

# PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

## Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: [chvala@sktlib.cz](mailto: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](http://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](http://www.psychosom.cz)

Uzávěrka čísla 1-2/2023 dne 1. 7. 2023, recenzní řízení bylo uzavřeno 1.7. 2023  
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. 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](http://Joomla). Zdarma dostupná na adrese [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz). Autor webu Web7master s.r.o., [www.web7master.com](http://www.web7master.com)

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace [ERIH PLUS](https://erih-plus.eu)

© [LIRTAPS](http://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 sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz). LNK archivuje všechna čísla na adrese

<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

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

**Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.**

**Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:**

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

**Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:**

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha  
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha  
 Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ  
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha  
 Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Pro mente sana, Bratislava, Slovenská republika  
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha  
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK  
 Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF  
 PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze  
 Mgr. Lucia Mazúchová, Ph.D., Ústav pôrodnej asistencie, JLF UK, Martin  
 Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze  
 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec  
 Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland  
 MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha  
 MUDr. Alena Večeřová-Procházková, MS Psychiatrie, Praha 4 - Spořilov Praha  
 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 Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko  
 Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



# OBSAH

<b>Editorial .....</b>	<b>5</b>
<i>Vladislav Chvála: A přece vyjde!.....</i>	<i>5</i>
<b>Pro praxi .....</b>	<b>7</b>
<i>Veronika Procházková: Sekundární neplodnost.....</i>	<i>7</i>
<b>Teorie .....</b>	<b>21</b>
<i>Jakub Meda! : Úvaha o poňatiach sexuality a konceptualizáciách konzumácie pornografického obsahu v kontexte partnerských vzťahov na pozadí afektívno-motivačných systémov slasti a vzťahovej väzby.....</i>	<i>21</i>
<b>Věda krátce.....</b>	<b>31</b>
<i>Že by ženy byly manipulativnější než muži?.....</i>	<i>31</i>
<i>Psychologické důsledky pandemie? .....</i>	<i>32</i>
<i>Kdy budou mít dospívající s PPP dostatečnou péči?.....</i>	<i>33</i>
<i>Předsudky k hraniční poruše osobnosti? .....</i>	<i>34</i>
<i>Jak rozumíme funkčním neurologickým poruchám?.....</i>	<i>35</i>
<i>Jak pečujeme o pacienty s funkčními neurologickými poruchami?.....</i>	<i>36</i>
<i>Jaké vzorce připoutání mají dospívající s GID?.....</i>	<i>37</i>
<i>Dobré postřehy z Wuchanu o psychosomatice?.....</i>	<i>38</i>
<b>Etika.....</b>	<b>41</b>
<i>Klára Doláková: Komplementární a alternativní medicína v českém zdravotnictví z pohledu etiky: přehled odborné tuzemské literatury.....</i>	<i>41</i>
<b>Z konferencí.....</b>	<b>56</b>
<i>Leden: Rodina a psychosomatika, 13. ročník tradiční konference základů psychosomatického přístupu v Dobřichovicích.....</i>	<i>56</i>
<i>Březen: Psychosomatická konference prvně na olomoucké akademické půdě.....</i>	<i>59</i>
<i>Duben: Vědecká schůze SPM ČLS JEP.....</i>	<i>64</i>
<i>Červen: 20 LET PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY V PRAZE.....</i>	<i>65</i>
<i>Jan Poněšický: Psychosomatika z hlediska adaptace na stres.....</i>	<i>67</i>
<b>Recenze .....</b>	<b>74</b>
<i>Vladislav Chvála: Etika plastické chirurgie? .....</i>	<i>74</i>
<b>Politika, Koncepce.....</b>	<b>77</b>



<i>Výprodej monografie psychosomatická medicína 2020: Nástroje psychosomatické medicíny .....</i>	<i>77</i>
<i>Pravidla a ceník inzerce SPM ČLS JEP .....</i>	<i>78</i>
<b>Akce.....</b>	<b>80</b>
<i>34. ČESKO-SLOVENSKÁ PSYCHOTERAPEUTICKÁ KONFERENCE 2023.....</i>	<i>81</i>
<i>Sebezkušenostní skupina .....</i>	<i>82</i>
<i>Pozvánka do Dobřichovic na 14. psychosomatickou konferenci .....</i>	<i>84</i>
<b>Literární koutek .....</b>	<b>85</b>
<i>Božidar Dosužkov: Předmluva pro Psychoanalytickou ročenku 1968.....</i>	<i>85</i>
<b>Pokyny pro autory .....</b>	<b>88</b>



# EDITORIAL



1 Z OLOMOUCKÉ PSYCHOSOMATICKÉ KONFERENCE

## VLADISLAV CHVÁLA: A PŘECE VYJDE!

Už několikrát jsme se na tomto místě zamýšleli nad smyslem vydávání nezávislého časopisu v tištěné i internetové verzi pro poměrně malou komunitu zdravotnických pracovníků věnujících se psychosomatickému přístupu v medicíně. V době, kdy většinu prací odpovídajících vědeckým kritériím odsají komerční média zaměřená na počítání citačních indexů s vysokým impakt faktorem, se může zdát taková činnost zbytečnou. Publikace v nich sice není nijak levnou záležitostí, ale bez ní by práce autorů přišla vniveč. Kdo nepublikuje (v těch správných časopisech), ten ve světě vědy neexistuje.

Bio-psycho-sociální pohled na zdraví a nemoc se už z definice dle WHO rozšířil i do některých odborností a vzali ho na milost i některé redakce, takže je dnes snazší

publikovat psychosomaticky orientované odborné práce. I když třeba jejich výzkumná (především kvalitativní) metodologie je stále někde pokládána za podezřelou ve srovnání se „solidními kvantitativními dvojité zaslepenými studii“. Proč tedy udržovat časopis, jako je *Psychosom*?

Nakonec jsme to nechali spontánnímu vývoji: bude-li dost textů, *Psychosom* vyjde. Na jaře, kdy by mělo vyjít první číslo, to ještě nevypadalo. Až začátkem července se dalo říci, že bychom byli schopni dát dohromady první dvojčíslo tohoto roku. Bez násilí na autorech i na čtenářích. A jestli vyjdou další čísla, zase bude záležet na nich. Jak jinak naplnit naprostou nezávislost a svobodu vyjadřování, kterou ovšem pokládáme za klíčovou pro oblast myšlení, kterým se zabýváme?



Pravidelně se objevují práce Pro praxi. Nejvíce jich vzniká jako atestační práce adeptů psychosomatické medicíny. Obvykle obsahují kromě vzhledu do psychosomatické praxe také pasáž o vlastní cestě k psychosomatice, kterou pokládám za velmi cennou. Bylo by škoda nechat je zapadnout jen do archivu IPVZ. Tak je to tentokrát i s textem Veroniky Procházkové.

V rubrice Teorie najde čtenář práci Jakuba Medala o sexualitě a pornografii. Na to, jak rozšířený je to fenomén, nejsou práce o vlivu pornografie na sexualitu a na partnerský život příliš časté. Medal nabízí možnost, jak tento vcelku nový fenomén (nový svou masivností a dostupností) nebagatelizovat.

Střípky z vědy obsahují tentokrát díky Radkinovi souhrny některých článků z posledního čísla L'ENCEPHALE, 1953; Vol 49-N°4- août 2023. Tento způsob výběru se mi zdá být pro dnešního čtenáře optimální. Pokud vás téma zaujme, můžete si vyhledat originál. Přidal jsem ještě souhrn studie Kasii Kozłowské a jejího týmu, která zaujala mě. Autoři si dali práci se srovnáním vzorců attachmentu u tří skupin dospívajících. Běžné bezpříznakové adolescenty porovnali s dvěma klinickými skupinami: dospívajících prezentujících genderovou dysforii a skupinou psychiatrických pacientů. Nepřekvapilo nás, že obě klinické skupiny vykazují velmi podobně narušenou vazbu (attachment) oproti zdravým dospívajícím. To by mohl být další argument pro mimořádnou opatrnost při indikaci k radikálnímu řešení narušeného tělesného schématu u dětí s tzv. gender dysforií.

Na poslední chvíli přišel redakci text od Kláry Dolákové, ve kterém se zabývá kontroverzním tématem, komplementární a alternativní medicínou (MUS) v českém kontextu. Tohle téma je problematické především pro nejasnost hranice mezi

psychosomatickou medicínou chápanou jako bio-psycho-sociální vědecky podložený přístup a alternativními či komplementárními postupy, které jsou často komerčně využívané léčitelé a zdravotnickými laiky. Obě skupiny poskytovatelů přitom spojuje podobná klientela, které obvykle nepomohla biomedicína. Doláková uvádí nesystematický přehled literatury na toto téma, a soustředí se na etická dilemata kolem nejasné hranice a nejasného využívání metod MUS v rámci běžných lékařských ordinací. Diskuse na toto téma nás patrně teprve čeká, a tady je možná její začátek.

Jak složitý je kontext psychosomatické a psychotherapeutické léčby, je dobře patrné z přednášky doc. Poněšického, kterou najde čtenář v rubrice Z konferencí. Zkušený psychotherapeut a lékař se v ní věnuje vztahu stresu a symptomu. Nejde o to, aby lékař v psychosomatické medicíně pracoval jako psychotherapeut, ale je dobré se od psychotherapeutů něco naučit a do své práce přijmout. Třeba vědomí, jak složitý proces psychotherapie je. Čtenář v této rubrice také najde zprávy z odborných akcí, a že jich bylo!

V literárním koutku je dnes vzácný text Božidara Dosužkova, který kolega Čepický našel v Památníku písemnictví z pozůstalosti Zbyňka Havlíčka. V r. 1968 měl vyjít třetí psychoanalytická ročenka, ale nevyšla. Máme příležitost uvědomit si, kolik práce za prosazováním psychotherapie a psychosomaticky už bylo vykonáno. Asi to jinak nejde: každý, kdo může, přiloží svou trochu k pyramidě, aby nakonec pevně stála a nedala se jen ta přehlédnout. Jeden každý z nás samotný nedokáže nic. Teď pojďme udržet toto nezávislé médium. Nebojte se napsat své zkušenosti, úvahy, eseje, výzkumné práce nebo recenze na knihy, které jste přečetli. A pošlete do redakce Psychosomu.

V.Ch. 17.7.2023





# PRO PRAXI



2 ILUSTRACNÍ FOTO: Z OSLAV 20 LET PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY

## VERONIKA PROCHÁZKOVÁ<sup>1</sup>: SEKUNDÁRNÍ NEPLODNOST

*„Setkáváme se s případy neobjasněné neplodnosti, u nichž jsou všechny, nebo téměř všechny v současnosti známé laboratorní ukazatele v normálu. Není vyloučeno, že také psychoterapie může napomoci překonat určitou hormonální nerovnováhu, která bývá, zejména u žen (sic!), psychologického původu. Příčina naprosté většiny případů nedostatečně kvalitních spermií je neznámá, a proto pro ně nelze v současnosti stanovit žádnou léčbu.“*

In vitro fertilizace – 200 otázek a odpovědí /6/

**SOUHRN:** Při diagnostice a léčbě neplodnosti může kromě gynekologického a andrologického vyšetření pomoci i reprodukční imunologie a psychosomatika, potažmo psychoterapie. Následující kazuistika poukazuje na omezení výše zmíněných metod, ale i na osobní terapeutické limity autorky.

<sup>1</sup> Centrum zdraví Smíchov, Klinická alergologie a imunologie



**SUMMARY: SECONDARY INFERTILITY, PSYCHOSOM 2023; 21(1-2), PP. 7-19** During the diagnosis and treatment of infertility, in addition to gynecological and andrological examinations, reproductive immunology and psychosomatic, respectively psychotherapy can also be helpful. The following case study shows the limitations of the above named methods as well as personal therapeutic limitations of the author.

## ÚVOD ANEB OD VYHOŘENÍ K PSYCHOSOMATICE

Po absolutoriu jsem působila na dětském oddělení krajské nemocnice, dále v ambulantní praxi jako klinická alergoložka a imunoložka. Změna oboru přišla v pravý čas, způsob práce mi nevyhovoval, zvyk, že se po službě nechodí domů, mě ubíjel, nebyla jsem schopná po proždělé noci odvádět adekvátní pracovní výkon. Lojalita s kolegy, kterou s odstupem vnímám jako neostrost osobních hranic, mi nedovolila po službě odejít, zůstávala jsem a cítila vztek na systém a k sobě, nedokázala jsem si prosadit a obhájit své potřeby. Zpětně hodnotím jako syndrom vyhoření po střetu snaživé, leč na realitu zcela nepřipravené absolventky a českého zdravotního systému. Řešila jsem, jestli s medicínou neskončit úplně a poohlížela se po vhodných alternativách. Řečeno spolu s MUDr. Honzákem, v účetní knize v rubrice dala se mi vršilo spáchané dobro, zatímco oddíl dostala zel prázdnotou (1). Nic z toho jsem si ale nezvědomovala a cítila únavu a ztrátu smyslu vykonávané práce.

Praxe na lůžkách mi ale poskytla první vhled do psychosomatické problematiky, pracovala jsem s několika osvětlenými lékařkami a lékaři, kteří na oddělení strávili celý profesní život, a přesto se pro ně děti nestaly pouhými pacienty a jejich rodiče trpěným doprovodem a zdrojem informací. Naučila jsem se, jak důležité je všimnout si způsobu, jakým dospělí o potížích referují, způsobu společné interakce, a přirozeně jsem začala vnímat nemoci

jako problém celého rodinného systému. Na straně druhé jsem vnímala jako problematické řešit v záplavě akutních případů chronické bolesti hlavy, břicha, únavu...kromě vyloučení organické příčiny potíží a nezbytné ordinace psychologického vyšetření, na které se pro enormní vytížení psycholožky čekalo velmi dlouho, se s dětmi dále nijak nepracovalo, maximálně se rodičům doporučilo najít si po propuštění psychologa nebo psychoterapeuta. Rozladěnost mladých pacientů a jejich rodičů přispívaly i k mojí frustraci.

Posléze jsem objevila obor, který neobjácně proklamuje, že vždy onemocní celá biopsychosociální jednotka známá také jako člověk (2). Sledovala jsem boj o zařazení mezi atestační obory a po zkoušce z imunologie se do něj zapsala. Povinné curriculum je časově i finančně náročné, ale hodnotím jej jako přínosné.

Souběžně s předatestační přípravou jsem začala rozvíjet praxi mindfulness. Když delší dobu vynechám formální meditaci, sklouznu k autopilotovi místo vědomé všímavosti, a kromě okamžiků všedního dne mi to naruší i zvládání dlouhodobých stresových situací (3). Díky všímavosti vnímám uzdravování, tedy ne léčení, *“jako možnost změnit vztah k nemoci díky tomu, že se naučíme dívat očima celistvosti, což vychází z procvičování základní schopnosti pobývat v otevřeném prostoru uvědomění, které je samo*





*spojeno s hlubokým fyziologickým a psychologickým uvolněním, stejně jako se schopností přijmout vlastní obavy, omezení a zranitelnost. Síla mindfulness spočívá v tom, že žijeme každý z okamžiků tak plně, jak je to možné, přijímáme ho takový, jaký je, a jsme plně otevřeni tomu, co přichází, tedy dalšímu okamžiku přítomnosti” (4).*

V tomto období jsem absolvovala také kurz akupunktury při IPVZ.

Spolu s otcem konceptu Nenásilné komunikace Marshalllem B. Rosenbergem můžu pouze konstatovat, že “pokud mluvčí kritizuje, odsuzuje, nebo posluchače obviňuje, jde o rozkaz. A když se někdo domnívá, že mu dáváme rozkazy, buď se jim podřídí, nebo se vzbouří” (5). Když se podíváme na mnohdy zoufalé pacienty hledající pomoc prakticky u kohokoliv, kdo jim bude ochoten naslouchat, pochopíme hlubokou pravdu předchozího sdělení. Ostatně většina z nás má ještě v živé paměti kauzu zařízení Aktip.

Jako velmi důležitou vnímám snahu výboru naší společnosti prosadit spolupráci s pojišťovny a tedy kódy. V momentě, kdy budou propláceny, přestane být tato péče do jisté míry privilegovaná, protože ne každý pacient má dostatečně erudovaného lékaře, čas nebo dostatek financí, rozvíjet adekvátně psychosociální souvislosti svých problémů. Ačkoli si mnozí, v čele s předsedou ČLK, myslí něco jiného a MUDr. Kubek se nezdráhá označit psychosomatiku za placebo.

Finanční hledisko poskytované psychosomatické péče bychom neměli pouštět ze zřetele. Při četbě atestačních prací kolegů v periodiku Psychosom jsem si uvědomila, že zatím pouze praktici srdatě střeží první linii a umožňují psychosomatický vhléd pacientům v průřezu všemi sociálními vrstvami. My ostatní máme

pacienty většinou už “předpřipravené” nebo k této práci nastavené.

Psychosomatickým konzultacím jsem se věnovala v rámci běžné ambulantní praxe, po atestaci chci svůj systém trochu pozměnit. Stanovila jsem si jako nepodkročitelné minimum běžného vstupního vyšetření hodinu a kontrolního třicet minut, zaměstnavatel mi naštěstí vyšel vstříc. V uvedeném časovém horizontu se dají oslovit psychosociální souvislosti i u pacientů, kteří přicházejí k běžnému vyšetření. U pacientů, kde neprobíhaly psychosomatické konzultace, ale cítila jsem po jejich odchodu silné emoce, a byli to tedy adepti k supervizi nebo do balintovské skupiny, jsem si zapisovala pocity a postřehy. Z této skupiny se původně rekrutovala i pacientka z prezentované kauzistiky, neboť už první setkání s ní ve mně vyvolalo silnou potřebu reflexe přenosových jevů.

