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 3-4/2021 dne 1. 11. 2021, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 10. 2021
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů 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://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903
Vychází 4× ročně

Tiráž
Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekcí 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/ABA008/84989
Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů.

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editoral 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
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:
Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Pro mente sana, Bratislava, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PřF UK
Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha
MUDr. Alena Večeřová-Procházková, MS Psychiatrie, Praha 4 - Spořilov Praha
Doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

OBSAH

Obsah **148**

Editorial **150**

Vladislav Chvála: Ujme se psychosomatické medicíny další generace? *150*

Pro praxi **152**

Marcela Prokopová: Slovo místo skalpelu, rozhovor místo hospitalizace? *152*

Teorie **161**

Klára Doláková: Jsme na prahu nového paradigmatu? *161*

Diskuse **172**

Stanislav Komárek: Napsal bych k tomu toto… *172*

Radkin Honzák: Nepotřebujeme nové paradigma, potřebujeme jen důsledně naplnit to deklarované .. *173*

Jiří Šimek: Současná situace ke změně téměř vybízí. Ale kterým směrem? *175*

Jan Poněšický: Diagnóza naší společnosti *178*

Výzkum **181**

Michaela Ulrichová, Jiří Radvanský, Jiří Koutek PhD., Julius Janáček: Porucha tělesného schématu u pacientů s mentální anorexií *181*

Věda krátce **192**

Radkin Honzák: Správná myšlenka *192*

Zanedbávání v dětství zhoršuje odpověď na stres u pacientů s diabetem 2. typu *194*

Jakou daň zaplatíme na zdraví populace, když se v dětství dějí špatné věci? *196*

Úvahy, eseje **198**

Jan Poněšický: Kam se ubírá psychoterapie? *198*

Radkin Honzák: Moc a nemoc medicíny *201*

Jiří Šimek: V čem se prolínají a v čem se liší psychosomatika a psychoterapie? *203*

Recenze **205**

Markéta Královcová: Recenze J. Aldrige: Život s vážně nemocným dítětem *205*

Politika, Koncepce **208**

Výbor SPM ČLS JEP vyhlásí začátkem roku 2022 volby do orgánů OS. Přípravy začaly už dnes. *208*

Akce **210**

Setkání lékařů psychosomatiků *210*

Vzdělávací program v rodinné terapii v Liberci *211*

Systemický výcvik v rodinné terapii v Brně *211*

Mateřství, otcovství a psychosomatika (konference) *212*

Balintovská skupina *212*

19.konference psychosomatické medicíny v Liberci *213*

Témata předchozích konferencí: *214*

Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatika na Psychosomatické klinice Praha *215*

Literární koutek 217

Michail Zosčenko: Jak jsem stonal *217*

Pokyny pro autory *220*

EDITORIAL

OBRÁZEK 1: ILUSTRAČNÍ FOTO: STUDENTI NA AKCI VIZE ČESKO 2021, TÁBOR

VLADISLAV CHVÁLA: UJME SE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY DALŠÍ GENERACE?

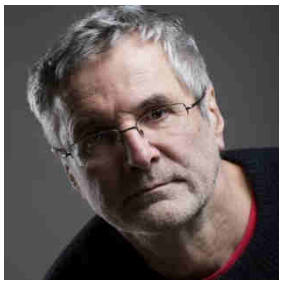
Nad posledním dvojčíslem tohoto roku se přistihuji při naději, že už se psychosomatické myšlení založené především na bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci v našich ordinacích zabydluje. Lékaři, kteří přicházejí k atestaci nástavbového oboru, hledají své místo mezi čistě biologickou medicínou a psychoterapií. Dobře je to patrné z práce, kterou přinášíme v rubrice Pro praxi, paní doktorky Prokopové. Popisuje svá studia na lékařské fakultě, i následující léta své praxe a není to zrovna lichotivý obraz naší medicíny. S nadsázkou někdy říkávám: pokud není zcela jisté, zda psychosomatické myšlení pomáhá pacientům, určitě pomáhá lékařům. Samozřejmě, prospívá oběma stranám. Paní doktorka to výborně popisuje.

Inženýrka Doláková navrhuje rovnou změnit paradigma vědy a věnovat se i dosud vylučovaným fenoménům v léčbě, i mimo rámec bio-psycho-sociální reality člověka. Recenzenti i redakce měla pochybnosti, zda je toto téma dost dobré pro náš časopis. Nebo snad, zda nevyvolá nežádoucí pozornost těch, kdo bedlivě střeží paradigma současné lékařské vědy. Jenže pochybnosti o tom, že EBM stačí na zkoumání všech jevů, s nimiž se lékaři v ordinacích setkávají, byly vysloveny už i jinde. Není důvod, proč si otázku po změně paradigmatu nepoložit i tady, v Psychosomu. Proto jsme ji položili autoritám, které k tomu mají co říci. V diskusi odpovídá Stanislav Komárek, Jiří Šimek, Jan Poněšický i Radkin Honzák.

Výzkum obsahuje dnes jedinou práci. Tým autorů pod vedením Michaly Ulrychové se orientuje v problematice poruch tělesného schématu u případů mentální anorexie. Je to jev nápadný a zdá se, že přichází v nové a silnější podobě u dospívajících s genderovou dysforií, kteří začínají zaplavovat naše ordinace tak, jako počty dívek s poruchami příjmu potravy stoupaly v devadesátých letech. Je možné, že nás tento nápadný jev upozorňuje na něco důležitého, co se v našem civilizačním okruhu děje, a čeho bychom si měli povšimnout. Ostatně ne nadarmo leží tíha reflexe naší společnosti právě na nás: tak jako se biologové stále více zaměřují na ohrožené a vymírající druhy zvířat a rostlin v souvislosti s lidskou činností, my lékaři, psychologové a psychoterapeuti nemůžeme mlčet o následcích nevýhodných výchovných strategií, problematickém životním stylu a následcích divoce se rozvíjejících technologií, pokud máme podezření, že mají neblahý vliv na dospívání jedinců a tím na plodnost další populace.

Určitě si musíme klást nové otázky. Klade si je ve své úvaze o tom, kam se vyvíjí psychoterapie, i Jan Poněšický. A nemohl by to být Radkin Honzák, kdyby se k reflexi stínu moci naší medicíny nepřidal. A my přidáváme ještě motivační text Jiřího Šimka, který otvírá už dnes promýšlení a diskusi nad tématem příští (snad už skutečné) konference psychosomatické medicíny v Liberci, v pořadí už devatenácté. To není zrovna nejkulatější číslo, ale aspoň prvočíslo. Proč je to důležité? Protože doufám, velmi doufám, že to bude konference, kde dojde na výměnu generací. My jsme dotlačili káru psychosomatiky až sem. A dál už moc nemůžeme. Teď je řada na mladších. Takže doufejme, že s novými volbami do výboru SPM (informace v rubrice Politika, Koncepce) přijde i nová krev, nové nápady a elán, který posune dnes už legální psychosomatickou medicínu na úroveň, která je v mnohých zemích EU už běžná. Alespoň tak. A my se budeme v důchodu těšit pohledem na to, jak vám to dobře jde…

V. Chvála 8. 11. 2021



PRO PRAXI

OBRÁZEK 2: ILUSTRAČNÍ FOTO

MARCELA PROKOPOVÁ: SLOVO MÍSTO SKALPELU, ROZHOVOR MÍSTO HOSPITALIZACE?

KAZUISTIKA K ATESTACI Z PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

SOUHRN: PROKOPOVA M.: SLOVO MÍSTO SKALPELU, ROZHOVOR MÍSTO HOSPITALIZACE? PSYCHOSOM 2021; 19 (3-4) S.152-160

V České republice je možné věnovat se psychosomatické medicíně a získat v ní nástavbovou atestaci teprve od r. 2013. Velký zájem o toto vzdělávání mají praktičtí lékaři, na kterých leží tíha prvního kontaktu s nemocnou populací. U nich ale také často zůstávají ti, u kterých po nezbytném vyšetření u specialistů potíže neustupují. V jejich ordinacích proto zůstává většina pacientů s MUS (medicínsky nevysvětlitelný symptom). Dovednost, jak obrátit pozornost správným směrem, tedy k psychosociálním okolnostem stonání, je to, co ilustruje tato kazuistika.

SUMMARY: PROKOPOVA M.: WORD INSTEAD OF SCALPEL, INTERVIEW INSTEAD OF HOSPITALIZATION. PSYCHOSOM 2021; 19 (3-4), PP. 152-160

In the Czech Republic, it is only possible to practice psychosomatic medicine since 2013. It is possible to pass a post-certification. GPs, who bear the brunt of their first contact with the sick population, are very interested in this education. However, they also often have those who do not have any problems after the necessary examination by specialists. Therefore, most patients with MUS (medically unexplained symptom) remain in their surgeries. The ability to turn attention in the right direction, that is, to the psychosocial circumstances of groaning, is what this case study illustrates.

ÚVOD

Pracuji 26 let jako praktická lékařka pro dospělé na severu Moravy. Jedna z mých praxí je v krajském městě, druhá v malém čtyřtisícovém městečku poblíž. Jsem šťastná, že mi v životě podařilo pracovat v medicíně, v práci, která mi dává příležitosti cítit, dávat, přijímat, hledat souvislosti a důvody, proč věci jsou tak, jak jsou.

Ke studiu lékařství jsem byla rozhodnuta od dětství. Lákalo mě rozumět fungování lidského těla, nemocem, léčení, soucítila jsem se slabšími, nemohoucími, handicapovanými. Cítila jsem, že být jim nápomocna, mi dává smysl a cíl v životě.

Po šťastném období gymnaziálních let jsem nastoupila na lékařskou fakultu.

Hned v prvním semestru mě šokoval přístup vyučujících, hlavně v anatomii. Očekávala jsem nápor informací a dlouhé hodiny prosezené nad knihami. S čím jsem se nesmířila, bylo pohrdavé a ponižující chování k nám, ke studentům.

Projevy mocenské převahy, arogance a neúcty byly vstupenkou na akademickou půdu v období, kdy jsme si měli začít vytvářet vztah a úctu ke své alma mater.

Po zdolání prvních dvou let teoretických oborů jsem cítila, jak se mi pod rukama rozpouští empatie k trpícím, vytrácí se schopnost porozumět a chápat pocity jiných lidí. Primárním cílem a úsilím bylo „přežít“ a být úspěšná: při zápočtu, zkoušce, uzavření ročníku. Totéž se odehrávalo mezi mými spolužáky.

Mnohokrát mě později v praxi napadlo, zda semínka pozdějších kolegiálních, resp. nekolegiálních vztahů nebyla nevratně zaseta právě v této době. V dalším pregraduálním vzdělávání na fakultě se objevovaly osobnosti, jejichž umu, lidskosti, skromnosti a profesních schopností jsem si velmi vážila a dodnes na ně s úctou vzpomínám.

Rozhodování, jak dál, křižovatky a propletence cest medicínských oborů mě po pátém ročníku přivedly na rozcestí a k váhání nad psychiatrickým směrováním a praktickým lékařstvím. Chtěla jsem kouzlo a tajemství psyché zkusit na vlastní kůži. Proto jsem prázdniny po páťáku prožila jako stážista v psychiatrické léčebně, to bylo v roce 1994. Po 8 týdnech na uzavřených a otevřených odděleních ve stoletých budovách léčebny jsem měla jasno. Mé představy o psychiatrické péči / ačkoliv jsem byla medicínské embryo/ se dalece rozcházely s tehdejšími poměry ústavní léčby. S chutí jsem se pustila do přípravy v oboru všeobecné praktické lékařství.

Nastoupila jsem na interní oddělení. Překvapením bylo přetížení personálu, byrokracie, pacient byl odlidštěný kus, rodné

číslo, kód vykázaný na pojišťovnu. Mnozí zaměstnanci byli vyhořelí, apatičtí, unavení po nekonečných nočních službách, po kterých tehdy následoval běžný pracovní den. Bylo snadné nechat se nakazit paternalistickými postoji, absencí porozumění pacientům, přesouváním pozornosti z nemocného na přístrojové diagnostikování. Naštěstí jsem měla několik výborných kolegů, od kterých jsem se mohla učit odborným věcem a pro které nebyl trpící jen soubor porouchaných orgánů abstrahovaných od psychických a sociálních stránek.

Předatestační příprava v oboru všeobecné praktické lékařství je specifická. Střídají se delší stáže na internách, chirurgiích s kratšími stážemi v malých oborech /ORL, oční, RHC, dermatologie/. Mnohdy je patrné, jak na stážistu není čas, vlastně jen zdržuje od pořádné práce a je mezi kolegy přehazován jako horký brambor. Vzpomínala jsem na přednášku pana profesora sociálního lékařství na fakultě: „Z etického a kolegiálního hlediska pokládám předávání klinické zkušenosti za povinnost a radost každého lékaře, budoucí úspěch mladých lékařů závisí na jejich dnešních učitelích a má solidární a sebezáchovný rozměr."

Po složení atestace jsem si byla vědoma, že vztah lékaře a pacienta zásadně ovlivní úspěch léčby a papír nenahradí rozhovor lékaře s pacientem. Kolegiální vztahy na pracovišti zásadně ovlivní kvalitu života zdravotníků, základem vztahů je slušnost, vzájemná úcta a respekt vůči důstojnosti člověka. Od dob mých studií letí farmakologie a biotechnologický pokrok rychlostí tryskového letadla, jen vztahy mezi lékaři, pacienty, studenty jako by byly pomalým rogalem, které střídavě stoupá a klesá podle směru větru.

Jako problém jsem vnímala a dodnes vnímám otázku rovnocennosti odborností. Absolvováním atestace z všeobecného praktického lékařství jako by se lékař degradoval na „nespecialistku", mnohdy stavěn do funkce servismana a úkolován kolegy specialisty. V praktickém žití se ale často stává, že za mnou jako za „svojí" doktorkou přichází pacient s „odborným nálezem", abych mu vysvětlila jeho nemoc, diagnostiku a léčbu. To pak vysvětlujeme, kreslíme a debatujeme. Ještě větší důvěru pacienta cítím, když specialista nebo několik specialistů „nic nenajde" a nešťastný, ale vyšetřený pacient přichází s původními potížemi ke svému praktikovi.

Není divu, že mým nastavením jsem se vyprofilovala „biopsychosociálně". Jak říká jedna moje kolegyně: „Jak k tomu jednou čichneš, nemůžeš jinak." Nezavzetí psychosociálních faktorů v procesu stanovení diagnózy i léčby může procesy znejasnit, zašmodrchat a komplikovat. A je jedno, zda jde o opakované angíny adolescenta ve váznoucím procesu separace, nebo o recidivu akutního infarktu myokardu u muže v matrimoniální krizi.

Hlad po vzájemném kontaktu, vlídném slovu, sdílení, důvěře a vytvoření časového prostoru pro klienta můžeme také pozorovat v rozvoj metod a přístupů komplementární a alternativní medicíny. KAM zahrnuje do nemoci tělesné, emocionální, sociální environmentální a transcendentální prvky a je součástí příběhu a setkání klienta a terapeuta je především lidským setkáním (Křížová, 2004).

Kazuistika

V lednu 2017 přijímám do péče v ambulanci novou pacientku 36letou paní Danielu (r. 1981). Přichází s výpisem ze zdravotní dokumentace předchozího

registrujícího lékaře a rovnou k předoperačnímu vyšetření:

Z anamnézy[1]

RA: otec HN a DM II na PAD, matka po TEP pravé kyčle, mladší bratr je zdráv.

PSA: bankovní úřednice, podruhé vdaná, jedna dcera z prvního manželství (r. 2005) zdravá, syn z druhého manželství (r. 2010) zdráv, nekuřačka, alkohol požívá společensky.

GA:2 spont. porody, stav po 2 diagnostických laparoskopiích (2007, 2009), bez patologického nálezu, stav po LPSK asistované hysterektomii a pravostranné adnexektomii (2014) pro myom a cystu, nyní před další laparoskopií.

FA: analgetika dle potřeby /Algifen gtt/

AA: bez alergie

OA: operace gynekologické-viz výše, bez dispenzarizace v odborných ambulancích, opakovaně vyšetřena neurologie, RHC, UZ břicha, kolonoskopie (2008, 2014)-vše bez patologie.

NO: léta trpí na bolesti v podbřišku, začaly po prvním porodu. Nejdříve vázány premenstruačně, postupně je objevují kdykoliv, jsou tahavé a tlakové, ojediněle zmizí spontánně do půl hodiny, většinou musí vzít analgetikum. Objevují se 3-5 x do týdne, jsou velmi obtěžující, nejsou vázány na sexuální styk.

Objektivní nález

Somatický nález fyziologický, eutrofie, jizvy po laparoskopiích na břiše klidné.

Má zjištění a pocity

Přede mnou stála velmi sympatická, upravená žena, která se léta pohybovala a byla vyšetřena na různých gynekologických ambulancích a operována na různých gynekologických odděleních.

Cítila jsem její bezmoc a zoufalství a snahu bolesti konečně vyřešit. K lékařům již velkou důvěru neměla, ale dobrá kamarádka jí domluvila vyšetření u svého gynekologa s velmi dobrou pověstí. Ten paní Danielu opakovaně vyšetřoval, a nakonec navrhnul další laparoskopii, aby se podíval na srůsty. Pacientka vyzkoušela také metody komplementární a alternativní medicíny. Konkrétně homeopatii, akupunkturu, setkání v ženských kruzích a týdenní pobyt ve tmě. Pobytu ve tmě se velmi obávala, ale nakonec jej zvládla (jak říká – protančila s minimem analgetik) a bolesti se na přechodnou dobu asi 2 měsíců zmírnily.

Rozhovor

Mluvíme spolu o bolestech, kdy se objevují, kdy mizí, co je zhoršuje, co je zlepšuje, v jakých situacích nejsou, jak na ně reaguje okolí. Na otázku, kdy se začaly poprvé objevovat, říká, že poznenáhlu, postupně, když měla dcera asi půl roku. To byla velká zima, mrzlo, až praštělo, proto si na to vzpomíná přesně. Probíráme znovu podrobnosti a okolnosti vzniku bolestí. Byla velká zima a paní Daniela chtěla jet prvně ukázat dceru svým rodičům, kteří žili ve vzdáleném městě, 400 km od bydliště pacientky. Manžel s

[1] Zde ponechány údaje tak, jak jsou běžně součástí lékařského chorobopisu, včetně zavedených zkratek (pozn. red.)

návštěvou u rodičů ženy nesouhlasil. (První manžel byl tvrdohlavý, musela dělat jen to, co si on přál a co přikázal, jinak zuřil. Ale brala si ho z lásky, měla ho ráda a myslí si, že ji i dceru měl také rád. Koneckonců pro ně stavěl rodinný dům svépomocí.) Daniela trpěla tím, že nemůže ukázat malou dcerku rodičům, manžel stále odmítal jet autem („benzín stojí hodně peněz a stavíme barák…“).

Při vyprávění se mění obličej Daniely, objevuje se křečovitost a ztuhlost, omezuje se mimika. Jako kdyby mráz, o kterém vypráví, právě zasáhl její tvář. Při sezení na židli se narovnává a za chvíli sedí rovně a prkenně.

Nakonec si prosadila svou a k rodičům odjela s miminkem vlakem. U rodičů prožily s dcerou krásný týden a poté se vracely domů. V chodbě paneláku je ale čekaly místo manžela sbalené kufry, muž komunikoval jen přes zavřené dveře, byt je jeho, on se chce rozvést, nemůže být se ženou, která si prosazuje svou přes jeho výslovný nesouhlas.[1] Paní Daniela říká, že tedy prožila zoufalé období, chvíli bydlela u kamarádky, pak v podnájmu, proběhl rozvod. K rodičům se nevrátila. Cítila by, že prohrála a nechtěla se jim pověsit na krk. Naštěstí se pak dala dohromady s nynějším mužem, ten je moc hodný, rozumí si spolu a manželství považuje za šťastné, jen kdyby ty bolesti nebyly.

V této chvíli si uvědomuji, že pacientka evidentně nevidí to, co já – možnou souvislost vzniku tělesného symptomu-bolesti s reakcí manžela na její „neuposlechnutí“, které můžeme bez přehánění nazvat traumatickou událostí. Opatrně naznačuji pacientce, že příčinou bolestí nemusí být srůsty, zvláště když byla opakovaně operována prakticky bez patologického nálezu. Kupodivu pacientka reaguje s povděkem, také si myslí, že další operace nic nevyřeší. O psychických příčinách jí kdysi něco naznačovala homeopatka.

Tehdy jsem neměla žádné praktické zkušenosti s časovou osou[2], jen načtenou teorii. Protože se termín další operace blížil a volný termín u psychologa se počítal na měsíce, dohodla jsem se s pacientkou, že předoperační vyšetření odložíme o několik dnů a setkáme se spolu znovu v ordinaci. Další setkání jsme si domluvily za 2 dny. Vděčně souhlasí. Velmi si vážím důvěry, kterou ke mně pojala. Obvykle se nestává, aby mi pacient při prvním setkání takhle věřil. Roli hrála zřejmě pacientčina hrůza a obava z další operace, pochybnosti o příznivém efektu léčby, zoufalství nad neúspěchy dosavadní terapie. Myslím, že se hodí úsloví, že tonoucí se chytá posledního stébla trávy. Oceňuje můj zájem a časový prostor, který jsem jí věnovala při naplněné čekárně.

Když skončím ordinační den, jsem plná pochybností sama o sobě. Jsem schopna pacientce pomoci, zvládnu to? Postačí věnovat čas a zájem, všechny mé dosavadní znalosti a postřehy z praxe, načtené informace? Neuškodím? Zároveň jsem naštvaná na systém, kde se nelze dovolat konzultace psychologa či péče psychoterapeuta, aniž by čekání trvalo několik měsíců. Cítím tíhu zodpovědnosti.

Naše druhé setkání a práce s časovou osou

Probíráme spolu životní události a strasti. Kreslíme na papír časovou osu:

- 1999 maturita na SŠ. Nastupuji do zaměstnání do spořitelny. Začala jsem chodit s prvním klukem, je stejně starý, jsem moc zamilovaná. Přítel se

[1] Těžko si nevybavit baladu Vodník, která toto drama popisuje velmi expresivně. (pozn. red.)

[2] Bio-psycho-sociální anamnéza (pozn. red.)

ukazuje jako nespolehlivý, nelíbí se mi, že neumí hospodařit s penězi, večery prosedí s kamarády v hospodě, na mě má málo času, přes léto jezdí do Itálie sbírat jablka, výdělek hned utratí. Mám jej ráda a nechci ho ztratit. Snažím se mu přizpůsobit. Říká, že jsme mladí a máme si užívat. Vztah trvá 4 roky.

- 2003 Rozcházím se s ním poté, co navazuje intimní vztah s naší společnou známou. Cítím se zrazená a podvedená.
- 2004 Seznamuji se s budoucím manželem, je opakem předchozího partnera. Je o 10 let starší než já. Všechno má zodpovědně naplánované, máme se rádi, vezmeme se, přestěhuji se k němu na Moravu. Má tam byt. Postaví dům, plánujeme rodinu. V domácnosti má svůj řád, musím se podřídit jeho zvykům. Šetří peníze. Dává mi odměřené částky na domácnost. Když není po jeho, zuří, ale často mi říká, jak mě miluje, také já miluji jeho. V novém bydlišti nemám kamarádky, jen 1 ze zaměstnání. Manžel moc známých nemá. Za rodiči nejezdím, nesouhlasili se sňatkem. Jsme spolu v telefonickém kontaktu.
- 2005 Narození dcery. Jsem šťastná a chci dceru ukázat rodičům/ taky ať vidí, že jsem se dobře vdala/, manžel mi nedovolí odjezd. Prosadím si cestu sama s dcerou vlakem, i když venku mrzne, až praští. Po týdnu se vracím domů. Před dveřmi najdu sbalené kufry. Muž chce požádat o rozvod. Jsem jako omráčená a v šoku. Pomáhá mi kamarádka, přechodně bydlím u ní.
- 2005-2007 Po rozvodu řeším bydlení v pronájmu, dceru hlídá sousedka a začínám znovu pracovat v bance na 0.5 úvazek. Je to pro mě těžké období. Cítím se otupělá, jako v mlze. Obviňuji sebe sama, prožívám pocity zrady i méněcennosti. Jsem jako v prázdné krabici. Bojuji s nedostatkem financí.
- V roce 2005 se objevují bolesti v podbřišku, někdy jsou nesnesitelné, opakovaná vyšetření jsou v pořádku. Podstupuji laparoskopii 2007, s negativním nálezem. Před gynekologem se cítím blbě, když tam nic nenašli. Veškerý čas mi zabírá práce a starost o dceru.
- 2008-2009 Seznamuji se se současným manželem, 2009 svatba. Vztah považuji za harmonický, muž je tolerantní, máme se rádi. Cítím, že konečně po letech začínám znovu žít. Zase se umím radovat. Jen ty bolesti v podbřišku kdyby nebyly. V roce 2009 další laparoskopie, bez patologického nálezu.
- 2010 Narození syna. Těhotenství probíhá normálně a já i manžel se těšíme. Jsem bez bolestí. Gynekolog i já máme naději, že bolesti zmizí. Po šestinedělí se objevují znova.
- 2011-2014 Mateřská dovolená, manželství harmonické, v muži mám oporu. Děti mi dělají radost, pomáhají nám manželovi rodiče. Máme spolu pěkný vztah. V roce 2013 se po rodičovské dovolené vracím do práce.
- Bolesti trvají, beru téměř denně Algifen. Na gynekologii nacházejí malinký myom a cystu, které zřejmě způsobují bolest. Doporučují operaci.
- 2014 – vyjmutí dělohy a pravého vaječníku. Známé bolesti se objevují asi 6 týdnu po operaci, sotva se mi zahojily rány.
- 2015 – dosud 4/2017: Pracuji, starám se o rodinu a domácnost. Vztah s manželem považuji za dobrý. Řekla bych-normální manželství, občas se přežene bouřka, pak svítí slunko. Bolesti trvají, jsem jimi vyčerpána a zoufalá. Nový gynekolog říká, že to může být srůsty, a doporučuje další laparoskopii.

