke, zvolal doktor Spitz, vy jste svou první ženu zavraždil. Vy jste ji srazil do propasti; a proto, slyšíte, proto se vám zdá, že musíte stejně zabít i tu druhou: tu, kterou milujete; proto se bojíte hloubky; proto trpíte závratí –

Doktore, zavyl ten člověk v lenošce, doktore, co mám dělat? Co mám proti tomu dělat?

Docent Spitz hrozně zesmutněl. Pane, řekl, kdybych byl člověk věřící, poradil bych vám: podstupte trest, aby vám Bůh odpustil. Ale my doktoři obvykle nevěříme v Boha. To, co máte udělat, si vyřídíte sám se sebou, ale lékařsky jste patrně zachráněn. Vstaňte, pane Gierke! Gierke vstal, bledý jako vápno.

Tak co, povídá doktor Spitz, točí se vám hlava? Gierke zavrtěl hlavou.

Tak vidíte, oddychl si docent Spitz. Teď přejdou i ostatní následky. Ta závrať byla jen z potlačené představy; teď, když jsme ji vybavili, bude dobře. Můžete se podívat z okna? Výborně! Jako by z vás všechno spadlo, že?



Ani památka po závratí, co? Pane Gierke, vy jste nejkrásnější případ, jaký jsem kdy měl!– Doktor Spitz spráskl nadšením ruce: Dokonale uzdraven! Smím zavolat paní Irmu? Ne? Aha, vy ji chcete sám překvapit – bože, ta bude mít radost, když vás uvidí chodit! Tak vidíte, pane, jaké zázraky dělá věda! – Byl by samou radostí nad tím úspěchem žvanil dvě hodiny, ale viděl, že Gierke potřebuje klid; tož mu předepsal nějaký bróm a poroučel se.

Doprovodím vás, pane doktore, řekl Gierke zdvořile a vedl doktora až ke schodům. To je zvláštní, ani stopa po nějaké závratí, ani stopa...

Tak sláva, křikl docent Spitz nadšeně; tedy se cítíte zdrav, že? Naprosto zdrav,

řekl Gierke tiše a díval se dolů za doktorem. A když za docentem Spitzem zabouchla domovní vrata, bylo slyšet ještě jedno těžké žuchnutí. Za chvíli našli dole pod schodištěm tělo Gierkovo. Byl mrtev, několikrát přelámán, jak narážel při pádu na zábradlí schodiště.

Když to ohlásili doktoru Spitzovi, hvízdal a díval se moc divně před sebe. Potom vzal knihu, do které si zapisoval své pacienty, a ke Gierkovu jménu připsal jen datum a jedno slovo: Suicidium. Abyste věděl, pane Taussig, to znamená sebevražda.“

K. Čapek: Povídky z druhé kapsy



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 rozlišujte práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.