Na určitou dobu jsme si “zbyly” s reprodukční imunologií, kterou jsem provozovala vedle své běžné alergologické praxe. Toto pole přímo vybízí k hledání souvislostí ukrytých za více či méně normálními laboratorními výsledky, kterých byla většina. Psychosomatickou konzultaci jsem nabízela párům, kde jsem cítila, že by nás to mohlo posunout dále, tj. ne rutinně všem.

Francouzská psycholožka a psychoanalytička Desjardins-Simon uvádí, že “neplodnost je symptom, který přináší utrpení, ovšem zrovna tak může být symptomem i plodnost (sic!). Mnozí lidé ve stavu velkého vnitřního napětí, poznamenání traumaty, v obdobném psychickém i historickém kontextu jako lidé neplodní, mohou mít hodně dětí, o které se budou starat v rámci svých vlastních nedostatků. V některých případech je tak plodnost symptomem podvědomé snahy napravit traumata vlastní historie”. Autorka předchozích slov působí přes 15 let



v centru asistované reprodukce a ukazuje, že sterilita nemusí být jen záležitostí biologickou, ale může spočívat v nevědomí jednoho nebo obou partnerů a býva spojena s rodinnou historií, s prožitky a prožíváním vztahů v raném dětství. Psychoterapie může pomoci blok uvolnit. Pro každého z partnerů jsou důležité otázky: Proč dítě chci? Jaké jsem měla v

dětství vztahy s rodiči? V jaké skupině sourozenců jsem žil? Jaké bylo její složení? Nezaulal už někdo místo dítěte? Nehrozí nějaké nebezpečí nám dvěma nebo dítěti, které by se narodilo? Rodinná historie se přenáší z generace na generaci (tajné porody, potraty, nemanželské děti, zabití dítěte) a může plodnost blokovat (6).

### *VLASTNÍ KAZUISTIKA ANEB SEKUNDÁRNÍ NEPLODNOST*

Rozlišujeme dva typy poruch reprodukce: sterilitu, tj. neplodnost, neschopnost oplodnění při pravidelném nechráněném pohlavním styku, trvající déle než rok. Sekundární neplodnost označuje stav, kdy i přes pravidelný nechráněný pohlavní styk, po dobu jednoho roku, nedochází k početí, či úspěšnému završení těhotenství porodem, i přesto, že v minulosti žena byla schopná porodit nebo počít. Dále pak infertilitu, kdy je žena schopná otěhotnět, ale není schopná donosit a porodit životaschopné dítě pro opakované potraty nebo těhotenské ztráty. Indikační kritéria k imunologickému vyšetření splňuje snaha o koncepci delší než rok. Vyšetřujeme vždy celý pár.

Zatímco v minulosti byla neplodnost vnímána hlavně jako ženská záležitost, v posledních letech se zjistilo, že příčina neschopnosti počít se vyrovnává mezi obě pohlaví. Za neplodnost páru je zodpovědný ve 40 % případů muž a ve 40 % žena. V případě zbývajících 20 % párů je způsobena kombinací faktorů u obou partnerů. Jednou z příčin poruch fertility může být u obou pohlaví porucha imunitního systému. V současnosti je popisováno několik desítek imunopatologií, které mohou vyústit ve sterilitu, případně infertilitu. Skutečnost, že se geneticky odlišný plod může úspěšně vyvíjet v těle matky, představuje jednu z největších záhad fyziologie. Reprodukční imunologie

zasahuje do charakteru, činnosti a vývoje germinativních buněk, tj. spermie a vajíčka. Zabývá se vzájemnými vztahy imunitního systému, především ve vývoji spermie a oocyty, embrya a jeho vazby na matku, a dále časnou i pozdní graviditou v podobě různých, též imunologicky podmíněných, poruch těhotenství. Sem patří např. potráčovost, preeklampsie či jiné komplikace u matky spojené se základním onemocněním, eventuálně vázané na samotnou in vitro fertilizaci. Odhaduje se, že 15 % párů s poruchou plodnosti má dysbalanci právě v imunologických reakcích a obor reprodukční imunologie má před sebou velkou budoucnost (7). Důležitý faktor je věk ženy, který proces IVF limituje, zdravotní pojišťovny se podílí na léčbě neplodnosti pacientkám mladším 40 let, tj. maximálně ve věku 39 let a 364 dní (39+). Podle novely zákona o umělém oplodnění mají ženy nárok na tři cykly umělého oplodnění a za určitých podmínek na cykly čtyři, které mohou být provedeny pouze v případě, že během předchozích výkonů bylo do dělohy umístěno pouze jedno embryo. U samoplátců je IVF omezeno pouze věkem (do 48+ let), tj. pro pacientky, které nedosáhly věku 49 let. Provedený IVF cyklus se vykazuje pouze na rodné číslo ženy, muž může s další partnerkou absolvovat další cykly umělého oplodnění (sic!).



S pacientkou J. jsem se poprvé setkala v únoru 2019 a na naše pracoviště dochází doposud. Kazuistika má demonstrovat, že kolekce biopsychosociálních dat a kontinuální zpracování přenosových jevů má

smysl, ať už pracujeme na oficiální psychosomatické konzultaci, nebo se s pacientem setkáváme v rámci běžného vyšetření. Zároveň jsou zde patrné osobní terapeutické limity.

### VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ ÚNOR 2019

První ambulantní vyšetření proběhlo standardně, odebrala jsem anamnézu, zhodnotila provedená vyšetření, sdělení laboratorních výsledků spolu s dalším plánem kontroly proběhlo telefonicky.

#### Co obsahuje běžná dokumentace:

- Žena, ročník narození 1986, astma bronchiale intermitentní, alergická rinokonjunktivitida II-V od 2003. Status praesens obj. nález zcela v normě, pouze na HKK sušší ekzematická ložiska
- RA: matka, HT, AB, matka matky + ca dělohy v.s., otec: AI thyreoiditida v.s. sourozenci: 2 sestry, pacientka prostřední, obě zdravé, děti: dcera, 2015, recidivující virózy
- FA: úlevově Ventolin inh, anamn. IKS, sezónně antihistaminika, Disp.: o
- OA: v dětství AT, TE pro recidivující KHCD, anamn. sledována na kožním pro atopickou dermatitidu, zhoršení výrazné v pubertě, v graviditě
- zvíře o, plíseň o, vlhkost vzduchu norma
- GA: 1 porod, 2015, s.c. pro nepostupující porod, abortus 2018, gravidita nondesiderata, UPT, COC neužívala a neužívá
- SA: SŠ zemědělská, VOŠ, t.č. administrativní pracovnice, sport běh, jóga, rozvedená
- Abusus: EX nikotinismus 4 roky, drogy o, káva černá 4-5 denně

- NO: Pacientka kašel občas, spíše po ránu, cca 1 x za 1-2 týdny, vazba na fyzickou aktivitu, jídlo o, alergické projevy letos zatím nejsou. Posledních cca 5 měsíců časté virózy, dcera nosí domů z MŠ, 2x ATB, dušnost, pískoty, alergické projevy, bolest na hrudi neguje, artralgie myalgie subfebrilie únava o
- Testy: spirometrie-mírná periferní obstrukce, FeNO 44 ppb, kožní testy - běžné inhalační alergeny - senzibilizace na domácí roztoče, pyly břízy, olše
- Laboratorní vyšetření: prokázán atopický terén, IgE mediovaná senzibilizace na pyly olše, břízy, hraniční elevace ANA - 1:160 IgM, ostatní bez nápadností
- Doporučení: nyní přechodně IKS, při kašli Ventolin 1-2 vdechy d.p., zapisovat datum a čas použití, do virozy/při potížích Aerius 1 tbl. denně, pravidelné ambulantní kontroly 1 x za 1/2 roku, při zhoršení kašle dříve, na výsledky laboratoře telefonická konzultace, po domluvě pacientkou objednávat na vyšetření dceru

#### Co běžná dokumentace neobsahuje: Rozhovor a přenosové jevy

Přichází usměvavá mladá žena, podáváme si ruku, má pevný stisk, to kvituji, při odebrání anamnézy se zaměřuje hlavně na dceru, nechala by ji u nás vyšetřit, má o ni strach (nemůže to být ještě něco mnohem horšího?), má pocit, že



pediatřička problém zlehčuje, nechce nic přehánět, ale ani zanedbat, bohužel se na internetu dočetla, že častými virózami se mohou ohlašovat i velmi vážné nemoci, neměla to vůbec číst. Navíc cítí vinu za rozvod, který iniciovala ona, s manželem si dlouhodobě nerozuměla, ten teď má zase novou přítelkyni, dcera je u nich zřejmě ráda, ale stejně má strach, že s rozvozem mohou dcery potíže souviset, i o tomto spojení si něco načetla.

Pacientka referuje o potížích, hlavně dcery (ne svých- ty přechází dost rychle, trpitelsky, bolestínsky), snaží se působit mile, ochotně, ale já se u toho cítím nepříjemně, připomínám si část ženské linie mé rodiny líčící problémy obdobným způsobem („na tváři lehký smích, hluboký v srdci žal“), cítím, že si držím odstup a vybavuje se mi nespočet rodinných rozhovorů na téma prezentace potíží (“tak je jí blbě nebo není?”), nemůžu se zbavit pocitu, že pacientce “blbě” není, mám chuť s ní trochu zatřást, abych protrhla mlhu jakési melancholie(?), která ji obklopuje, zároveň si silně uvědomuji, že tyto pocity nepatří jí. Je mi nepříjemně, což přebíjím přehnanou ochotou vysvětlovat výsledky provedených vyšetření a uklidňovat její obavy z mírně odchýlených hodnot, obsírně líčím i problematiku viróz u předškolních dětí, cítím tenzi vůči ní i sobě, odhaduji, že u J. převládá úzkost nepatřící pouze nynějším obtížím, kterou asi maskuje obdobně jako já.

### **Vstupní vyšetření dcery duben 2019, J. jako doprovod**

Dcera, 4 roky, status praesens i provedená vyšetření kromě lehké positivity v kožních testech na domácí roztoče v normě, provedeny laboratorní odběry, výsledky matce opět sděleny telefonicky.

### **Rozhovor a přenosové jevy**

Pacientka sděluje, že má přítele a je spokojená, ale zároveň smutně pronáší „za všechno se platí“ („co to má jako být?“).

Podivuji se v duchu, proč má tendenci mi toto sdělovat, nechápu souvislost s dnešní návštěvou, vzápětí se ale stydlivě s mírným koketním úsměvem (úklonem hlavy na stranu mi připomíná lady Dianu a napadá mě, že se ke mně vztahuje jako Lady Di k otravné novinářce, kterou ale potřebuje) ptá, zda by se mohli objednat na reprodukční imunologii, dočetla se o této možnosti na našich webových stránkách, snaží se o dítě a u ní je všechno v pořádku, jak jí sdělil gynekolog, prý maximálně podpoří medikamentózně ovulaci. Podivuji se proč, pokud ovulaci má, pacientka sama neví, ale pan doktor to říkal, partner se ale o početí pokoušel s předchozí partnerkou mnohem déle a nepovedlo se. Nyní zřetelně cítím své odtažení se od ní jako sevření na hrudníku, podoba s částí mé rodiny se tentokrát hlásí i přehnaným respektem před autoritami, když mluví o svém gynekologovi. Souhlasím, i když se mi nechce kontakt s ní nějak významně rozšiřovat („už jsem přijala do péče dceru, teď ji navíc budu mít i na reprodukční imunologii“). Mé pocity zlepšuje právě dcera, milé spontánní dítě, vypráví mi, že i její kamarádka byla u doktora, takže ona se nebojí, navíc jí máma všechno vysvětlila, co se bude dít, a četly si spolu knížku, jak takové vyšetření probíhá. Pediatřička se ve mně nezapře, rozhovor s dítětem si užívám, oceňuji, jak matka holčičku na dnešní návštěvu připravila a jak spolu uvolněně komunikují, což je v ostrém protikladu převládající neurčité staženosti, kterou nadále vnímám ve vztahu ke mně. Konečný pocit z dnešní návštěvy je nakonec mírné těšení se na další společnou práci.

### **Reprodukční imunologické vyšetření červen 2019**

Přichází k vyšetření s partnerem, L., 44 let, snažil se o početí i s předchozí partnerkou, necelé čtyři roky, ale nepodařilo se, vyšetření žádná nepodstoupili, partnerka je odmítala, chtěla nechat na





přírodě, on by i k lékaři šel, ale podřídil se. Rodinná i osobní anamnéza vzhledem k důvodu návštěvy bez nápadností, objektivní nález zcela v normě.

Domlouváme se opět na telefonické konzultaci výsledků, tyto za 4 týdny sděleny.

V reprodukčním imunologickém panelu pacientky mírně snížené AMH, tj. antimülleriánský hormon, který je u žen produkován granulózovými buňkami vaječníků, řídí proces dozrávání vajíček a jeho hladina přímo souvisí s jejich počtem. Podle množství v krvi se dá odhadnout, kolik vajíček ženě ještě zbývá a jakou má šanci na přirozené početí, nebo kolik se povede získat vajíček při IVF.

Reprodukční imunologické vyšetření muže včetně spermioqramu je vzhledem k anamnéze-pro mě překvapivě-zcela v normě.

### **Rozhovor a přenosové jevy**

J. působí vedle partnera uvolněně, připomíná mi to návštěvu s dcerou, možná se s určitou ambivalencí vztahuje pouze ke mně? K autoritám? Nevím. L. působí vůči pacientce ochranně, galantně, zcela jistě k tomu přispívá i fyziognomie páru, kdy grácilní žena a vyšší robustnější muž tvoří na první dojem kompatibilní jednotku, oba jsou navíc hezcí lidé, mají pevný stisk ruky a dobře udržují oční kontakt, mám z nich pocit harmonie a stability. Když L. referuje anamnézu, je patrné zaváhání při popisu rodinné situace, byl jedináček, rodiče se rozvedli, otce už mnoho let neviděl, takže neví, jestli se s něčím léčí, má tři nevlastní sestry, v dětství viděl občas jednu, nejstarší, prostřední jej nedávno kontaktovala na sociální síti, ráda by se sešla, ale on váhá. (Měl L. v dospívání mužský vzor, ke kterému by se mohl vztahovat? Souvisí toto s neplodností, která se objevuje už ve druhém dlouhodobém vztahu?)

Posléze probíráme detailně gynekologickou anamnézu, hormonální antikoncepci nikdy nebrala, takové svinstvo, doufá, že ji nebude brát ani její dcera, jakoby mimoděk dodává, že její matka kromě tří porodů prodělala snad dva potraty, sestra jí říkala, že nebyla pokaždé těhotná s jejich otcem, ale ona přesně neví, a ani po tom nebude pátrat, ještě by se dozvěděla něco, co nechce vědět, matky se na to nepatla, rodiče se stejně rozvedli, možná ty potraty měla s mužem, se kterým pak dlouho žila, nevíme. Nonverbálně působí, že této informaci připisuje velký význam, ale nedoptávám se dál, v tuto chvíli mi informace stačí, a hlavně nás už tlačí čas. („Za tolik let se nezeptala? To ji to nezajímá? Jsou si vážně tak vzdálené, jak to působí?“ Cítím nepochopení, pro mě důležitá informace z rodinné historie). Loučíme se, sdělím výsledky telefonicky. Rychle si dopisují postřehy, v ideálním případě bych teď potřebovala další hodinu k utřídění myšlenek, ale jsem vděčná za časový prostor, většina kolegů tento luxus nemá.

Za čtyři týdny dle domluvy páru telefonicky sdělují výsledky, nabízím, že by byla možná psychosomatická konzultace. Rozmyslí si to, J. se ozývá cca za 3 dny a objednává se, partner už přijít nechce, což mě vlastně mrzí, myslím si, že bych si s ním rozuměla lépe než s J., cítím lehké podráždění a spekuluji, co ho k rozhodnutí vedlo. (Nesedla jsem mu coby lékařka? Je v tom něco osobního? Nebo se jen nechce „přehrabovat“ v osobní historii? Jaké obrany nemají být prolomeny?)

### **Psychosomatická konzultace-časová osa září 2019**

Scházíme se už při čtvrtém typu setkání, atmosféru vnímám jako uvolněnou, přátelskou, možná mi už důvěřuje, možná se cítí při očekávaném probírání psychosociálních souvislostí svého životního příběhu svobodněji než při líčení “somatických hrůz”, možná si ode dneška slibuje



určitý posun, možná si tento posun přeji hlavně já. Vysvětluji situaci a své momentální kompetence, domlouváme se zatím na jednom sezení, rozmyslí si, zda bude chtít potom pokračovat dále, v současné době nabízím sezení maximálně tři. Souhlasí, něco si už o vlivu psychiky na početí četla, připouští, že je to možné, s první dcerou otěhotněla téměř ihned, nechápe, proč to nyní nejde, v tomhle partnerství je mnohem spokojenější, než byla v tom předchozím, asi hraje roli i věk, ale že by podvědomě dítě nechtěla, se jí nezdá, ani to na ni neseď.

### Časová osa

1986

Pacientka narozena jako druhé dítě v rodině, prostřední ze tří dcer, tři sestry prostě, směje se, otec si asi přál syna, ale moc neví, v rodině toto nebylo zase tak silné téma, spíš to jen tak cítila, navíc otec měl starší sestru jako takového kluka, který přebírá štafetu („no tak to bylo téma a pěkně velké!“), měla špatné kyčle, musela mít široké balení a často chodit na kontroly, matka se bála, protože sama měla tak pěkné nohy, tak aby její dcera mohla jednou nosit minisukně, taková hloupost, to ona by u vlastní dcery neřešila, stav se pak upravil, kyčle v pořádku.