Daniela opakovaně prochází období vzniku bolestí. Už doma, před naším druhým setkáním si všimla, že bolesti vznikly v těžkém období, kdy ji manžel nechal s malým miminem bezprizorní. Teď, když o tom opakovaně mluvíme, si myslí, že události spolu přímo souvisí. Dříve by ji to ani nenapadlo. Bere do ruky červený fix a zatrhuje kolečkem dohromady slova na papíru:

☐ *„zima… kufry před dveřmi… dcera mimino… bolesti břicha“*

Zadumaně se dívá desítky vteřin na červený kruh, v obličeji tají zamrzlé rysy, oči se lesknou slzami. Říká, že teď vidí tu spojitost. Nechávám na Daniele, jak budeme pokračovat. Vybírá si možnost znovu mi povyprávět o scéně na chodbě, ona s malou v kočárku, kufry před dveřmi, řev exmanžela, ať táhne. Pocit bezmoci, zmrznutí, co bude s dcerou, tenkrát neplakala, zůstala stát s miminem na chodbě, neví jak dlouho, pak šla dlouho sídlištěm ke kamarádce, mrzlo, to si z toho nejvíc pamatuje, tu strašnou zimu.

Pláče. Nechávám ji. Po chvíli dochází ke zklidnění, říká, jak byly slzy úlevné. Osvobozující, jako kdyby něco zlého odplavily. Není zvykem, že by brečela. Vlastně si nepamatuje, kdy naposledy. Ve tváři je uvolněná, vzpřímený sed vyměnila za schoulení se na židli. Mluvíme o tom, co potřebuje. Jestli je v pořádku jít domů, jestli nemám zavolat manžela, aby ji odvezl. Nakonec dochází ke shodě, půjde domů, zachumlá se do pelíšku z peřin, ten si dělala jako malá holka, bylo to její hnízdo. Nakonec ještě narazíme na plánovanou operaci. Moc mě prosí, jestli bych zavolala na gynekologii a termín odhlásila. Domlouváme si další termín za týden, pokud by cítila potřebu, může se kdykoliv ozvat telefonicky.

Naše setkání /třetí/ za týden

Daniela přichází uvolněná. O všem přemýšlela, další gynekologickou operaci opravdu nechce. Něco si přečetla v knihách i na internetu o traumatických stavech. Udivilo ji, že člověk může nevědomky odříznout některé události. Měla pocit, že se dříve dívala na událost jakoby přes sklo, hlavní pocit byl pocit strašné zimy. Ptám se na její psychické stavy, na úzkosti, depresivní symptomy, poruchy spánku, flashbacky. Ne, nic takového neměla. Snad se cítila emočně chladnější, jako kdyby neuměla projevit více lásky, třeba dětem. Někdy se cítila jako robot, ale připisovala to pracovnímu zatížení a starostem o rodinu. Často se cítila unavená. Vyčerpávaly ji bolesti, v poslední době několikrát týdně, vždy řešila kapkami Algifenu. Od naší poslední schůzky brala ale kapky jen jednou.

Mám pro Danielu dobrou zprávu. Po několikadenním snažení se mi podařilo zajistit psychologickou péči (jen je ve mně malá dušička, protože péče je za přímou platbu, nikoliv na zdravotní pojišťovnu). Naštěstí souhlasí s hrazenou péčí.[3] Než začne s psycholožkou, domlouváme se na vytvoření bezpečného pelíšku v peřinách, vizualizací tepla a bezpečí a nácvik relaxační techniky „Procházení tělem“.

Čeká mě ještě telefonát na gynekologii. Nechám se spojit s panem doktorem a prosím o odhlášení termínu operace. Zajímá se proč, osobně pacientce zařídil operaci na soukromém pracovišti, operovat bude on sám. Opatrně vysvětluji, že bolesti mohou být psychosomatické a pacientka nastupuje na psychologickou péči

[3] Správně indikovaná psychoterapie má být samozřejmě hrazena ze zdravotního pojištění, které je v naší zemi povinné a nikoli malé. Je to příklad, jak špatně je naše zdravotní péče organizovaná. Operace by byla jistě mnohonásobně dražší, ale dostupnější, ačkoli její efekt by byl velmi pochybný. (pozn. red.)

a operaci nyní není nakloněna. Lékař je ke mně arogantní, svůj hlasitý monolog ukončuje s tím, že až paní přijde zase s bolestmi, pošle ji za mnou.

Snažím se pochopit jeho rozladění, zcela jistě jednal s nejlepším úmyslem pacientce pomoci.

Setkání po 3 měsících

Daniela přichází, aby mi řekla, že je v péči psychoterapeuta a bolesti v podbřišku vymizely.

ZÁVĚR A SHRNUTÍ

Životní události ovlivňují emoční, psychický stav člověka a projevují se v somatických systémech (Holmes, 1978).

Mnohdy je obtížné propojit zatěžující událost, psychický proces a tělesné příznaky tak, aby dávaly člověku smysl. Spojitost je potlačována nevědomě, a tak zůstává skrytá. Zanoření některých obsahů mysli do nevědomí může mít protektivní funkci zvláště v případech, kdy je vědomé prožití neúnosné.

U pacientky byla silně vyjádřena disociace, která měla ochrannou funkci a zabraňovala zaplavení afekty strachu, úzkosti, zloby a bolesti a byla projevována několikaletými bolestmi v podbřišku.

Nerozkrytí, opomenutí psychosociálních okolností v jejím diagnostickém a terapeutickém procesu vedlo k několikaletému trápení a zřejmě i k několika zbytečným operacím, dokonce ke ztrátě dělohy.

V této kazuistice jsem se dotkla 3 záležitostí, které vnímám jako problematické a velmi mě trápí:

1. Nedostupnosti psychologické a psychoterapeutické péče v našem regionu.
2. Absence psychosomatického přístupu lékařů, jistě neúmyslné, dáno absencí výuky psychoso-matické problematiky v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání. Tendencemi naší profesní komory bagatelizovat problematiky PSM /“vždyť bio-psycho-sociální přístup je samozřejmý u všech lékařů!“[1] Sic!/. V tomto případě se nepřítomnost komplexního pojetí zcela jistě podílela na dlouholetém utrpení pacientky a snaze klientky o řešení metodami komplementární a alternativní medicíny.
3. Neuspokojivým stavem komunikace mezi námi, lékaři. Mnohdy je doprovázena hrubostí, povýšeností a neakceptací jiných způsobů terapie. Science fiction je mnou vysněná situace, kdy se s kolegy nad pacientem spolu (třeba i přes telefon) zamyslíme a zkonzultujeme své názory.

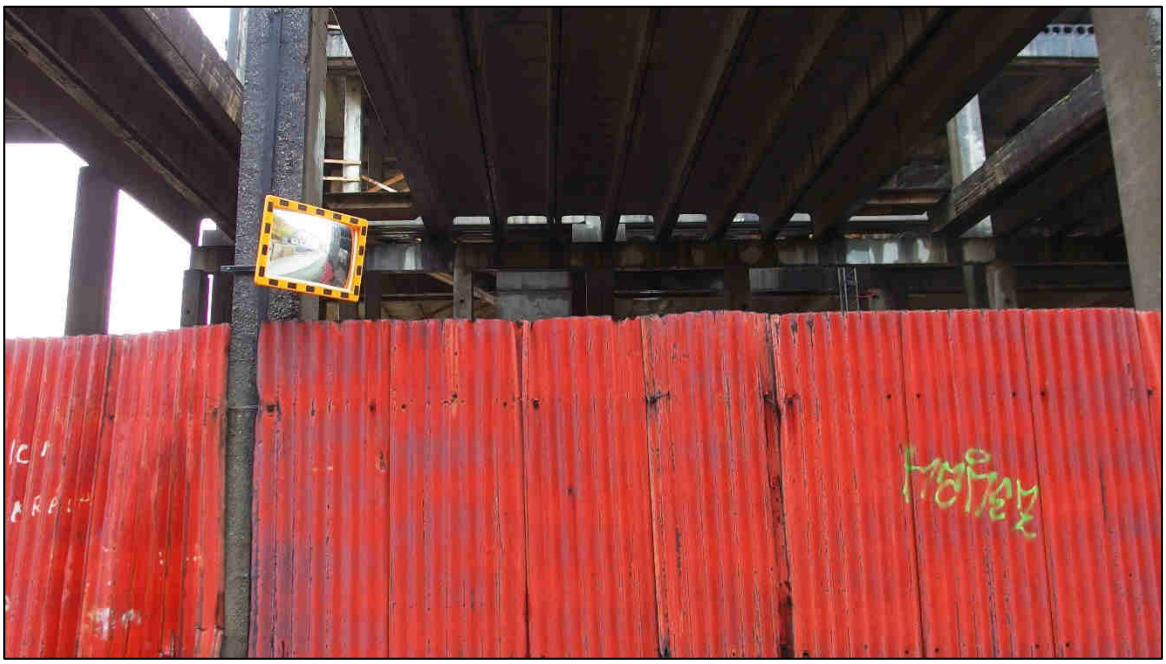
Stále se zamýšlím nad způsobem výuky mediků, jsem osobně přesvědčena, že projevy tolerance, lidskosti, zájmu o studenta a pacienta, laskavé, kolegiální chování, projevy úcty povedou k plnému významu slov: ars medica.

[1] Citace MUDr. Kubka, prezidenta ČLK při jednání o podpoře vzdělávání v psychosomatické problematice (pozn.red.)

LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

1. Ayers, Susan, De Visser Richard: Psychologie v medicíně, Grada 2015
2. Balint, Michael: Lékař, jeho pacient a nemoc, Grada 1999
3. Beran, Jiří: Základy psychoterapie pro lékaře, Grada 2000
4. Gerd, Rudolf, Henningsen, Peter: Psychoterapeutická medicína a psychosomatika, Vydavatelství F, 2018
5. HOLMES, T. H., 1978. Life situations, emotions and disease. ScienceDirect [online]. s. 747-754 [cit. 2020]. DOI: https://doi.org/10.1016/S0033-3182(78)70891-1. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033318278708911
6. Křížová, Eva: Alternativní medicína jako problém, Karolinum, 2004
7. Maecker, Andreas: Psychická trauma a poruchy po traume, Vydavatelství F, 2017
8. Poněšický, Jan: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky, Triton 2014
9. Tress, Wolfgang, Krusse Johannes, Ott Jurgen: Základní psychosomatická péče, Portál, 2008
10. Trapková, Ludmila, Chvála, Vladislav: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál 2017
11. Vymětal, Jan: Lékařská psychologie, Portál 2003

TEORIE



OBRÁZEK 3: ILUSTRAČNÍ FOTO

KLÁRA DOLÁKOVÁ: JSME NA PRAHU NOVÉHO PARADIGMATU?

ABSTRAKT: DOLÁKOVÁ K.: JSME NA PRAHU NOVÉHO PARADIGMATU? PSYCHOSOM 2021; 19(3-4) S. 161-171

Cílem článku je zamyslet se nad současným poznáním na poli vědy a medicíny jakožto celku a pátrat nad možností budoucího vývoje poznání o lidském zdraví. První část s názvem ***Dobové paradigma*** krátce přibližuje, co je to paradigma a jakým způsobem dochází k jeho změně. Část ***Paradigma moderní medicíny*** je věnována oblasti tzv. Evidence-Based Medicine (zkr. EBM, tj. medicína založená na důkazech). Jde o koncept, který se od 90. let rozšířil po celém světě a představuje mj. také pravidla výzkumu v rámci dnešní medicíny. Další část s názvem ***Terapie mimo rámec medicínského paradigmatu*** poukazuje na oblast tzv. energetických terapií, které stojí mimo rámec současného poznání, a tedy i paradigmatu. Navzdory tomu však dnes existují studie, které se zabývají účinkem těchto terapií na lidský organismus. V souvislosti s těmito poznatky se proto nabízí otázka, jak tuto oblast vhodně vědecky uchopit a zda by takové poznatky mohly případně vést k posunu dnešního poznání. Jeho vývoj do současné podoby je pak blíže popsán v části ***Vědecké poznání***. Závěrečná část s názvem ***Bylo vše již poznáno?*** vybízí k úvaze, zda je naše poznání konečné. Na historických příkladech je nastíněno, že je poněkud vrtkavé takový názor zastávat.

KLÍČOVÁ SLOVA: paradigma, Evidence-Based Medicine (EBM), energetické terapie, vědecké poznání

SUMMARY: DOLÁKOVÁ K. ARE WE FACING A NEW PARADIGM? PSYCHOSOM 2021; 19 (3-4), PP.161-171

The aim of the article is to reflect on current knowledge in the field of science and medicine as a whole and to look for the possibility of future development of knowledge about human health. The first part, called ***The Contemporary Paradigm***, briefly describes what a paradigm is and how it changes throughout the time. The second part, called ***Paradigm of Modern Medicine*** is devoted to the area of Evidence-Based Medicine (abbreviated EBM). This concept has spread throughout the world since the 1990s and, also represents, among other things, the rules of research in today's medicine. The section ***Therapies outside the medical paradigm*** points to the area of so-called energy therapies, which are outside the scope of current knowledge, and thus the paradigm. Nevertheless, today studies show a certain effect of these therapies on the human body. In connection with these findings, therefore, the question arises as to how to properly grasp this area scientifically, and whether such findings could lead to a shift in today's knowledge. Its development into its current form is further described in more detail in the section called ***Scientific knowledge***. The final part entitled ***Is everything already known?*** encourages us to consider whether our knowledge is final. Historical examples suggest that it is somewhat fickle to hold such an opinion.

KEY WORDS: paradigm, Evidence-Based Medicine (EBM), energy therapy, scientific knowledge

DOBOVÉ PARADIGMA

Paradigma představuje obecně akceptované poznatky, teorie a hodnoty. Je pro něj charakteristické, že se v čase mění se změnou a vývojem poznání dané doby (Russell, 2008). Jde o kolektivní podvědomý rámec, se kterým mohou nebo nemusejí být v souladu naše osobní zkušenosti. Paradigma je určitou dobovou shodou z hlediska teorie, výzkumu, logiky a pozorování (Novotný, Svobodová, 2012).

Právě výzkum a nové poznatky však mohou vést k posunu dobového paradigmatu. Jak ve svých pracích uvádí filosof T. Khun, posun paradigmatu může nastat, setká-li se dosavadní paradigma s anomálií, kterou nelze vysvětlit. Další a další anomálie pak vytvoří tlak na dosavadní paradigma, které přestává být funkční a způsobí tzv. krizi teorie. Po nějakém čase krize vyústí k vědecké revoluci, tedy změně dosavadního světonázoru (Kuhn, 1997). Platónovy teorie o pohybu nebeských těles, Newtonovy zákony pohybu nebo Einsteinova teorie relativity. Právě to jsou příklady vědeckých teorií a výrazných osobností vědy, které svými poznatky takový posun způsobily.

Proces změny paradigmatu však není ani jednoduchý, ani rychlý. Fyzik P. Russell to vysvětluje na konkrétním příkladu, totiž na přechodu geocentrického na heliocentrický model planet. Dnes je pro nás zcela samozřejmé, že Země je jednou z planet obíhajících Slunce. Když k tomuto závěru na počátku 16. století došel Mikuláš Koperník a své poznatky vydal na sklonku života po třicetiletém čekání knižně, příštích 70 let byly tyto informace

ignorovány a publikace byla zakázaná. Muselo uběhnout dalších 150 let, během kterých myšlenku podpořily objevy dalších významných osobností z pěti zemí, aby byl dosavadní názor (resp. paradigma) změněn (Russell, 2008).

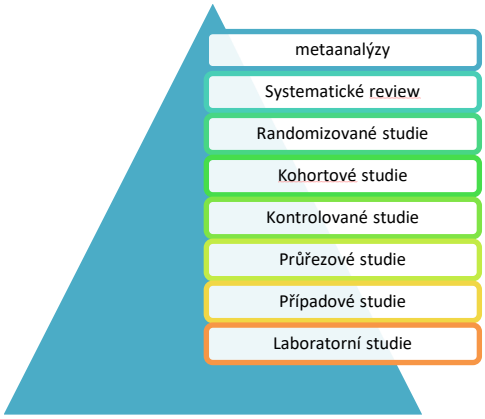
Nepochybně nás na tomto místě může napadnout celá řada dalších příkladů z různých odvětví vědy. V oblasti medicíny lze kupříkladu uvést formování základů antisepse maďarským lékařem I. F. Semmelweisem. Dnes zcela samozřejmá činnost, jakou je dezinfekce rukou, nebyla zpočátku přijata a v co nejkratším čase aplikována v praxi. Naopak trvalo dalších 20 let, než se danými poznatky začala věda vůbec zabývat (Best, 2004).

Russell doplňuje ještě další faktor, který způsobuje, že je komplikované změnit dosavadní světonázor. Totiž že paradigmata dílčích oblastí vědy podléhají ještě celkovému paradigmatu západní vědy, které nazývá „metaparadigma“. V dnešní době se dle Russella jedná například o předpoklad, že realita, resp. fyzický svět kolem nás je skutečný (materiální) a základními složkami této reality jsou prostor, čas, hmota a energie (ve fyzikálním slova smyslu) (Russell, 2008).

Paradigma moderní medicíny

Za klíčové paradigma nynější medicíny označuje R. Ptáček Evidence-Based Medicine (neboli EBM, tj. medicínu založenou na důkazech), která postupně nahrazuje medicínu založenou na zkušenosti. Jde o relativně mladý koncept, který se zhruba od 90. let 20. století rozšířil po celém světě. Původní myšlenka principu EBM vycházela z toho, že klinickou zkušenost lékaře doplní nejnovější vědecké poznatky. Prvotní zaměření EBM mělo především podpořit vzdělávání lékařů v oblasti porozumění a používání publikovaných vědeckých zdrojů tak, aby byla na základě těchto poznatků optimalizována klinická péče. Dnes nabízí klinické medicíně EBM také propracovanou hierarchii důkazů nebo vývoj metodiky klinických doporučení (Djulbegovic, Guyatt, 2017).

EBM lze mj. chápat také jako praktickou aplikaci některých statistických principů, na jejichž základě se hodnotí velké množství klinických dat. Pro zjednodušení lze uvést, že platí, že čím více dat (a tedy i větší studie), tím je daná studie hierarchicky výše v tzv. pyramidě hierarchie důkazů EBM.



Obr. 1 Pyramida důkazů v EBM (zdroj: vlastní tvorba, obsah: Ptáček, Bartůněk, 2016)

Za nejrelevantnější jsou považovány metaanalýzy, resp. analýzy analýz, ve kterých se statisticky zpracovávají analogické druhy studií (Sisyfos, 2007). Za nejníže hierarchicky postavené jsou pak považovány laboratorní studie. Provedení uvedených studií je vzhledem k velkému množství klinických vstupů mnohdy finančně náročné. Zároveň dané postupy ovlivňují samotný způsob vědeckého výzkumu, neboť stanovují jasná pravidla pro hodnocení klinických dat.

R. Ptáček upozorňuje, že značná část těchto dat se zaměřuje na léčiva a medicínské technologie, a naopak jen velice málo studií se věnuje nefarmakologickým a netechnologickým postupům. Koncept EBM tak může svým zaměřením významně ovlivnit zaměření vědeckého výzkumu v oblasti lidského zdraví, a tím i nasměrování medicínského oboru jakožto celku.

Ptáček především apeluje, aby *„lékař zůstal zejména člověkem, lékařem a vědcem, který uvažuje samostatně a vnímá zdraví člověka vždy v širším psychosociálním komplexu“*. Moderní medicína by dle něj neměla vycházet z přesvědčení, že lidské zdraví lze rozložit na sadu několika diskrétních proměnných a jejich vzájemné lineární vztahy (Ptáček, Bartůněk, 2016). Také Djulbegovic a Guyatt v článku, který shrnuje téměř 25 let vývoje EBM, zdůrazňují nutnost kombinovat kritické hodnocení důkazů s potřebami a hodnotami pacienta, a to prostřednictvím sdíleného rozhodování lékaře a pacienta (Djulbegovic, Guyatt, 2017).

Terapie mimo rámec medicínského paradigmatu

Pokud jde o rozhodování pacienta, v dnešní době má jeho individuální hodnotový systém a přesvědčení klíčové slovo. V péči o své zdraví si může pacient svobodně vybrat, a to i nad rámec zdravotních služeb, které nabízí tzv. konvenční medicína, resp. biomedicínský model západního lékařství (Telec, 2018). V tomto ohledu je zajímavé, že až 100 000 000 Evropanů ročně využije v péči o zdraví některou z terapií tzv. Complementary Alternative Medicine (CAM, tj. komplementární a alternativní medicíny), (Pfeiffer, 2016). A to navzdory skutečnosti, že u řady z těchto terapeutických postupů a metod není zcela znám mechanismus jejich účinku, a nekorespondují proto s dnešním medicínským paradigmatem (viz předchozí část).

Jak uvádí E. Křížová v publikaci *„Alternativní medicína v České republice“*: *„Moderní věda gnozeologicky staví na karteziánském dualismu, rozdělení reality na hmotnou, exaktně zkoumatelnou (res extensa) a mentální, duchovní, již nelze s přesností zkoumat, tj. měřit.“* Přesto, dnešní medicína jistě nepopírá, že nemocný svůj stav nějak prožívá a něco cítí. Pozornost vědy jde však směrem k objektivně pozorovatelným projevům, tj. k tělesným fyziologickým či patologickým procesům, které lze objektivně zkoumat a měřit (Křížová, 2015).

Jako kontrastní k výše uvedenému se jeví oblast tzv. energetických terapií, které můžeme zařadit ke CAM[1]. Z pohledu zahraničních studií se v oblasti energetických terapií setkáváme s různými pojmy, jako jsou například: *distant intentionality* (vzdálená intencionalita), *therapeutic touch* (terapeutický dotek), *energetic healing* (energetická léčba) *spiritual healing* (duchovní léčba) nebo *healing therapy* (léčebná terapie). Uvedené pojmy budou blíže specifikovány v další části textu.

Společným jmenovatelem výše zmíněných termínů je, že představují z pohledu vědy, a již zmíněného karteziánského dualismu, onu těžko zkoumatelnou oblast („res cogitans“) (Křížová, 2015). J. Heřt v této souvislosti uvádí: *„Neexistuje žádná duchovní, nemateriální složka, která by řídila lidské tělo. Není ani žádná jednotná síla, vis vitalis, prána, čchi, duchovní energie, která by řídila*

[1] Komplementární a alternativní medicína

lidské tělo a která by také byla zodpovědná podle zastánců těchto směrů za vznik, průběh nebo i léčbu nemocí. Nelze ani oddělovat tělo a duši. Všechny duševní vlastnosti jsou jen funkcí materiálního těla, tělesných buněk.“ (Heřt, 2011).

Navzdory tomu se však v rámci zahraničního vědeckého výzkumu setkáváme s výzkumy z oblasti energetických terapií. Níže jsou uvedeny některé příklady. Uvedené výzkumy se nezabývají vlastní podstatou energetických terapií, ale zkoumají, jaký (popřípadě zda) mají dané intervence vliv na lidský organismus.

V roce 2006 byla publikována studie, která se zabývala vlivem vzdáleného vysílání myšlenek léčitele na pacienta. Tato metoda se ve studii nazývá *distant intentionality* (zkr. DI, tj. volně přeloženo vzdálená intencionalita). Celkem takto působilo jedenáct havajských léčitelů na jedenáct příjemců, kteří byli umístěni do funkční magnetické rezonance a izolováni od všech forem senzorického kontaktu s daným léčitelem. DI probíhalo v náhodných dvouminutových intervalech, které byly příjemci neznámé. Byly zjištěny významné rozdíly z hlediska aktivace mozkových oblastí mezi experimentální (s DI) a kontrolní (bez DI) skupinou. U experimentální skupiny docházelo k aktivaci přední a střední cingulární oblasti, precuneu a frontální oblasti mozku. Ze studie tak vyplývá, že byla zjištěna korelace mezi úmyslně vytvořeným spojením léčitele se senzoricky izolovanou osobou a mozkovými změnami daného jedince (Achterberg, 2006).

Dalším příkladem je randomizovaná, dvojitě zaslepená, experimentální, třískupinová studie, která měla za cíl zkoumat vliv terapeutického dotyku (zkr. TT, z angl. therapeutic touch) na frekvenci a intenzitu behaviorálních symptomů demence (např. neklid, bloudění, vokalizace apod.) u celkem 57 obyvatel kanadského domova pro seniory. Důvodem provedení studie byla mj. naléhavá potřeba testovat nefarmakologické intervence. Výsledky analýzy rozptylu (ANOVA) a Kruskal-Wallisův test naznačily statisticky významný rozdíl v projevu celkových behaviorálních příznaků demence u experimentální skupiny pacientů. Oproti placebo a kontrolní skupině došlo ke snížení celkových behaviorálních příznaků demence, zvláště pak vokalizace a neklidu (Woods, Craven, Whitney, 2005).

Zajímavá je rovněž studie vlivu terapeutického doteku na proliferaci, diferenciaci a mineralizaci lidských osteoblastů in vitro. Z uvedené studie vyplývá, že terapeutický dotek zřejmě zvyšuje syntézu, diferenciaci a mineralizaci lidských osteoblastů a snižuje diferenciaci a mineralizaci v buněčné linii odvozené od lidského osteosarkomu. Zjednodušeně řečeno, zdá se, že daná intervence má vliv na metabolismus kostní tkáně. *„Mechanismus těchto účinků ještě není objasněn, ale výsledky poskytují základ pro další studium existence lidského biopole, které může mít určité biologické účinky.“* (Jhaveri et al., 2008).

Novější výzkum z roku 2015 ve Velké Británii se zabýval možnostmi léčebné terapie (healing therapy) u pacientů se syndromem dráždivého tračníku a zánětlivým onemocněním střev. Výzkum se zaměřoval zejména na vnímání a zkušenosti pacientů. Kvalitativní studie se zúčastnilo celkem 22 pacientů, přičemž každý pacient absolvoval po terapii polostrukturovaný rozhovor a tato data byla následně analyzována pomocí tematické analýzy. Hodnotil se tedy především subjektivní vjem pacientů. Z analýzy nejvíce vyplynulo, že se u pacientů dostavil pocit relaxace již během terapie, který následně trval i nějakou dobu po terapii. Kromě toho se zdálo, že byli pacienti po léčebné terapii více tolerantní vůči svým symptomům (Soundy et al., 2015).

Obdobný, ale rozsáhlejší výzkum byl proveden o dva roky později. Cílem bylo zjistit přínos léčebné terapie (healing therapy) jako doplňku ke konvenční léčbě u syndromu dráždivého tračníku a zánětlivého onemocnění střev. Hodnoceno bylo celkem 200 ambulantních pacientů s uvedenými diagnózami, kteří byli randomizováni buď ke konvenční léčbě, nebo konvenční léčbě a k tomu pěti sezením léčebné terapie (healing therapy). Výstupem výzkumu byly především dotazníky či škály, které se týkaly kvality života pacienta, ale také měření symptomů. Ukázalo se, že doplnění léčebné terapie ke konvenční léčbě bylo spojeno se zlepšením symptomů a kvality života u syndromu dráždivého tračníku a v menší míře také u zánětlivého onemocnění střev. Autoři studie připouští, že pozorovaný přínos může být z části placebo efektem, avšak velikost pozorovaného přínosu naznačuje alternativní mechanismus. Autoři navíc zdůrazňují, že hodnota jakéhokoli mechanismu by neměla být podceňována, pokud poskytuje symptomatickou úlevu (Lee et al., 2017).

Z uvedených příkladů vyplývá, že nejspíš dokážeme do určité míry nynějšími vědeckými metodami změřit, co se děje s lidským organismem při dané intervenci. Nejsme však schopni vysvětlit vlastní podstatu těchto metod. A nedokážeme ani takovou energii změřit.

Pozoruhodné je také užití energetických terapií v klinické praxi. Studie uvádí, že více než 50 velkých nemocnic a klinik v USA nabízí energetické léčení (zkr. EH, z angl. energetic healing), přičemž energetické léčení lze použít při různých zdravotních obtížích, protože riziko vedlejších účinků této terapie je v dostupné literatuře téměř nulové (DiNucci, 2005). S průnikem energetických terapií do klinické medicínské praxe se setkáváme také ve Velké Británii, kde mají tyto terapie dlouhou tradici. Výše uvedené příklady studií z Velké Británie, které probíhaly v klinických podmínkách, vznikly ve spolupráci s organizací „The Healing Trust“. Jde o největší profesní organizaci ve Spojeném Království s přidruženými organizacemi po celém světě, která sdružuje léčitele již od roku 1954. Zakladatelem této organizace byl uznávaný léčitel Harry Edwards, jehož vizí byla právě spolupráce lékařů a léčitelů, kteří budou k dispozici po celé zemi (The Healing Trust, 2021).

Zájem ze strany světového výzkumu i využití energetických terapií v praxi vypovídá minimálně o naléhavosti věnovat tématu pozornost. Jak se však s tímto fenoménem v kontextu novodobého medicínského i vědeckého paradigmatu vypořádat? Než se pokusíme hledat na tuto nelehkou otázku odpovědi, pro komplexnost nejprve přiblížíme vývoj vědeckého poznání do současné podoby.

VĚDECKÉ POZNÁNÍ

Jedním z klíčových předpokladů pro vývoj poznání napříč celou společností je tvorba a předávání vědeckých poznatků. Vědecké poznatky zároveň slouží k utváření zkušeností, díky kterým se zamezuje případným chybám a omylům v poznání dané společnosti. Věda proto začala již od středověku a následně intenzivně od 18. století vytvářet přenosové a archivační systémy (knihovny, archivy, odborné časopisy atd.), aby se dosavadní nabyté vědomosti ze společnosti nevytrácely (Sokol, 2014).

Současný způsob vědecké práce byl velmi ovlivněn Descartovou myšlenkou

jednotné metody, která spočívá v možnosti přebírat myšlenky jiného vědce a vlastní prací na ně navazovat. Moderní věda má totiž kumulativní a také kolektivní charakter. Odpovídá tak svým způsobem Descartově myšlence *„spolupráce tisíců na hledání pravdy“* (Descartes, 1992).

Kumulace velkého množství vědeckých poznatků však v 19. století vedla k utváření jednotlivých vědních oborů a specializací s vlastním předmětem i metodou. Takový rozpad do specializací způsobil, že se současný způsob vědecké práce rozkládá do samostatných obcí kolem jednotlivých vědeckých časopisů (Sokol, 2014).

Uvedený jev popisuje filosof Jan Sokol také v kontextu institucí moderní společnosti. Uvádí, že instituce moderního státu jsou dnes natolik složité a rozmanité, že jejich studium zaměstná řadu společenských věd (např. právo, sociologie atd.). Podobně lze chápat i rozpad vědy do jednotlivých vědeckých oborů. Sokol upozorňuje, že sice lze v detailu poznat a studovat dílčí část určité oblasti, nemusíme však být schopni vnímat danou oblast v rámci celku, kterého je součástí (Sokol, 2015).

Vědec dnešní doby tak přirozeně nemůže stíhat sledovat veškeré dění na poli vědy, ale soustředí se pouze na nejnovější výzkum ve své oblasti zájmu. Pro běžného vědeckého pracovníka tedy nastává problém důkladně pochopit všechny stávající vědecké teorie. Může obsáhnout pouze jejich určitou část (Pfeiffer, Šíma, 2019).

Od jednotlivostí k celku

Jaký význam má termín věda v dnešní moderní společnosti? Holzbachová uvádí, že jde o proces systematického a metodického poznávání našeho světa, které má svá pravidla. Zároveň je věda neoddělitelnou součástí společenského vědomí i společnosti jako takové. Věda je jednak společností ovlivněna, jednak ji sama skrze systém vědeckých institucí ovlivňuje (Holzbachová, 2000).

Vědecká práce dnešní doby má redukcionistický charakter, což znamená rozdělení celku na části, jejich analýza a syntéza. Klíčovým prvkem vědy je ověřitelnost vědeckých hypotéz a jejich reprodukovatelnost (Heřt, 2011). Tyto principy jsou aplikovány i v rámci dílčích vědních oborů, ty však mají své specifické vědecké metody a postupy.

Oblast zdravotnictví a medicíny není výjimkou. V moderní medicíně se rovněž setkáváme s rozdělením lékařské vědy jako celku na dílčí specializace. Lékařství se tímto způsobem začalo formovat v 80. letech 19. století ze dvou důvodů. Jednak sílila potřeba prohloubit lékařské znalosti a věřilo se, že právě specializace umožní striktní pozorování většího objemu lékařských případů, zároveň se tak stalo z administrativních důvodů, aby bylo možné pacienty na základě jejich diagnózy vhodně kategorizovat (Weisz, 2003).

Samotný přístup k pacientovi a jeho diagnóze rovněž prošel proměnami. Za dob Hippokrata byla za stav nemoci považována nerovnováha čtyř základních tělesných šťáv. Cílem uzdravení proto bylo znovunastolení humorální rovnováhy. S tímto schématem se pracovalo přibližně do 17. století. Tehdy byl nahrazen

učením anglického lékaře Thomase Sydenhama, který sledoval soubory příznaků u dané skupiny pacientů, ze kterých odvozoval příslušnou chorobu. Subjektivní popis zdravotních obtíží samotným pacientem tak spíše postupně nahrazovalo hledání typických objektivních příznaků určité nemoci. Díky pozdějšímu rozvoji laboratorních vyšetřovacích metod se příznaky nemoci na základě numerických i obrazových dat ještě více objektivizovaly. Paradoxně tak nastala situace, kdy byl popis zdravotního stavu pacienta více doménou lékaře než samotného pacienta. S rozvojem lékařské etiky v 70. letech minulého století však začala role pacienta a jeho subjektivních prožitků opět nabývat na důležitosti (Schott, Niklíček, 1994). Právě subjektivní prožívání a vjem pacienta jsou faktory, které, jak již bylo nastíněno v kapitole *Terapie mimo rámec medicínského paradigmatu*, přispívají k pacientově volbě a jeho individuálnímu přístupu ke zdraví.

Bylo vše již poznáno?

Vrátíme-li se tedy na tomto místě k otázce, jak se z hlediska medicínského i vědeckého paradigmatu vypořádat s oblastí energetických terapií, odpověď není jednoznačná.

Jedním z východisek je zamítnutí energetických terapií vzhledem k tomu, že není možné vysvětlit podstatu těchto terapií, a vzniká tudíž rozpor s nynějším poznáním v oblasti vědy a medicíny. Otázkou zůstává, jak si vysvětlit některé příklady studií, uvedené v kapitole *Terapie mimo rámec medicínského paradigmatu,* které poukazovaly na určitý efekt či účinek dané intervence na lidský organismus. Autoři jednoho z výše uvedených výzkumů sice připouštějí, že mohlo jít zčásti o placebo efekt, na druhou stranu se zdá, že velikost pozorovaného přínosu v daném výzkumu naznačuje alternativní mechanismus. Autoři uvedené studie také zdůrazňují, že by neměl být podceňován jakýkoliv mechanismus, který poskytuje pacientům symptomatickou úlevu. V tomto kontextu se nabízí i úvaha, že toto hledisko by nemělo zůstat nepovšimnuto ani z pohledu lékařské etiky, neboť platí, že dobro nemocného je nejvyšším zákonem (*bonum aegroti lex suprema*) (Kuře, 2012). Je tedy etické úplné zamítnutí energetických terapií?

Ve světle počátečních úvah o paradigmatu a jeho dobových proměnách se nabízí ještě další úhel pohledu. A to sice možnost, že existují mechanismy či oblasti v souvislosti s lidským zdravím, které teprve čekají na své objevení. Jakkoli fantasticky se může taková úvaha jevit, jde o zcela pragmatickou myšlenku, že naše poznání zkrátka nemusí být konečné. V roce 1832 uvedl ředitel patentního úřadu ve Washingtonu: *„Navrhuji zrušení patentního ústavu. Všechno už bylo vynalezeno a nic nového nelze objevit.“* (Souček, 1997). Jakkoliv úsměvný se může uvedený výrok zdát, je důležité si uvědomit, že dobové poznání se v čase mění, a tedy je nejspíš mylné předpokládat, že již vše bylo objeveno. Významný představitel filosofie vědy K. Popper v tomto kontextu hovoří o soustavném a nikdy nekončícím kritickém ověřování hypotéz. *„Hra vědy je v principu bez konce. Ten, kdo by se jednoho dne rozhodl, že vědecká tvrzení už nevyžadují dalšího testování a že mohou být pokládána za verifikovaná s konečnou platností, ten by tuto hru přestal hrát.“* (Popper, 1997). Také mimořádný zástupce novodobě vědy S. Hawking upozorňuje ve svém díle *„Stručná historie času“* na výrok teoretického fyzika a nositele Nobelovy ceny Maxe Borna z roku 1928, který tehdy prohlásil, že *„fyzika, jak ji známe,*

bude během šesti měsíců dokončena“. Výrok byl uveden v kontextu tehdejšího nedávného objevení rovnice elektronu. Vědci se proto domnívali, že bude brzy možné sestavit obdobnou rovnici popisující také proton. Situace se však poněkud zkomplikovala objevem neutronu a jaderných sil. Konečné zákony přírody tak zůstaly našemu poznání doposud skryty. Dle Hawkinga však existuje naděje, že jednou tyto zákony objevíme (Hawking, 1991).

ZÁVĚR

Vědecké i medicínské poznání prošlo ve 20. století doslova explozivním rozvojem nových teorií a poznatků. Spolu s tím se věda jako celek včetně medicíny rozdělily na řadu dílčích specializací. Pro vědu je charakteristické induktivní uvažování neboli uvažování od jednotlivostí k celku. V moderní medicíně se setkáváme s konceptem EBM, který mj. využívá kvantitativních dat a statistických aplikací, popisující určitý efekt.

Ve velkém množství teorií a dat je obtížné uvažovat o oblasti medicíny, resp. o současném poznání lidského zdraví jako o určitém celku v souvislostech. Výzvu představují oblasti, které nekorespondují se současným vědeckým paradigmatem, mezi které se řadí energetické terapie. Pokud dnes existují výzkumy, které naznačují pozitivní účinek energetických terapií na lidské zdraví, je etické takové intervence nepodrobovat dalším výzkumům? Je navíc myslitelné, že jde o příklady anomálií, o kterých hovořil filosof T. Kuhn, a stojíme tak na prahu nového paradigmatu?

Na jedné straně jistě není vhodné zcela bezvýhradné přijetí jakékoli nové teorie. Takový postup by byl v rozporu s nynějším medicínským paradigmatem i obecnými principy vědecké práce. Na druhé straně je nasnadě poučit se z historických zkušeností, či případných omylů a připustit, že naše nynější poznání není konečné a že mohou existovat oblasti či určité mechanismy, které teprve možná čekají na své objevení.

Na místě je tedy především vědecká ostražitost a podpora aktivit, směřujících k dalšímu objektivnímu poznávání této oblasti. Minimálně snad proto, že z uvedených historických příkladů konfrontace s novými poznatky lze usoudit, jak náročný a dlouhý proces změny nastavení poznání je, a v neposlední řadě především také proto, že zde může existovat potenciál určité pomoci pacientům.

Z uvedeného tedy vyplývá, že je nezbytné pokusit se hledat takové vědecké nástroje a postupy, kterými by bylo možné uvedené metody blíže poznat a popsat. Na kýženou odpověď na otázku, zda stojíme na prahu nového paradigmatu, si tedy sice ještě musíme počkat. Jisté však je, že před námi stojí vědecká výzva.

Naději nám mohou přinášet slova filosofa R. Descarta, který ve svém díle *„Rozprava o metodě“* na konto lidského poznávání uvedl, že: *„Nemůže být nic tak vzdáleného, aby se toho nakonec nedosáhlo, ani tak skrytého, aby to nebylo objeveno“* (Descartes, 1992).

LITERATURA:

1. ACHTERBERG, Jeanne et al. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Dec 2005. 965-971. http://doi.org/10.1089/acm.2005.11.965

2. Alternativní medicína (CAM) ve světě. Praha: Tomáš Pfeiffer, nakladatelství Dimenze 2+2, pro Nadační fond Jozefa Zezulky, 2016. ISBN 978-80-85238-74-7.
3. BEST, M. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. Quality and Safety in Health Care [online]. 2004, 13(3), 233-234 [cit. 2021-8-7]. ISSN 1475-3898. Dostupné z: doi:10.1136/qshc.2004.010918
4. DESCARTES, René. Rozprava o metodě. Přeložil Věra SZATHMÁRYOVÁ-VLČKOVÁ. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1992. ISBN 80-205-0216-5.
5. DINUCCI, Ellen M. Energy Healing. Orthopaedic Nursing [online]. 2005, 24(4) [cit. 2021-8-15]. ISSN 0744-6020. Dostupné z: doi:10.1097/00006416-200507000-00006
6. DJULBEGOVIC, Benjamin a Gordon H. GUYATT. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. The Lancet [online]. 2017, 390(10092), 415-423 [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31592-6/fulltext#articleInformation
7. HAWKING, Stephen. Stručná historie času: od velkého třesku k černým dírám. Praha: Mladá fronta, 1991. Kolumbus. ISBN 80-204-0169-5.
8. HEŘT, Jiří. Alternativní medicína a léčitelství. V Praze: Věra Nosková, 2011. ISBN 978-80-87373-15-6.
9. HEŘT, Jiří. Metaanalýza. Sisyfos, český klub skeptiků [online]. ČR: Red Peppers, 2007 [cit. 2021-8-14]. Dostupné z: https://www.sisyfos.cz/clanek/984-metaanalyza
10. HOLZBACHOVÁ, Ivana. Filozofické a metodologické problémy vědy. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN isbn80-210-2394-5.
11. HUSSERL, Edmund. Filosofie jako přísná věda. Přeložil Aleš NOVÁK. Praha: Togga, 2013. Vita intellectiva. ISBN 978-80-7476-035-8.
12. JHAVERI, Ankur et al. Therapeutic touch affects DNA synthesis and mineralization of human osteoblasts in culture. Journal of Orthopaedic Research [online]. 2008, 26(11), 1541-1546 [cit. 2021-8-15]. ISSN 07360266. Dostupné z: doi:10.1002/jor.20688
13. KUHN, Thomas S. Struktura vědeckých revolucí. Praha: Oikoymenh, 1997. Oikúmené. ISBN 80-86005-54-2.
14. KUŘE, Josef. Kapitoly z lékařské etiky. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.
15. KŘÍŽOVÁ, Eva. Alternativní medicína v České republice. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2498-3.
16. LEE, R.T., T. KINGSTONE, L. ROBERTS, S. EDWARDS, A. SOUNDY, P.R. SHAH, M.S. HAQUE a S. SINGH. A pragmatic randomised controlled trial of healing therapy in a gastroenterology outpatient setting. European Journal of Integrative Medicine [online]. 2017, 2017(9), 110-119 [cit. 2021-10-29]. ISSN 1876-3820. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1016/j.eujim.2016.11.017
17. NOVOTNÝ, Jan a Jindřiška SVOBODOVÁ. Jak pracuje věda. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-6942-8.
18. PFEIFFER, Tomáš a Vladislav ŠÍMA. Horizont poznání: cesta ke sjednocení mikro/makrosvěta z pohledu filozofie bytí. Praha: Tomáš Pfeiffer, nakladatelství Dimenze 2+2, 2019. ISBN 978-80-85238-81-5.
19. POPPER, Karl R. Logika vědeckého bádání. Praha: OIKOYMENH, 1997. Oikúmené (OIKOYMENH). ISBN 80-86005-45-3.
20. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. Kontroverze současné medicíny. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-4360-1.
21. RUSSELL, Peter. Od vědy k Bohu: fyzikova cesta do mystéria vědomí. Praha: Dybbuk, 2008. ISBN 978-80-86862-68-2.
22. SCHOTT, Heinz, NIKLÍČEK, Ladislav, ed. Kronika medicíny. Praha: Fortuna Print, 1994. ISBN 80-85873-16-8.
23. SOKOL, Jan. Etika, život, instituce: pokus o praktickou filosofii. Praha: Vyšehrad, 2014. Moderní myšlení. ISBN 978-80-7429-223-1.

24. SOKOL, Jan. Moc, peníze a právo: esej o společnosti a jejích institucích. Praha: Vyšehrad, 2015. Moderní myšlení. ISBN 978-80-7429-638-3.
25. SOUČEK, Ludvík. Obrazový opravník obecně oblíbených omylů. Ilustroval Jiří KALOUSEK. Praha: Český klub, 1997. ISBN 80-85637-38-3.
26. SOUNDY, Andrew, Rhonda T LEE, Tom KINGSTONE, Sukhdev SINGH, Pankaj R SHAH a Lesley ROBERTS. Experiences of healing therapy in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. BMC Complementary and Alternative Medicine [online]. 2015, 15(1) [cit. 2021-10-30]. ISSN 1472-6882. Dostupné z: doi:10.1186/s12906-015-0611-x
27. The Healing Trust - Our History. The Healing Trust [online]. c2021 [cit. 2021-10-29]. Dostupné z: https://www.thehealingtrust.org.uk/home/our-history/
28. TESLA, Nikola. Můj životopis a moje vynálezy. Liberec: Dialog, 2012. Tajemství (Dialog). ISBN 978-80-7424-042-3.
29. WEISZ, George. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. Bulletin of the History of Medicine [online]. 2003, 77(3), 536-574 [cit. 2021-08-15]. ISSN 1086-3176. Dostupné z: doi:10.1353/bhm.2003.0150
30. WOODS, DL, CRAVEN, RF, WHITNEY, J. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. Altern Ther Health Med. 2005 Jan-Feb;11(1):66-74. PMID: 15712768.

Ing. Klára Doláková, MBA, se profesně i studijně věnuje oblasti zdravotnictví. Vystudovala fyzioterapii na 1. lékařské fakultě UK, biomedicínské inženýrství na ČVUT v Praze v oboru Systémová integrace procesů ve zdravotnictví a také Management ve zdravotnictví na CEMI Institutu v Praze. Pracovně působila na Ministerstvu zdravotnictví a krátce také na Státním zdravotním ústavu. Nyní se věnuje zejména doktorskému studiu na Fakultě humanitních studií v oboru Aplikovaná etika, kde se zabývá etickými aspekty a možnostmi integrace některých metod komplementární a alternativní medicíny do tuzemského systému zdravotnictví.

Kontaktní údaje

Ing. Klára Doláková, MBA
Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií
Pracoviště doktorských studií
Pátkova 2137/5
182 00 Praha 8 - Libeň
Tel: +420 775 757 239
email: klara.dolak@gmail.com

DISKUSE

OBRÁZEK 4: STUDENTI NA AKCI VIZE ČR, TÁBOR 2021

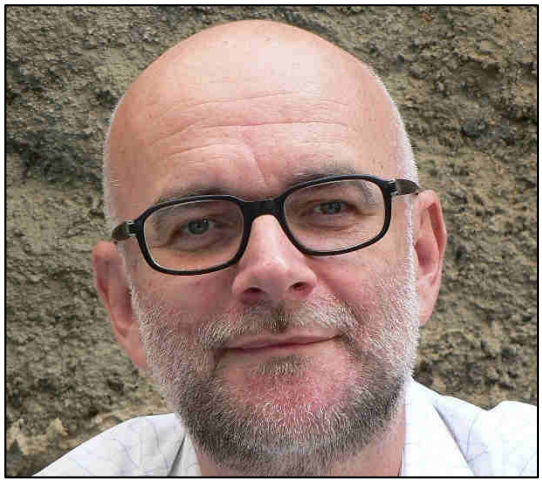
Text Ing. Kláry Dolákové prošel odbornou recenzí s bouřlivou diskusí. To byl důvod, proč jsme se zeptali některých autorit, **co si myslí o potřebě nového paradigmatu a jeho prosazování. Je to něco, co naše medicína potřebuje, co očekává, nebo čemu se brání?** Nebyl článek George L. Engela *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine,* který vyšel 8. dubna 1977 ve světově uznávaném médiu Science právě takovou výzvou pro biomedicínu? A byla tato výzva na našich lékařských fakultách už vyslyšena? Je naše medicína v duchu nového bio-psycho-sociálního paradigmatu už proměněná? Nebo se stále ještě pere s náročností takového mentálního procesu, kde sloučit ohromující množství biologických, psychologických i sociologických dat do jediné konzistentní teorie o zdraví a nemoci člověka v jeho celistvosti se zdá zcela nemožné? Dříve než budeme požadovat integraci ještě dalších, dosud neznámých sil do našich znalostí, neměli bychom se nejprve pokusit přitakat G. L. Engelovi (a s tím i celé WHO)? (Red.)

STANISLAV KOMÁREK: NAPSAL BYCH K TOMU TOTO…

Změnu paradigmatu ve vědě nevnímám a nejsem přesvědčen, že během mého života ještě přijde. Jednalo by se o cosi jako změnu centrálního dogmatu v rámci Církve: málokdo by mohl reálně doufat, že by vatikánská administrativa připustila, že ti bozi jsou ve skutečnosti dva, řekněme Dobrý a Zlý. Též čím více

pracovníků paradigma sdílí, tím pomaleji se mění (podobně u jazyků – čím více mluvčích, tím pomalejší změna pravopisu), proto v případě Semmelweise trvala změna „jen“ 20 let. Cestu vidím v paralelních aktivitách mimo struktury a v přimknutí se k medicíně jako k čemusi zkušenostnímu, co nepovstává primárně sofistikovanými esoterickými manipulacemi s čísly, ale elementární zkušeností u lůžka či křesla pacienta.

Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., 8. 11. 2021



Radkin Honzák: Nepotřebujeme nové paradigma, potřebujeme jen důsledně naplnit to deklarované

Evidence based medicine (EBM) nám přináší důkazy ze světa farmakoterapie a tím její dokazování vesměs také končí. Přestože už po válce vyhlásila Světová zdravotnická organizace, že o člověka je třeba pečovat systémem bio-psycho-sociálním, tak to neplní. To, na co věda nemá SVŮJ redukcionistický vercajk, prostě vyhlásí za nevědecké a tím se s tím vyrovná. Jak píše autorka, trvalo velice dlouho, než se vědě (jako „nositelce rozumu epochy“) podařilo prosadit heliocentrický systém, bude asi trvat vědě ještě nějakou chvíli, než se porovná kromě s biologickou také s emocionální oblastí a oblastí vztahů, na něž zatím kašlala.

Emoce lze chápat jako řídící alternativní modely založené na fyziologii a evoluční psychologii, jejichž smyslem je naplňování základních potřeb, jakými jsou zajišťování živin, rozmnožování, spolupráce, vyhnutí se predátorům a obrana před nimi. Později také další diferencovanější stavy.

Tohle by – podobně jako blahé paměti heliocentrický systém – měla jasně deklarovat a vést důkladnější osvětu v tomto duchu v široké populaci. Emoce nejsou nějací efemérní motýlci, emoce jsou mocné řídící systémy, jejichž význam zůstává nedoceněný. V celé pregraduální výchově o nich najdeme pár odstavců ve fyziologii a pak ty porouchané v psychiatrii. To, co se odehrává mezi tím, je naprosto přehlíženo. Jestliže pacientovi s tachykardií poctivě vysvětlím, že jde o projevy úzkosti, a on mi namítne, že bych byl taky úzkostný, kdyby mi srdce tlouklo 110 za minutu, je to důkaz hlubokého

neporozumění, které vede pak k dalším problémům.