Předškolní věk

Hodně chybí ve školce, často nemocná, jednou byla i v nemocnici, kde se jí dost stýskalo, narodila se nejmladší sestra, pamatuje si, jak žárlila, umírá babička, matka matky, asi na rakovinu dělohy, přesně neví, hodně krvácela, doma byli všichni smutní a plakali, děti nemohly na pohřeb, ale ona by bývala šla, babičku měla ráda.

1996

Rodiče se rozvádějí, matka má přítele, kolegu z práce, zřejmě s ním byla už delší dobu, opakuje informaci z minulě

návštěvy, že matka kromě porodů prodělala asi i dva potraty, s kým to asi byla těhotná, ale předpokládá, že s J., jejím přítelem, vůbec by se nedivila, pacientka se snažila s ním vycházet, ale bylo to těžké, neměla ho ráda, četla rozhovor s Terezou Brodskou a pocity, které popisovala, když její matka žila s Jaromírem Hanzlíkem, měla přesně i ona, lépe by to neřekla, bývá opět často nemocná, je pak ráda sama doma, všichni odejdou, je prázdný byt a ona má klid, mají společný pokoj všechny tři holky dohromady, což není nic moc, ani jedné to nevyhovuje, ale nejde to jinak („syndrom prostředního dítěte?“)

ZŠ, SŠ

Eskalující hádky s matkou, nesnáší jejího přítele, matka chce, aby mu děti říkaly tatínku, vybavuje si strach, že bude mít matka s přítelem další děti, mluvilo se o tom, ale neměli, přitom byla tolikrát těhotná, s otcem se vídá i někdy v týdnu, má novou přítelkyni, ta je fajn, starší než otec, má dvě děti, se kterými kamarádí, ale postupně se s otcem vídat přestala, měla hodně svých zájmů, prostě to nějak vyšumělo a on se taky s kontaktem nepřetrhl, nejvíc se s ním vídala a asi pořád vídá nejstarší sestra, nejmladší ani moc ne, ta je takový matčin mazánek („rodiče jsou tedy rozebraní a vytižení dětmi i novými partnery, koho má ona?“)

2002

První vážná známost, takže moc neřeší matku a sestry, matka se v té době rozchází s přítelem, jí je to celkem jedno, stejně ho neměla ráda („nedokončená separace a překotný únik od původní rodiny, jak to asi se separací vypadalo v předchozích generacích?“)

2005

Po maturitě řeší, kam dál, jestli VOŠ, nebo VŠ, teď si říká, že měla zkusit VŠ, tu





má její otec i starší sestra, ale moc si nevěřila, podala tam přihlášku, ale na přijímačky nakonec nedorazila, protože se večer předtím hrozně opila, stejně by to asi nezvládla, není tak chytrá jako starší sestra („vážně tam byla úplně sama“)

2005-2009

Studium na VOŠ, šťastné období, na privátu, ale už tehdy řešila, že chce vlastní byt, nechápala, že její vrstevníci neřeší, nechtěla se už vracet moc k mámě, s tátou se vídala strašně málo, má hodně přátel, večírky, brigády, už rodiče nepotřebuje („pseudonezávislost?“)

2009–2013

Nastupuje do práce, velký podnik, užívá si to, mnohem více peněz než na škole, pronajímá si garsonku, dvě vážnější známosti, druhá její bývalý manžel, na škole i později v práci s naprosto minimálními astmatickými a alergickými obtížemi („proč si teď vzpomněla na alergické potíže?“)

2014

Svatba, moc si to všichni užili, taková velká party, byli tam oba rodiče a zvládli i sedět vedle sebe, to ji potěšilo, pozvala i bývalého přítele svojí matky J., z toho měla dobrý pocit, že ona zvládla pozvat ho a on přišel („plánuje teď svatbu s L.“?)

2015

Velmi traumatický porod, nepostupoval, byla hodně vyčerpaná po třech dnech kontrakcí, krvácela, prosila o provedení císařského řezu, ke kterému nakonec pro alteraci ozev přistoupeno, ale při operaci samotné slyší operátora říkat, že to není skutečný porod, mrzí ji to, ale matka i starší sestra jí říkají vlastně to samé, má pocit, že selhala v tak důležité věci („ne-napadá mě teď moc horších věcí, co mohla máma i doktor říct, nezpracované porodní trauma?“)

2015–2017

Po porodu se citelně zhoršily vztahy s manželem, doma jí nepomáhal s malou ani s domácností, byla na vše sama, neměl čas, nebo spíš se s ní nechtěl bavit o problémech, postupně už s ní nemluvil vůbec, stupňující se hádky a napětí, manžel má milenkou, když na to přišla, nebyla co řešit, o rozvod požádala ona („historie se opakuje“)

2017

Rozvod, nemohla za něj, ale stále vnímá jako svoje velké selhání

2018

Otěhotněla po krátké známosti, dá se říct, že to byl pouze „úlet“, podstupuje potrat, otci dítěte nic neříká, byl nezodpovědný, nedovede si představit s ním být, dodnes si vyčítá, cítí, že to byl chlapec, možná nemůže mít nyní dítě kvůli trestu za interrupci, dělala si i rituál rozloučení, s kamarádkou, má pocit, že trochu pomohlo („tak to už je trochu moc věcí, které mohou další těhotenství blokovat“)

2018

Začíná se vídat s manželem své dobré kamarádky, to je L., se kterým je dosud, ani neví, jak se to seběhlo, neplánovala to, po několika měsících ji překvapuje, že z manželství kvůli ní odešel, děti L. a bývalá kamarádka neměli, ale dlouho se prý o ně snažili, kamarádka a ještě docela dost dalších lidí se s ní přestává bavit (ozývá se rozvod mých rodičů a vnitřní hlas se ptá „divíš se?“), je z toho smutná, matka se na ni delší dobu také zlobila, zato starší sestra je na koni, ta si žije své pohádkové manželství a má dokonalé děti, J. asi pohrdá, mladší to moc neřeší, bere věci, tak jak jsou, to má asi od otce. Je poprvé v partnerském vztahu opravdu spokojená, ale vyčítá si to, opravdu hodně, ta neplodnost bude určitě trest, nediví se tomu



(„může to souviset, ale je tu spousta dalších věcí“)

#### Zhodnocení časové osy

Pacientka při úvaze nad časovou osou opět sděluje své přesvědčení o trestu. Nebo si snad nemyslím, že nynější neplodnost může být trest za potrat nebo nevěru? Domnívám se, že záleží hlavně na smyslu, který těmto okolnostem přiřazuje ona sama. Nastiňuji, že jsou tu i další četná témata, která se můžou k jejímu problému vztahovat, po chvíli rozhovoru se opatrně snažím nadnést možnost psychoterapie, pacientka rázně odmítá,

#### HYPOTETIZOVÁNÍ

Stále očekává trest, jako by měla připravený scénář, kde k jakékoli nedobré věci najde příčinu ve vlastním trestuhodném chování... neplodnost jako cena za to, že přebrala partnera kamarádce? Uvázla v roli oběti, uvědomuje si, že nikdo není obětí tady a teď, ale že si přehrává scény, které se naučila hrát v bolestné minulosti (9)? Položila si otázku, zda má zpracovaný vlastní potrat, proč se vyhýbá dialogu s matkou o těch jejích, jedná se o obranu? Desjardins-Simon opakovaně uvádí, že *„následky interrupce nebo spontánního potratu často zanechají pocity viny a může následovat neplodnost jako splátka dluhu“* (6). Co vůbec vztah s matkou, když ten *„je v dyádě s dcerou vždy zatížen určitou ambivalencí, a i zdánlivě nekonfliktní a radostný vztah není ušetřen rozporů“*, natož tady (10)? O otci se po rozvodu příliš nezmiňuje, mohla za těchto podmínek vůbec být dokončena separace od rodičů a proběhnout zdárný sociální porod? Otázkou je působení mužského vzoru i u jejího

myslela, že bude stačit sezení u mě, neví, co by na psychoterapii řešila, protože problémy má každý, podobně to mají i její kamarádky, které otěhotní vždycky téměř ihned. Chápu, pokud by se rozmyslela, můžu jí dát kontakt na velice empatickou psychoterapeutku. J. až přehnaně zdvořile odmítá, cítím z ní rozladěnost, což je koneckonců i můj pocit. Loučíme se, nad časovou osou se ještě zamyslí, jestli tam nebylo něco užitečného pro ni. Dále navrhuji možnost samostudia, pokud bude chtít, mohu jí doporučit knihy s touto tematikou, zmiňuji se o působení literatury nebo filmů na problémy, které v životě řešíme, pacientka si promyslí. /8/

partnera, stálo by za to pokusit se zapojit do hry “otcovskou moc” k dokončení separace u obou a tím otevření prostoru k možnosti reálného fyzického těhotenství (11, 12)? Je zde naznačena rivalita se starší sestrou, jak se cítila jako prostřední dítě? Obě sestry měly, zdá se, v rodinné hierarchii pevnější postavení než ona, starší inklinovala k otci, mladší k matce, ke komu se mohla vztahovat, kam patřila? U sekundární neplodnosti přichází jako první na přetřes otázka postavení každého z partnerů mezi sourozenci v původní rodině (6). Zmiňuje se letmo o smrti babičky, o dalších lidech z této generace ne, může se jednat o určitou formu transgeneračního přenosu? Často se *„až ve třetí generaci projeví ty nejzávažnější následky toho, co nesmělo být v historii rodiny před dvěma generacemi vysloveno a symbolizováno“* (6;13). Mohla vzhledem k situaci v primární rodině navázat zralý a zdravý vztah, jak umí bránit a prosazovat své potřeby (14)?



## AMBULANTNÍ KONTROLY 2020

Na jaře 2020 telefonicky sděluje, že je těhotná, gynekolog jí nasadil léky k podpoře ovulace, předtím byla na akupunkturu, tak těžko říct, co z toho pomohlo. Cítím opět jisté rozladění, mrzí mě, že jsem možná možnost dalších psychosomatických konzultací vzdala příliš brzy. Na psychoterapii pacientka nebyla a nezvažuje ji, měla jsem být ve vyjádření nabídky opatrnější, možná domluvit ještě druhé sezení, počkat? Očekávala jsem satisfakci v podobě těhotenství, „ale až po zahájení psychoterapie”.

## ZÁVĚR ANEB OTÁZKY ZŮSTÁVAJÍ

S rozvojem moderní reprodukční medicíny se léčba sterility stává samostatnou vědní oblastí v rámci gynekologie. Přes vědomou touhu po dětech mohou nevědomě existovat obavy z těhotenství, porodu, života s dítětem, často má dítě také zvyšovat hodnotu vlastní role v rodině nebo dávat životu smysl. Jako užitečná se ukazuje otázka „K čemu potřebujete dítě?”, za předpokladu, že se nenecháme odbýt odpověďmi jako „Dítě přece k životu patří” nebo podobnými úniky. Bylo by přínosné, pokud by už na začátku léčby byla provedena psychodiagnostika, a ne až na jejím často neúspěšném konci. Vliv prostředí a nervového systému může působit na hormonální prostředí nebo vytvářením svalových křečí také na vejcovody. Diagnóza psychosomatické sterility by neměla být diagnózou per exclusiōnem, ale měla by být spojována s orgánovými nálezy. Nabízí se otázka, zda je dobré prolamovat operativně či invazivně nevědomou obranu těhotenství místo toho, aby byl poskytnut čas pro kauzální psychoterapii (15).

U J. je patrný kromě nedokončené sociální separace, nezpracovaného porodního traumatu a potratu i motiv trestu,

Vzhledem k astmatu v graviditě a jeho zhoršení v předchozím těhotenství si domlouváme pravidelné ambulantní kontroly. Až na přechodnou hypertenzi, která je medikovaná na interně, je pacientčino těhotenství zcela fyziologické. Možnost psychoterapie ještě oslovím, ale J. už nevidí důvod, je přece těhotná. Nynější méně časté kontroly působí proti rozvoji výraznějšího přenosu i protipřenosu. Mezitím odcházím na mateřskou dovolenou, kolegyně mi sděluje, že J. porodila zdravého syna, zdravotní stav její i starší dcery je kompenzovaný.

kterého se obává, a proto tento pomyslný bič třímá v ruce sama, vyhýbání se zodpovědnosti za svůj život, tj. vlivu na to, jak bude žít, a ne pouhé rekce, co život přinese (16). Už Dostojevskij upozornil, že i biblické „Miluj bližního svého jako sebe sama” bychom měli chápat obráceně, v tom smyslu, že člověk může bližního milovat jen tehdy, když miluje sám sebe. Pregnantněji vyjádřil později stejnou myšlenku Marx (Groucho, ne Karel): „*Ve snu by mě nenapadlo vstoupit do klubu, kde přijímají takové lidi, jako jsem já,*” (17).

Problematické (v tomto případě poněkud předčasné) se mi jeví podání léku na indukci ovulace, když se dle ústního sdělení pacientky o anovulaci nejednalo, ale nejsem gynekoložka. Další otázka je možnost psychoterapie, s vhodným načasováním možnosti další terapie bychom měli být v poklidu srozumění já i pacient, a to v tomto případě nenastalo (18).

Na prezentaci kazuistiky jsem demonstrovala výtěžnost sběru biopsychosociálních dat, ať se jedná o oficiální psychosomatickou konzultaci, nebo ne, a kontinuální zpracovávání přenosových jevů.



Na začátku vnímám svou tenzi a odtažnost nad prezentací pacientčiny potíží (můj vnitřní hlas popudlivě komentuje: „Stejná trpitelka jako moje teta a sestřenice! Vždyť se zase až tak nic hrozného neděje!“). V průběhu terapie k ní postupně nalézám cestu, kvituji její komunikaci s přítelem a dcerou („možná se takhle vztahuje k autoritám nebo doktorům, příjemná maminka a partnerka“), i když mě má hypotéza přehnaného respektu k autoritám zároveň rozčiluje („celá moje babička, co řekne doktor a navíc chlap, je svatý, haló, zamyslete se také nad svým názorem“).

Poté, co nad časovou osou vyvstává celá řada témat, která mohou souviset s neplodností a mají být podle mě zvědoměna a zpracována, cítím své terapeutické limity a namísto vděku, jak trefně odhaduji vlastní schopnosti a na jak šikovnou terapeutku předávám kontakt, se mi dostává odmítnutí, zároveň jsem si tím zavřela dveře k možnosti další psychosomatické práce. Poté, co pacientka otěhotní, a stále nechce psychoterapii zahájit, cítím rozčarování nad tím, že připisuje úspěch Clostilbegytu ke stimulaci ovulace, kterou zřejmě má („vždyť jsem to vysvětlila tak jasně, a ona si ty léky stejně nechala napsat“) a akupunkturu („to jsem mohla píchnout taky, k čemu mi ten aku kurz jinak byl“). Ve skrytu duše očekávám

satisfakci za odvedenou práci, čekám na potvrzení své domněnky, že za otěhotněním mohla být i posílená pacientčina introspekce vztahů v původní rodině a maladaptivního schématu (negativní jádrové přesvědčení o sobě coby trestuhodné oběti, korekce vztahování se k problematickým činům v minulosti).

Opakovaně reflektuji své emoce a krotím očekávání zlepšení pacientčiny introspekce, uznávám její volbu a koriguji vlastní nenaplněná očekávání („zvědomit, zpracovat a až pak otěhotnět, takhle zůstává zátěž do budoucna“).

Na závěr ocituji MUDr. Honzáka, neboť „*Harvardův zákon z Murphyho souboru nám říká, že za přísně kontrolovaných tlakových, tepelných a dalších fyzikálních podmínek se živý organismus chová, jak ho to zrovna napadne. Stresující zátěž, kterou někdo snese bez mrknutí oka, může druhý považovat za zničující, z přijaté a platné definice bolesti plyne, že ta je vždy subjektivní a její intenzitu tudíž nemůže posoudit nikdo jiný než její nositel, a na vyvolané emoce nelze žádnou normu nasadit. V každém jednotlivém klinickém případě musíme uvažovat o jedinci a jeho individuální reaktivitě, pochopitelně na pozadí obecnějších zákonitostí*“ (19).