Již profesor Vondráček si toho byl vědom a v posledním díle svých pamětí, nazvaných KONEC VZPOMÍNÁNÍ (Avicenum, 1988, s. 210), zaznamenal: Poslouchali jsme přirozeně rozhlas a najednou z něj zaznělo: Pozor! Pozor! a už následovalo vyhlášení mobilizace. Učinil jsem tehdy zajímavé biologické pozorování. Naše trvalá anxiozita se pochopitelně stupňovala. U nohou nám ležel náš pes, irský teriér Michal, který se náhle začal třást na celém těle a tisknout se k nám, jako by hledal ochranu. Tento inteligentní pes ovšem nerozuměl hlášenému, ani telepaticky nevnímal anxiozitu přítomných, ale vnímal změnu jejich tělesného pachu.

Člověk je totiž také živočich a patří k sociálním druhům, u nichž šíření emocí jako pokynu k nějakému pohybu (e-motio) zvyšovalo naději na přežití. Neinfekční nákazy fungují, a jestliže na počátku pandemie se společností šířil doslova panický strach, k vyšší morbiditě a mortalitě to nesporně přispělo. Co se týká individuálního pacienta, platí to rovněž.

Ani ve farmakoterapii by si nemusela medicína lhát do kapsy. Jestliže je pozitivní odpověď na lék 60 % a pozitivní reakce na placebo v téže situaci 30 %, rozhodně nelze vyhlašovat účinnost léku za tak mocnou, za jakou se vydává. Ale nefarmakologické vlivy jsou natolik složité, že zjednodušení ve smyslu molekula = 60% účinnost je po ruce, a navíc vynáší zisky z prodeje!

Někdy mi počínání EBM připomíná obchod, na jehož vývěsní ceduli stojí psáno, že se zde prodávají prvotřídní uzeniny, a uvnitř dostanete pouze podřadný salám a přesolené párky. Jestliže cílem obchodu je skutečně prodávat prvotřídní uzeniny, jak vyhlašuje, tak jimi musí svůj krám také obohatit. Hlupáci přitom tvrdí, že medicína naplňuje požadovaný přístup; vždyť to přece má napsáno na reklamě!

Věda není císařovna, která poroučí, co se bude a nebude zkoumat, věda by si měla uvědomit, že je tady k tomu, aby sloužila. Svět je totiž mnohem komplikovanější, než si ho zredukovaly různé specializace, kterým při zkoumání detailů nezřídka uniká celek.

Etymologický pohled nás ujišťuje, že „doktor“ pochází od významu učený nebo učící, zatímco „lékař“ z keltského „liagh“, což bylo označení šamana. Odtud údajně je i řecké označení „iatros“. Magická stránka našeho povolání si zaslouží nemenší zkoumání, jako stránka čistě materialistická. Pokud medicína emoce přehlíží, ještě výraznější je neexistence slušného studia sociální oblasti.

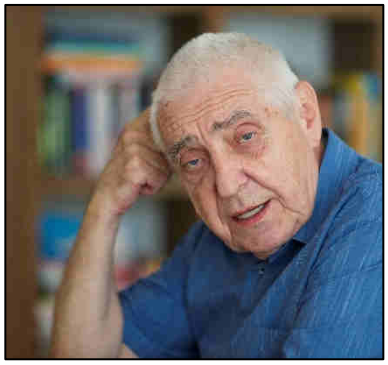
Pak je tu ještě jeden významný pohled: vedle lidumilných aktivit a bádání o člověku ve zdraví a nemoci (lépe než bádání o nemocech v organismu) představuje medicína mocenskou instituci, která podobně jako Rusko neví, kde má hranice, a přivlastňuje si stále větší a větší oblast každodenního života od nitroděložního vývoje až po smrt. Kdyby dnes lékaři odmítli podepisovat úmrtní listy, bude situace horší, než když papež vyhlásil nad Prahou interdikt. Jednou z velkých chyb posledního období bylo zatažení problematiky drogové scény do medicíny, která na to absolutně nemá prostředky. Pokračující medicinalizace sociálních problémů přinese čím dál tím více komplikací.

Mocenská stránka – zejména pak její Achillova pata – se ukázala v posledních dvou letech, kdy představitelé medicíny byli na hlavu poraženi daleko schopnějším hráčem na tomto poli, ředitelem zeměkoule, slovenským estébákem. Ale i tohle vítězství bylo trochu vítězstvím mocného vládce Pyrrha Épeirského,

protože v důsledku jeho zcela pomateného řízení vymřela část jeho voličů, do nichž předtím populisticky dost investoval. Ale může si připsat k dobru, že ne ze svého!

Mám za to, že dosavadní paradigma, že medicína je studium člověka ve zdraví a nemoci a optimální přístup je bio-psycho-sociální, je samo o sobě docela dostačující. Jen k jeho naplněné je třeba více vůle, úsilí a otevřenosti k novým poznatkům. Nemluvě o snížení stupně organizačních zmatků (viz blog: https://blog.aktualne.cz/blogy/martin-stepan.php?itemid=41199).

6. listopadu 2021
Radkin Honzák



Jiří Šimek: Současná situace ke změně téměř vybízí. Ale kterým směrem?

Reakce na text Ing. Kláry Dolákové, MBA

Předpovídat dnes změnu paradigmatu poté, co o této možnosti napsala řada autorů věrohodné texty, je v zásadě snadné. Současná situace vědecké medicíny k tomu téměř vybízí. Autor takových předpovědí by ale měl vysvětlit, kterým směrem se podle jeho názoru současné paradigma vědy v medicíně mění. Psát samozřejmá tvrzení bez dalších výkladů je sice snadné, ale čtenáři to nic to neřekne. A když čtenář čte něco, „co každý ví“, klade si obvykle otázku, proč autor takovou samozřejmost publikuje. Informaci o změně paradigmatu pak může porozumět tak, že již nazrála doba, aby se začal pohybovat v tom jiném paradigmatu, které přece také „všichni známe“. Text o změně paradigmatu se tak může stát „falešnou informací“.

Jenomže, jak názorně popisuje Thomas Kuhn, změna paradigmatu obvykle přichází naráz, a to tím, že většina ve věci kompetentních odborníků tuto změnu přijme. O něčem takovém zatím v současné medicíně není řeč. Tím víc by bylo potřeba lépe vysvětlit, kde a v čem autorka takovou změnu očekává.

Zkusme to provést za autorku textu. „Evidence based medicine“ (EBM) je sice vlivný koncept v současné medicíně, ale paradigma léčby celkem jasně obsahuje vedle vědecké evidence i zkušenost zdravotníků a vůli nemocného. Marně přemýšlím, jak by se v nejbližší době mohlo toto paradigma změnit. Samozřejmě se ve vědecké medicíně porozumění těmto třem základům paradigmatu léčby a

jejich vzájemným vztahům vyvíjí, ale schéma zůstává stejné.

Přijetí práv pacientů vedlo k tomu, že lékař dnes již nesmí používat placebo. Pacient má právo vědět, co dostává, a když se dozví, že dostal fyziologický roztok nebo cukr, nejde již o placebo[1]. Přesto je placebo efekt považován za neškodnou cestu, jak ulevit nemocnému. Zde můžeme vidět důvod, proč mnozí lékaři nebrání svým pacientům užívat metody alternativní medicíny a někdy je i sami užívají, například při podávání homeopatik. Zde se žádná změna paradigmatu neohlašuje.

Ve statistických metodách EBM také těžko hledat nějakou zásadnější změnu. Kde bychom mohli něco nového očekávat, je základ EBM, tedy výklad mechanismu vzniku a tím i způsob léčby nemocí. Ale pozor, nesmíme „vylít z vaničky s vodu i dítě“.

Věda devatenáctého století skutečně přinesla „zpředmětnění“ člověka, a tedy i pacienta. Nabídla možnost opravit tělo nemocného podobně jako auto v autoservisu. Proti tomuto zvěcnění pacienta zásadním způsobem vystoupili představitelé psychosomatické medicíny a od sedmdesátých let minulého století i hnutí práv pacientů. K zásadní proměně paradigmatu léčby přitom nedošlo, změnily se jen důrazy. Pacient měl vždycky možnost nějak prosadit svou vůli, a životní styl byl odedávna považován za jeden ze zdrojů nemocí. Fakta, na kterých paradigma léčby stojí, se neproměňují ani dnes. Očkování je nejúčinnější prevencí infekčních chorob, cytostatika nejlépe léčí zhoubné bujení, neuroleptika tlumí příznaky psychózy.

Kde tedy hledat možné proměny paradigmatu výkladu nemocí? Jedna již probíhá. V devatenáctém století byla diagnóza stavěna na hmotě. Patologická anatomie byla hlavním výkladovým rámcem. Během dvacátého století se stále více dostává do popředí funkční stránka zdravotních poruch. Patologická anatomie je stále více doplňována až nahrazována patologickou fyziologií a biochemií. Tím jsme ale stále v mezích hmotného těla. Psychosomatická medicína vnáší do medicínských konceptů vedle hmotných funkcí (biochemie a fyziologie) i nehmotné – postoje a vztahy. Když použijeme analogie z IT technologií, postoje a vztahy vidí jako software mozku. Není snadné vysvětlit, jak porucha softwaru může poškodit hardware. Určitá vysvětlení nacházíme ve funkcích limbického systému.

Autorka textu Jsme na prahu nového paradigmatu? nabízí dvě oblasti, kde by se paradigma mohlo změnit. Jednou je vztah části a celku, druhou je oblast energetických terapií.

Již pradávná teorie holismu říká, že celek je vždy víc než souhrn částí. Když chceme rozumět člověku, nevystačíme s dílčími poznatky jednotlivých věd. Fungování fotbalového mužstva nevysvětlíme z jeho jednotlivých hráčů. V současné medicíně není problém holismu moc aktuální, protože je postavena na léčbě jednotlivých orgánů. Když už se nemoc objeví, nejúčinnější cestou je léčit přímo ji. Když je problém s celým člověkem, je zde všeobecný nebo praktický lékař, který má v popisu práce respektovat jeho „celost“.

[1] Zde je třeba doplnit, že se ukázalo, že i tzv. otevřené placebo si ponechává značnou část svého účinku, jak jsme publikovali v minulém čísle (Anthony Lemb a kol.: Otevřené placebo vs. dvojitě zaslepené placebo pro syndrom dráždivého tračníku. Bolest, 2021; Publish Ahead of Print DOI: 10.1097 / j.pain.0000000000002234)

Fakt, že celek je víc než souhrn jeho částí a že zdraví není jen věcí jednotlivých orgánů, již byl připuštěn, a to v preventivní nebo veřejné medicíně. Ta vedle „rizikových faktorů“ sleduje i „determinanty zdraví“. A jedním z determinantů zdraví je i spokojený život v dobrých mezilidských vztazích.

Energetické terapie představují problém zcela jiného charakteru. Součástí každého paradigmatu je i slovník (diskurs), ve kterém se odborníci pohybují při debatě o řešených otázkách a problémech. Není možné použít slovník z jiného paradigmatu. Klasickým příkladem je vztah vědecké a čínské medicíny. Vědci z našeho kulturního okruhu se marně snaží rozumět podstatě fungování akupunktury. Občas za mnou přijde pacientka, které její čínský lékař řekl, že má nemocné ledviny. Já žádnou chorobu ledvin nenajdu. Pacientce vysvětím, že slovo „nemocná ledvina“ znamená v čínské medicíně něco jiného než ve vědecké. To, že v čínské medicíně má nemocnou ledvinu, neznamená, že v naší medicíně jí má nemocnou také, a naopak. Energie je ve fyzice obvykle definována ještě nějak jinak – elektrická energie, magnetismus, sluneční záření. Je uznávána jakási energie jako základ vesmíru, ale přiznám se, že nevím, co si pod tím termínem představit. V kabale energii vyzařuje Bůh. Představitelé energetických terapií by nám asi měli vysvětlit, o čem je řeč. Pak by se ukázalo, zda je jejich pojem energie slučitelný s jazykem paradigmatu vědecké medicíny. Obávám se, že nebude, pak ale nevzniká odvětví, které změní paradigma vědy ve vědecké medicíně, ale nové porozumění nemocem mimo vědeckou medicínu. Jako je mimo vědeckou medicínu i medicína čínská.

Dnes není vhodné se přít, které paradigma a který jeho slovník je „pravdivý“. Spíš debatujeme, ve které situaci je nebo není použitelné. Vědecká medicína, pohybující se ve svých paradigmatech, když je používána jen ve svých kompetencích, nemá z hlediska léčby chorob vážného konkurenta. Fakta, že očkování je nejúčinnější prevencí infekčních chorob, cytostatika nejlépe léčí zhoubné bujení, neuroleptika tlumí příznaky psychózy, nelze popřít. Dnes se každý může pohybovat ve svých paradigmatech, bez ohledu na jejich charakter. Ještě mnoho let tomu, kdo bude chtít účinným způsobem léčit některou z chorob, kterou vědecká medicína léčit dokáže, budeme doporučovat paradigmata vědecké medicíny.

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., 5. 11. 2021

JAN PONĚŠICKÝ: DIAGNÓZA NAŠÍ SPOLEČNOSTI

KONSEKVENCE PRO PSYCHOSOMATIKU, ZDRAVÍ A NEMOC

S diagnózou bychom měli být opatrní. Vše je stále v pohybu, vše se mění, vyvíjí a interaguje. I během léčby přehodnocujeme neustále původní diagnózu. Navíc je náš pohled vždy jen subjektivní a spíše výjimečně se dotkne něčeho podstatného, neřkuli nového, zvláště toho, kam vše směřuje. V tom je však její význam, v tom, kterým směrem se ubírá vývoj a tím i odpověď na otázku „co dělat?“, či jak léčit nebo předcházet nemocem. Nejsem sice filozof, myslím si však, že je důležitý vzájemný dialog mezi příbuznými obory, tudíž i podívat se na společnost, zdraví a nemoc z úhlu psychoanalytické a psychodynamické vztahové psychoterapie.

Jaké je dnešní postavení člověka ve světě (Poněšický 2006), jehož horizont se nám prostřednictvím médií, svobodným cestováním i ekonomickou provázaností otevřel a rozrostl do nebývalých, téměř nelidských rozměrů ve srovnání s omezeným světem lovce, sedláka či obyvatele malého města, ve kterém žiji od narození až do smrti. V tom – subjektivně prožívaném – stále větším světě se člověk cítí tím více menší, bezvýznamný, a to podstatně jiným způsobem, nežli křesťan tváří v tvář Bohu a faktu smrti, či nežli vědec v úžasu nad nekonečnem a vesmírem, jinak než buddhisté usilující o nicotu ve spojení se všehomírem. Naše pozadí je totiž ateistické a materialistické, jde nám o blahobyt, o pokojné žití ve svobodě, a co se týče nastolování spravedlivé společnosti či záchrany životního prostředí, ba naší planety, to odsouváme raději do budoucna.

Nicméně ono zaplavení nejrůznějšími životními názory a postoji v dnešním globalizovaném světě způsobuje u mnoha, zejména mladých lidí jistou konfuzi, v historickém ohledu absenci jistot, jak se chovat a o co usilovat. Náš postmoderní svět je pluralitní, vzdal se „velkých vyprávění „(Lyotard) o pravdě, o pokroku, o historickém vývoji k humanismu či zduchovění (Hegel, Teilhard de Chardin), snahy po nalézání skrytého (jediného) smyslu všeho. Každý názor je obhajitelný i napadnutelný. **Viditelným výsledkem je libovůle, tím neviditelným existencionální úzkost a nejistota.**

Navíc chybí společenské vzory, vize našich politických představitelů. Ty jsou nahrazovány **populismem**, tudíž pouze přizpůsobením se momentálním náladám a očekáváním obyvatel. Tento postoj postrádá perspektivu budoucnosti, na což kriticky reaguje jen minimální část populace: jde např. o páteční protesty studentů, kteří se obávají klimatické katastrofy, na neradostnou přítomnost i budoucnost poukazuje hnutí green peace, ekonomové kritizují zatěžování mladé generace neustále rostoucím státním dluhem a na nebezpečí drancování přírodního bohatství.

Jak na tuto budoucnost (možné ekonomické krize, změnu klimatu, pandemie, uprchlické vlny) reaguje většinová společnost? Zdá se, že vnímá tuto situaci jako hrozbu katastrofy, a zároveň tuto možnost neguje, vytěsňuje. Mnohým z nás jde tudíž o to, abychom si rychle ještě všeho užili, ale zároveň se i zajistili do budoucna. Nejenom „carpe diem“, nýbrž i stavění plotů a zdí.

Samozřejmě, když se člověk cítí ohrožený a zároveň bezmocný (zde snad nemusím zdůrazňovat, že se jedná o více či méně vědomé prožívání), tak hledá východiska, např. **znovu nalézt jistotu,** kontakty a souznění s co možno velkým počtem lidí. A na tuto poptávku reaguje společnost nabídkou mediální sítě, mobilů a

internetu, facebooku, kde je možné i testovat svoji **sebepůsobnost a „tržní cenu“** dle obdržených pozitivních reakcí. Rubem této situace je stále větší převaha komunikace zprostředkované technikou a tím menší osobní kontakt obohacený živými zpětnými vazbami, to jest např. i emocionální korekturou. To umožňuje, zvláště spojeno s anonymitou, překračovat hranice (např. mediální šikana). Opět další otevřené dveře k **libovůli**. To se projevuje i v libovolné odpovědi – či její absenci – na otázku: „Kdo jsem?“ Spíše jde o to, kdo jsem = jak se chovám a prezentuji v různých situacích, což znamená žití dle toho, co se momentálně vyplatí, tedy **utilitarismus**. Ale i zde dochází k protireakci, hledání smyslu ve spiritualitě, józe, ayurvédě anebo víře v Boha.

Jde tudíž o to, aby vše bezproblémově fungovalo, aniž by tomu bránily jiné ohledy, např. etické nebo i estetické, jak to zdůrazňuje kritická filozofie frankfurtské školy (např. dnes ještě žijící J. Habermas), hovoříc o instrumentální racionalitě, které je vše podřízeno, „kolonizováno“ včetně dnešní vědy. „Pravdoláskaři“ jsou dokonce zesměšňováni.

Jak to souvisí s dnešní narcistickou dobou (Poněšický, 2012)? Narcismus je v psychoanalýze a dynamické psychoterapii charakterizován tzv. selfobjektními vztahy, kdy je druhý používán k uspokojení vlastních ego-potřeb, zejména po uznání (toho, v čem si je narcista nejistý). V narcistické společnosti jde o vzájemnou užitečnost, hladké fungování, je možno kdykoli vztah vypovědět, když se nabízí jiný, výhodnější. Jde o jakýsi obchod poskytovat si vzájemně obdiv, místo rozmanitého chování, zrcadlící osobitou jedinečnost. Jde o sebestřednost bez ohledu na druhé, kteří se stanou pouze vykonavateli vlastních zájmů. Oproti dřívějšímu paradigmatu, zdůrazňujícímu individualitu a výkon, práci a úspěch, na to nyní není čas (ten se zrychluje). Sláva, uznání, ale i láska se mají dostavit hned, bez námahy; stačí se prezentovat jako úspěšný, zajímavý, krásný či moudrý, což spíše skrývá opak, strach z (vlastní) nicoty. Námitky, kritika jsou prostě odmítnuty až devalvovány, není čas na to argumentovat, něco probojovávat. Na sebezpytování, resp. sebezpochybnění nelze ani pomyslet, stejně tak by komplikovalo tento modus vivendi vcítění, zabývání se odlišnými názory druhých.

Narcistické sebepotvrzení je centrálním problémem naší doby, narcismus, populismus, utilitarismus, pluralismus a libovůle jsou jen aspekty téhož životního stylu, který opomíjí všeobecně lidské hodnoty jako např. úsilí o pravdu, lásku, vcítění a úctu, spravedlnost a důstojnost.

Léčba narcismu je proto tak obtížná, poněvadž takovýto život nevyžaduje vynakládat úsilí, je pohodlný – avšak jen do doby, než narazí na realitu (co člověk v životě opravdu udělal, či když se okolí nechce nechat používat) a hroutí se. Náročnou alternativou je kritická sebereflexe a rovnoprávnost ve vztazích. V aplikaci na celou společnost by bylo třeba zamýšlet se nad jejím stavem a hledat v celospolečenské diskusi řešení. Bohužel dochází ke změnám až v důsledku katastrof, což covidová krize (zatím) nepřinesla – vždyť se snažíme jen o to vrátit situaci do poměrů před pandemií.

V takovéto společnosti by vlastně mohli žít lidé v pohodě, což se však neděje: **deprese a psychosomatická onemocnění jsou na vzestupu**. Neplatí snad v psychoterapii ono pravidlo, že onemocní ten, kdo něco vytěsňuje do nevědomí, resp. do tělesné sféry, protože se to neslučuje s jeho sebepojetím? To je však dnes flexibilní, a tak si tu námahu něco potlačit člověk ušetří. Problém je v tom, že tento životní styl odporuje přirozenému lidskému životu, na což reaguje tělo (když ne

my sami) nemocí. Nejistota, úzkosti, strach ze ztráty toho důvěrně známého světa vede k úzkostným a depresivním symptomům. Avšak proč k psychosomatickým poruchám? Jednak proto, že strach i deprese znamenají neustálý stres (Poněšický, 2019´). Přesto chceme vše zvládnout. Stav selhání či depresivní nemohoucnost se nehodí do očekávaného fungování žití. Proto je toto nežité vyjadřováno tělesně. Podobně, byť tradičním psychoanalytickým způsobem hovořil Alexander Mitscherlich o dvojím vytěsnění.

To vše je sociálně komplikované tím, že se zdá zbytečné protestovat, vyjadřovat odlišný názor, vše je povoleno a nikdo nenaslouchá (na rozdíl od komunistické diktatury, kdy nebylo nic dovoleno, ale pakliže se někdo odvážil kritiky, tak mnoho lidí s uznáním naslouchalo). Ale i dnes vznikají „ostrůvky pozitivní deviace“, které by mohly přivodit celospolečenskou změnu.

Literatura k dalšímu studiu

1. Habermas, J.: Theirie des kommunikativen Handelns, Band 1.Suhrkamp. Frankfurt am Main, 1981
2. Lyotard, J. F.: Das postmoderne Wissen. Pasagen, Bremen, 1982
3. Mitscherlich, A.: Zur psychosomatischen Krankheitsauffassung. Psyche 7 Stuttgart, 1954
4. Poněšický, J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Triton, Praha 2004, 2012
5. Poněšický, J.: Člověk a jeho postavení ve světě. Triton, Praha 2006
6. Poněšický, J.: Proces změny v Dynamické psychoterapii a psychoanalýze. Triton, Praha 2019
7. Poněšický, J.: Duše a tělo v psychosomatické medicíně. Triton, Praha 2021
8. Teilhard de Chardin v: Nelson & Kindel: Die Weltkraft in dir, Arkana, München, 2021

VÝZKUM

MICHAELA ULRICHOVÁ, JIŘÍ RADVANSKÝ, JIŘÍ KOUTEK PHD., JULIUS JANÁČEK: **PORUCHA TĚLESNÉHO SCHÉMATU U PACIENTŮ S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ**

SYSTEMATICKÝ PŘEHLED LITERATURY

ABSTRAKT: ULRICHOVÁ M., RADVANSKÝ J., KOUTEK J., JANÁČEK J.: PORUCHA TĚLESNÉHO SCHÉMATU U PACIENTŮ S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ. SYSTEMATICKÝ PŘEHLED LITERATURY. PSYCHOSOM 2019; 19 (3-4) S. 181-192

Mentální anorexie (MA) je psychiatrické onemocnění postihující majoritně dospívající dívky. Jednou z charakteristik mentální anorexie je porucha tělesného schématu. Pacienti trpící mentální anorexií jsou nespokojeni s vlastním tělem a může u nich docházet k poruše percepce tělesných rozměrů. Existuje řada studií dokládajících nadhodnocování tělesných proporcí u pacientů s MA. Jiné studie ukazují, že se pacienti s MA hodnotí přesně, nebo se dokonce podhodnocují. Cílem tohoto systematického přehledu literatury je provedení analýzy a shrnutí výsledků studií publikovaných v posledních pěti letech objektivizujících poruchu tělesného schématu u pacientů s mentální anorexií.

KLÍČOVÁ SLOVA: MENTÁLNÍ ANOREXIE, NESPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM, TĚLESNÉ SCHÉMA

ABSTRACT: ULRICHOVÁ M., RADVANSKÝ J., KOUTEK J., JANÁČEK J.: ANGLICKÝ NÁZEV PRÁCE: BODY IMAGE DISTURBANCE IN ANOREXIA NERVOSA PATIENTS, SYSTEMATIC REVIEW, PSYCHOSOM 2019; 19 (3-4), PP. 181-192

Anorexia nervosa (AN) is a psychiatric illness affecting mostly girls during adolescens. Body image disturbance is one of the main characteristics of anorexia nervosa (AN). Anorexia nervosa patients are dissatisfied with their body and they may even have non-realistic body size estimation based on a perceptual disturbance. Some of studies show that anorexia nervosa patients overestimate their body size. Some studies claim that their body size estimation is accurate and some studies even show underestimation of body size by anorexia nervosa patients. The aim of this systematic review is to analyze the results of studies published in last five years examining body image disturbance in the case of anorexia nervosa patients.

KEY WORDS: ANOREXIA NERVOSA, BODY IMAGE, BODY DISSATISFACTION

ÚVOD

Tělesné schéma je obraz v mysli, který má jedinec o svém těle, jeho tvaru, velikosti, a vztah, který jedinec k tělu a jeho částem má. Tělesné schéma je spojeno s nejednotnou terminologií, odlišně užívanou různými obory. V anglicky psané literatuře se setkáváme nejčastěji s pojmem *body image* a jeho dvěma složkami – *attitudinal* a *perceptual component*, volně přeloženo jako „přístupová a percepční složka tělesného schématu“. Přístupová složka zahrnuje míru spokojenosti jedince s vlastním tělem, emoce spojené s vlastním vzhledem a zaměření na vlastní vzhled, například kontrolu tělesného vzhledu v zrcadle. Percepční složka tělesného schématu představuje obraz těla v mysli jedince a jeho schopnost odhadnout vlastní tělesné rozměry (Preedy, 2012).

Pro měření obou složek tělesného schématu byla vyvinuta řada metod, pomocí kterých proband ukazuje vnímanou velikost těla, nebo jeho částí a ideální velikost těla. Podílem vnímané velikosti a reálné velikosti získáváme tzv. Body Perception Index (BPI). BPI ukazuje, zda proband své proporce podhodnocuje, hodnotí realisticky, nebo nadhodnocuje. Zjištěním diskrepance při porovnání reálné, vnímané a ideální velikosti těla získáváme obraz o nespokojenosti s vlastním tělem.

Původní a stále využívanou metodou pro vyšetření vnímané a ideální velikosti těla je Siluetový test, na kterém proband označuje siluety s různým BMI. Počítačovou adaptací Siluetového testu jsou Metody optické distorze využívající počítačových programů nebo virtuální reality. Původní metody optické distorze umožňovaly zúžit a rozšířit fotografii. V dnešní době je možné provést celotělový sken probanda, virtuálně upravovat jeho BMI a prezentovat trojrozměrný obraz probanda s různým BMI v životní velikosti nebo jako vizuální iluzi pomocí virtuální reality. Pro hodnocení částí těla se využívá metody Analogových škál, kdy proband ukazuje odhad jedné části těla např. pomocí značek umístěných na stěně. Pro vyšetření přístupové složky byla vyvinuta řada dotazníků, např. Body Attitude test (BAT) nebo Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2).

Jedním z onemocnění, u kterého dochází k poruše tělesného schématu, je mentální anorexie. Porucha tělesného schématu se u pacientů s mentální anorexií podílí na rozvoji, udržování a relapsu onemocnění a je též jedním z faktorů ovlivňujících dlouhodobý výsledek léčby (Preedy, 2012; Boehm et al., 2016). Existuje řada dokladů o narušení přístupové složky tělesného schématu u pacientů s mentální anorexií. Porucha percepce tělesných rozměrů je proti tomu stále předmětem zkoumání. Systematické přehledy studií zaměřených na tělesné schéma u pacientů s mentální anorexií z let 2001 a 2005 poukazují na nekonzistentní výsledky v otázce nadhodnocení či podhodnocení tělesných rozměrů a na heterogenitu použitých metod, která může být příčinou rozporuplných výsledků. Přestože výsledky nejsou konzistentní, existuje řada dokladů o tom, že pacienti s mentální anorexií své tělesné rozměry nadhodnocují (Farrell et al., 2005; Skrzypek et al., 2001).

Dle Papežové a Yamamotové může k nadhodnocení tělesných rozměrů docházet vlivem disociace tělesných vjemů v průběhu hladovění. V důsledku disociace dochází ke snížení citlivosti pro somatickou bolest, které vede k poruše percepce tělesných rozměrů a jejich nadhodnocení (Papežová et al., 2018). Nadhodnocení tělesných rozměrů můžeme pozorovat i u zdravých osob s uměle navozenou lokální anestezií (Gandevia a Phegan, 1999). Bližší pochopení poruchy percepce tělesných rozměrů by mohlo napomoci zařadit adekvátní terapeutické metody, jako jsou přístupy zaměřené na tělo a úpravu tělesného schématu.

Materiál a metoda

Vyhledávali jsme anglicky psané studie vyšetřující tělesné schéma u pacientů s MA, jeho přístupovou nebo percepční složku. Pro vyhledávání jsme použili databáze: Web of Science, Google Scholar, Elsevier a PubMed a klíčová slova: „anorexia nervosa“ „body image disturbance“ „body size estimation“. Vstupními kritérii pro studie zahrnuté do přehledu byly: 1) objektivizace percepční nebo přístupové komponenty tělesného schématu, 2) zaměření na pacienty s mentální anorexií a 3) datum publikace od ledna 2015 do září 2020.

Na základě názvu, abstraktu, eventuálně full-textu byly vyhledávány relevantní studie splňující vstupní kritéria. Zařazeny byly studie publikované v periodicích spadajících do prvního a druhého kvartilu. Ze souboru vyhledaných studií byly vyřazeny duplikáty. Charakteristika a výsledky studií byly uspořádány do tabulky (Tab. 1). Při vyhledávání jsme následovali kritéria a postupy PRISMA (Moher et al., 2009).

Autor	Probandi / počet studií	Metoda	Výsledky
Boehm, Finke, Tam et al. (2016)	76adolescentek s mentální anorexií	**Dotazník** EDI-2, **Analogové škály** - BPI měřený na hloubce břicha, délce stehna, **stav pacienta 3 roky po ukončení léčby** hodnocený na základě: BMI, přítomnosti a pravidelnosti menstruace a Morgan-Russel outcome assesment schedule	**Přesnost odhadu tělesných rozměrů a brzký návrat k fyziologické tělesné hmotnosti predikovaly úspěšnost léčby** hodnoceného dle stavu pacienta 3 roky po ukončení léčby. **Nadhodnocení tělesných rozměrů vykazovalo 87 % pacientek s mentální anorexií.**
Caspi, Amiaz, Davidson et al. (2016)	22 pacientek s restriktivní formou mentální anorexie, 22 s purgativní formou, 41 žen v kontrolní skupině	**Dotazník** EDI-2-BD a Body Dissatisfaction Scale, ED Family History Interview, **Siluetový test** - Contour Drawing Rating Scale, **Metoda optické distorze** - Computerized Assesment of Body Image, hodnocení psychického stavu dotazníky BDI a STAI-Trait	**Pacientky s mentální anorexií se nadhodnocovali oproti pacientkám s mentální bulimií a proti kontrolní skupině. Probandi v kontrolní skupině se podhodnocovali.**
Cornelissen KK, Bester, Cairns, et al. (2015)	42 pacientek s mentální anorexií, 100 žen v kontrolní skupině	**Metoda optické distorze; dotazníky:** EDE-Q, Eating Attitude Test, 16-item Body Shape Questionaire, Rosenberg Self-Esteem Scale, Beck Depre-ssion Inventory	Probandi kontrolní skupiny s nízkým BMI nadhodnocovali své tělesné rozměry. Probandi kontrolní skupiny s vysokým BMI podhodnocovali své tělesné rozměry. Odpověď pacientek s mentální anorexií se zcela lišila. **Pacientky s mentální anorexií s nízkým BMI byli v odhadu těl.rozměrů velmi přesné** a byly velmi citlivé na změnu velikosti těl.rozměrů. **Se vzestupem BMI u pacientek s mentální anorexií docházelo k extrémnímu nárůstu nadhodnocování** a rapidnímu poklesu citlivosti ke změně.
Cornelissen KK, McCarty, Cornelissen PL et al. (2017)	15 pacientek s mentální anorexií, 15 žen v kontrolní skupině	**Metoda optické distorze:** 3D Body Distorsion Method	**Pacientky s mentální anorexií se nadhodnocovaly tím více, čím vyšší bylo jejich BMI.** Probandi v kontrolní skupině se hodnotili adekvátně bez ohledu na jejich BMI.
Engel, Keizer (2017)	22 pacientů s PPP, 39 pacientů po léčbě PPP, 30 žen v kontrolní skupině	**Dotazník:** BAT; **Testy:** visual size estimation (VSE), hoop task (HT), tactile estimation task (TET)	**Pacienti s PPP vykazovali narušení přístupové složky tělesného schématu oproti kontrolní skupině a skupině po léčbě PPP** (měřeno dle BAT skóre). BAT skóre se nelišilo u kontrolní skupiny a skupiny po léčbě PPP. Ve VSE a HT se **pacienti s PPP a pacienti po léčbě PPP nadhodnocovali, pacienti s PPP více.**
Fisher, Abdullah, Charvin et al. (2019)	31adolescentek s mentální anorexií	**Metody optické distorze:** 3D obraz ve virtuální realitě; **Siluetové testy** na papíře; **dotazníky:** EDI-2, BSQ, Children Depression Inventory (CDI), State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)	**Pacientky s mentální anorexií se nadhodnocovaly bez ohledu na využitou metodu-Siluetové testy, virtuální realita. BPI ani nespokojenost s vlastním tělem se signifikantně nelišila v závislosti na použité metodě.** Analýza pohybů hlavy ukázala, že se probandi déle zaobírali siluetami s podváhou než siluetami odpovídajícími obezitě.

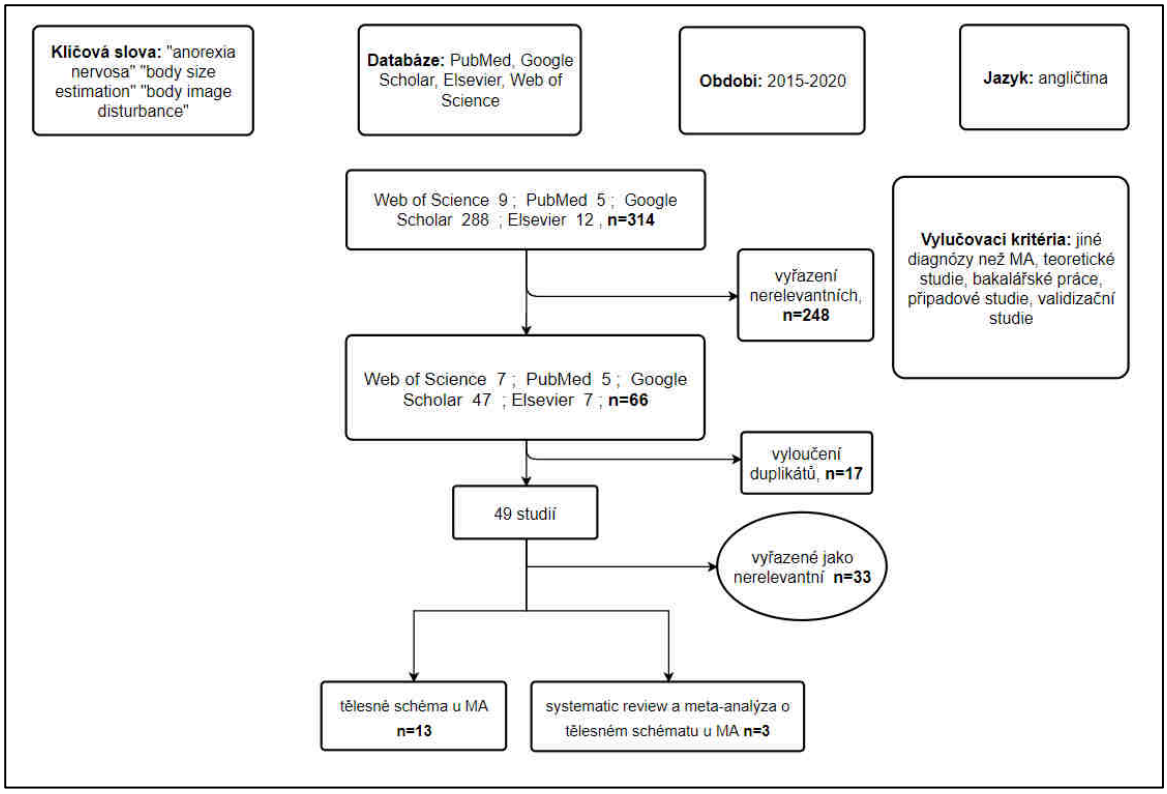
Hagman, Gardner, Brown et al. (2015)	74 adolescentek s mentální anorexií, 11 adolescentek v kontrolní skupině	**Metody optické distorze:** počítačový program vytvořený autory Gardner a Boice	**Pacientky s mentální anorexií nadhodnocovaly tělesné rozměry a byly více nespokojené s vlastním tělem.** Přesnost hodnocení velikosti těla nebyla závislá na BMI, ale korelovala s nespokojeností s vlastním tělem a touhou po štíhlosti.
Keizer, Elburg, Helms et al. (2016)	30 pacientek s mentální anorexií, 30 žen v kontrolní skupině	**Dotazníky:** EDI-2, BAT; **Analogové škály:** odhad ukazován pomocí adhezivních markerů umístěných na stěně; **Metody optické distorze:** realistický 3D obraz vytvořený ve virtuální realitě	**Pacientky s mentální anorexií skórovaly více v BAT a EDE-II než kontrolní skupina.** Pacientky s mentální anorexií také referovaly nižší "nejnižší a nejvyšší v minulosti dosaženou hmotnost". **V odhadu tělesných rozměrů se pacientky s mentální anorexií nadhodnocovaly.**
Molbert, Thaler, Streuber et al. (2017)	24 pacientek s mentální anorexií, 104 žen v kontrolní skupině	**Siluetové testy:** FRS použité ve dvou rozsazích BMI; **Dotazníky:** EDI-2, Body Image Questionaire, EDE-Q	**Pacientky s mentální anorexií se hodnotily přesně v obou rozsazích FRS, probandi v kontrolní skupině se podhodnocovali ve FRS s nižším rozpětím.** Pacientky s mentální anorexií ukazovaly ideál blízký svému BMI, probandi v kontrolní skupině ukazovali ideál nižší, než bylo jejich BMI. Dle autorů je porucha tělesného schématu u pacientek s mentální anorexií dána nepřiměřenou touhou po štíhlosti a vyšší nespokojeností s vlastním tělem. Rozsah BMI, které nabízí FRS může ovlivnit odhad probandů.
Molbert, Thaler, Mohler et al. (2018)	24 pacientek s mentální anorexií, 24 žen v kontrolní skupině	**Metody optické distorze:** 3D personalizovaní avataři; **Dotazníky:** EDE, SCID-1, FKB-20, PACS; Rossengerg self-esteem Scale	**Pacientky s mentální anorexií i probandi v kontrolní skupině se podhodnocovali. Pacientky s mentální anorexií však více.** Ideální velikost těla se u pacientek s mentální anorexií rovnala těžké podváze, u kontrolní skupiny byla v rámci normální tělesné hmotnosti. **Přístupová složka byla u pacientek s mentální anorexií výrazně narušená a projevila se i neadekvátní představou o ideálním tělesném schématu.**
Moscone, Amorim, Le Scanff (2016)	56 pacientek s mentální anorexií, 56 žen v kontrolní skupině	**Siluetové testy:** CDRS-vnímaný a ideální tvar těla, spokojenost s vlastním tělem; BMI	**Pacientky s mentální anorexií se nadhodnocovaly.** U pacientek s mentální anorexií i kontrolní skupiny platilo: ideální velikost <aktuální vnímaná <normální. U pacientek s mentální anorexií měla na hodnocení současné velikosti těla vliv nespokojenost s vlastním tělem. U kontrolní skupiny byl spíše patrný vliv hodnoty BMI.
Prost-Lehmann, Shankland, Franca, Laurent (2018)	48 pacientek s mentální anorexií v anamnéze, 73 žen v kontrolní skupině	**Dotazníky:** 26-item Eating Attitude Test, EDI, EDI-DT, EDI-P, 34-item Body Shape Questionaire, 13-item Beck Depression Inventory; BMI	**Pacientky s horším výsledkem léčby vykazovaly vyšší míru nespokojenosti s vlastním tělem** než pacientky s dobrým výsledkem léčby a probandi kontrolní skupiny. Pacientky ve skupině s horším výsledkem léčby skórovali více v Perfectionism EDI sub-scale.
Yamamotová, Bulant, Boček et al. (2017)	31 pacientek s mentální anorexií, 30 pacientek s mentální bulimií, 30 žen v	Termický algický práh; **Metoda optické distorze:** Anamorphic Microsoftware	**Pacientky s mentální anorexií a mentální bulimií se nadhodnocovaly.** V nespokojenosti s vlastním tělem se nelišila skupina s PPP a kontrolní skupina. Ve skupině pacientek s **PPP byla prokázána negativní korelace mezi nespokojeností s vlastním tělem a algickým prahem.**

	kontrolní skupině		Čím více nespokojení pacientky byly, tím více byli citlivé na bolest.
Glashouwer, van der Veer, Adipatria et al. (2019)	46 studií / celkem 4928 pacientů s mentální anorexií	**Systematický přehled literatury**	Porucha tělesného schématu je jasně spojená s mentální anorexií a jejím průběhem. Na základě dostupných dat však nelze říci, zda se jedná o rizikový faktor vzniku onemocnění.
Molbert, Klein, Thaler et al. (2017)	42 studií / 926 pacientů s mentální anorexií, 1920 osob v kontrolních skupinách, 536 pacientů s mentální bulimií	**Systematický přehled a meta-analýza**	**Pacienti s mentální anorexií a mentální bulimií nadhodnocují své tělesné rozměry**, míra nadhodnocení závisí na použité metodě.
Sattler, Eickmeyer, Eisenkolb (2019)	8 studií - děti a adolescenti	**Systematický přehled literatury**	**Adolescenti a děti s mentální anorexií a mentální bulimií mají narušenou percepční i přístupovou složku tělesného schématu.**

Tab. 1.

Legenda

BAT	Body Attitude Test
BDI	Beck Depression Inventory
BIQ	Body Image Questionare
BMI	Body Mass Index
BPI	Body Perception Index
BSE	Body Size Estimation
CDI	Children Depression Inventory
CDRS	Contour Drawing Rating Scale
CEDT	completed eating disorder treatment
EAT	Eating Attitude Test
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionaire
EDI-2	Eating Disorder Inventory 2
EDI-2-BD	Eating Disorder Inventory 2 Body Dissatisfaction Subscale
EDI-DT	Eating Disorder Inventory - Drive for Thinness Subscale
EDI-P	Eating Disorder Inventory - Perfecticionism Subscale
FKB-20	Fragebogen zum Korperbild - Body Image Questionaire
FRS	Figure Rating Scale
HT	Hoop Task
PACS	Physical Apperance Comparison Scale
PPP	Poruchy příjmu potravy
SCID-1	Structured Clinical Interview for DSM-IV
STAI, STAI-Y	State Trait Anxiety Inventory
TET	Tactile Estimation Task
VR	virtuální realita



GRAF 1

VÝSLEDKY

Charakteristika studií

V základním vyhledávání bylo evidováno celkem 314 studií (Graf 1). V první fázi rešerše byly na základě názvu, eventuálně abstraktu, vyřazeny studie nesouvisející s tématem, validizační studie, případové studie a bakalářské, diplomové a dizertační práce (n=248). Po vyloučení duplikátů (n=17) bylo analyzováno 49 studií, z nichž 33 bylo vyřazeno jako nerelevantní. Na základě abstraktu a full-textu bylo identifikováno 13 studií zabývajících se poruchou tělesného schématu u pacientů s MA, jedna meta-analýza a dva systematické přehledy literatury (Glashouwer et al., 2019; Molbert et al., 2017a; Satler et al., 2020). Meta-analýza a systematické přehledy literatury nebyly do analýzy zahrnuty. Jejich výsledky se nacházejí v Tabulce č. 1. Ve vybraných 13 studiích participovalo celkem 517 probandů s MA a 514 probandů v kontrolních skupinách. Věk probandů se pohyboval od 10 do 59 let. Tři studie se zaměřovaly na pediatrické pacienty (Boehm et al., 2016; Fisher et al., 2020; Hagman et al., 2015).

Porucha přístupové složky tělesného schématu

Přístupovou složku tělesného schématu vyšetřovalo všech 13 analyzovaných studií. Sedm studií prokázala narušení přístupové složky tělesného schématu u pacientů s MA (Hagman et al., 2015; Engel a Keizer, 2017; Keizer et al., 2016; Molbert et al., 2017b; Molbert et al., 2018; Moscone et al., 2017; Prost-Lehman et al., 2018). Pacienti s MA jsou v porovnání

se zdravými probandy více nespokojení s vlastním tělem a referují nižší hodnoty pro nejvyšší a nejnižší v minulosti dosaženou hmotnost proti zdravým probandům (Keizer et al., 2016). Nespokojenost s vlastním tělem a diskrepance mezi vnímanou a ideální velikostí těla se ovšem vyskytovala i u zdravých probandů, v některých případech dokonce ve stejné míře jako u probandů s poruchou příjmu potravy (Prost-Lehman et al., 2018).

Porucha percepční složky tělesného schématu

Vyšetřením percepční složky tělesného schématu se zabývalo 12 studií. Nadhodnocování tělesných rozměrů u pacientů s MA potvrdilo 8 z nich (Boehm et al., 2016; Fisher et al., 2020; Hagman et al., 2015; Engel a Keizer, 2017; Keizer et al., 2016; Moscone et al., 2017; Yamamotová et al., 2017; Caspi et al., 2017). Nadhodnocení se ukázalo i u pacientů, kteří prošli léčbou poruchy příjmu potravy, i když u nich nadhodnocení nebylo tak velké jako u skupiny s právě probíhajícím onemocněním (Engel a Keizer, 2017).

Dvě studie těmto výsledkům zcela odporují. V jedné z nich se pacienti s MA hodnotili přesně (Molbert et al., 2017b), ve druhé dokonce pacienti s MA své tělesné rozměry podhodnocovali (Molbert et al., 2018). K podhodnocení tělesných rozměrů docházelo i u zdravých probandů (Molbert et al., 2018; Caspi et al., 2017).

Tělesné schéma jako ukazatel úspěšnosti léčby

Nespokojenost s vlastním tělem se ukazuje být jedním z prediktorů neúspěšné léčby. Ve studii zahrnující 76 pediatrických pacientek s MA byla vyšší přesnost odhadu tělesných rozměrů spojena s vyšší úspěšností léčby posuzované podle stavu pacienta tři roky po ukončení léčby (Boehm et al., 2016). Ve studii Prost-Lehman (2018) vykazovali pacienti s horším výsledkem léčby signifikantně vyšší nespokojenost s vlastním tělem než pacienti s dobrým výsledkem léčby a zdraví probandi (Prost-Lehman et al., 2018).

Engel a Keizer (2017) porovnávali tělesné schéma u tří skupin probandů: 1) u pacientů s poruchou příjmu potravy, 2) u pacientů, kteří léčbu PPP absolvovali v minulosti a 3) u zdravých probandů. Pacienti, kteří se v minulosti léčili pro poruchu příjmu potravy, měli stejnou míru spokojenosti s vlastním tělem jako zdraví probandi. Signifikantně horší výsledky vykazovala skupina pacientů s právě probíhající poruchou příjmu potravy (Engel a Keizer, 2017).

Diskuse

Výsledky uvedených studií jsou konzistentní v otázce narušení přístupové složky tělesného schématu (Hagman et al., 2015; Engel a Keizer, 2017; Keizer at al., 2016; Molbert et al., 2017b; Molbert et al., 2018; Moscone et al., 2017; Prost-Lehman et al., 2018). Pacienti s MA jsou nespokojení s vlastním tělem a mají nerealistické představy o ideálním tvaru a velikosti svého těla. Dle některých autorů by měla být nerealistická představa o ideální postavě u pacientů s MA důsledně intervenována, aby se zamezilo dalším snahám o snížení tělesné hmotnosti (Molbert et al., 2017b; Molbert et al., 2018; Prost-Lehman et al., 2018).

Nespokojenost s vlastním tělem se vyskytuje i u zdravých probandů (Moscone et al., 2017; Yamamotová et al., 2017).

V otázce narušení percepční složky tělesného schématu všeobecná shoda nepanuje. Osm z nalezených studií prokázalo nadhodnocování tělesných rozměrů pacienty s MA (Boehm et al., 2016; Fisher et al., 2020; Hagman et al., 2015; Engel a Keizer, 2017; Keizer et al., 2016; Moscone et al., 2017; Yamamotová et al., 2017; Caspi et al., 2017), v jedné studii se pacienti s MA hodnotili přesně (Molbert et al., 2017b), a v jedné dokonce velikost svých tělesných rozměrů podhodnocovali (Molbert et al., 2018). Při hodnocení výsledků je nutné přihlédnout k tomu, že dvě studie (Molbert et al., 2017b; Molbert et al., 2018), ve kterých se pacienti s MA hodnotili přesně, nebo dokonce podhodnocovali, pochází od stejného autora. Je proto otázkou, zda jejich výsledky, které odporují závěrům ostatních studií, nepramení z odchylky v metodice, která nebyla ve studii zmíněna.

Z hlediska metodiky je výrazný posun k metodám využívajícím počítačové programy a virtuální realitu. Výrazně se tak zvyšuje homogenita použitých metod a porovnatelnost jejich výsledků. Nevýhodu počítačových programů a virtuální reality spatřujeme v tom, že neumožní selektivně vyšetřit určité části těla. Zvažovat musíme i jejich potenciální negativní vliv na psychiku probandů. Ve studii Park (2018) vykazovali zdraví probandi vyšší potřebu snižovat svou tělesnou hmotnost a změnit svou postavu cvičením po tom, co byli vystaveni svému realistickému obrazu ve virtuální realitě (Park, 2018).

Závěr

Porucha tělesného schématu je jednou z charakteristik mentální anorexie a podílí se na vzniku a udržování onemocnění. Větší porucha tělesného schématu je spojena s horším stavem pacienta i několik let po ukončení léčby.