## Poděkování

*Poděkování patří školitelce a supervizorce MUDr. Aleně Večeřové Procházkové, MUDr. Radkinu Honzákovi, MUDr. Vladislavu Chválovi, PhDr. Ludmile Trapkové, prof. MUDr. Haně Papežové a všem pro věc zapáleným lékařům, které jsem v průběhu absolutoria potkala. Dětem, které jsou můjmi největšími učiteli, jakkoli na mém vzteku stále pracujeme, ale ony pro mě mají jistě ještě mnoho lekcí zenového klidu v zásobě.*

*Pacientce J., která souhlasila se zveřejněním svého životního příběhu, ostatním statečným pacientům a mým spolupracovníkům.*

Veronika Procházková <vprochazkova@post.cz>



*POUŽITÁ LITERATURA*

1. Honzák, R.: Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření, Grada, 2018
2. Danzer, G.: Psychosomatika, Portál, 2010
3. Williams, M., Penman, D.: Všímavost, ANAG, 2014
4. Kabat - Zinn, J.: Život samá pohroma, Jan Melvil Publishing, 2016
5. Rosenberg, M. B.: Nenásilná komunikace, Portál, 2016
6. Desjardins - Simon, J., Debras, S.: Nevědomé příčiny neplodnosti, Portál, 2015
7. Synlabinier, Reprodukční imunologie - laboratorní vyšetření, 2019
8. Gjuričová, Š., Kubička, J.: Rodinná terapie, Grada, 2009
9. Petitcollin, Ch.: Oběť, kat a zachránce ve vztazích a komunikaci, Portál, 2008
10. Poncet - Bonissol, Y.: O matkách a dcerách, Portál, 2015
11. Trapková, L., Chvála, V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, 2009
12. Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapie a teorie jin-jangu, Portál, 2008
13. Tenenbaum, S.: Deprese, odkaz předků, Portál, 2018
14. Rohr, H. - P.: Závislé vztahy, Portál, 2016
15. Tress, W., Krusse, J., Ott, J.: Základní psychosomatická péče, Portál, 2008
16. Maté, G.: Když tělo řekne ne, PeopleComm, 2019
17. Watzlawick, P.: Úvod do neštěstí, Portál, 2010
18. Yalom, I.D.: Chvála psychoterapie, Portál, 2012
19. Honzák, R.: Psychosomatická prvouka, Vyšehrad, 2017







# TEORIE



3 ILUSTRÁČNÍ FOTO: „TELL ME ABOUT LOVE“. WORDS AND MUSIC BY BERT PAGE. 1929

## **JAKUB MEDAL: ÚVAHA O POŇATIACH SEXUALITY A KONCEPTUALIZÁCIÁCH KONZUMÁCIE PORNOGRAFICKÉHO OBSAHU V KONTEXTE PARTNERSKÝCH VZŤAHOV NA POZADÍ AFEKTÍVNO-MOTIVAČNÝCH SYSTÉMOV SLASTI A VZŤAHOVEJ VÄZBY**

### ABSTRAKT:

Tento článok vychádza z neurovedou popísaných afektívno-motivačných systémov slasti a vzťahovej väzby. Miera ich vzájomného (ne)prepojenia v rámci partnerských vzťahov súvisí aj s výchovou, resp. vzormi, ktoré deti mohli vidieť u svojich rodičov. V kontexte popísaných afektívno-motivačných systémov sa autor zamýšľa nad evolučným významom slasti, poňatiami sexuality či konceptualizáciami konzumácie pornografického obsahu. Poňatia sexuality sa odvíjajú od evolučného významu slasti – ústredným motívom sexuality v poňatí jednotlivca je slasť ako primárny cieľ, oproti tomu u sexuality v poňatí vzťahovom je slasť sprievodným efektom. Tento v riadku napísaný zdanlivo zanedbateľný rozdiel hrá v reálnom živote veľkú rolu v tom, do akého prostredia a s akým psychickým nastavením je rozhodnutím dvoch dospelých ľudí privedený na tento svet nový život a tiež aké vzory mu budú nastávajúci rodičia schopní predať. Ďalej autor ponúka dve konceptualizácie konzumácie pornografie a zamýšľa sa nad jej problematickosťou, pričom veľmi zjednodušene



prvá konceptualizácia vychádza viac z liberálnejšieho psychiatricko-sexuologického naratívu v kontexte biomedicínskeho modelu a druhá z konzervatívnejšieho psychodynamického a spirituálneho naratívu v kontexte biopsychosociospirituálneho modelu.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** afektívno-motivačné systémy, konzumácia pornografického obsahu, partnerské vzťahy, slasť, teória vzťahovej väzby

**ABSTRACT:** REFLECTION ON THE CONCEPTS OF SEXUALITY AND CONCEPTUALIZATION OF THE PORNOGRAPHY USE IN THE CONTEXT OF ROMANTIC RELATIONSHIPS ON THE BACKGROUND OF AFFECTIVE-MOTIVATIONAL SYSTEMS OF LUST AND ATTACHMENT. PSYCHOSOM 2023; 21(1-2), PP. 21-28

This article is based on neuroscience described affective-motivational systems of lust and attachment. The degree of their mutual (dis)connection within romantic relationships is primarily related to upbringing, or role models that children could see in their parents. In the context of the described affective-motivational systems, the author reflects on the evolutionary meaning of lust, concepts of sexuality and conceptualizations of pornography use. Concepts of sexuality are derived from the evolutionary meaning of lust – the central motive of sexuality in the concept of the individual is lust as the primary goal, on the other hand, in the concept of sexuality in the relational concept, lust is an accompanying effect. This seemingly insignificant difference written in the line plays a big role in real life in what environment and with what psychological setting a newborn is brought into this world by the decision of two adults, and also what patterns future parents will be able to mediate. Furthermore, the author offers two conceptualizations of pornography use and reflects on its problematic nature, while the first conceptualization, very simply, is based more on a more liberal psychiatric-sexological narrative in the context of the biomedical model, and the second on a more conservative psychodynamic and spiritual narrative in the context of the biopsychosociospiritual model.

**KEY WORDS:** affective-motivational systems, attachment theory, lust, pornography use, romantic relationships

## ÚVOD

Konzumácia pornografického obsahu ako jeden z prejavov sexuálneho správania má svoje súvislosti s kvalitou partnerských vzťahov, čomu odpovedá aj množstvo štúdií zaoberajúcich sa touto témou. Premenných, ktoré hrajú rolu v potenciálne negatívnych asociáciách konzumácie pornografického obsahu s partnerskými vzťahmi je mnoho a existuje snaha o definíciu tzv. „Problematickej konzumácie pornografického obsahu“ = „PPU -

problematic pornography use“ (Böthe et al., 2020b). To implikuje, že existuje „hranica problematickosti“ a časť konzumácie pornografického obsahu je problematická a časť neproblematická. V tomto článku sa na oblasť konzumácie pornografického obsahu autor díva z pohľadu evolučnej biológie a z nej vychádzajúcej teórie vzťahovej väzby na pozadí moderných neurovedeckých poznatkov a je v porovnaní s hlavným prúdom



biomedicíny kritickejši k fenoménu konzumácie pornografického obsahu. Myslím si, že potenciál problematikosti konzumácie pornografického obsahu je o dosť väčší než čo by spadalo pod vyššie uvedený pojem „problematická konzumácia pornografického obsahu“ - ktorá predstavuje významné narušenie života pornografiou v oblasti rodinných či pracovných vzťahov a reflektuje závislostný charakter konzumácie. Podľa štúdie Böthe et al. (2020b) konzumuje pornografiu neproblematicky (nízko či vysokofrekventne) 92 – 97 % užívateľov. To je v rámci už zmieneného závislostného modelu, ale konzumácia pornografie môže ovplyvňovať jedincov i páry aj na „jemnejšej“ úrovni, ako bude popísané nižšie. Ide teda o iný pohľad ako na samotnú existenciu pornografie a jej normalizáciu

versus jej vnímania ako symptómu, tak i na šírku spektra možností, akými môže konzumácia pornografického obsahu priňašať do života komplikácie – či už jej závislostným charakterom, (ne)schopnosťou vytvárať či udržiavať partnerské vzťahy alebo deformovaním a redukovaním vnímania ľudských bytostí na „kusy mäsa“.

V článku sa pojednáva o afektívno-motivačných systémoch slasti (sexuálnej túžby) a emocionálnej vzťahovej väzby (tiež systém panika/žiaľ), ich vzájomnom (ne)prepojení, o poňatiach sexuality a o dvoch konceptualizáciách konzumácie pornografického obsahu v kontexte týchto neurosystémov a o význame zdravej partnerskej sexuality pre rodiny.

#### *ZÁKLADNÉ AFEKTÍVNO-MOTIVAČNÉ SYSTÉMY A TRI ÚROVNE PSYCHICKÝCH PROCESOV V KONTEXTE VÝCHOVY DETÍ A DUŠEVNÉHO ZDRAVIA*

Systém slasti je podľa Pankseppa a Biven (2021) jedným zo siedmich afektívno-motivačných systémov (spolu so systémami vyhľadávania, zlosti, strachu, starostlivosti, paniky/žiaľu = systém vzťahovej väzby a hry). Tieto vývojovo veľmi staré emocionálne systémy sú u všetkých druhov cicavcov podobné a topicky sú lokalizované pri stredovej línii – teda v hĺbke mozgu - v subkortikálnych oblastiach mozgu – v strednom mozgu (mesencephalon) s periakvaduktálnou sivou hmotou, v medzmozgu (diencephalon) s thalamom a hypothalamom a vo vyšších oblastiach mozgu s tradičným názvom limbický systém, ktorý zahŕňa amygdalu, hipokampus, bazálne gangliá, cingulárnu kôru, kôru inzuly či oblasť septa. Toto je neuroanatomický základ našich cicavčích základných emócií v „surovom stave“ – tzv. inštinktívne emócie primárneho procesu. Sekundárne psychické procesy zahŕňajú široké spektrum

mechanizmov učenia a pamäti, sú „nad“ (myslené topicky v rámci usporiadania CNS a vývojovo mladšie) inštinktívnymi emóciami primárneho procesu. Existuje predpoklad, že primárne aj sekundárne psychické procesy sú nevedomé. „Najvyššie“ – v neokortexe je lokalizovaný neuroanatomický základ pre bohaté spektrum vyšších mentálnych procesov – rôznych kognitívnych úvah či procesov umožňujúcich reflektovať aj na vedomej úrovni (napr. premýšľať o vlastnej smrti, prežívať komplexnejšie emócie súvisiace s učením - vinu, hanbu či zášť) – terciárne psychické procesy či sociálne emócie. V detstve dominujú inštinktívne emocionálne odpovede primárneho procesu a je náročnou úlohou rodičov poskytnúť svojim deťom takú výchovu (vzor), ktorá umožní zdravý rozvoj vyšších mentálnych procesov – teda vyvážené spolupôsobenie sekundárneho a terciárneho procesu s vplyvmi primárneho procesu na



mentálny život. Keď výchova neprebíha „dostatočne dobre“ – napr. keď sa vyvinie neistá vzťahová väzba kvôli nedostatočnej dostupnosti či nevyspytateľnému správaniu vzťahovej osoby alebo sú prítomné závažné spôsoby zlého zaobchádzania s dieťaťom – hrozí, že kvantitatívne alebo kvalitatívne insuficientným vývinom vyšších mentálnych funkcií ostanú „pri moci“ jadrové emócie primárneho procesu, ktoré potom môžu mať nepriaznivý vplyv na život tohto jedinca (napr. emočná nestabilita s výbuchmi hnevu, neprimeraný strach z rôznych bežných medziľudských interakcií, rizikové sexuálne správanie...). Naopak, ak výchova prebieha „dostatočne dobre“, rodič dieťa učí vo vzťahu regulovať afekty a v rámci rozvoja bezpečnej vzťahovej väzby sa vyvíjajú také vyššie mentálne

procesy, ktoré využívajú nižšie inštinkty (ale evolučne staré a veľmi dôležité – aby sa neimplikovala ich devalvácia), ale nie sú ich „otrokmi“. Prebieha akési vzájomné vyladenie všetkých troch úrovní psychických procesov v prospech duševného zdravia jednotlivca. Z vyššie popísaného by sa dalo vyvodiť, že afektívno-motivačný systém, ktorý Panksepp a Biven (2021) nazývajú systém panika/žiaľ – vlastne systém vzťahovej väzby – by bol z istého pohľadu – v kombinácii so systémom starostlivosti – nadradený ostatným systémom, keďže ustanovovanie sekundárnych i terciárnych psychických procesov sa deje v rámci opatrovateľského správania medzi opatrovateľom (najčastejšie rodičom) a potomkom vo vzájomnej „väzobnej“ interakcii.

#### *POŇATIA SEXUALITY U ĽUDÍ V KONTEXTE AFEKTÍVNO-MOTIVAČNÝCH SYSTÉMOV SLASTI A VZŤAHOVEJ VÄZBY - MILIÓNY ROKOV TRVAJÚCI PRÍBEH A AKO DOŇHO ZAPADÁ KONZUMÁCIA PORNOGRAFIE?*

##### **Vzájomné prepojenie dvoch separátnych afektívno-motivačných systémov**

Sexuálna túžba a emocionálna vzťahová väzba nie sú nutne prepojené. Napríklad sex môže prebiehať mimo kontext partnerského vzťahu v podobe sexu na jednu noc, tzv. kamarátstiev s výhodami či mimopartnerského sexu. V týchto prípadoch absentuje citové puto a motiváciu k sexu sú pre vzťah irelevantné dôvody – telesné uspokojenie (naplnenie biologickej potreby), posilnenie vlastnej sebahodnoty či úľava od stresu. Naopak, nie v každom partnerskom vzťahu kde sú partneri vzájomne hlboko citovo previazaní nutne k sexu dochádza. Tieto príklady poukazujú na to, že systém slasti (či sexuálneho párovania) a systém vzťahovej väzby (či systém paniky/žiaľu) sú dva samostatné afektívno-motivačné systémy. Každopádne, prepojenie týchto dvoch

systémov je typické pre partnerské vzťahy, kde vzťahová figúra a sexuálny partner sú jednou a tou istou osobou. V kontexte partnerských vzťahov sa tieto dva systémy vzájomne ovplyvňujú a majú spoločne dopad na kvalitu a dĺžku partnerského vzťahu (Cassidy a Shaver, 2016).

##### *Sexualita v poňatí jednotlivca (slasť ako primárny cieľ)*

Zrejme hlavná motivácia ku konzumácii pornografického obsahu je sexuálne vzrušenie a afekt slasti. Aký je vlastne dôvod, že pociťujeme sexuálne vzrušenie či slasť? Ako niečo také v rámci evolúcie vzniklo? Ak budem najprv uvažovať o sexualite na úrovni primárneho procesu – teda o afektívno-motivačnom systéme slasti-inými slovami o inštinktívnom sexuálnom pude – tak ani ten (a už vôbec tak zrejme neslúžia sexuálne neuronálne





siete na vyšších úrovniach psychických procesov) evolučne neslúži primárne k uspokojeniu biologickej potreby jednotlivca či poskytnutiu rozkoše alebo k uvoľneniu napätia od stresu (i keď všetko toto sa sekundárne môže diať). Podľa Pankseppa a Biven (2021) slúži systém slasti k zachovaniu našich génov v budúcich generáciách – slúži k prežitiu druhu. Je silou (od prírody či Boha), ktorá k sebe pritiahne samca a samicu a umožní pokračovanie príbehu druhu – v našom prípade ľudstva. To, že to je príjemné je zrejme tak práve preto, aby to pritiahnutie „fungovalo“ – čiže slasť je vlastne niečím sekundárnym – prostriedkom v prospech zachovania druhu (tým nechcem implikovať, že by sexualita mala slúžiť len pre účel reprodukcie, len sa snažím popísať možný evolučný význam slasti). Ak sa to otočí a slasť sa stane primárnym cieľom k nasýteniu vlastných potrieb – tak takáto sexualita by sa dala nazvať sexualitou v poňatí jednotlivca. Aby nevzniklo nedorozumenie – slasť autor nepovažuje za niečo nemorálne či „neprirodzené = nie normálne“ – ale myslí si, že je potreba pomenovať zodpovedne, že slasť je príjemný sprievodný efekt zrelej sexuality a nie niečo, čo by malo byť primárnym cieľom. Za „neprirodzenú = nie normálnu“ je však možné považovať existenciu pornografie, kde generovanie slasti je primárnym cieľom. Sexualita v poňatí jednotlivca sa môže týkať nielen ľudí žijúcich „single“ či už s alebo bez nadväzovania príležitostných sexuálnych skúseností, ale aj v rámci partnerského vzťahu. Vzťah sám o sebe ešte nie je zárukou zrelej partnerskej sexuality – pre príklad sa dá

predstaviť partnerov, kde sex prebieha spôsobom, že sa nevelmi vnímajú a vlastne sa navzájom používajú – svoje telá - k uspokojovaniu vlastnej individuálnej biologickej potreby. Alebo to tak môže mať jeden z partnerov a druhý zase nedokáže vnímať, že je iba nástrojom k ukojeniu biologickej potreby toho prvého. Telá splynú, ale psychospirituálne vyladenie partnerov absentuje.

### *Sexualita v poňatí vzťahovom (slasť ako sprievodný efekt)*

Na úrovni sekundárnych a terciárnych psychických procesov sa sexualita dá vnímať ako fenomén, ktorý stojí na evolučnom základe systému slasti a zároveň povyšuje do komplexnejšieho neuronálneho prepojenia - do vzťahového rámca – kde naberá istú zrelosť/kvalitu (v závislosti od učenia daného výchovou). Môžeme hovoriť o sexualite v poňatí vzťahovom = partnerskom. Každá sexualita má svoju bio-rovinu – primárny proces – aktívovaný systém slasti. Na rozdiel od sexuality v poňatí jednotlivca tu ale bio-rovina nie je primárnou či konečnou a do hry vstupuje významná rovina psychospirituálna či vzťahová. Inými slovami, zrelosť a nezrelosť (pričom ide o širokú škálu, dichotomické delenie je len v rámci zjednodušenia, ide o model) sa líši aj v tom, či je slasť sprievodný efekt alebo primárny cieľ, resp. ako sú partneri schopní vnímať sa v celej ich zložitosti a komplexnosti a na akých hodnotách majú svoje partnerstvo vystavané. Splynutie tiel je metaforicky „čerešničkou na torte“ partnerského psychospirituálneho vyladenia.