Z metod využitých v dostupných studií se pro diagnostiku poruchy tělesného schématu v českém klinickém prostředí jeví jako vhodná baterie testů Body Attitude Test pro vyšetření vztahu k vlastnímu tělu, Siluetový test pro vyšetření vnímané a ideální velikosti těla a odhad velikosti několika částí těla pro detekci poruchy percepční složky tělesného schématu. Pro léčbu je u pacientů s poruchou percepční složky tělesného schématu na místě zvážit zařazení skupinové nebo individuální terapie zaměřené na úpravu tělesného schématu.

Poděkování:

Děkujeme PhDr. Miroslavu Bartákovi Ph.D. za cenné metodické rady. Děkujeme též RNDr. Mgr. Jaroslavu Horáčkovi Ph.D. a Mgr. Kláře Kučerové za podporu a pečlivé revize textu.

LITERATURA

1. Boehm I., Finke B., Tam F. I. et al. Effects of perceptual body image distortion and early weight gain on long-term outcome of adolescent anorexia nervosa. Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 2016; 25(12): 1319-1326.
2. Caspi A., Amiaz R., Davidson N. et al. Computerized assessment of body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comparison with standardized body image assessment tool. Arch. Womens Ment. Health. 2017; 20(1), 139-147.
3. Cornelissen K. K., Bester A., Cairns P. et al. The influence of personal BMI on body size estimations and sensitivity to body size change in anorexia spectrum disorders. Body Image. 2015; 13: 75-85.
4. Cornelissen K. K., McCarty K., Cornelissen P. L. et al. Body size estimation in women with anorexia nervosa and healthy controls using 3D avatars. Sci. Rep. 2017; 7(1): 15773.
5. Engel M. M., Keizer A. Body representation disturbances in visual perception and affordance perception persist in eating disorder patients after completing treatment. Sci. Rep. 2017; 7(1): 16184.
6. Farrell C., Lee M., Shafran R. Assessment of body size estimation: a review. Eur. Eat. Disord. Rev. 2005; 13(2) 75-88.
7. Fisher S., Abdullah A., Charvin I. et al. Comparison of body image evaluation by virtual reality and paper-based figure rating scales in adolescents with anorexia nervosa: retrospective study. Eat. Weight. Disord. 2020; 25(3): 735-743.
8. Gandevia S., Phegan C.. Perceptual distorsions of the human body image produced by local anaesthesia, pan and cutaneous stimalution. J. Physiol. 1999; 514(2), 609-616.
9. Glashouwer K., Van der Veer R., Adipatria F. et al. The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. Clin. Psych. Rev. 2019; 74.
10. Hagman J., Gardner R. M., Brown D. L. et al. Body size overestimation and its association with body mass index, body dissatisfaction, and drive for thinness in anorexia nervosa. Eat. Weight. Disord. 2015; 20(4), 449-455.
11. Keizer A., Van Elburg A., Helms R. et al. A Virtual Reality Full Body Illusion Improves Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa. Plos One. 2016; 11(10): e0163921.
12. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009; 6(7): 1549-1676.
13. Mölbert S. C., Klein L., Thaler A. et al. Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. Clin. Psych. Rev. 2017; 57: 21-31.
14. Mölbert S. C., Thaler A., Mohler B. J. et al. Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtuál reality: Attitudinal compoments rather than visual body size estimation are distored. Psychol. Med. 2018; 48: 642-653.
15. Mölbert S. C., Thaler A., Streuber S. et al. Investigating Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa Using Novel Biometric Figure Rating Scales: A Pilot Study. Eur. Eat. Disorders Rev. 2017; 25: 607-612.
16. Moscone A. L., Amorim M. A., Le Scanff C. H. et al. A model-driven approach to studying dissociations between body size mental representations in anorexia nervosa. Body Image. 2017; 20: 40-48.
17. Papežová H. et al. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta, 2018: 608.
18. Park J. The effect of virtual avatar experience on body image discrepancy, body satisfaction and weight regulation intention. Cyberpsychology. 2018; 12(1): Art.3.
19. Preedy V. Handbook of anthropometry. Physical measures of human form in health and disease. New York: Springer, 2012: 3157.

20. Prost-Lehman Ch., Shankland R., Franca L. R. et al. Symptomatology long-term evolution after hospitalization for anorexia nervosa: Drive for thinness to explain effects of body dissatisfaction on type of outcome. Psych. Res. 2018; 266: 212-217.
21. Satler F. A., Eickmeyer S., Eisenkolb J. Body image disturbance in children and adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa: a systematic review. Eat. Weight. Disord. 2020; 25(4): 857-865.
22. Skrzypek S., Wehmeier P. M., Remsmist H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. Eur. Child Adolesc. Psychiatry
23. Yamamotová A., Bulant J., Bocek V. et al. Dissatisfaction with own body makes patients with eating disorders more sensitive to pain. J. Pain. Res. 2017; 10: 1667-1675.

Hlavní autor: Mgr. Michaela Ulrichová

Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy; Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF a UK a FNM

Informace o hlavním autorovi: Michaela Ulrichová působí jako fyzioterapeutka na

Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství ve FN Motol. Od roku 2015 se věnuje rehabilitaci u pacientek s mentální anorexií. Kromě práce na dětské psychiatrii se věnuje ambulantním pacientům s bolestmi pohybového aparátu a pacientům s metabolickým syndromem v Místnosti pohybové terapie na Oddělení tělovýchovného lékařství. Vystudovala 2. lékařskou fakultu, obor Fyzioterapie, na který navázala doktorským studiem Kinantropologie na Fakultě tělesné výchovy a sportu.

Korespondenční adresa hlavního autora:

- Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF a UK a FNM
- V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
- **e-mail:** michaela.ulrichova.fyzio@gmail.com
- **telefon:** 725119310

Další autoři:

doc. MUDr. Jiří Radvanský CSc.,

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF a UK a FNM
Kontakt: radvan@lfmotol.cuni.cz

Ing. Julius Janáček, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

Kontakt: juliusjanacek@post.cz

MUDr. Jiří Koutek PhD. (bez fotografie)

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

VĚDA KRÁTCE

S komentáři

OBRÁZEK 5: NÁČELNÍK PKP NA ČEJENSKÉ KONFERENCI 2021

RADKIN HONZÁK: SPRÁVNÁ MYŠLENKA

Každý den a týden celý
Myslím jen na Prevotelly
Nakrmím je vlákninou
Všechny strasti pominou

Někdo doma chová včely
Jiný zas má v chlívku kozu
Já mám v břiše Prevotelly
Ty žerou jen celulózu

Můj chov není vůbec líný
Celulózu měnit chce
V hodné mastné kyseliny
Co maj krátké řetězce

Běžné střevní bakterie mohou podporovat růst rakoviny prostaty a umožnit jim vyhnout se účinkům léčby, uvádí nová studie.

Vědci odhalili, jak střevní bakterie přispívají k progresi pokročilých karcinomů prostaty a jejich odolnosti vůči hormonální terapii-poskytnutím alternativního zdroje androgenů podporujících růst neboli mužských hormonů.

Hormonální terapie je standardem péče o pokročilý karcinom prostaty a funguje tak, že snižuje hladiny androgenů. Vědci ale zjistili, že nízké hladiny androgenu u pacientů mohou řídit expanzi střevních bakterií, které se mohou stát hormonálními továrnami na udržení růstu rakoviny prostaty.

Bakteriální „otisky prstů“ identifikované vědci mohou pomoci vybrat pacienty s vysokým rizikem vzniku rezistence na léčbu, kteří by mohli těžit ze strategií manipulace s jejich mikrobiomem. Muži by například mohli podstoupit fekální transplantaci nebo si dát jogurtový nápoj obohacený příznivými bakteriemi.

Tým vědců z The Institute of Cancer Research, London, Institute of Oncology Research in Bellinzona, Switzerland and the Swiss Federal Institute of Technology použil myší a vzorky pacientů ke zkoumání úlohy střevních bakterií v růstu a progresi rakoviny prostaty.

Zjištění, jakmile budou dále ověřena na klinice, by mohla poskytnout nové příležitosti pro léčbu rakoviny prostaty prostřednictvím manipulace s mikrobiomem.

Studie, publikovaná v časopise Science, byla financována Nadací pro rakovinu prostaty, Movember, Prostate Cancer UK, Cancer Research UK a The John Black Charitable Foundation.

Střevní bakterie jsou součástí našeho mikrobiomu a jsou pro člověka obvykle cenné. Rakovina a další nemoci však mohou tuto vzájemně prospěšnou rovnováhu zničit-například podporou expanze střevních bakterií a jejich povzbuzováním k uvolňování toxinů nebo jiných molekul, které postihují rakovinné buňky.

Vzhledem k tomu, jakou roli mohou tyto „střevní breberky“ hrát při rakovině, vědci zkoumali, zda střevní bakterie u mužů s rakovinou prostaty mohou také změnit hormonální metabolismus pacientů a ovlivnit tak růst rakoviny.

Vědci zjistili, že zbavení se všech střevních bakterií u myší s rakovinou prostaty zpomalilo růst nádoru a zpozdilo vznik hormonální rezistence.

Zjistili také, že transplantace trusu z myší s hormonálně rezistentním karcinomem prostaty do myší s nízkými hladinami androgenů, u kterých se dosud nevyvinula rezistence, podporuje růst nádoru.

Vědci na myších prokázali, že střevní bakterie jsou schopné vyrobit androgenní hormony z prekurzorových molekul.

Aby se tato zjištění přenesla na člověka, analyzovali střevní bakterie od pacientů, kteří byli léčeni v The Royal Marsden NHS Foundation Trust. Podívali se na dvě různé skupiny pacientů – 19 mužů, jejichž rakovina prostaty stále reagovala na hormonální terapii, a 55 mužů s pokročilým hormonálně rezistentním karcinomem prostaty.

Transplantace stolice od pacientů s rakovinou prostaty s hormonálně rezistentním karcinomem prostaty do myší, jejichž rakoviny nebyly rezistentní, podporovalo růst nádoru a hormonální rezistenci.

Vědci také analyzovali mikrobiální genetický materiál ze stolice mužů s rakovinou

prostaty a identifikovali specifickou bakterii – Ruminococcus – která může hrát hlavní roli ve vývoji rezistence. Naproti tomu bakterie Prevotella stercorea byla spojena s příznivými klinickými výsledky.

Vědci inkubovali mini-nádory zvané organoidy odvozené od pacientů s rakovinou prostaty s různými střevními bakteriemi a pokusili se je ošetřit v laboratoři. To jim pomohlo identifikovat příznivé a nepříznivé bakteriální „otisky prstů“ spojené s výsledkem rakoviny prostaty, což by mohlo pomoci identifikovat muže, kteří by mohli těžit ze strategií manipulace s mikrobiomem.

Autor studie profesor Johann de Bono, profesor experimentální protirakovinné medicíny na The Institute of Cancer Research v Londýně a konzultant lékařského onkologa v The Royal Marsden NHS Foundation Trust, řekl:

„Naše zjištění ukazují, že zahájení hormonální terapie rakoviny prostaty může vyvolat střevní odchylky a začít produkovat androgenní hormony. Tyto androgeny pak mohou udržovat růst rakoviny prostaty a zvyšovat odolnost vůči hormonální terapii-což zhoršuje výsledky přežití mužů.“

„Náš výzkum vzrušivě identifikoval konkrétní podpisy mezi střevními bakteriemi, což by mohlo naznačovat, že u některých mužů s rakovinou prostaty, kteří mají tyto střevní bakteriotypy, je větší pravděpodobnost vzniku rezistence vůči hormonální terapii. Dalším krokem bude další prozkoumání toho, jak tyto podpisy aplikujeme u pacientů s cílem navrhnout testy k výběru mužů, kteří by měli prospěch z fekálních transplantací, antibiotické terapie a dalších strategií manipulace s mikrobiomem. V dlouhodobém horizontu by bylo naším cílem vyrobit ‚jogurt‘ obohacený o příznivé bakterie a zabránit odolnosti vůči léčbě.“

Profesor Kristian Helin, generální ředitel The Institute of Cancer Research, London, řekl: „Vliv střevního mikrobiomu na rakovinu je fascinující novou oblastí vědy.“

Nicolò Pernigoni et al. Commensal bacteria promote endocrine resistance in prostate cancer through androgen biosynthesis. Science, 2021 DOI:10.1126/science.abf8403

Zanedbávání v dětství zhoršuje odpověď na stres u pacientů s diabetem 2. typu

Snad jen diabetologa překvapí, že nárůst nemocných s diabetem typu 2 může souviset se stresem prožívaným v dětství. Ten, kdo ví, jak těžce prožívají rozvody rodičů jejich děti, nemůže být překvapen nárůstem této diagnózy v populaci, která se vyznačuje více než 50% rozvodovostí. Nové důkazy přinesl výzkumný tým vedený Nelly Monzer.[1] Dlouhodobé studie spojují týrání dětí s diabetem typu 2 v

[1] Autoři: Nelly Monzer 1 * , Mechthild Hartmann 1 , Magdalena Buckert 1 , Kira Wolff 1, Peter Nawroth 2,3 , Stefan Kopf 2,3 , Zoltan Kender 2,3 , Hans-Christoph Friederich 1 a Beate Wild

dospělosti se zanedbáváním v dětství. To vykazuje nejsilnější účinek na riziko vzniku diabetu 2. typu. Mechanismy, které spojují týrání dětí s diabetem typu 2, jsou však stále nejasné. Změny v systému psychologické a fyziologické reakce na stres, konkrétně osa hypotalamus-hypofýza-nadledviny (HPA), jsou běžným nálezem ve vzorcích na pozadí zanedbávání dítěte a jsou spojeny s diabetem 2. typu. Autoři zkoumali souvislost mezi zanedbáváním v dětství a fyziologickou a psychologickou stresovou reakcí u pacientů s diabetem typu 2 a zdravých účastníků kontroly. U nás na souvislost upozorňovali rodinní terapeuti před více než deseti lety. Z anamnéz rodin s diabetem 2. typu usuzovali, že děti na rozvod rodičů a jemu předcházející konflikty mohou reagovat mj. právě rozvojem diabetu. Jistě to není dobrá zpráva pro jednotlivé rodiče, kteří se museli rozvést, ale podstatná pro společnost, která snadno zapomíná, že pro zdraví dětí je třeba podporovat rodinu a dbát o dobré podmínky dětí.[2]

Metoda: Autoři posuzovali emoční a fyzické zanedbávání dětství na vzorku n = 74 pacientů s diabetem 2. typu a n = 50 zdravých účastníků kontroly. K vyvolání stresové reakce použili Trier Social Stress Test (TSST). Krev ACTH a hladiny kortizolu byly měřeny před (T 0), přímo po (T 1), jakož i 30 (T 2) a 60 (T 3) minut po TSST. Subjektivní zkušenost účastníků byla hodnocena pomocí vizuálních analogových stupnic před, bezprostředně po a také 45 minut po TSST. Pro předpovědi hladin kortizolu a ACTH ve všech bodech měření byly použity víceúrovňové modely.

Výsledky: Autoři zjistili **významnou souvislost mezi středním až těžkým zanedbáváním v dětství a silnější psychologickou stresovou reakcí u pacientů s diabetem typu 2, která nebyla přítomna u zdravých kontrol.** U pacientů s diabetem 2. typu, ale ne u zdravých kontrol, vyšší hladiny ACTH v rámci všech měřicích míst byly významně spojeny s vyšší závažností citového zanedbávání a vyšší závažnost fyzického zanedbávání byla významně spojena s větším nárůstem kortizolu v plazmě od T 0 až T 1.

Závěry: **Toto je první studie, která zkoumá, zda by dětské týrání u pacientů s diabetem typu 2 mohlo být spojeno s dysregulovanou stresovou odpovědí. Výsledky ukazují souvislost mezi psychologickou a fyziologickou stresovou reakcí a zanedbáváním dětí u pacientů s diabetem 2. typu.** Tato cesta je tedy možným mechanismem spojujícím cukrovku 2. typu a zanedbávání v dětství. Kdo to však řekne veřejnosti, která nechce chápat svou odpovědnost za nemoci dětí?

(Chv.)

ORIGINÁL článku je na
Front. Psychiatry, 17. června 2021 | https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.679693

[2] Více viz https://www.lirtaps.cz/muzeme-se-na-diabetes-podivat-take-jinak/)

JAKOU DAŇ ZAPLATÍME NA ZDRAVÍ POPULACE, KDYŽ SE V DĚTSTVÍ DĚJÍ ŠPATNÉ VĚCI?

Když jsme před lety lékařskému plénu na odborné schůzi České lékařské společnosti představovali čerstvě lokalizovanou učebnici *Základní psychosomatická péče autorů* Tress, Krusse a Ott, ozvala se z pléna starší kolegyně, která zrovna listovala v nové knize: *„Proboha, zase ty matky!? Už zase prý můžeme za zdraví svých dětí! A já myslela, že už od toho máme pokoj!“* Chápu, že je těžké být matkou a současně pořád slýchávat, čím vším můžeme zkomplikovat svým dětem život. Nejspíš proto jsou mnohem oblíbenější teorie, které nachází pro nemoci na našem chování (zdánlivě) nezávislejší příčiny, jakými jsou třeba geny.[1] Je to bída, další výzkum obrací pozornost spíše ke špatným událostem v dětství než ke genům. Nový výzkum z University of Auckland ukazuje na celoživotní daň, kterou mohou nepříznivé události v dětství mít na naše zdraví.[2] Výzkum naznačuje, že špatné duševní zdraví je téměř třikrát častější u těch obyvatel Nového Zélandu, kteří zažili čtyři nebo více "nepříznivých dětských příhod" ve srovnání s lidmi, kteří nezažili žádné.

Studie se zabývala osmi typy dětské nepřízně: **Emocionální, fyzické nebo sexuální zneužívání a vyrůstání v domácnosti, kde došlo k násilí, zneužívání návykových látek, duševní nemoci, rozvodu nebo situaci s členem domácnosti významně omezeným na svobodě nuceným pobytem za mřížemi**. *"Toxické stresory v dětství si mohou vybrat celoživotní daň v mnoha aspektech našeho zdraví,"* říká docentka Janet Fanslowová ze Školy zdraví populace fakulty lékařských a zdravotnických věd. *"Dopady zasahují napříč celou společnost a představují obrovskou zátěž pro rodinu, pro naše zdravotnictví a ekonomiku."*

Prožívání dokonce jen jednoho typu dětské nepřízně – například mít člena domácnosti ve vězení nebo být svědkem mezilidského násilí v domácnosti – je spojeno se zvýšeným rizikem narušeného duševního zdraví. Prožívání dvou nebo více takových příhod je spojeno s vyšší pravděpodobností postižení a čtyři nebo více s chronickými fyzickými zdravotními problémy.

Zvýšené riziko zdravotních problémů, jako jsou srdeční onemocnění nebo astma, může být spojeno se specifickými typy nežádoucích účinků, podle výzkumníků vedených Dr. Ladanem Hashemim, také z Školy zdraví populace. Vědci analyzovali 2 888 odpovědí na průzkum rodinného násilí na Novém Zélandu z roku 2019, který byl proveden ve Waikato, Northlandu a Aucklandu.

Pravděpodobnost srdečních onemocnění vzrostla u lidí, kteří zažili emocionální nebo sexuální zneužívání, byli svědky mezilidského násilí nebo žili v domácnosti, kde došlo k užívání návykových látek. Pravděpodobnost astmatu se zvýšila

[1] Od rozvoje epigenetiky, která prokazuje, jak všelijak může být exprese genů modifikována chováním rodičů, není už ani tato cesta příliš „bezpečná“ pro potřeby psychologických obran.

[2] Ladan Hashemi, Janet Fanslowová, Pauline Gulliverová, Tracey McIntoshová. Zkoumání zdravotní zátěže kumulativních a specifických nepříznivých zkušeností z dětství na Novém Zélandu: Výsledky studie založené na populaci. Zneužívání dětí a zanedbávání, 2021; 122: 105372 DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105372

u osob z domácnosti se zneužíváním návykových látek, duševním onemocněním nebo rozvodem rodičů.

Mezinárodní výzkum ukazuje, jak nedostatek ochrany v dětství může ovlivnit neurologický a hormonální vývoj, sklon k zánětu, kognitivní, sociální a emocionální kompetence a sklon k rizikovému chování, jako je kouření nebo zneužívání návykových látek. Socioekonomické faktory plně nevysvětlily asociace ve studii Nového Zélandu. *"Politika a programy pro řešení dětské chudoby jsou samy o sobě důležité, ale plně nezmírní dopad nepříznivých dětských zkušeností,"* soudí dr. Fanslow, Dr. Hashemi, Dr. Pauline Gulliverová a profesorka Tracey McIntoshová ve výzkumném článku.

Asi 45 procent lidí ve studii nehlásilo žádné nežádoucí dětské příhody. Většina zažila alespoň jednu a jedna ze tří hlásila více než jednu. Ve studii bylo duševní zdraví člověka popsáno jako špatné, pokud bylo diagnostikováno s dlouhodobým stavem nebo nedávno užívalo antidepresiva nebo léky na spaní. Článek "*Zkoumání zdravotní zátěže kumulativních a specifických nepříznivých dětských zkušeností na Novém Zélandu: Výsledky populační studie*", byl publikován v časopise Zneužívání dětí & Zanedbávání. Zjištění "*by měla být podnětem k zavedení rozsáhlých preventivních a intervenčních iniciativ*," píší akademici. "S*trategie, které se zabývají socioekonomickými nespravedlnostmi, jsou potřebné, ale samy o sobě plně nezmírní důsledky nepříznivých dětských zkušeností.*"

(Chv.)

Zdroj: Ladan Hashemi, Janet Fanslowová, Pauline Gulliverová, Tracey McIntoshová. Zkoumání zdravotní zátěže kumulativních a specifických nepříznivých zkušeností z dětství na Novém Zélandu: Výsledky studie založené na populaci. Zneužívání dětí a zanedbávání, 2021; 122: 105372 DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105372

ÚVAHY, ESEJE

OBRÁZEK 6: Z BÝVALÉ OČNÍ LÉČEBNY MACHNÍN

JAN PONĚŠICKÝ: KAM SE UBÍRÁ PSYCHOTERAPIE?

Odpověď: Tím směrem, kterým se ubírá naše civilizovaná společnost. Ve formě kritické reakce na ni, či přizpůsobením se, jak v ní bezproblémově fungovat:

Stále více a více v co nejkratším čase; důraz je kladen na výkon a ekonomickou efektivitu. Proto, dle mého vědění, na celém světě „vyhrává“ kognitivně behaviorální psychoterapie či i jiné formy krátkodobé terapie zaměřené na příznak. Výzkum efektů léčby, sledovaných většinou krátkodobě, tento trend potvrzuje. Teprve v posledních letech se ukazuje, že déletrvající terapie, např. psychoanalytická, předčí KBT dlouhodobými kladnými výsledky.

Ale i KBT se ubírá směrem od viditelného chování, resp. podmíněného reagování a programování, ke kognitivnímu i emocionálnímu prožívání a v tomto duchu i k imaginaci nejen alternativního chování, nýbrž i k důrazu na motivaci se novým způsobem chovat.

Dalším trendem je medicinalizace psychoterapie, tj. její deklarovaná oprávněnost jen jako léčby psychických či psychosomatických poruch a onemocnění. Háček je v tom, v čem již poruchu vidíme a jak ji diagnostikujeme: Co je zdraví a co je již nemoc? Je nezdravé se maximálně přizpůsobovat tlakům společnosti, je možno započítat do psychopatologie difuzní identitu, „syndrom zahořknutí“, mobbing či nešťastné manželství? Mají lidé s psychickými problémy nárok na psychoterapii hrazenou nemocenskou pojišťovnou? Neredukuje celý tento trend psychoterapii pouze na vykonavatelku společenské

zakázky obnovení pracovní schopnosti, opětného (stejného) fungování?

Psychoterapie by měla získat patřičnou vážnost a uznání. Proto bychom se měli ve větší míře věnovat její popularizaci, vyvracet předsudky a ohradit se proti její devalvaci – dokonce i ze strany lékařů. Bylo by třeba vysvětlovat, že příznaky, se kterými přichází pacient k terapeutovi, jsou výsledkem dosavadního vedení života a uzdravení vyžaduje často podstatnou změnu životního postoje i životosprávy, jde o svízelnou práci na sobě. Je třeba zdůraznit, že nejde jen o popovídání, nýbrž o hlubší porozumění a o to, umět se dát k dispozici, a poté navodit otevřený smysluplný rozhovor, který umožňuje pracovat na sebepoznání i možnostech změny. To není snadný úkol, to předpokládá náročný psychoterapeutický výcvik

Kriticky, ba podvratně ke společenským poměrům, se již od počátku stavěla psychoanalýza. Zprvu se zabývala tabuizováním sexuality, později, v období charakterové analýzy a neo-psychoanalýzy poukazovala na neblahý účinek zvnitřněného přizpůsobení, kladouc důraz na individuaci, nezávislost a svobodné „pravé já“ (Winnicott). Tento posléze i společenský proud směrem k seberealizaci časem překročil svůj emancipační zenit, vyvíjeje se jednostranně k sebestřednosti a individualismu (se stále menším zájmem o skupinovou psychoterapii). Na tento vývoj jakož i na trend vědecké objektivnosti („evidence based medicine“) reaguje psychoterapie důrazem na podpůrný vztah a vůbec na kvalitu vztahu mezi terapeutem a pacientem coby nejdůležitějším terapeutickým faktorem (Poněšický 2019). Vztahová psychoanalýza a z ní vzešlá psychodynamická psychoterapie jdou ještě dál, zabývají se intersubjektivitou. Jde nejen o vznik typického vztahu a typické interakce (vzdát se přenosů, projekcí z obou stran), nýbrž o to „třetí“ (Ogden), o to, co vzniká mezi námi (atmosféra, důvěra či nedůvěra, chlad či vřelost), co nás spojuje či rozděluje a jak se na tom oba podílíme. Jde tudíž i o větší demokratičnost a rovnoprávnost v psychoterapii.