## *DVE KONCEPTUALIZÁCIE KONZUMÁCIE PORNOGRAFICKÉHO OBSAHU V KONTEXTE AFEKTÍVNO-MOTIVAČNÝCH SYSTÉMOV SLASTI A VZŤAHOVEJ VÄZBY*

Konzumácia pornografického obsahu môže byť definovaná ako akýkoľvek vedome sprostredkovaný kontakt so

sexuálne explicitným materiálom spojený s cieľom sexuálneho vzrušenia. V rámci premýšľania o konzumácii



pornografie sa ponúkajú dve konceptualizácie. Prvá konceptualizácia – považuje existenciu pornografie a jej konzumáciu za „prirodzenú = normálnu“ súčasť života ľudí a výskumy prinášajú odpovede na otázky, kedy je táto konzumácia prínosná, kedy neutrálna a kedy škodlivá, či problematická. V rámci tejto konceptualizácie bola popísaná už zmienená „Problematická konzumácia pornografického obsahu“, ktorá reflektuje závislostný charakter konzumácie. Autori štúdie skúmali problematickosť konzumácie pornografického obsahu v období posledných 6 mesiacov, pričom hodnotili 6 faktorov, ktoré sa týkali konzumácie pornografie: významnosť, tolerancia, zmena nálady, schopnosť ukončenia, relaps a konflikt (Böthe et al., 2020a).

Druhá konceptualizácia je prísnejšia a považuje existenciu a konzumáciu pornografie za „neprirodzenú = nie normálnu“ súčasť životov – stimul, ktorý obchádza sexualitu v poňatí vzťahovom a ktorý ide naproti sexualite v poňatí jednotlivca – či už človek žije sám alebo je vo vzťahu. V rámci tejto konceptualizácie by bolo možné zamýšľať sa nad pornografiou z pohľadu jej vzniku (dá sa predpokladať, že ženy či muži zarábajúci si na živobytie týmto spôsobom nemajú spracovanú vlastnú minulosť a vzťahovú oblasť – možno v kombinácii so sociálne zložitou situáciou) a na konzumáciu pornografie užívateľmi ako na fenomén, ktorý nie je z evolučného hľadiska „prirodzený = normálny“ a môže negatívne zasahovať do budovania či udržiavania partnerských vzťahov – napr. tým, že redukuje ľudské bytosti z bio-psycho-socio-spirituálnych jednotiek na biologické – kedy pornografia môže „pomáhať“ vnímať partnera či partnerku len ako sexuálny „objekt“ túžby. Inými slovami môže pornografia viesť k vnímaniu sexuality ako akejsi technickej činnosti k naplneniu svojich potrieb a potrieb partnera - sexualita ako

potreba jednotlivca, ktorú je treba naplniť.

V tejto širšej konceptualizácii sú láska (ako terciárny psychický proces) a sexuálny pud či slasť (ako primárny psychický proces) neoddeliteľné a sex primárne neslúži k navodeniu rozkoše či uvoľneniu napätia, ale ako to najhlbšie intímne prepojenie medzi partnermi – čo sa nevylyčuje so zážitkom rozkoše či uvoľnenia napätia. Sexualita tu nie je chápaná ako biologická potreba, ktorú je treba naplniť, ale ako dôležitá súčasť partnerskej zrelej vzťahovosti či intimity. Sila sexuality (slasť) by sa dala metaforicky prirovnať k divokému mustangovi – ak sa ju nepodarí skrotiť, môže ľudí unášať niekam, kde zrejme ani nechcú byť – a sexuálna neviazanosť, oddelenie lásky a slasti sa stáva len ilúziou slobody – v skutočnosti je človek v zajatí svojich biologických potrieb a nespracovanej vzťahovej nezrelosti. Poňatie sexuality, kde ide o dôležitú súčasť vzťahu a partnerskej intimity by sa dalo nazvať ako zrelá vzťahová sexualita. Konzumácia pornografie by v tomto poňatí mohla byť vždy považovaná za problematickú a dala by sa vnímať z celej podstaty svojej existencie – od jej vzniku až po jej konzumáciu – za symptomatickú.

### *Konzumácia pornografického obsahu jednotlivcom*

Konzumácia pornografického obsahu samotným jednotlivcom nemá nič spoločné ani so zachovaním druhu ani s partnerskou intimitou. Ak je cieľom konzumácie sexuálne uspokojenie (a nie napr. zvedavosť či iná), ide o napĺňanie sexuálneho pudu jednotlivcom a ten sa dostáva do slepej uličky svojej sexuality – dochádza k izolácii sexuálneho pudu na uspokojenie samého seba v biologickom slova zmysle – to sa môže diať ako pri masturbácii jednotlivcom bez ohľadu na to, či je človek „single“ alebo vo vzťahu, tak i pri nezáväznom či „od partnera odpojenom“ sexe vo dvojici (či dokonca inom počte





ľudí), kedy sú city (láska) a slasť oddelené. Nijak nechcem masturbáciu patologizovať (určite má svoje miesto aj v sexualite dospelých – ide o mieru), len zvýrazniť rozdiel medzi sexualitou v poňatí jednotlivca a v poňatí vzťahovom. Masturbácia sa dá považovať za akýsi vývojový stupeň pri objavovaní vlastnej sexuality a budovaní pozitívneho vzťahu k sebe. Ak je masturbácia primárnou sexuálnou aktivitou u dospelého človeka, zrejme ešte k vyššej zrelosti človek len smeruje. Zároveň je zrejme kvalitatívny rozdiel v aktivácii neuronálnych sietí medzi masturbáciou pri konzumácii pornografického obsahu (a tiež akého: s rozdielmi medzi obsahom romantickým, agresívnym, ponižujúcim atď.) a pri masturbácii bez konzumácie pornografie so zapojením svojej fantázie kedy môže byť primárnym motívom vzťahovo-romantická fantázia (ale aj iná). Kvalita vzájomného prepojenia systémov vzťahovej väzby a slasti zostala v týchto prípadoch suboptimálna a ponúka sa cesta psychoterapie či inej formy seba-poznávania vedúca k prestavbe neuronálnych sietí sekundárneho a terciárneho procesu smerom k vyššej forme zrelosti. Individuálna povaha konzumácie

pornografického obsahu v partnerských vzťahoch je aj vo výskumoch asociovaná s nižšou vzťahovou aj sexuálnou spokojnosťou, pričom je jedno, či pornografický obsah konzumujú obaja partneri samostatne alebo len jeden z partnerov (Lexová a Weiss, 2021, Maddox et al., 2011, Perry a Schleifer, 2019). Obzvlášť problematická je utajená konzumácia, ktorá úplne vylučuje partnera a znižuje blízkosť (Maddox et al., 2011).

### *Konzumácia pornografického obsahu párom*

Z výsledkov výskumov vyplýva, že vzťahová a sexuálna spokojnosť bola najvyššia u tých párov, ktoré nekonzumujú pornografiu vôbec a u tých párov, ktoré konzumujú pornografiu výhradne spoločne. Rozdiel bol iba v jednej premennej – ale dosť dôležitej – v nevere. Tá bola vyššia u párov konzumujúcich oproti párom nekonzumujúcim. Pri výhradnej konzumácii pornografického obsahu párom (bez súčasnej konzumácie každým z páru zvlášť) bola prítomná väčšia partnerská oddanosť oproti tým, ktorí konzumovali aj spoločne aj sami (Lexová a Weiss, 2021, Maddox et al., 2011).

## ZÁVER

Šancou pre lepší svet je zrelší prístup dospelých k deťom. Taký, kde rodič nebude pre svoje dieťa „drákom“, kde nebude „výchova“ prebiehať v zmysle „drezúry“, ale skôr taký, kde rodič pôjde svojmu dieťaťu vzorom, bude ho zapájať vo vzťahovom rámci do aktivít a v rámci toho mu pomáhať objavovať i regulovať afekty. Kde to môže ísť ťažšie je oblasť sexuality. Je jasné, že partnerský sex patrí za zatvorené dvere do spálne dospelých, to ale neznamená, že rodičia nemôžu byť vzorom pre svoje deti aj v intimitate napr. v podobe vzájomných zaľúbených pohľadov, prejavov náklonnosti ako je hladenie, objatie či

bozky. Život dieťaťa začína počatím, ktoré rovnako ako prístup k dieťaťu po narodení môže byť na škále zrelosti umiestnené rôzne – a dá sa predpokladať, že čím nezrelšie boli okolnosti počatia, tým nezrelší bude aj prístup k dieťaťu po narodení, aj keď toto tvrdenie určite nebude platiť absolútne. Sexualita dvoch ľudí, cez ktorú na tento svet prichádzajú nové životy je teda na samom počiatku prístupu dospelých k deťom a samozrejme je dôležitou súčasťou partnerského života aj neskôr v priebehu rodinného života. Konzumácia pornografického obsahu je fenoménom, ktorý môže negatívne vstupovať



do sexuálneho života jednotlivca alebo páru pred založením rodiny či do sexuálneho života rodičov po založení rodiny a zmyslom tohto článku je ponuka uvedomejšieho pohľadu na možné riziká pornografie s ohľadom na budovanie a udržiavanie partnerských vzťahov. Dá sa predpokladať, že čím viac bezpečia a zrelosti bude v partnerských vzťahoch a v rodinách, tým menej duševných či psychosomatických problémov sa bude prenášať na ďalšiu generáciu. Cesta k scitlivovaniu ľudskej spoločnosti bude vždy začínať v

prístupe dospelých k svojim deťom, v snahe poskytnúť im okrem iných aj podmienky pre rozvoj bezpečnej vzťahovej väzby – čo ale so sebou nesie aj prácu dospelých na samých sebe, či už sa to nazve psychoterapiou, sebaopoznávaním alebo duchovným rozvojom pre spoznanie vlastných záťaží z vlastnej rodiny, kde dospelí boli deťmi. To vyžaduje nielen čas a energiu, ale aj odvahu – v každom prípade, investícia do vzťahov sa javí ako tá najlepšia možná.

## LITERATÚRA

1. Böthe B, Lonza A, Štulhofer A, Demetrovics Z. Symptoms of Problematic Pornography Use in a Sample of Treatment Considering and Treatment Non-Considering Men: A Network Approach. *The Journal of Sexual Medicine* 2020a; 17, (10), 2016–2028.
2. Böthe B, Tóth-Király I, Potenza MN, Orosz G, Demetrovics Z. High-Frequency Pornography Use May Not Always Be Problematic. *The Journal of Sexual Medicine* 2020b; 17, (4), 793-811
3. Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press, 2016, 1068 s.
4. Lexová E, Weiss P. Souvislosti mezi konzumací pornografických materiálů a partnerskou sexuální aktivitou. *Česká a Slovenská Psychiatrie* 2021; 117(1), 233-243.
5. Panksepp J, Biven, L. *Archeológia mysle*. Bratislava: Vydavateľstvo F, 2021, 545 s.
6. Perry SL, Schleifer C. Till Porn Do Us Part? A Longitudinal Examination of Pornography Use and Divorce. *The Journal of Sex Research* 2018; 55(3), 284-296.
7. Maddox AM, Rhoades GK, Markman HJ. Viewing sexually-explicit materials alone or together: Associations with relationship quality. *Archives of Sexual Behavior* 2011; 40, 441-448.

Do redakce přišlo 27.6.2023

Do tisku zařazeno po recenzi 1.7.2023

Konflikt zájmů nezjištěn



## INFORMÁCIE O AUTOROVI

Jakub Medal<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institut sociálního zdraví OUSHI, Univerzita Palackého v Olomouci, Univerzitní 22, 77111, Olomouc, Česká republika

<sup>2</sup>Denní sanatorium Horní Palata, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nesyčky 28, 15000, Praha 5, Česká republika

Kontaktná adresa:

MUDr. Bc. Jakub Medal

Institut sociálního zdraví OUSHI

Univerzita Palackého v Olomouci

Univerzitní 22

77111 Olomouc

E-mail: jakub.medal@oushi.upol.cz



Pracujem ako lekár v Dennom sanatóriu Horní Palata v Prahe a popri behu psychiatrickej ambulancie sa klinicky venujem skupinovej psychoanalytickej psychoterapii pre úzkostné, depresívne a psychosomatické poruchy formou denného stacionára. Som účastníkom skupinovo-analytického výcviku skupinovej sekcie ČSPAP. Snažím sa pracovať v rámci biopsychosociálneho modelu zdravia a choroby v poňatí systemickom – cirku-

lárne-kauzálnom. S rodinami pracujem v rámci CDZ pre deti a adolescentov v Berouně a vzdelanie v rodinnej terapii získavam v Libereckom inštitúte rodinnej terapie a psychosomatickej medicíny. Som doktorandom na Inštitúte sociálního zdraví pod hlavičkou CMTF UP v Olomouci a výskumne sa venujem súvislostiam medzi štýlmi vzťahovej väzby a rizikovým sexuálnym správaním. K psychosomatickému prístupu som sa dostal pri klinickom pôsobení v kúpeľoch a súčasnom teoretickom štúdiu balneológie. V nadväznosti na bakalárske štúdium fyzioterapie sa okrajovo venujem aj pohybovej preventívne-terapeutickej edukačnej aktivite pre pacientov v Dennom sanatóriu Horní Palata a na detoxifikačnej jednotke Kliniky adiktológie VFN.





# VĚDA KRÁTCE



4 Z OLOMOUCKÉ KONFERENCE 2023

*Radkin Honzák: Některé články z posledního čísla L'ENCEPHALE, 1953; Vol 49 -N°4 - août 2023*

## ŽE BY ŽENY BYLY MANIPULATIVNĚJŠÍ NEŽ MUŽI?

THE NETWORK STRUCTURE OF PSYCHOPATHIC PERSONALITY TRAITS IN A COMMUNITY SAMPLE OF YOUNG ADULT FEMALES; M GARCIA, E ROUCHY, G MICHEL - L'ENCEPHALE, 2022 – ELSEVIER; DOI: 10.1016/J.ENCEP.2022.02.004

Navzdory rostoucímu množství výzkumů základních charakteristik psychopatie se potenciálním genderovým rozdílem v expresi a struktuře psychopatických rysů nedostalo dostatečné pozornosti. S cílem otestovat nevyslovený předpoklad, že behaviorální projevy a strukturální architektura tohoto typu osobnosti, jak ji lze pozorovat u mužů, jsou transponovatelné na ženy, tato studie zkoumala síťovou organizaci psychopatických rysů v běžné populaci vzorku mladých dospělých žen (n = 789; 18-20 let), který dokončil

soupis psychopatických vlastností mládeže - krátká verze (YPI-S). Nejprve jsme odhadli síťový model založený na aspektech YPI-S. Poté jsme vypočítali indexy centrality (tj. sílu, očekávaný vliv, blízkost a vzájemnou vzdálenost), abychom identifikovali centrální a periferní rysy ženské psychopatie, a nakonec jsme provedli bootstrappingovou (vysvětlení tohoto způsobu analýzy velkých souborů je na Wikipedii) proceduru pro vyhodnocení přesnosti okrajových vah a stability indexů centrality. Ty poslední byly





poměrně stabilní a zdůrazňovaly, že neemocionalita je nejdůležitějším rysem sítě, následovaná manipulací, bezcitností a nečestným šarmem. Naše zjištění proto potvrzují předchozí výsledky týkající se klíčového přínosu afektivních charakteristik a naznačují, že takzvané bezcitné rysy jsou jádrem psychopatie bez ohledu na pohlaví. Tento výzkum však také

zdůrazňuje kardinální roli interpersonálních rysů (a zejména manipulačních tendencí) v ženské psychopatii. Ústřední postavení aspektu neemocionality - které se nenachází v mužských a / nebo smíšených vzorcích - nás vede k diskusi o vazbách mezi psychopatickými rysy a emocionální zkušeností u žen.

\*\*\*\*\*

## PSYCHOLOGICKÉ DŮSLEDKY PANDEMIE?

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF THE COVID-19 PANDEMIC: A QUALITATIVE STUDY. A VANCAPPEL, J AUBOUIN-BONNAVENTURE, W EL-HAGE... - L'ENCEPHALE, 2022 – ELSEVIER; DOI: 10.1016/J.ENCEP.2022.03.002

Ve vědecké literatuře bylo zjištěno několik psychologických zdravotních problémů souvisejících s pandemií COVID-19 mezi širokou veřejností a zdravotnickými pracovníky. Většina studií však používala kvantitativní metody se stupnicemi vybranými výzkumnými pracovníky na základě předem získaných poznatků ze zkušeností v jiných situacích, které proto mohou vyvolat zkreslení. Používané stupnice mají skutečně řadu omezení: nebyly navrženy tak, aby hodnotily emocionální obtíže konkrétně související s COVID-19, mají tendenci přeceňovat emocionální obtíže a skládají se z uzavřených otázek. Tyto metody proto nemusí identifikovat informace, které lze získat hypoteticko-deduktivním uvažováním. Je však široce uznáváno, že kvalitativní studie by měly být použity ke zkoumání nových jevů a identifikaci jejich důležitých charakteristik, než se uchýlí ke kvantitativním studiím. Pokud je nám však známo, pouze několik studií použilo kvalitativní metody ke zkoumání psychologických důsledků COVID-19. Použití polostrukturovaných rozhovorů je však časově náročné, ztěžuje zobecnění závěrů a tyto studie lze provádět pouze s malými vzorky. Dvojím cílem této studie bylo kvalitativně prozkoumat vnímané

psychologické důsledky omezení volného pohybu osob pro širokou veřejnost a vnímané psychologické důsledky COVID-19 pro zdravotnické pracovníky.

Experiment a postupy souhlasu byly schváleny etickou komisí univerzity (Etická komise výzkumu Tours-Poitiers). Na sociálních sítích bylo přijato celkem 241 účastníků z řad široké veřejnosti a 120 zdravotnických pracovníků. Souhlasili s účastí v online dotazníku a za studii neobdrželi žádnou odměnu. Účastníci z řad široké veřejnosti nejprve poskytli sociodemografické informace, poté odpověděli na 9 otevřených otázek, které hodnotily důsledky uvěznění na jejich život jako pár, přátelství, rodinný život, práci, studium, psychické zdraví, stres a vizi budoucnosti. Stejně tak pečovatelé poskytli sociodemografické informace a následně popsali důsledky koronaviru na svůj manželský život, přátelství, rodinný život, práci, psychické zdraví, stres a vizi budoucnosti. Nakonec byli všichni účastníci vyzváni, aby doplnili další důsledky, které nebyly zmíněny.

Data byla zpracována dvojím kódováním. Data byla nejprve přečtena, aby se seznámili s odpověďmi, a poté byly odpovědi



zнову přečteny a zakódovány. Pro každou informaci byl vytvořen kód. Data byla dvojitě kódována; Údaje pro veřejnost byly nejprve kódovány druhým autorem a následně ověřeny prvním autorem. U údajů o zdravotní péči bylo pořadí zrušeno. Drobné neshody byly poté projednány a vyřešeny. Poté byly kódy klasifikovány jako dílčí témata a poté seskupeny do témat. Konečně, stejně jako v procesu kódování, bylo provedeno druhé čtení kategorizace do témat a podtémat. Neshody byly znovu projednány a vyřešeny. Pokud jde o výsledky, bylo identifikováno 23 témat pro širokou veřejnost, z nichž pět hlavních bylo: zlepšení a udržování sociálních vztahů, zhoršení zdraví, zlepšení zdraví, osobní růst a nedostatek přímého sociálního kontaktu. U pečovatelů bylo identifikováno 25. Pět hlavních je: psychologický a emocionální dopad, adaptace, negativní dopad na práci, obavy a nejistota ohledně budoucnosti. V souladu s předchozími studii analýzy potvrdily existenci psychologických zdravotních problémů souvisejících s

pandemií COVID-19, jako je stres, deprese a poruchy spánku.

Stejně jako několik publikovaných vědeckých prací i analýzy prokázaly výrazné osamělosti způsobené nejen nedostatkem sociálních kontaktů, ale také nedostatkem přímého fyzického kontaktu. Na rozdíl od kvantitativních studií však analýzy odhalily pozitivní důsledky, jako je zvýšení volného času a možnost posílení rodinných a přátelských vztahů pomocí komunikačních technologií, introspekce a učení se novým znalostem a dovednostem. Podobné výsledky jsme však v mezinárodní literatuře nenašli. Toto zjištění zdůrazňuje význam kvalitativních studií pro lepší pochopení psychologických důsledků pandemie COVID-19. K určení pozitivních důsledků tohoto typu situace jsou zapotřebí další studie. Nakonec jsou diskutována omezení studie.

Plné znění tohoto článku je k dispozici ve formátu PDF.

**Klíčová slova:** pandemie COVID-19, psychologické zdravotní problémy, široká veřejnost, zdravotničtí pracovníci, kvalitativní studie

\*\*\*\*\*

## KDY BUDOU MÍT DOSPÍVAJÍCÍ S PPP DOSTATEČNOU PÉČÍ?

THE EXPERIENCE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS TREATING ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS IN PSYCHIATRIC AND PEDIATRIC INPATIENT UNITS FOR ADOLESCENTS: A QUALITATIVE STUDY; J LACHAL, E CARRETIER, C PREVOST, PO NADEAU, D TADDEO... - L'ENCEPHALE, 2022 – ELSEVIER; DOI : 10.1016/J.ENCEP.2022.01.015

*(multidisciplinární studie kvalitativní analýza výpovědí; n=20)*

Komplexní propletenec adolescentních, somatických, psychosociálních a psychiatrických otázek, které jsou vlastní pacientům s poruchami příjmu potravy, vyžaduje spolupráci mezi disciplínami, ale

modality této spolupráce jsou vícenásobné a vyvíjejí se nelineárním způsobem v rámci specializovaných jednotek péče. **Měl by být navržen víceúrovňový přístup, kde je míra spolupráce přizpůsobena složitosti problému, který dospívající představuje.**



## PŘEDSUDDKY K HRANIČNÍ PORUŠE OSOBNOSTI?

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE: ÉTAT DES CONNAISSANCES ET DES REPRÉSENTATIONS AUPRÈS DE PRATICIENS FRANCOPHONES EN SANTÉ MENTALE. C GREINER, N PERROUD, P CHARBON, M DE NERIS... - L'ENCÉPHALE, 2022 – ELSEVIER. DOI: 10.1016/J.EN-CEP.2022.02.003

Pacienti trpící hraniční poruchou osobnosti jsou velmi častí v různých prostředích (pohotovosti, psychiatrické a všeobecné nemocnice, ambulantní konzultace). Zůstává však jedním z nejvíce stigmatizovaných a zanedbávaných stavů duševního zdraví, i když je to oblast, která vykazuje velmi zajímavé pokroky v psychoterapii. Dnes je prognóza pacientů s hraniční poruchou osobnosti spíše příznivá za předpokladu, že absolvují specializovanou psychoterapii. Koncepce tohoto stavu si proto zaslouží aktualizaci, neboť v literatuře je dostatečně popsáno, že negativní postoje k těmto pacientům snižují kvalitu péče, které se jim dostává, i jejich prognózu a že se tyto postoje mění s tréninkem. Rozhodli jsme se studovat stav poznání a postoje k hraniční poruše osobnosti ve skupině francouzsky mluvících pečovatелů, kteří se o tyto pacienty zajímají.

### Metody

V letech 2019 až 2020 jsme na začátku školení psychoterapeutických přístupů k hraniční poruše osobnosti poskytli dva dotazníky 126 pečovatелům z různých profesních prostředí (psychiatrii nebo dětské psychiatrii, psychologové, sestry pro duševní zdraví, sociální pracovníci). První se skládala ze 13 otázek se 3 výběrovými odpověďmi zaměřenými na testování znalostí o hraniční poruše osobnosti a druhá z 11 otázek ve formě Likertovy škály zaměřené na hodnocení postojů k těmto pacientům (např. míra pohodlí, zapojení, naděje, vyhýbání se těmto pacientům) upravených z dotazníku Blakea a kolegů.

### Výsledky

Vzorek tvořilo 126 pečovatелů (69 psychiatrů/pedopsychiatrů, 19 sester v oblasti duševního zdraví, 23 psychologů, 14 sociálních pracovníků). Padesát tři z nich (42,06 %) pracovalo v ambulantním prostředí (buď ve státním zařízení, nebo v soukromé praxi), 50 (39,68 %) pracovalo na lůžkovém psychiatrickém oddělení, 13 (10,32 %) v obou systémech péče a 10 (7,94 %) pracovalo v jiných zařízeních, jako jsou chráněné domovy nebo dílny pro osoby s psychiatrickým postižením. Průměrný počet let v postgraduálním vzdělávání byl 7,73 (SD = 5,67; pořadí = 0 až 31) a 35 (27,78%) absolvovalo v minulosti alespoň jeden kurz o hraniční poruše. Průměrný věk vzorku byl 37,89 (SD = 10,08; pořadí = 20 až 64) a bylo zde 76 žen (60,32%) a 50 mužů (39,68%). Pokud jde o první dotazník (znalosti), míra správných odpovědí mezi pečovateli byla relativně nízká (54 %), přičemž uvážíme, že převážná většina hodnocených byli již vyškoleni v oblasti duševního zdraví, kteří pracovali s pacienty trpícími hraniční poruchou osobnosti. Výsledky ukázaly významnou mezeru ve znalostech mezi odborníky, zejména v ošetrovatelské profesi, což ilustruje stále výraznější nedostatek formací v této subpopulaci. Pokud jde o druhý dotazník (postoje), z odpovědí vyplynulo, že postoje pečovatелů k pacientům s hraniční poruchou osobnosti byly stále zabarveny strachem a nedostatkem důvěry v jejich péči. Jeden z pěti účastníků by se tedy těmto pacientům rád vyhnul, více než 12 % pečovatелů je neocenilo a 23 % si myslelo, že jsou manipulativní. Kromě toho téměř polovina dotazovaných pečovatелů měla nízkou důvěru ve svou schopnost pozitivně změnit životy hraničních pacientů. Byla však



uznána jejich tíseň a poptávka po specializovaném výcviku.

### Závěry

Stigmata a nevědomost přetrvávají u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Současné vzdělávací kurzy neumožňují pečovateli, kteří jsou v první linii (zejména zdravotní sestry) a kteří chtějí

být vyškoleni, získat dostatečné znalosti a nástroje nezbytné pro péči o pacienty trpící touto poruchou. To vyžaduje zlepšení odborné přípravy a reflexi nejvhodnějších přístupů k různým cílovým skupinám. (Mám za to, že u nás je to podobné a pro mnoho pečujících je to skupina náročných pacientů.)

\*\*\*\*\*

## JAK ROZUMÍME FUNKČNÍM NEUROLOGICKÝM PORUCHÁM?

ÉTIOPATHOGÉNIE DES TROUBLES NEUROLOGIQUES FONCTIONNELS: MARQUEURS BIOLOGIQUES ET MODÈLES THÉORIQUES. I CONEJERO, E THOUVENOT, C HINGRAY, C HUBSCH... - L'ENCÉPHALE, 2023 – ELSEVIER. DOI: 10.1016/J.ENCEP.2023.06.003

Funkční neurologické poruchy jsou již více než dvacet let svědky intenzivní výzkumné činnosti v oblasti strukturálního a funkčního neuro-zobrazování. Navrhujeme tedy syntézu nedávných výsledků výzkumu a etiologických hypotéz, které byly dosud navrženy. Tato práce by měla pomoci klinickým lékařům lépe pochopit povahu mechanismů, ale také pomoci pacientům zvýšit jejich znalosti o biologických rysech, které jsou základem jejich funkčních symptomů.

V letech 1997 až 2023 jsme provedli narativní přehled mezinárodních publikací zabývajících se neuro-zobrazováním a biologii funkčních neurologických poruch.

Několik mozkových sítí je základem funkčních neurologických symptomů. Tyto sítě hrají roli při řízení kognitivních zdrojů, při kontrole pozornosti, regulaci emocí, v agentuře a při zpracování interoceptivních signálů. Mechanismy stresové

reakce jsou také spojeny s příznaky. Biopsychosociální model pomáhá lépe porozumět predisponujícím, srážejícím a přetrvávajícím faktorům. Funkční neurologický fenotyp je výsledkem interakce mezi: i) specifickou již existující zranitelností vyplývající z biologického pozadí a epigenetických modifikací a ii) expozicí stresovým faktorům podle modelu stresdiatéza. Tato interakce způsobuje emoční poruchy včetně hypervigilance, nedostatečné integrace pocitů a afektů a emoční dysregulace. Tyto charakteristiky zase ovlivňují kognitivní, motorické a afektivní kontrolní procesy související s funkčními neurologickými příznaky.

### Závěry

Je nutná lepší znalost biopsychosociálních determinantů dysfunkcí mozkové sítě. Jejich pochopení by pomohlo vyvinout cílenou léčbu, ale je také zásadní pro péči o pacienty.



## JAK PEČUJEME O PACIENTY S FUNKČNÍMI NEUROLOGICKÝMI PORUCHAMI?

VALIDATED CARE PROGRAMS FOR PATIENTS WITH FUNCTIONAL NEUROLOGICAL DISORDERS. G RAULINE, C HINGRAY, G CARLE-TOULEMONDE, C HUBSCH, W EL HAGE, I CONEJERO, L SAMALIN...L'ENCEPHALE, 2023•EUROPEPMC.ORG. DOI: 10.1016/J.ENCEP.2023.06.005

Funkční neurologická porucha (TNF) je častou příčinou chronických a invalidizujících neurologických příznaků. Existují léčebné postupy, které významně snižují fyzické příznaky a zlepšují fungování, ale ne všichni pacienti reagují na aktuálně dostupnou léčbu. Tento přehled představuje principy fyzické rehabilitace a / nebo psychoterapeutické podpory založené na důkazech, které podporují zotavení. V současné době validovaná péče je multidisciplinární a koordinovaná na ambulantní nebo nemocniční bázi. Podpurné prostředí v kombinaci s kolaborativním terapeutickým vztahem podporuje pochopení TNF a umožňuje pacientům zapojit se do vhodného multidisciplinárního terapeutického řízení. Ty mohou kombinovat psychoedukaci, fyzickou rehabilitaci a psychoterapii (kognitivní a behaviorální terapie, hypnóza, psychodynamická interpersonální terapie) v perspektivě zotavení. Doporučuje se včasné doporučení pacientů do fyzioterapie; Nicméně optimální parametry léčby, trvání a intenzity nejsou známy a zdá se, že se liší podle závažnosti a chronicity příznaků. Psychoterapeutická léčba by měla podporovat sebehodnocení kognitivních zkreslení, emočních reakcí a negativního adaptivního chování a poté posílení pacienta při zvládnání symptomů. V současné době neexistuje žádná kurativní farmakologická léčba TNF. Farmakologický přístup je spíše k léčbě častých komorbidit a postupnému ukončení léčby drogami zavedené standardně a / nebo které

mohou podporovat výskyt nežádoucích účinků. Konečně, neurostimulace (transkraniální magnetická stimulace stejnosměrným proudem) může být účinná na motorické TNF.

*Dodatek z mojí klinické zkušenosti: Pacientka, původně 45letá s disociativní obrnou PHK, podrobně vyšetřena neurologicky a všemi dostupnými zobrazovacími metodami, byla předána do mé péče. Posléze byla hospitalizována, a protože jsem měl příznivou zkušenost s akutní disociací vědomí po traumatizujícím sdělení aplikací bolusu 10 mg diazepamu, kdy po krátkém spánku nabyla pacientka plného vědomí a začala situaci zpracovávat, navrhl jsem tutéž metodu. Za stejných opatření jako při elektrokonvulzi jsme aplikovali bolus 10 mg diazepamu. Po krátkém spánku si pacientka přitáhla postiženou rukou peřinu, nicméně po probuzení byla úprava jen částečná. Pacientka posléze podstoupila hypnoterapii, kde se vynořily nějaké vzpomínky, o nichž odmítla mluvit a odmítla i pokračovat v této léčbě, přestože paréza ještě asi v poloviční intenzitě přetrvávala a přetrvává dodnes. Pacientka dochází do ambulance, kde je léčena udržovací dávkou sertralínu, podávanou z indikace úzkostné deprese. Končetina je v trvalé semiflexi, svalově nijak podstatněji postižena, pacientce porucha nevádí a další psychoterapii při částečném pracovním úvazku ve škole a částečném invalidním důchodu odmítá. R.H.*





## JAKÉ VZORCE PŘIPOUTÁNÍ MAJÍ DOSPÍVAJÍCÍ S GID?

KASIA KOZLOWSKA A SPOL.: ATTACHMENT PATTERNS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH GENDER DYSPHORIA. ORIGINAL RESEARCH, PUBLISHED: 12 JANUARY 2021, DOI: 10.3389/fpsyg.2020.582688

Současná studie zkoumá vzorce strategií a míry připoutanosti/sebeochrany nevyřešených ztrát/traumat u dětí a dospívajících, kteří se obrací na multidisciplinární pracoviště zaměřené na problematiku genderu. Padesát sedm dětí a dospívajících (8,42–15,92 let; 24 nar. jako muži a 33 nar. jako ženy) projevující genderovou dysforii (GID) se účastnilo strukturovaných příjmových rozhovorů kódovaných pomocí dynamicko-vývojové modelové diskurzivní analýzy (DMM). Byly porovnány děti s GID věkově a pohlavím odpovídající dětem z komunity (neklínická skupina) se skupinou dětí školního věku se smíšenými psychiatrickými poruchami (smíšená psychiatrická skupina).

Informace o nepříznivých zkušenostech z dětství (ACE), diagnózách duševního zdraví byly shromážděny spolu s globální úrovní fungování. Na rozdíl od dětí z neklínické skupiny, které byly primárně zařazeny do normativních vzorců vazby (A1-2, B1-5 a C1-2) a které měly nízkou míru nevyřešených ztrát/traumat, byly děti s pohlavní dysforií většinou klasifikovány ve vysoce rizikových vzorcích připoutání (attachmentu) (A3-4, A5-6, C3-4, C5-6 a A/C) ( $2 \text{ \$} = 52,66$ ;  $p < 0,001$ ) a měly vysokou míru nevyřešených ztrát/traumat ( $2 \text{ \$} = 18,64$ ;  $p < 0,001$ ).

Komorbidní psychiatrické diagnózy ( $n = 50$ ; 87,7 %) a časté byly také sebepoškození, sebevražedné myšlenky nebo symptomy úzkosti.