Jinou kritickou reakcí na tento společenský vývoj je zavedení spirituality do terapie. Oproti „body turn“ před 30 až 40 lety se dnes hovoří (píše a praktikuje) o spirituálním obratu, a to nejen v psychoterapii, nýbrž v celé medicíně. Tak je v nemocnicích v USA či v Anglii běžná spolupráce mezi lékaři a přírodními léčiteli. Stejně jako považujeme za základní potřeby nutné ke zdravému životu jistotu, spolehlivé vztahy na jedné straně a individuaci, osobnostní vývoj na straně druhé, je možno přemýšlet o spirituální potřebě, tak důležité k udržení zdraví, potažmo přežití, o roli víry a naděje coby vrozených evolučně výhodných dispozic. Jsem nejen homo sapiens, nýbrž i homo religiosis. Tomuto „spirituálnímu obratu“ v medicíně je věnována stále větší pozornost. Ruku v ruce je zkoumán vliv placeba – opět víry v něco mocného, co uzdravuje. Psychosomatickým pozadím těchto úvah je pojem oduševnělého těla a recipročně ztělesněného duševna (Poněšický, 2021). Láska, láskyplné vztahy uzdravují, zmírňují stres a posilují náš imunitní systém. Jak zřídka se vyskytuje v anamnézách pacientů otázka, zda chybí láska!

Zrovna v nedávné balintovské skupině představila jedna terapeutka 55letou pacientku s bolestmi, závratěmi a depresemi, protože jí jde na nervy, jak se tato žena dožaduje stále nových rozhovorů, i když má od ní vlastně více pozornosti a času nežli jiní pacienti na psychosomatické klinice. Pacientka vyrůstala na statku, kde na ni neměli rodiče dost času, oženila se s řezníkem a pracovala u něj jako prodavačka, a poté, co došlo k insolvenci, získala zaměstnání jako vychovatelka. Terapeutka nevěděla, co od ní ta pacientka vlastně chce, ale raději se jí

nezeptala, o co jí jde. Vůbec se jí nezeptala, zdali má lásku v manželství, zda miluje a je milována, ač je to to nejdůležitější v životě.

Jakým směrem se ubírá daseinsanalýza, to přenechám těm, kteří v tomto duchu pracují. Poznamenám pouze, že nejvýznamnější francouzský fenomenolog Maurice Merleu-Ponty kritizuje vědeckou objektivitu, dle níž je svět pouhým divadlem, jeho vnímání mechanickým procesem a člověk se takto stává nezúčastněným pozorovatelem, což neodpovídá našemu skutečnému bytí v přirozeném světě, vzájemné bezprostřední interakci. Jejím základem je dle něj nikoli vědomí či bytí (dasein), nýbrž tělesné vnímání, které je nezkreslené a od nějž se odvíjí pravdivé prožívání světa. Razí termíny jako brut, sauvage (syrové, divoké bezprostřední vnímání) a dále pravdivé vnímání charakterizované vzájemnou komunikací a spojením (comunio). Přesto, když se zamýšlím nad fenomenologií, mně něco chybí a ptám se, zda se nám svět prostě jen zjevuje, či zda je podmínkou pravdivého vnímání láskyplný vztah (nejenom otevřený rozjímavý, tj. kontemplativní, postoj, „besinnliches denken“ u Heideggera). Tím, co brání oné láskyplné spoluúčasti během psychoterapie na obou stranách, by se mohla daseinsanalýza v budoucnosti zabývat. Vnímat svět takový, jaký je, znamená jej vnímat srdcem. To již dávno předtím popisovala indická filozofie, jež navíc tvrdí, že podmínkou pravdivého vnímání je identifikace s jeho předmětem, bytí tím, co vnímám.

Další téma: Nejen u daseinsanalýzy mám někdy dojem, jako by psychoterapeuti zapomněli, že má člověk mozek s jeho stresovým a uklidňujícím systémem, se spojením s vegetativními centry, které řídí pochody v našem těle. Vždyť většina pacientů trpí následky nezvládnutého stresu. Narážím na vhodnost integrace psychoterapie s výsledky výzkumu mozkové činnosti ve spojitosti se stresem a imunitním systémem. Už dnes existují pojmy jako psychoneuroimunologie, neuropsychoterapie, neuropsycho-analýza a dokonce i neurofilozofie.

Nakonec nadhodím otázku, zda lze obecně odpovědět na dané téma. Zastávám spíše pluralistický názor, že je mnoho druhů psychoterapie s odlišným filozofickým zázemím, a i stejný pojem, jako např. seberealizace, má různou náplň u humanistické psychoterapie či u jógy spojené s ayurvédou. Navíc potřebuje každý pacient individuální přístup s druhem psychoterapie, která odpovídá jeho osobnosti i jeho strádání.

doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD.,
19. 7. 2021

RADKIN HONZÁK: MOC A NEMOC MEDICÍNY

OBRÁZEK 7: OBJEKT BÝVALÉ OČNÍ LÉČEBNY MACHNÍN, DŮM HRŮZY V DOBĚ PLNÉ SLÁVY I DNES (DĚTI PO OČNÍ OPERACI ZDE BYLY UMÍSTĚNY BEZ RODIČŮ)

Sokratés učil lidi přemýšlet, místo aby poslušně věřili. Erazim Kohák

Když se v padesátých letech minulého století rozběhly Moskvou režírované procesy s (do té doby) nejagilnějšími soudruhy v čele s Rudolfem Slánským, přišli právem dezorientovaní dělníci za vrchním představitelem caropapismu a ptali se, komu tedy mají věřit? Soudruh Gottwald, který byl rád, že ho paranoidní Stalinova akce minula, odpověděl pythicky: Straně věřte, soudruzi!

Stranovláda odešla nyní i ze sněmovny, nejrůznější pochyby a otázky zůstávají a odpovědi na ně se hledají těžko. Poslední dva roky, v terénu prolezlém covidem, prožíváme a odnášíme souboj mezi dvěma mocenskými strukturami: politickou mocí oligarchy Babiše a medicínou.

Je zajímavé, jak se lidmi stvořené instituce nápadně podobají sociální struktuře tlupy šimpanzů. V čele je „král“, který rozhoduje a za to bere vše, pod ním jsou ambiciózní „šlechtici“ a zbytek je proletariát, který si přespříliš práv neužije. Samice se do politiky nepletou a vychovávají stranou od mocenského žebříku potomstvo. Jen občas se stará samice stává královnou.

Máme různé státní systémy, v jejichž čele je někdo, kdo má přece jen o něco víc moci než ostatní, máme církve, kulty, sekty, máme politické strany, také různá společenství a zajímavé je, že ve všech těchto strukturách málokdy stojí v čele ženy. Pokud ano, bývají to dámy ostré povahy. Bude to nejspíš tím, že ty ostatní mají testosteronu přece jen méně.

O medicíně platí, že je mocenskou silou, dnes srovnatelnou s mocí církve ve středověku. Počínaje hierarchií a jedinou platnou pravdou, přes rituály výcviku svých stoupenců, až po dopady na každodenní život, ať už masové nebo ryze individuální. Ivan Illich ve své polemické publikaci Limity medicíny aneb Nemesis medicíny (1974) popisuje jeden masivní

vstup do života občanů v Chile následovně.

Například do roku 1960 bylo 96 procent dětí v Chile kojeno do jednoho roku, někdy déle. Potom, během jedné dekády, byly chilské ženy podrobeny intenzivní politické indoktrinaci, a to jak ze strany pravicových křesťanských demokratů, tak ze strany nejrůznějších levicových stran. A tak již v roce 1970 kojilo pouze šest procent matek po celý první rok, 80 procent jich své děti odstavilo do dvou měsíců po porodu. Výsledkem bylo, že 84 procent potenciálního mateřského mléka zůstalo nevyprodukováno. Na chilské vypasené pastviny bylo dodáno dalších 32 000 krav, aby nahradily chybějící mléko, jak jen by to bylo možné. Protože kojenecká láhev se stala symbolem, objevily se s ní mezi dětmi, jimž byl odepřen mateřský prs, také nové nemoci. Protože matky postrádaly jakoukoliv zkušenost, jak zacházet s nekojenými dětmi, staly se tyto děti novými konzumenty léčebné péče a jejích rizik. Je obtížné porovnat škody, které vznikly náhražkou prodávané výživy za mateřské mléko, s výhodami, jež přinesly medicínské intervence v dětské nemocnosti včetně chirurgických náprav od rozštěpů po srdeční vady.

Byli jsme na tom tehdy s medicínskými bludy velmi podobně. Pozdější zastánce kojení byl tehdy rázným agresivním propagátorem umělé výživy a časného ustájení dětí v kolektivních zařízeních, takže vyzískal přezdívku JESLE A NESTLÉ. Posunutím čárky o pár desetin vzniklo přes noc půl milionu diabetiků a řeky jsou teď kromě hormonů a antibiotik plné metforminu. To je přece pokrok, pokrok, pokrok, už jsme zase o krok dál, zpíval kdysi Jára Kohout.

Už jsme si celkem zvykli na to, že od narození do smrti se nám medicína vplétá do života od porodu, přes očkování, prohlídky v jednom roce, prohlídky další, školní zralost, pak přicházejí školní lékaři, závodní lékař při nástupu zaměstnání. Medicína ohlídá těhotenství i porod, je nezbytná pro řidičský průkaz, cesty do zahraničí a dále tu je celá řada aktivit, které se bez lékařského oficiálně uznávaného razítka neobejdou, a nakonec ještě několikeré nežádané vzkříšení pod dohledem medicíny, než je člověku dovoleno odejít.

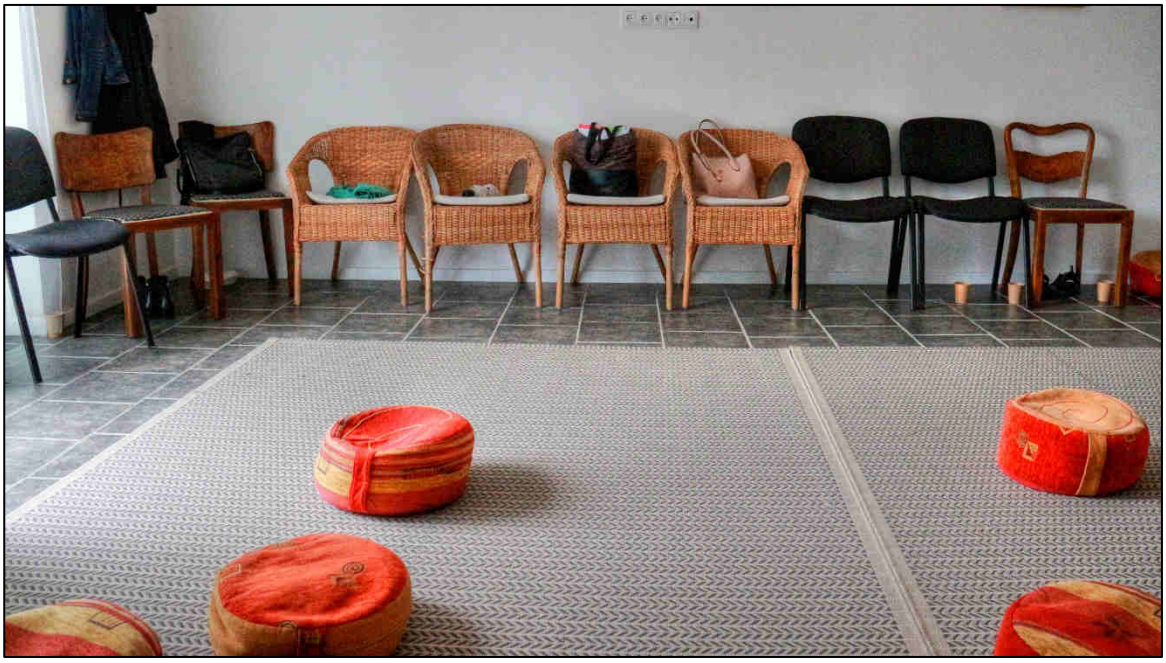
Covid se stal ringem, v němž se tvrdě střetly medicínské požadavky s potřebami Babiše hrajícího o svou další kariéru, jehož výsledkem byly tisíce zbytečně mrtvých. Pomatené příkazy ředitele zeměkoule, ministři zdravotnictví rotující jak apoštolové na pražském orloji, stresující izolace střídaná nepochopitelně benevolentním uvolněním a nejistá budoucnost jsou dnes podhoubím pro nárůst emočních poruch, domácího násilí a předčasných úmrtí. Názorový binec úspěšně povyšují mnohonásobně různí vzdoropapeži, heretici, šílení kazatelé a dezinformátoři často se vydávající za „psychosomatiky“. Zrodil se tak i nový termín infoderma, popisující záplavu necezenými, nekomentovanými, protiřečícími si informacemi ze všech zdrojů, v nichž se těžko orientuje i člověk s rozhledem.

Stali jsme se součástí oficiální medicíny, jejíž pohled chceme rozšířit a obohatit. Je to běh na velmi dlouhou trať, a jestliže na něm nemáme zbloudit, myslím, že by stálo za to vyjasnit si stanoviska k současné situaci, hledat a nacházet racionální postupy a snad se i stát jakýmsi majákem v moři současných nejistot.

R. Honzák, 7. 11. 2021

Jiří Šimek: V čem se prolínají a v čem se liší psychosomatika a psychoterapie?

Motivační text k tématu 19. konference psychosomatické medicíny v Liberci



Chceme-li dvě věci srovnávat a vymezovat mezi nimi hranice, potřebujeme mít definici obou. Pokud jde o psychoterapii a psychosomatickou medicínu, psychoterapie je definována docela přesně, což nelze říci o psychosomatické medicíně. Pro náš úkol tedy budeme muset nějak definovat psychosomatickou medicínu. Přitom nemusíme vytvořit závaznou a všemi nutně přijímanou definici, když to nejde. Definovat psychosomatickou medicínu můžeme pragmaticky, to znamená k nějakému praktickému účelu. V tomto případě jde o dva účely. Odborníci pracující v psychoterapii a v psychosomatické medicíně potřebují vytvořit nějakou hranici, aby mohli spolu komunikovat a mohli se dohodnout. Ještě praktičtější důvod k definicím je vztah s pojišťovnami, tam musí být jasno, co se pod kterým kódem platí.

Psychoterapie je definována jako snaha psychologickými prostředky ovlivnit funkce duše. Tato snaha mívá dva důvody. Jeden je medicínský, tedy úleva od psychických obtíží, tedy terapie ve vlastním slova smyslu. Druhým důvodem je lepší porozumění sama sobě a osobnostní (nebo u pedagogů profesionální) rozvoj. To už není terapie v medicínském slova smyslu. Pak takovou psychoterapii nemusí provádět zdravotník ve zdravotnickém zařízení, jenže pak ani nemůže žádat hrazení této aktivity ze zdravotního pojištění. Hranice mezi těmito dvěma přístupy je velmi neostrá, proto jistě je občas osobnostní rozvoj hrazený pojišťovnou a léčba prováděna mimo zdravotnické zařízení. Řešit organizačními opatřeními tento rozpor prostě nejde. Zažili jsme snahu veškerou psychoterapii podřídit zdravotnímu dozoru. To se setkalo s celkem srozumitelným odporem. Vyjmout

psychoterapii ze zdravotní péče by vedlo k tomu, že mnozí pacienti by na zaplacení této terapie neměli. Z hlediska definicí je potřeba odlišit zdravotní a mimo zdravotní psychoterapii. Já bych si uměl představit, že vzdělání obou bude stejné, ta zdravotní psychoterapie se bude provádět ve zdravotnickém zařízení (psychoterapeut pak musí navíc splnit požadavky zákona na zdravotnického pracovníka).

Jak definovat psychosomatickou medicínu? Cílem je úleva od obtíží, ale především od somatické symptomatologie. To je možné udělat ve dvou krocích.

Prvním krokem je psychosomatická diagnóza, můžeme to nazvat psychosomatická konzultace. To nemůže být tak, že po stručném vyslechnutí pacienta provedeme mnohá vyšetření, která dají jednoznačnou diagnózu. Psychosomatická diagnostika, lépe konzultace, se provádí v rozhovoru lékaře a pacienta. Spolu zvažují, jak obtíže, kterými pacient trpí, souvisejí nebo nesouvisejí se somatickou diagnózou. Spolu hledají vzájemné souvislosti. Čím jsou obtíže provokovány, co je mírní. Kde somatická léčba může pomoci, kde ne. Také zvažují, do jaké míry a zda vůbec by pomohla psychoterapie. Na rozdíl od somatické diagnózy je psychosomatické zhodnocení vždycky jen provizorní, vždy se může ukázat, že všechno je ještě jinak.

Ve chvíli rozhovoru je lepší, když somatická vyšetření již byla provedena. Praktický lékař je často prvním konzultujícím lékařem, který organizuje i somatická vyšetření. Proto mu nezbývá než oba procesy provádět současně. To má tu výhodu, že již od počátku se pacient dozví, že provedená vyšetření nemusejí dospět k diagnóze, která povede k jasné a účinné terapii. Že pak bude nutné zvažovat i širší souvislosti ve smyslu psychosomatických konzultací.

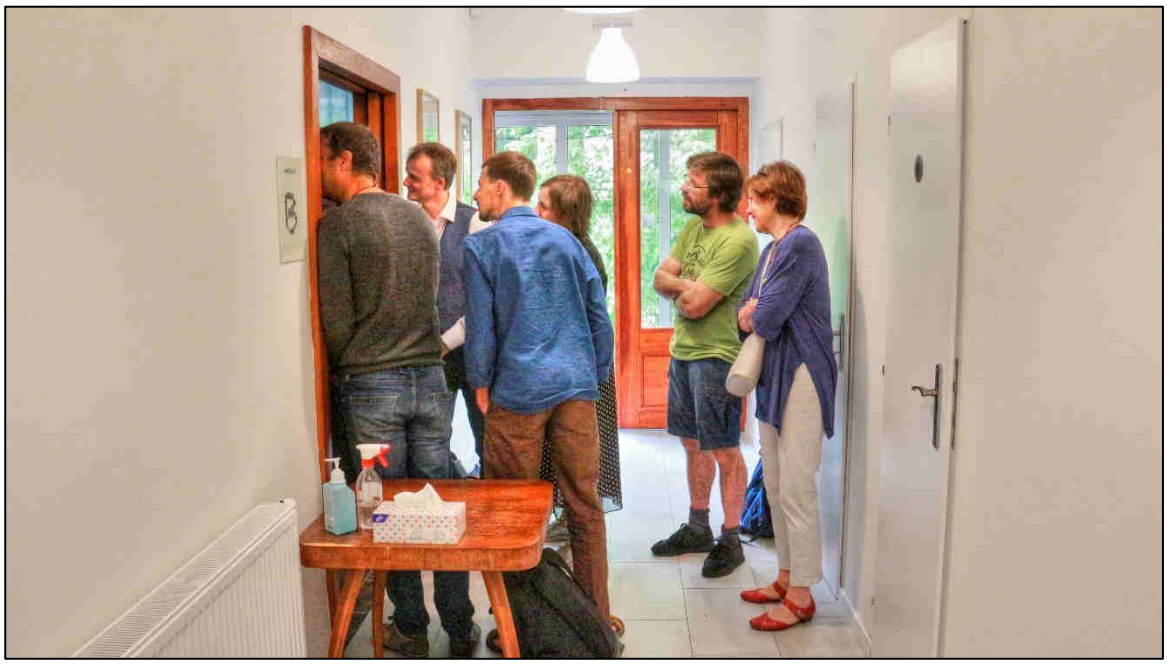
Druhým krokem je pak terapeutická fáze. Jestliže máme tuto fázi odlišit od psychoterapie, pak touto metodou nemůže být snaha „psychologickými prostředky ovlivnit funkce duše“. Spíš jde o pokračování psychosomatických konzultací, tedy vždy znovu zvažování vzájemného vztahu somatických a psychosociálních obtíží. Co ulevuje, co stav zhoršuje. Součástí této fáze je i občasná kontrola somatických vyšetření. EKG, Holterovo sledování, laboratorní vyšetření někdy uklidní pacienta lépe a rychleji než psychologické prostředky. Někdy pomůže i medikace.

Otázka je, zda by výše popsanou práci mohl provádět psycholog bez medicínského vzdělání. Představit si to sice umím, zvlášť s lékařem za zády, ale z praktických důvodů bych to asi vždy klasifikoval a platil jako psychoterapii.

Za přípravný výbor konference

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

RECENZE



OBRÁZEK 8: ZE ZAHÁJENÍ ČEJENSKÉ KONFERENCE

MARKÉTA KRÁLOVCOVÁ: RECENZE J. ALDRIGE: ŽIVOT S VÁŽNĚ NEMOCNÝM DÍTĚTEM

Titul: Život s vážně nemocným dítětem
Autorka: Jan Aldridge
Vydává: Nadační fond Klíček, 11/ 2021
ISBN: 978-80-905881-5-8

Českému čtenáři se v těchto dnech dostává do rukou překlad knihy „Život s vážně nemocným dítětem“ *(Living with seriously ill child)*; autorkou svěží a pozoru hodné knížky je britská psycholožka Jan Aldridge, která se ve své dlouholeté praxi věnuje dětem, mladým lidem a jejich rodinám. Má za sebou bohatou přednáškovou a publikační činnost, klinické působení a také mnoho let práce v dětském hospici.

Právě prostředí dětského hospice a možnost dlouhodobého osobního kontaktu s rodinami pečujícími o nevyléčitelně nemocné děti přineslo autorce mnoho nových témat a zkušeností a přivedlo ji k poskytování praktické podpory a pomoci těmto rodinám – v rozmanitých situacích a s nejrůznějším trápením, jemuž musejí čelit.

Ve dvanácti kapitolách autorka postupně prochází cestu, na níž se dítě a jeho blízcí ocitají v okamžiku, kdy je vyslovena vážná diagnóza a kdy se v životě rodiny prakticky vše naráz obrátí naruby. Zastavuje se u vybraných důležitých témat, jako je partnerské soužití při dlouhodobé péči o nemocné dítě, situace sourozenců, potřeba odpočinku, spánku a soukromí, organizace pomoci přátel a pečujících profesionálů, rozhodování ohledně dalšího postupu péče atp.

Nejde přitom o laciné rady nebo donekonečna omílané a opisované fráze, ale o dobré plody dlouhých let osobního a hlubokého kontaktu s mnoha rodiči a jejich vážně nemocnými dětmi, jejich zdravými sourozenci, s prostředím, kde rodiny žijí, a s rozličnými peripetiemi, které do jejich každodenního náročného života vstupují.

Kniha, ač určena především rodičům vážně a nevyléčitelně nemocných dětí, bude jistě cenným čtením i pro další okruh čtenářů, jichž se téma nějak dotýká, ať už jde o pečující profesionály, nebo pečující laiky. Koneckonců tváří tvář konečnosti lidského života a všemu tomu tajemství, jímž je obklopena, se pečující odborníci stávají v mnoha ohledech laiky, a ti, kdo jsou jinak považováni za laiky – tedy rodiče nemocného dítěte a jejich blízcí (širší rodina, přátelé, ale třeba i sousedé či spolužáci) – se naopak mohou stát v pravém slova smyslu odborníky: díky úzkému a autentickému vztahu, který s nemocným dítětem mají, díky své ochotě být rodině nablízku a nořit se do neznámých vod trápení, kde se hlásí o slovo bolesti nejen somatické, díky schopnosti vytvářet svět, kde je hojivá síla doteku, slova, vztahu, lásky, radosti a naděje opravdovou žitou realitou a kde všechny tyto pojmy nejsou bezobsažnou frází ani falešnou útěchou.

Kniha se může stát užitečným čtením také pro studenty zdravotních, sociálních a dalších humanitních oborů, kterým může pomoci k získání větší citlivosti a rozšíření odborného obzoru. V tuzemské pediatrické praxi stále nejsou dostatečně rozšířené principy tzv. péče zaměřené na rodinu pacienta (family-centred care) – otěže veškerého rozhodování drží mnohde v rukou pečující profesionálové, a jejich paternalismus, jakkoli laskavou tvář může mít, ubíjí možnost partnerského dialogu a spolupráce často dříve, než vůbec může začít. Tuzemského čtenáře tak může poněkud překvapit, jakým způsobem autorka pojednává citlivé oblasti péče – zejména tam, kde mohou vznikat třecí plochy a kde se názor a doporučení odborníka nemusí tak docela shodovat s názorem a přáním dítěte a jeho blízkých.

Je terapeutické vidět, jak si Aldridge v takových situacích poradí: stojí důsledně na straně prospěchu dítěte, ale neztrácí ze zřetele relevantní širší souvislosti – a díky tomu pak nečiní z podobných situací bitevní pole, ale pomáhá vytvářet prostor pro citlivé a všestranně erudované zacházení se všemi výzvami, před nimiž všichni zúčastnění stojí. Je to rodina, kdo těžký příběh prožívá, a je to také rodina, kdo je stále, po celou dobu léčby – ať už kurativní, udržovací nebo paliativní – hlavním aktérem příběhu. A ten příběh je najednou plný nových otázek:

Jak zůstat rodičem a nebýt jen pečovatelem, jak se nestát mučedníkem, který se obětuje pro své nemocné dítě, zatímco jeho zdravé děti, partnerský život a

osobní naplnění jdou stranou? Jak nacházet rovnováhu mezi ochotou k oběti a sebezáchovou pro dlouhodobou péči, ze které se nevytratí radost? Jak si ukrojit čas pro sebe a bez výčitek jej naplnit něčím příjemným? Jak žít v tomto koloběhu péče, která je často během na dlouhou trať – tak, aby se ze zorného pole nevytratili ostatní členové rodiny?

Podstatná okolnost, za které kniha vznikla, zůstala anglicky mluvícím čtenářům skryta; J. Aldridge ji odhaluje v předmluvě k českému vydání: popudem k napsání knihy byl právě kontakt s dětmi, které jejich stav potenciálně ohrožoval na životě a kterým byla společná starost o jejich utrápené a vyčerpané rodiče. Mnohé tyto děti se na Jan Aldridge, s níž přicházely do kontaktu, obracely s prosbou, aby pomohla – jejich rodičům. Jak autorka v předmluvě píše, vzala si tyto prosby k srdci – a sepsání knížky bylo součástí její odpovědi na ně.

Autorka, vzděláním psycholožka, se důsledně pohybuje v rámci mantinelů své profese, takže například explicitně nepojednává o oblasti spirituality. Ve svém přístupu ale plně respektuje svobodu a autonomii rodin a s pokorou jim ochotně nabízí to, oč je možné se opřít, jsme-li ochotni slyšet a vnímat, co se kolem nás a v nás děje, když nás postihne tragédie v podobě vážné nemoci našeho dítěte. Srozumitelně, ale nezkresleně a s pochopením vysvětluje mechanismy, které člověku mohou bránit, aby se otevřel své bolesti a setkal se v jejím prožívání s novým horizontem naděje a se svou vnitřní silou – a dokázal se díky tomu lépe přiblížit svému dítěti a otevřeněji s ním komunikovat, neskrývat před ním své pocity a myšlenky. Aldridge – podobně, jako zkušená porodní bába u porodu – nezasahuje do citlivého děje, který je spletitým předivem intimních vztahů se svou vnitřní zákonitostí, je rodině (čtenáři) nablízku se svou pevnou a účastnou podporou, aby člověk nezůstával na své cestě prožívání bolesti sám. Na cestě, která nakonec nemusí být tak zlá, jak jsme se obávali.

Autorka na jemných skicách kazuistik ilustruje bohatost života vážně nemocných dětí a těch, kdo jsou jim nablízku – aniž by jednotlivé příběhy hodnotila a ukazovala nějakou správnou cestu a jediné správné řešení, dává nahlédnout do množství dilemat a situací a jemně je podkresluje pastelovými tóny svých zkušeností a návrhů.

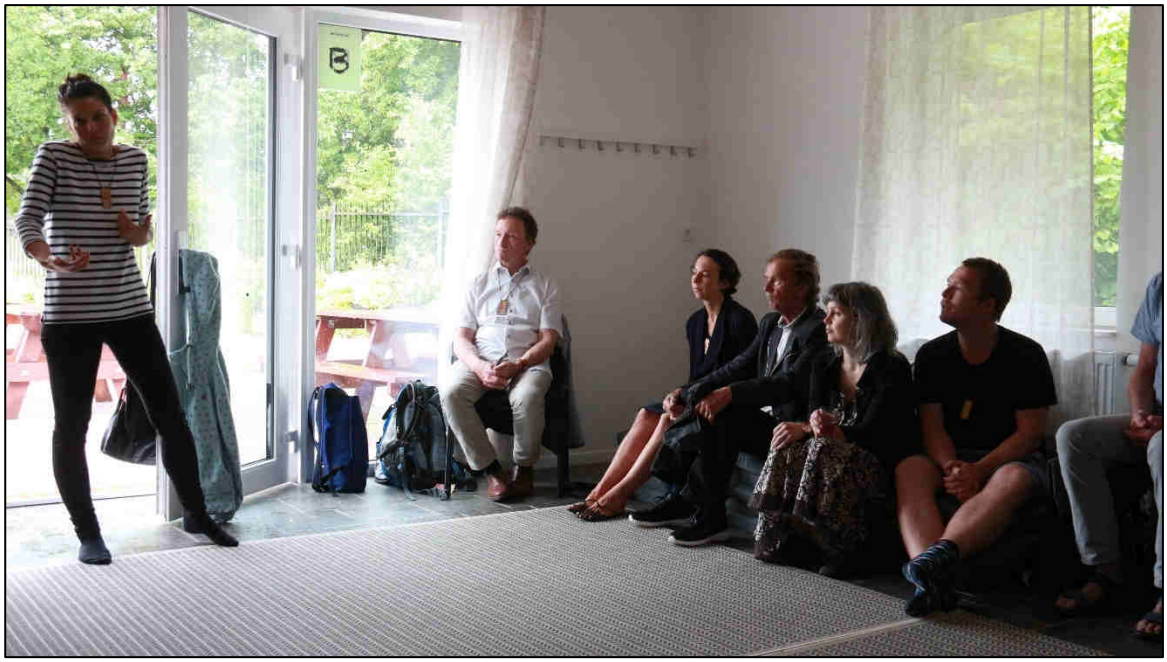
A ještě jeden vzkaz lze v knížce vyčíst, a to nejen mezi řádky: každý, kdo chce pomáhat, by v první řadě neměl překážet a nevhodně zasahovat.

Knize lze popřát, aby dobře posloužila, a to především rodičům vážně nemocných dětí, protože právě na jejich bedrech – přes všechnu empatii a pomoc okolí – vždycky leží ta největší tíže.

Mgr. Markéta Královcová, DiS.
Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií
Pátkova 2137/5, 182 00 Praha 8
Tel. 775 204 109
e-mail: marketa@klicek.org

Politika, Koncepce

Všechny podstatné informace o dění v psychosomatické medicíně najde čtenář na webu odborné společnosti psychosomatické medicíny ČLS zde: www.psychosomatika-cls.cz



OBRÁZEK 9: Z ČEJENSKÉ KONFERENCE

Výbor SPM ČLS JEP vyhlásí začátkem roku 2022 volby do orgánů OS. Přípravy začaly už dnes.

Výbor společnosti **SPM ČLS JEP** rozhodl na svém jednání dne 12. 10. 2021 o konání voleb pro období od r. 2022 do r. 2026

A. Volby se konají do:
a) výboru, voleno bude 9 osob,
b) revizní komise, voleny budou 3 osoby.
B. Forma voleb: Volby proběhnou elektronicky.
C. Volební komise: Výbor zvolil za členy volební komise:
a) PhDr. Ludmilu Trapkovou,
b) MUDr. Markétu Skálovou,
c) MUDr. Ivanu Jirmanovou.
Člen volební komise nemůže kandidovat do volených funkcí.
D. **Registrace členů:**

Volební komise obešle do 30. 4. 2022 všechny členy na jejich e-mailové adresy uvedené v centrální evidenci členů ČLS JEP (na všechny, které byly členem nahlášeny) s informacemi o konání elektronických voleb a vyzve je, aby se registrovali do systému gReception (ověřit na sekretariátu ČLS).

Výbor SPM ČLS JEP vyhlásí začátkem roku 2022 volby do orgánů OS. Přípravy začaly už dnes.

Pokud má člen v centrální evidenci členů uvedeno více e-mailových adres, musí si pro elektronickou volbu vybrat jednu, tuto při registraci vyplnit a pro elektronickou volbu používat. Aktualizujte svou e-mailovou adresu v registru ČLS JEP. Jinak hrozí, že nedostanete volební lístky.

E. **Návrhy kandidátů:**

a) Výbor navrhuje předem vyjednaný seznam kandidátů, se kterými předem seznámí členskou základnu v rámci předvolební kampaně.

Předvolební kampaň: Zájemci o práci ve výboru mohou uveřejnit své medailony v rámci předvolební kampaně od 1. 4. 2022 na webu SPM ČLS. Výbor uveřejní svůj návrh kandidátů do výboru, u kterých si předem zajistí souhlas s kandidaturou.

F. **Kandidátní listina:**

Na základě navržených kandidátů sestaví volební komise kandidátní listinu zvlášť do výboru (podle odborností zvlášť somatičtí lékaři, psychiatři, psychologové, fyzioterapeuti) a zvlášť do revizní komise. Obě kandidátní listiny zveřejní do 26. 4. na internetových stránkách OS, příp. v časopise apod.

G. **Volební lístky:**

Volební komise vypracuje na základě kandidátních listin 5 volebních lístků:

- Kandidáti do výboru z řad somatických lékařů (vybírají se 3 jména).
- Kandidáti do výboru z řad psychiatrů (vybírají se 2 jména).
- Kandidáti do výboru z řad fyzioterapeutů (vybírají se 2 jména).
- Kandidáti do výboru z řad psychologů (vybírají se 2 jména).
- Kandidáti do revizní komise (vybírají se 3 jména).

H. **Volby do výboru a revizní komise:**

Každému voliči bude ze systému gReception zaslána pozvánka s detailními informacemi k účasti ve volbách.

Ve volební aplikaci se bude nacházet 5 hlasovacích formulářů, resp. 5 hlasovacích lístků pro volbu do výboru a revizní komise. Pod stejným heslem (jaké zadal při registraci) se člen přihlásí k volbě. Volič zaškrtne daný počet kandidátů a odešle vyplněné formuláře. Systém umožní odeslat formulář i v případě zaškrtnutí menšího počtu kandidátů jak do výboru, tak i do revizní komise, neumožní zaškrtnout kandidátů více. Volit je možno do předem uveřejněného termínu.

Po ukončení volby bude mít volič možnost opakovaného přístupu do volební aplikace, kde uvidí svojí vlastní volbu, nebude ale již moci znovu hlasovat či jakkoli svou volbu upravovat.

Dne 12. 10. 2021

Akce

OBRÁZEK 10: Z ČEJENSKÉ KONFERENCE V DENNÍM STACIONÁŘI V ŠÁRCE 2021

Setkání lékařů psychosomatiků

Dovolujeme si vás pozvat na připravovaná setkání lékařů psychosomatiků, která proběhnou formou kazuisticko-teoretických seminářů.

Semináře probíhají prezenčně vzhledem ke kazuistické formě a s následnou možností balintovské skupiny po ukončení semináře s MUDr. Romanou Hronovou.

Semináře proběhnou v denním stacionáři Psychosomatické kliniky v Praze v Divoké Šárce od 17 hodin, účastnický poplatek bude 200 Kč, nezahrnuje poplatek na balintovské skupiny.

Termíny a program:
13. 10. 2021 Zrcadlení a vztahová vazba Proběhl
24. 11. 2021 Hypertenze a psychosomatika
19. 1. 2022 Dech a psychosomatika

Případné dotazy na: info@lekarskapsychosomatika.eu, podrobné informace s programem také na webu SPM

Za přípravnou pracovní skupinu
Zuzana Lapková, David Pánek, Gabriela Rybářová, Jan Řehák, Lenka Tocháčková

Vzdělávací program v rodinné terapii v Liberci

Rodinná terapie psychosomatických poruch v Liberci (Lektoři PhDr. L.T RAPKOVÁ a MUDr. V. CHVÁLA)
Už sedmý běh čtyřletého komplexního vzdělávacího programu v rodinné terapii psychosomatických poruch (psychoterapeutický výcvik), schváleného pro práci ve zdravotnictví, otevřeme na podzim 2022. Je 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.
Výběr do výcviku proběhne v dubnu 2022. Kapacita je 40 osob. Více informací na webu institutu.

Systemický výcvik v rodinné terapii v Brně

Dialogický Institut pro psychoterapii (DIP) otevírá v září 2022 nový komplexní psychoterapeutický výcvik v rodinné terapii se zaměřením na současné kolaborativní a dialogické směry (sebezkušenost, teorii, dovednosti, supervizi).

Výcvik má dvě základní větve:
●První větev je určená především pro klinické psychology, lékaře a popř. zdravotní sestry, je akreditovaná EAP a MZČR pro výkon psychoterapie ve zdravotnictví. Je určena pro 26 frekventantů.
●Druhá větev je určena pro nezdravotníky (sociální pracovníky, pedagogy, duchovní, terapeuty atd.), její kapacita je 13 frekventantů a ukončené VŠ vzdělání zde není vstupní podmínkou.

• Délka výcviku je 5 let
• Celková cena výcviku je 38 000 Kč za školní rok.
• Místo konání: Vranov u Brna
• Za výcvikový DIP team: L. Hornová, B. Pöslová, J. Peichlová, J. Adámková, M. Pilát, J. Soldán, V. Polák, R. Bořek
více na: www.dipteam.cz

Mateřství, otcovství a psychosomatika (konference)

Po pandemií vynucené přestávce se 12. konferenci Základů psychosomatického přístupu, tentokrát na téma Mateřství, otcovství a psychosomatika, uskuteční v CKP Dobřichovice 22. 1. 2022.

Opět se podařilo připravit vyváženou kombinaci přednášek a workshopů. Těšit se můžete na skvělé přednášející: Mgr. Klára Čížková, MUDr. Barbora Danielová, ThLic. Mgr. Petr Glogar, Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. Renata Léblová, PhDr. Marie Pečená, Mgr. Hana Šmejkalová, Prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc., Bc. Jitka Vanclová, Mgr. et Mgr. Jana Týkalová.

Přihlášení + další info:
https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminar/materstvi_a_otcovstvi/

Balintovská skupina

Balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP (www.psychoterapeuti.cz) pokračuje v dlouholeté tradici pořádání kontinuálních balintovských skupin určených pro lékaře, psychology a další pracovníky pomáhajících profesí.

Balintovské skupiny jsou zaměřeny na vztah lékař-pacient a vliv tohoto vztahu na profesionální působení poskytovatele na straně jedné a na příznaky, obtíže a nesnáze pacienta či klienta na straně druhé. Nejsou ani skupinami kasuistickými ani skupinami terapeutickými, jsou erudovaně vedenou diskusí o konkrétním vztahu v tzv. pomáhající profesi.

Pomáhají profesionalitu vztahu kultivovat, působí podpůrně, jsou nepochybnou součástí prevence syndromu vyhoření u profesionálů.

19. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI

V ČEM SE PROLÍNAJÍ A V ČEM SE LIŠÍ PSYCHOSOMATIKA A PSYCHOTERAPIE?

- **Termín**: 16.-18. 6. 2022, od čtvrtka 9:00 do soboty 13:00
- **Místo**: Liberec, TUL pavilon G, Studentská 2
- **Jednací jazyk**: čeština, případně simultánní překlad zahraničních přednášek

- **Pořadatelé**:
  - Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP
  - Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky PF TUL

- **Informační server** akce: www.psychosomatika-konference.cz

AKTIVNÍ ÚČAST – ABSTRAKTA

ABSTRAKTA budou přijímána elektronicky vědeckým sekretariátem akce: Chvála Vladislav: E-mail: chvala@sktlib.cz

ROZSAH abstrakta je 1800 znaků včetně mezer, bez formátování, formát souboru doc, docx, odt nebo rtf

TÉMATA PŘÍSPĚVKŮ: Psychosomatická medicína dle převažujícího jazyka jednotlivých pomáhajících profesí:

- Psychoterapeutický přístup v ordinaci lékaře a fyzioterapeuta (symptomy, diagnostika, rozhovor, edukace, intervence, kazuistiky, integrace, etika).

- Psychosomatický přístup v ordinaci klinického psychologa a fyzioterapeuta (metody, teorie, výzkum, kazuistiky, integrace, spolupráce s lékaři, týmy, etika) Psychosomatický přístup v týmu:
  - v ambulantní sféře,
  - na stacionáři,
  - na lůžkovém pracovišti.
- Výzkum v psychosomatice.
- Výuka psychosomatické medicíny u lékařů.
- Výuka psychosomatické problematiky v nelékařských oborech.

Hlavní důraz příspěvků budiž soustředěn na bio-psycho-sociálních aspekty v různých klinických oborech a na spolupráci jednotlivých resortů. Přednášky, dílny, diskusní panely. Vítána jsou témata dotýkající se filosofických, etických i duchovních aspektů psychosomatické péče, hranic, které rozdělují i spojují. Programový výbor této konference pokládá za důležitý prostor pro diskusi, počítejte s tím, prosím, při přípravě svého vystoupení.

PŘÍSPĚVKY mohou být prezentovány ve formě přednášky, posteru, workshopu nebo semináře. Přednášky budou prezentovány v plenárním jednání (30‘ + 10‘ diskuse), ostatní (20+10) dle volby programového výboru. Semináře či workshopy budou probíhat paralelně 90 minut. 5 místností se liší vybavením, je třeba dát požadavky předem. Uveďte preferovanou formu prezentace. O konečném zařazení prezentace rozhodne programový výbor na svém zasedání na základě zaslaného souhrnu. V případě přijetí potřebujeme získat fotografii a krátké CV od autorů.

- REGISTRACE NA KONFERENCI: OD 1. 1. 2022
- TERMÍN PRO ZASLÁNÍ ABSTRAKT: Do 31. 1. 2022 Po tomto termínu již nemusí být přijata žádná další práce
- INFORMACE O ZAŘAZENÍ příspěvku do programu bude autorům zaslána do: 28. 2. 2022

TÉMATA PŘEDCHOZÍCH KONFERENCÍ:

- 2006: Emoce a nemoc
- 2008: Psychosomatická praxe
- 2010: Základní psychosomatická péče. Teorie a praxe
- 2012: Psychosociální a duchovní limity biologické medicíny
- 2014: Identita psychosomatické medicíny
- 2016: Psychosomatika v klinických oborech
- 2018: Dospělý a dětský pacient v psychosomatice
- 2020: Nástroje psychosomatické medicíny
- 2022: V čem se prolínají a v čem liší psychosomatika a psychoterapie?

- Tel.: +420 485 151 398
  - E-mail: menclova@sktlib.cz
  - Informační server: www.psychosomatika-cls.cz

Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatika na Psychosomatické klinice Praha

Vzdělávání je koncipováno na dva roky a můžete jím naplnit velkou část praktické přípravy k atestaci (podle požadavků vzdělávacího programu nástavbového oboru psychosomatika).

Zahájení praktické výuky psychosomatiky plánujeme na začátek letního semestru.

Nově jsme připravili program *Nácvik dovedností*.

Každému z níže uvedených témat bude věnováno osm hodin. Výuka bude probíhat v uzavřené skupině 10-12 účastníků. Protože jednotlivá témata navazují, je třeba se závazně přihlásit na celý program 8x8 hodin (v průběhu dvou let). Cena jednoho osmihodinového (jednodenního) bloku je 1700,-Kč

Na leden 2022 je naplánován i začátek sebezkušenostní, rovněž uzavřené skupiny pro 12 účastníků. Jejímu zahájení bude předcházet vstupní pohovor každého z přihlášených s výcvikovými terapeuty.

Také v tomto případě je nezbytné závazné přihlášení na požadovaných 160 hodin sebezkušenosti (v průběhu dvou let). I zde je cena stejná, při 80 hodinách, 10 setkáních v roce, činí 17000,-. (Pro první dva semestry, tedy první rok studia je plánováno celkem 16 osmihodinových setkání - *Nácvik dovedností* + *Sebezkušenostní* skupina - celkem 128 hodin)

Volné jsou zatím i termíny *Bio-psycho-sociálního sběru dat. (dříve Časové osy)*

Nabídku dalších povinných a doporučených kurzů budeme doplňovat průběžně.

Program *Nácviku dovedností* bude rozpracovávat následující témata:

- Úvod do praxe psychosomatiky (základní koncept)
- Vedení reflektovaného rozhovoru (psychosomatického rozhovoru)
- Propojování psychologických a somatických pohledů
- Propojování a vytváření hypotéz
- Empatické naslouchání, intersubjektivita
- Sebereflektivní postoj jako předpoklad BPS uvažování
- Opouštění omnipotentního postoje, posun pacienta do role subjektu
- Fenomenologický postoj, práce se subjektivním významem
- Integrace, vytváření vlastního psychosomatického přístupu

Předběžně stanovené termíny 2022

17.9.2021	Sebezkušenostní skupina
15.10.2021	Sebezkušenostní skupina
18.11.2021	Nácvik dovedností
19.11.2021	Sebezkušenostní skupina
10.12.2021	Sebezkušenostní skupina
14.1.2022	Balintovská skupina
15.1.2022	Sebezkušenostní skupina
10.2.2022	Nácvik dovedností
11.2.2022	Sebezkušenostní skupina
24.3.2022	Nácvik dovedností
25.3.2022	Sebezkušenostní skupina
25.4.2022	Sebezkušenostní skupina
12.5.2022	Nácvik dovedností
13.5.2022	Sebezkušenostní skupina
17.6.2022	Sebezkušenostní skupina
18.6.2022	Balintovská skupina

V rámci přípravy na atestaci z nástavbového oboru psychosomatika dále můžeme v omezeném rozsahu nabídnout:

- Práci s pacientem (příjmový rozhovor / supervize)
- Stáž v Pobytovém denním stacionáři Psychosomatické kliniky
- Supervidovanou praxi (Case based Discussion) s vlastními pacienty
- Mentoring (individualizovaná integrace dovedností a znalostí)

Cena základního programu (*sebezkušenostní skupina, Balintovské skupiny, nácvik dovedností*) je 13600 Kč za semestr (27200,-Kč/ za rok). Výuka je plánována na dva roky, během kterých absolventi splní požadavek 160h sebezkušenosti, 30h Balintovských skupin, 64h nácviku dovedností.

Pro přihlášení a dotazy kontaktujte koordinátorku výuky Lenku Kejíkovou nebo Kristýnu Hejlovou na telefonním čísle: 731620200

Nebo pošlete mail na adresu: kejikova@psychosomatika.cz

LITERÁRNÍ KOUTEK

Od 1. čísla r. 2022 chceme v tomto místě uveřejňovat novou rubriku NEUVĚŘITELNÉ PŘÍBĚHY. Každý lékař, a tím spíše psycholog nebo fyzioterapeut se přece během své praxe setkává s těžko vysvětlitelnými situacemi a příhodami. Pod tlakem objektivistického a pozitivistického paradigmatu, jak o něm byla v tomto čísle řeč, se však jeho vyprávění raději vyhneme. A proto příběhy typu „O cihlářce, která vymočila víc než vypila“, nebo „O kuchaři, kterému kulový blesk připomněl vlastní porod“, jsou zapomenuty. Pokud má laskavý čtenář ve své paměti nějakou takovou příhodu, a dovede ji hezky literárně zpracovat, sem s ní! Za redakci V.Chvála

MICHAIL ZOSČENKO: JAK JSEM STONAL

ZOSČENKO M: ZPOVĚĎ A JINÉ NEPŘÍJEMNOSTI. LIDOVÉ NAKLADATELSTVÍ, PRAHA, 1978, S. 88-91

Upřímně řečeno, stůňu raději doma.

...dostal jsem se do takové zvláštní nemocnice, kde se mi leccos nezamlouvalo. Sotva nemocného přivezou, zanášejí ho do knihy přímo pod tabulkou s nápisem: Výdej mrtvol od 15 – 16 hodin. (...) Pravil jsem muži, který mě zapisoval: „Proč tady vyvěšujete takové odporné nápisy, soudruhu felčare? Nemocný člověk má stejně pramalý zájem o takovouhle četbu.“ Felčar či lékařský pomocník nebo jak mu tam říkali, byl mými slovy udiven a odvětil: „To se podívejme na pacienta – taktak

se drží na nohou a z horkosti mu div nejde pára od huby, a ještě má moc řečí a všechno by kritizoval. Jestli se váš zdravotní stav zlepší, o čemž pochybuju, tak si kritizujte, jinak vás skutečně vydáme od patnácti do šestnácti, jak to stojí černé na bílém a pak vám bude všechno jasné. (...)

Zdravotní sestra říká: „Nejenom, že je nemocný, ale ještě se zajímá o kdejakou nuanci. Vy se asi dost těžko uzdravíte, když do všeho strkáte nos." Zavedla mě k vaně a nařídila, abych se svlékl. Začal jsem se svlékat a vtom vidím, že ve vaně už nad vodou vykukuje nějaká hlava. A taky vidím, že ve vaně sedí nějaká babička, zřejmě taky pacientka.

Pravím sestře: „Kam jste mě to zavedli? Do dámské koupelny? Tady už se někdo koupá."

Sestra říká: „To je jen nemocná stará paní. Té si vůbec nevšímejte. Má vysokou horečku a na nic nereaguje. Jen se svlékejte a neostýchejte se. My zatím babičku z vany vytáhneme a natočíme vám čerstvou vodu."

Na to jí povídám: „Stará paní nereaguje, ale já třeba ještě reaguju. A mně je každopádně nepříjemné dívat se na to, co vám plave tady v té vaně." Vtom znovu přichází lapiduch a míní: „Jakživ jsem ještě neviděl takhle šťouravého pacienta. Tohle se mu, drzounovi, nezamlouvá, tamto mu leze pod nos. Prosím, vadí mu, že se tu koupe umírající stařenka. Ačkoliv ta paní má čtyřicet stupňů horečky a nic kolem sebe nevnímá a všechno vidí jako skrz síto. Pohled na vás ji rozhodně neudrží na tomto světě o pět minut déle. Ne, já jsem opravdu nejradši, když k nám pacienta přivezou v bezvědomí. Takovým aspoň nic nevadí, jsou se vším spokojeni a nepouštějí se s námi do vědeckých sporů." (...)

Můj organismus však už odolal všem chorobám, jedině těsně před propuštěním jsem onemocněl dětskou nemocí – černým kašlem. Sestřička říká: „Zřejmě jste chytil nákazu z vedlejšího křídla, kde máme dětské oddělení. Asi jste neopatrně jedl příborem, kterým jedlo nemocné dítě. A z toho to máte." Ale můj organismus se zřejmě záhy prosadil a začalo se mi dařit líp. Zakrátko jsem byl z nemocnice propuštěn. A teď stůňu doma.

Zosčenko M.: Zpověď a jiné nepříjemnosti. Lidové nakladatelství, Praha, 1978, s. 88-91

PSYCHOTERAPIE

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

www.psychoterapie.fss.muni.cz

POKYNY PRO AUTORY

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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.
Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.
Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
Literatura
Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

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

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

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení normy ČSN ISO 690: 2011. Přesnější pokyny zde: https://sites.google.com/site/novaiso690/schema-a-priklady/lnky-v-asopisech