Globální úroveň fungování byla narušena (rozsah 25–95/100; průměr = 54,88; SD = 15,40; medián = 55,00). **Mezi dětmi s genderovou dysforií nebyly žádné rozdíly v porovnání s dětmi se smíšenými psychiatrickými poruchami podle vzorců vazby** ( $2 \text{ \$} = 2,43$ ;  $p = 0,30$ ) **a míry nevyřešených ztrát a traumat** ( $2 \text{ \$} = 0,70$ ;  $p = 0,40$ ). Post hoc analýzy ukázaly, že nižší SES (socioekonomický status rodiny), rodinná konstelace (netradiční rodinná jednotka), ACE –včetně špatného zacházení (fyzické zneužívání, sexuální zneužívání, emoční zneužívání, zanedbávání a vystavení domácímu násilí) – zvýšilo pravděpodobnost klasifikace dítěte do vysoce rizikového vzoru připoutání. Podobnost dětí s jinými formami psychologického distresu, dětem s genderovou dysforií je v existenci kontextu vícečetné interakce rizikových faktorů, mezi které patří riziková vazba, nevyřešená ztráta/trauma, rodinný konflikt a ztráta rodinné soudržnosti a vystavení více ACE. (Ch)

doi: 10.3389/fpsyg.2020.582688



## DOBŘE POSTŘEHY Z WUCHANU O PSYCHOSOMATICE?

ZHANG Q, ET AL: EVOLUTION AND SIGNIFICANCE OF THE PSYCHOSOMATIC MODEL IN GASTROENTEROLOGY. GENERAL PSYCHIATRY, 2023, VOLUME 35, ISSUE 5. UNIVERSITA WUHAN

### Objasnění psychosomatické medicíny v gastroenterologii

Psychosomatická medicína nemá univerzální definici. Vzhledem k nejistotě definice a konotace není psychosomatická medicína vždy dobře odlišena od psychogenní a celostní medicíny a je s nimi často mylně ztotožňována. Je proto nutné objasnit, co je psychosomatická medicína, aby bylo zajištěno její efektivní využití v reálném světě klinické praxe. V současné době má psychosomatická medicína tři obecné modely:

(1) Psychosomatická medicína je speciální obor nebo subspecializace psychiatrie, v podstatě synonymum pro konzultačně-kontaktní psychiatrii, jejímiž lékaři jsou především psychiatři. Jeho účelem je identifikovat, diagnostikovat a léčit komplikované psychiatrické poruchy v nepsychiatrických lékařských zařízeních. Cílem identifikace a léčby jsou psychiatrické poruchy namísto fyzických příznaků a jiných onemocnění pacientů. V USA byla psychosomatická medicína oficiálně schválena jako subspecializace psychiatrie v roce 2003. Proto je také mainstreamovým modelem psychosomatické medicíny v USA.

(2) Psychosomatická medicína je primární disciplína nezávislá na psychiatrii, vnitřním lékařství a chirurgii; je to odvětví medicíny, které se používá hlavně v Německu a Japonsku. Je obtížné definovat rozsah jejího použití, protože její přijetí a uplatňování nepsychiatrickými specializacemi je i nadále zpochybňováno, ačkoli se tento koncept liší od konzultačně-kontaktní psychiatrie.

(3) Psychosomatická medicína využívá metodu nebo prostředky celostní medicíny pro práci s pacienty. Koncept byl

vyvíjen téměř 40 let. Vychází z biopsychosociálního modelu Engela z konce roku 1970, který komplexně zvažuje biologické, psychologické a sociální faktory v celém procesu hodnocení, diagnostiky a léčby. Model lze aplikovat na všechny klinické specializace, včetně psychiatrie.

Shrňme-li výše uvedené, komplexní psychosomatický model lze považovat za třetí metodu lékařského zásahu u gastroenterologických pacientů, kromě léků a chirurgie. Vzhledem k rozdílům v chápání psychosomatické medicíny má její praxe v gastroenterologii mnoho různých forem. V současné době jsou následující tři hlavní formy:

(1) Biomedicínsky orientovaná psychosomatická gastroenterologie patří spíše k medicíně "mozek-tělo" než k medicíně "mysl-tělo", protože mozek sám je součástí těla.

(2) Psychiatricky orientovaná psychosomatická gastroenterologie patří k subspecializaci psychiatrie.

(3) Gastroenterologie orientovaná na celostní medicínu je aplikací biopsychosociálního medicínského modelu v gastroenterologii.

Z tohoto hlediska je psychosomatický model v gastroenterologii interdisciplinárním rámcem, který zahrnuje: hodnocení psychosociálních faktorů ovlivňujících individuální zranitelnost, klinický průběh a výsledek pro jakýkoli typ onemocnění GIT; holistické zvažování péče o pacienty v klinické praxi; a integrace psychoterapie, psychofarmakologické a GIT farmakologické léčby do prevence, léčby a rehabilitace různých onemocnění GIT, ať už organických nebo funkčních.



## Psychosomatická gastroenterologie jako systematický a interdisciplinární rámec

Psychosomatická gastroenterologie vychází z klinické diagnostiky a léčby FGID. Od zveřejnění prvního dokumentu o diagnostických kritériích pro IBS v roce 1989 až po zveřejnění nařízení Řím IV. v roce 2016, bylo jasné, že psychosociální aspekty jsou široce zapojeny do vývoje FGID. Současně bylo rovněž navrženo, že psychologické intervence, tricyklická antidepresiva a selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu mohou být přidány k léčebným strategiím FGID v závislosti na stavu pacienta a aktivní psychiatrické doporučení v případě potřeby je považováno za moudrou klinickou zásadu. IBD-IBS bylo zmíněno v případech v rámci nařízení Řím IV. Multidimenzionální klinický profil funkčních gastrointestinálních poruch. To znamená, že léčebné strategie symptomů GIT se přesouvají od zvažování primární funkční poruchy k strategiím sekundárním a k organickým onemocněním. Konvenční psychiatricky orientovaný psychosomatický model je zjevně nedostatečný. Psychosomatická gastroenterologie by měla mít širší záběr a systematický a interdisciplinární rámec.

Autor se domnívá, že doména psychosomatického modelu v gastroenterologii zahrnuje:

- (1) abnormální přesvědčení a chování usilující o zdraví, jako je nakupování léků a kyberchondrie;
- (2) funkční GIT symptomy související s obecnými psychologickými faktory;

(3) GIT příznaky spojené s psychiatrickými poruchami a vedlejšími účinky psychotropních léků;

(4) psychiatrické příznaky komplikované takovými organickými onemocněními GIT, tj. jaterní encefalopatií;

(5) nevysvětlitelné příznaky u organických onemocnění GIT, jako jsou reziduální příznaky IBD nebo IBD-IBS;

(6) iatrogenní stres vyvolaný biologickými markery a lékařskou terminologií, jako jsou nádorové markery, *Helicobacter pylori*, střevní metaplasie;

(7) nadměrné operace GIT bez adekvátních důkazů o přiřazení příznaků; a

(8) psychosomatická rehabilitace.

Například u pacientů s IBD by hodnocení rehabilitace mělo zahrnovat opatření alespoň pro tyto čtyři aspekty: (1) hojení sliznic endoskopií; (2) aktivní úroveň záležitosti podle skupin, jako je index aktivity ulcerózní kolitidy; (3) rozměr symptomů; a (4) psychická pohoda. Současná gastroenterologie se zaměřuje především na první dva aspekty a nedostatečně nebo zcela selhává v řešení posledních dvou aspektů. Psychosomatická medicína může být velkou pomocí při řešení těchto aspektů. Systematický a interdisciplinární rámec pro psychosomatickou gastroenterologii, který obhajujeme, by měl pokrývat celý klinický průběh od rozhovoru a hodnocení až po intervenci, prevenci intragenního stresu a rehabilitaci pacientů s funkčním onemocněním i organickým onemocněním psychosomatickým způsobem. (RH)





# ETIKA



5: Z OSLAVY 20 LET PSYCHOSOMATICKÉ KLINKY

## **KLÁRA DOLÁKOVÁ: KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ Z POHLEDU ETIKY: PŘEHLED ODBORNÉ TUZEMSKÉ LITERATURY**

### ABSTRAKT

Teoretická východiska: Komplementární a alternativní medicína (dále jen CAM) se celosvětově těší značné popularitě. V řadě zemí dochází k integraci vybraných metod CAM do tuzemských systémů zdravotní péče (např. Švýcarsko, Německo, Velká Británie). Začleňování vybraných metod CAM do národních systémů zdravotní péče podporuje také Světová zdravotnická organizace v dokumentu Strategie WHO pro tradiční medicínu 2014–2023. Oblast CAM je v České republice v odborných kruzích či médiích opakovaně předmětem živých diskuzí. S tzv. integrativní zdravotní péčí, která kombinuje vybrané metody CAM s konvenční léčbou v prostředí zdravotnického zařízení se, tak jako je tomu například ve Velké Británii, v tuzemsku nesetkáváme. Nabízí se tedy otázka, do jaké míry je eticky žádoucí integrovat či naopak neintegrovat metody CAM do systému zdravotnictví.

Cíl článku: Cílem přehledu literatury je identifikovat klíčové etické aspekty, které jsou řešeny v oblasti CAM v tuzemsku a následně identifikovaná témata reflektovat v kontextu aktuálního zahraničního dění v oblasti CAM.





**Metody:** Autorka provedla nesystematický přehled tuzemské literatury se zaměřením na etické aspekty v oblasti CAM obecně, se zvláštní pozorností k tématu začleňování CAM do zdravotnictví.

**Výsledky:** V tuzemsku existuje velmi malý počet odborných publikací, které se věnují oblasti CAM obecně a etice v kontextu CAM. Přehled literatury mj. poukázal na to, že spíše než s řádnými etickými analýzami, se v české literatuře setkáváme s konkrétními stanovisky na danou oblast ze strany odborné veřejnosti. Rovněž je patrná určitá názorová polarita a absence konstruktivního dialogu, která by vedla ke konkrétním krokům.

**Klíčová slova:** komplementární a alternativní medicína, CAM, etika, zdravotnictví

**ABSTRACT: COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN CZECH HEALTHCARE FROM AN ETHICAL PERSPECTIVE: REVIEW OF CZECH SCIENTIFIC LITERATURE. PSYCHOSOM 2023; 21(1-2), PP. 39-53**

**Theoretical background:** Complementary and alternative medicine (CAM) is considerably popular worldwide. Many countries are integrating selected CAM methods into their healthcare systems (e.g., Switzerland, Germany, UK). The integration of selected CAM methods into national healthcare systems is also supported by the World Health Organization in the document WHO Strategy for Traditional Medicine 2014–2023. So-called integrative healthcare, which combines selected CAM methods with conventional treatment in a healthcare setting, is not encountered in the Czech Republic, as it is, for example, in the UK. This raises the question, of to what extent it is ethically desirable to integrate or not to integrate CAM methods into the healthcare system.

**Aim of the article:** The aim of the literature review is to identify key ethical issues that are being addressed in the field of CAM domestically and then to reflect on the identified topics in the context of current international developments in CAM.

**Methods:** The author conducted a non-systematic review of the domestic literature focusing on ethical aspects of CAM in general, with particular attention to the topic of integrating CAM into healthcare.

**Results:** There is a very small number of publications on CAM in general and ethics in the context of CAM. Among other things, the literature review pointed out that rather than proper ethical analyses, the Czech literature is characterized by specific opinions on the subject by the professional community. There is also a certain polarity of opinion and a lack of constructive dialogue leading to a concrete action.

**KEYWORDS:** complementary and alternative medicine, CAM, ethics, healthcare

## *CELOSVĚTOVÝ FENOMÉN KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNY*

Komplementární a alternativní medicína (dále jen CAM) představuje širokou škálu

diagnostických i terapeutických metod, popř. přístupů k životnímu stylu, které



jsou často označovány tímto společným termínem, neboť je spojuje, že se mohou v některých ohledech odlišovat od převládajícího systému zdravotní péče. Souhrnné označení však v sobě skrývá značně heterogenní diagnostické a terapeutické postupy. Cochrane Complementary Medicine Field (odborná skupina koordinující systematické přehledy v oblasti CAM) identifikovala celkem 51 různých terapeutických postupů CAM k prevenci a léčbě onemocnění (např. akupunktura, ayurvěda, homeopatie, chiropraxe, reflexní terapie, duchovní léčba a další) (Chatfield, 2018).

CAM se celosvětově těší značné popularitě. Většina obyvatel průmyslových i rozvojových zemí někdy využila některou formu CAM (Lakshmi et al. 2015), kupříkladu až 100 000 000 Evropanů používá některou z metod CAM (Lewith, 2012). Oblibu některých metod CAM napříč evropskými zeměmi dokládají také zprávy CAMBRELLA, které jsou výsledkem celoevropského výzkumného projektu, jenž probíhal v letech 2010–2012. Z tohoto projektu vyplývá, že situace v oblasti CAM v evropských zemích (např. právní regulace, míra užívání metod CAM atd.) je velmi různorodá a samotné označení CAM není celosvětově zcela jednotné. (European Commission, 2012) Globálně je hojně užívaný termín “tradiční medicína”, reflektující kulturní dědictví těchto metod v různých částech světa (např.

ayurvěda, tradiční čínská medicína apod.). Ve většině anglicky hovořících zemí se však nejčastěji setkáváme s termínem „complementary and alternative medicine“ a zkratkou „CAM“ (Chatfield, 2018).

V zahraničních databázích a odborné literatuře je hojně užívaným termínem také “integrativní medicína”, tedy přístup zdravotní péče o pacienta, který kombinuje konvenční terapie poskytované v rámci daného systému zdravotnictví společně s některými přístupy v oblasti CAM, které byly prokázány jako bezpečné a účinné. Zároveň také termín „integrativní medicína“ reflektuje celosvětové dění v oblasti CAM, kdy v řadě zemí dochází k integraci vybraných metod CAM do tamních systémů zdravotní péče (např. Švýcarsko, Německo, Velká Británie), popřípadě fungují v některých zemích duální modely zdravotní péče (např. Jižní Korea). Začleňování vybraných metod CAM do národních systémů zdravotní péče podporuje Světová zdravotnická organizace v dokumentu Strategie WHO pro tradiční medicínu 2014–2023. Výše uvedenou terminologickou různorodost v oblasti CAM z tuzemských autorů přehledně rozebírá Křížová, která klade důraz na důsledné rozlišení komplementárního (tj. doplňující konvenční léčbu) a alternativního užití těchto postupů (tj. namísto konvenční léčby).

### *OBLAST CAM V KONTEXTU ETIKY*

Oblast CAM je v České republice v odborných kruzích či médiích opakovaně předmětem živých diskuzí. Metody CAM stojí v současné době v Česku mimo systém zdravotní péče poskytované z veřejného zdravotnictví, a spadají tak především do soukromého sektoru, a s tzv. integrativní zdravotní péčí se, tak jako je tomu například ve Velké Británii, v tuzemsku

nesetkáváme. Nabízí se tedy otázka, do jaké míry je eticky žádoucí integrovat či naopak neintegrovat metody CAM do systému zdravotnictví, popř. zda je z dlouhodobého hlediska současná situace, která prozatím nereflektuje globální trend začleňování CAM v různé míře do národních systémů zdravotnictví, udržitelná?



R. Honzák v jednom z rozhovorů uvedl, že „*Etické je všechno, co lidem přináší dobro, a ne zlo*“, přičemž identifikace toho, co je v dané konkrétní situaci dobrem nemusí být vždy zcela jednoznačné, zvláště pokud se např. jedná o tak komplexní problém, jako je zařazení nové terapeutické metody (např. z oblasti CAM) do veřejného systému zdravotnictví. V dané situaci může pomoci etické rozvaha, popř. etická analýza. Ta by měla být spolu s teoretickými podklady a důkazy pro danou oblast také nedílnou součástí rozhodování v oblasti veřejného zdravotnictví (Tannahill, 2008).

V kontextu etické rozvahy uvedme pojmy *etický problém* a *etické dilema*, neboť se s nimi můžeme setkat v přehledu literatury (viz dále). Etický problém představuje situaci, ve které je jasné, jak by se měl daný člověk rozhodnout, ale rozhodnutí mu není příjemné. Etické dilema naopak představuje situaci, ve které máme více možností, jak se rozhodnout, ale může zde nastat konflikt morálních principů. Není tedy zcela zřejmé, jaká z daných možností je přijatelnější (Volf, 2018).

Existují různé nástroje, které nám mohou etickou rozvahu usnadnit jako je například etická matice dle Mephama, původně sloužící k hodnocení veřejných politických rozhodnutí, a nyní aplikována v mnoha dalších oblastech jako univerzální analytický nástroj v oblasti etiky (Chatfield, 2018). Dále můžeme k etické rozvaze využít metodu porovnávání jednotlivých případů, odhalování chyb v argumentaci, rozlišování hodnot a faktů či etickou rozvahu vycházející z biomedicínských etických principů (Dunn, Hope, 2018). V dnešní lékařské praxi je poslední zmíněný nástroj běžně aplikovanou součástí etické rozvahy.

Mezi základní biomedicínské etické principy řadíme princip beneficence,

nonmaleficence, princip respektu k autonomii pacienta a princip spravedlnosti. Uvedené principy jsou si rovny a uplatňujeme je vždy současně, avšak v klinické praxi může nastat situace, kdy může dojít ke konfliktu principů, které je třeba v dané situaci vyvažovat. Jako příklad lze uvést situaci, kdy si pacient zvolí, že využije některou z metod CAM jako doplňující k navrhované léčbě a postup komunikuje s lékařem. Lékař však preferuje, aby pacient pokračoval v konvenční léčbě bez doplňkové CAM metody. Z pohledu lékaře přináší pacientovi největší prospěch konvenční léčba (princip beneficence) a zároveň klade lékař vždy důraz na to, aby pacientovi nezpůsobil žádnou úmyslnou újmu, pokud by v tomto případě například doporučil terapii CAM, o které nemá dostatečné informace. Střetává se tak princip respektu k autonomii pacienta s principem beneficence. V dané situaci má přednost princip respektu k autonomii pacienta, tedy lékař nemůže aktivně pacientovi bránit, aby spolu s konvenční léčbou podstoupil také jím zvolenou terapii CAM, avšak za předpokladu, že je pacient řádně informován o všech případných rizicích či přínosech zvoleného postupu. Pacientovi sice musí být ponechána svoboda rozhodnutí, avšak promyšlenému rozhodnutí by mělo předcházet správné pochopení relevantních informací, aby jeho rozhodnutí bylo informované. Zdůrazněme, že lékař vždy nese svou profesní odpovědnost za poskytnutou péči (Jedličková, 2020; 2023).

Při etické rozvaze nepochybně hrají roli také naše osobní stanoviska či názory na danou oblast, která vycházejí z našich individuálních hodnotových rámců. Etický postoj by měl dle Kanta vycházet z dobrého úmyslu a znamená sjednocení našich myšlenkových úvah a postojů s určitou praktickou činností, kdy naše hodnotové preference vedou ke konkrétnímu praktickému jednání. Etický postoj však



vždy vyžaduje dotazování se po smyslu, jeho správné porozumění a překonání hranic egocentrismu (Volf, 2018).

Při vedení etické rozvahy spolu s dalšími stakeholdery v dané oblasti je nezbytný dialog, jež napomáhá analyzovat, přezkoumávat a kritizovat názory na danou problematiku na základě předložených argumentů všech zúčastněných (Doláková, 2021). Nástrojem, který nám může pomoci při vedení dialogu s dalšími stranami nad daným problémem je logická argumentace. Ta může být buď věcná, tedy založená na logických a věcných argumentech. V argumentaci věcné, *ad rem*, jde zpravidla všem zúčastněným stranám o společný prospěch a hodnoty. V dnešní společnosti se však můžeme nezdědka setkat také s argumentací nevěcnou, neboť jednotlivé strany mohou mít různé další osobní zájmy. To však může vést k eticky sporným situacím, kdy dochází k prosazování různých zájmů na úkor samotné řešené problematiky. Příklady nevěcné argumentace jsou například tyto:

- *Argumentatio ad ignoratiam*, je argumentací odborné veřejnosti, která je součástí veřejné diskuze, avšak běžný člověk nemá možnost dané problematice dostatečně porozumět,
- *argumentum ad populum*, zpravidla vyvolává apel na tzv. „zdravý lidový instinkt“, často však ve spojení s odporem ke změnám, nepřátelstvím apod.,
- *ignoratio elenchi* znamená odvádění sporu do úplně jiné oblasti, která s podstatou sporu vůbec nesouvisí.

Neodmyslitelnou součástí argumentace je také logika a emotivita. Právě u nevěcné argumentace se však můžeme setkat s chybami v logickém dokazování, jako jsou například *petitio principii*, kdy argumentující vysloví konkrétní závěr, aniž by byl reálně nalezen. Dále například *proton pseudos*, kdy je argumentace korektní, ale vychází z nesprávného základu, nebo předčasné zobecnění nějaké skutečnosti (Klapetek, 2008).

## POSTUP A CÍLE PŘEHLEDU LITERATURY

Autorka provedla nesystematický přehled tuzemské literatury se zaměřením na etické aspekty v oblasti CAM obecně, se zvláštní pozorností k tématu začleňování CAM do zdravotnictví. Cílem přehledu literatury je identifikovat klíčové etické aspekty, které jsou řešeny v oblasti CAM v tuzemsku a následně identifikovaná témata reflektovat v kontextu aktuálního zahraničního dění v oblasti CAM.

Pro potřeby rešerše literatury byla zvolena tuzemská odborná databáze s medicínskou a zdravotnickou tematikou. V databázi Medvik byly zadány termíny: etika;

alternativní medicína; komplementární medicína. Vyhledávání bylo omezeno

pouze na tuzemské zdroje (byl použit filtr „Česko“) a dále autorka hodnotila relevanci vyhledaných zdrojů vzhledem k tématu rešerše na základě četby popisu či abstraktu textu článku či odborné publikace. Dále byly vyřazeny zdroje, které se tematicky nevěnovaly oblasti CAM ve vztahu k oblasti etiky, a rovněž byly vyřazeny zdroje, u kterých se nejednalo o odborné texty (např. články v médiích, rozhovory, názorové příspěvky apod.). Postup vyhledávání je shrnut v tabulce č. 1.



- Vyhledávání v databázi Medvik
- Klíčová slova etika AND alternativní medicína AND komplementární medicína
- Celkový počet výsledků po zadání klíčových slov 98

- Počet výsledků po aplikaci filtru „Česko“ 83
- Počet relevantních výsledků na základě popisu/abstraktu textu 23

- Vyřazené zdroje 21
- Použité zdroje 2

Tabulka č. 1: Postup vyhledávání v databázi Medvik

Přehled literatury byl naopak doplněn o monografie z oblasti lékařské etiky, které se zároveň věnují tématu CAM a dále o stanovisko odborné lékařské společnosti k oblasti CAM (viz seznam použitých

zdrojů). Také byly doplněny zdroje ze zpracované rešerše ze strany Národní lékařské knihovny (NLK), které prošly totožným procesem selekce, který je uveden výše.

### CAM V KONTEXTU ETIKY: PŘEHLED TUZEMSKÉ LITERATURY

Z obecného hlediska lze uvést, že existuje velmi malý počet tuzemských odborných publikací, které se věnují CAM obecně, a ještě nižší počet publikací, které se zabývají oblastí etiky, popř. etickým tématům v kontextu CAM. Spíše než s důkladnými rozbory etických aspektů, dilemat, problémů, popř. s řádnou etickou rozvahou, se v české literatuře setkáváme s konkrétními stanovisky odborníků převážně z medicínských oborů k oblasti CAM. Níže je uveden přehled klíčových stanovisek a ústředních témat vyplývajících z přehledu literatury.

#### Ohrožuje vzestup CAM medicínu?

Řada autorů se podivuje nad skutečností, že v současném moderním a vysoce rozvinutém zdravotnictví existují pacienti, kteří mají zájem o jiné přístupy než ty, které nabízí medicína, a aktivně se informují o možnostech užití CAM. Heřt daný celosvětový fenomén vnímá jako

nežádoucí jev, který lze v kontextu všech úspěchů moderní medicíny jen těžko chápat (Heřt, 2011). Hořejší tento jev přisuzuje nedostatku kritického myšlení (Hořejší, 2020), Stankušová například uvádí, že „racionálně uvažující člověk bude považovat metody alternativní medicíny za nesmyslné“ a dále dochází k závěru, že za možným vzestupem užití CAM je absence publikací, které by varovaly před případnými riziky těchto metod, a naopak možný tlak na pacienty ze strany literatury, která se věnuje oblasti CAM. Jako další možné příčiny uvádí např. negativní zkušenosti v lékařském prostředí, vyčerpání onkologické léčby či nedostačnou péči u paliativně nemocných (Stankušová, 2014). Zklamání z medicínské léčby sice dle Křížové může představovat jeden z důvodů, proč se pacienti rozhodnou vyhledat CAM, řada výzkumů však vyvrátila, že by šlo o hlavní důvod. Křížová v této souvislosti popisuje tzv. „push“ a „pull“ faktory, kdy na jedné





straně pacienti přitahují hodnoty, které nabízí metody CAM, na straně druhé může u pacientů docházet k „odpuzení“ od moderní medicíny právě např. z důvodu zklamání z formy či výsledků léčby. Studie se však přiklání spíše k „push“ faktorům, kdy se mnozí pacienti pokoušejí propojit moderní medicínu s metodami CAM ve snaze maximalizovat léčebný efekt. Z pacienta se tak stává v globalizovaném a informačně propojeném světě informovaný a aktivní konzument péče o zdraví (Křížová, 2015).

Dalším možným faktorem, který se dle některých českých autorů podílí na vzestupu popularity metod CAM je podpora a provozování metod CAM lékaři. Zatímco v zahraničí údajně provozují metody CAM převážně léčitelé, v tuzemsku se jedná také o řadu lékařů, čímž může nepřímo docházet k posílení legitimizace těchto metod (Stankušová, 2014; Opatrná, 2008). Uvedené závěry vyvozuje také Heřt s obavou, že případná spolupráce lékařů se zástupci oblasti CAM by mohla vést až k devalvací medicíny. Oblast CAM Heřt vnímá jako „vážného konkurenta“ tzv. vědecké medicíny a snad i z tohoto důvodu užívání metod CAM lékaři rezolutně odsuzuje. Lékař, který se dle něj uchýlí k těmto metodám „...opouští kritické myšlení a přijímá iracionální paradigma alternativní medicíny. Oběma způsoby totiž myslet nelze.“ Na druhou stranu autor zdůrazňuje potřebu reflektovat CAM v kontextu současného zdravotnictví, se kterým je tato oblast v současné době úzce spjata (Heřt, 2011).

Skutečnost, že by CAM v zahraničí poskytovali převážně léčitelé, vyvrací Křížová, která například uvádí, že v Německu nebo Rakousku jsou to právě pouze lékaři, kteří smejí ze zákona praktikovat např. homeopatii. Pokud jde o podporu či provozování CAM lékaři v Česku, Křížová uvádí, že aktivně provozuje CAM přibližně 10–15 % lékařů (u praktických

lékařů se jedná až o 20–25 %), 20–30 % lékařů CAM metody doporučují, ale sami je neprovozují, 40–45 % lékařů CAM toleruje a přibližně 10–15 % lékařů CAM odmítá. Odmítavé postoje vůči oblasti CAM se nejvíce objevují u teoretické medicíny a lékařské vědy, což, jak doplňuje autorka, vypovídá o tom, že odborníci, kteří jsou více vzdáleni klinické praxi a kontaktu s pacienty, ale naopak mají blíže k pravidlům vědeckého prokazování, se kloní spíše k negativním stanoviskům vůči CAM. Mezi českými lékaři však bezpochyby nepanuje ohledně oblasti CAM názorová shoda. Z etického hlediska upozorňuje Křížová spíše než na problematiku provozování CAM lékaři na skutečnost, že zatímco lékařská profese má zpracovaný etický kodex, tedy určitá etická pravidla, kterými by se měl lékař řídit, u jiných praktiků CAM taková pravidla mohou chybět (Křížová, 2015).

### **Respekt k pravdě i autonomii pacienta**

*„...Z etického hlediska musíme na jedné straně respektovat pravdu, na druhé straně nemůžeme bránit komukoliv, aby o své zdraví pečoval podle vlastních, více či méně podivných představ“ (Šimek, 2015).*

Jedním z dalších témat, které se opakovaně objevuje v české literatuře, a nepochybně se přímo dotýká oblasti etiky, je možnost svobodné volby péče o vlastní zdraví. Jedná se totiž o třetí etický biomedicínský princip, kterým je respekt k autonomii pacienta (viz kapitola Oblast CAM v kontextu etiky). Právě na danou skutečnost upozorňuje např. Šimek či Haškovcová, Heřt k tomuto uvádí následující: *„Jestli je pacient zklamán vědeckou medicínou a jestliže neakceptuje racionální argumenty a je přesvědčen o záračné moci léčitele a metod AM, pak nelze jeho názor zlomit násilím a je nutné ponechat mu právo volby.“* V této souvislosti je na místě připomenout, že právo na



zdraví, které se pojí s individualitou každého člověka, je také „*státem uznaným přirozeným právem člověka*“ (Telec, 2018).

Vrátíme-li se k úvodní citaci, v první části Šimek uvádí, že je třeba „respektovat pravdu“, což je dle něj v současných kulturních podmínkách to, co je vědecky prokázáno. S tím však mohou dle něj nastat určité potíže, neboť i ve vědě se lze pravdě více či méně blížit. Toto téma dále přesahuje rámec etiky, neboť se dotýká oblasti filosofie a paradigmatického rámce, ze kterého v dnešní době vycházíme. Za paradigma moderní medicíny lze považovat tzv. Evidence-Based Medicine (dále jen EBM), na kterou odborníci z řad medicíny často odkazují. Jedná se o relativně nový koncept (k rozšíření došlo v 90. letech 20. století), který vystřídal koncept medicíny založené na zkušenosti (Doláková, 2021; Ptáček, 2016). Nicméně jak upozorňuje Heřt, i EBM je třeba vnímat spíše jako „*cílový stav medicíny než za stav současný*“, protože i v medicíně se můžeme někdy setkat s metodami či prostředky, které nejsou dostatečně ověřené či účinné, Heřt však argumentuje tím, že jsou takové metody průběžně odstraňovány (Heřt, 2011). Za pravdu mu dávají také další autoři a jako příklad uvádějí některé metody fyzikální terapie, jejichž účinnost není podložena důvěryhodnými vědeckými podklady, užití těchto metod však autoři ospravedlňují tím, že jsou provozovány lékaři či fyzioterapeuty (Mornstein et al., 2016).

Šimek si klade otázku, zda ostatní metody léčby, které nezbytně nevycházejí z vědy, musí být automaticky nepravdivé (Šimek, 2015). Dle Heřta je totiž diskutabilní, zda má tzv. vědecká medicína nárok na to, aby rozhodovala o tom, co je a není správné, resp. „pravdivé“. I přes výše uvedené je tzv. vědeckost, resp. nevědeckost jedním z argumentů, který užívají čeští autoři v kontextu CAM. Často se tak

setkáváme v tuzemských publikacích s rozdělením na vědeckou medicínu a nevědeckou, popř. alternativní medicínu. Tímto rozlišením se v rámci tuzemských zdrojů vytvořila i pomyslná hranice mezi medicínou a oblastí CAM. A pro řadu autorů je tím pádem tzv. nevědecká, popř. alternativní medicína automaticky zcela nepřijatelná. Jeden z autorů například považuje tzv. čínské léčitelství (resp. tradiční čínskou medicínu, pozn. autorky) za nevědecké, a to na základě skutečnosti, že se za svou klinickou lékařskou praxi nasetkal s odbornými texty, ve kterých by byla zmínka o akupunktuře. Na druhou stranu také připouští, že o akupunktuře není informován, a danou metodu ve své lékařské praxi neprovozuje (Svačina, 2016). S obdobnou myšlenkou přichází i další z autorů, který upozorňuje na absenci relevantních informací o možnostech a limitech vědecké medicíny a CAM (Hořejší, 2020). Na problému nedostatku znalostí a informací o oblasti CAM obecně se shoduje vícero autorů, Heřt v této souvislosti např. uvádí: „*Jak se má potom orientovat v praxi lékař, který se ani na vysoké škole o AM (alternativní medicíně, pozn. autorky) nedověděl prakticky nic?*“, čímž upozorňuje na nedostatek edukace o CAM na vysokých školách (Heřt, 2011). Otázkou vzdělávání se zabývá také Šimek, který si naopak klade otázku, zda by vůbec mělo docházet ke vzdělávání lékařů v oblasti CAM. Autor však zaujímá zamítavé stanovisko s odůvodněním, že by mělo existovat pole mezi, v rámci kterého bude rozlišeno, co je ještě v mezích vědecké medicíny a co již není (Šimek, 2015).

### **Jak přistoupit k oblasti CAM v rámci českého zdravotnictví?**

Z přehledu literatury mj. vyplývá, že vytvoření hranice mezi vědeckou a nevědeckou medicínou s sebou, zdá se, přináší další vedlejší efekt, a tím je určité rozdělení na dva různé názorové, popř.



paradigmatické tábory, mezi kterými, jak bude zmíněno později, absentuje dialog.

Jak uvádí Šimek v předchozí části, měl by dle něj existovat určitý rámec, ve kterém bude definováno, co již nebude považováno za vědeckou medicínu. Obdobně schizmatický postoj k oblasti CAM zaujímá také např. *Heřt, Svačina*, či *Neoral*. Poslední zmíněný autor navrhuje „*pokusit se definovat, kde jsou hranice tolerance vůči těmto směrům*“ (*Neoral*, 1997).

*Křížová* se v této souvislosti ptá: „*Mají být hranice mezi nimi (vědeckou medicínou a CAM, pozn. autorky) zřetelné a oddělené, aby člověk věděl, kde se pohybuje, nebo mají být postupy integrovány do nových funkčních celků?*“ (*Křížová*, 2015). S myšlenkou jistého klasifikačního rámce přichází také *Haškovcová*, která si pokládá otázku, co by mělo být splněno, aby byla určitá metoda považována za alternativní, a naopak jaká by byla kritéria pro to, aby byla daná metoda akceptována, či alespoň tolerována konvenční medicínou. Uvedený klasifikační rámec by totiž mohl dle *Haškovcové* vést ke stanovení parametrů, které by umožnily regulaci daných oborů a k případnému udělování licencí pro odborníky daných oborů (*Haškovcová*, 2015). V souvislosti s regulací CAM *Křížová* doplňuje, že by bylo nezbytné se také zamyslet nad tím, kdo by měl mít pravomoc léčit, jaké metody CAM by mohli indikovat nebo praktikovat lékaři, či které metody CAM by mohly být hrazeny ze zdravotního pojištění (*Křížová*, 2015). Tématem případné spolupráce a integrace CAM v rámci českého zdravotnictví se však drtivá většina publikací až na výjimky nezabývá. *Křížová* se například domnívá, že oblast CAM a tzv. vědecká medicína budou i nadále fungovat ve všech formách, tedy odděleně, paralelně i integrovaně.

*Prymula* uvádí, že např. tradiční čínská medicína (dále jen TCM) má EBM co nabídnout, a není tedy žádoucí TCM jako celek zcela zamítnout. Existuje totiž řada randomizovaných studií, ze kterých vyplývá možný pozitivní přínos pro pacienta. A přestože by se mohlo jednat o účinek ve výši placebo, i takový výsledek není na místě zcela ztracovat (*Prymula*, 2016). *Heřt* zaujímá zcela opačné stanovisko, totiž, že oblast CAM jako celek nemá medicíně co nabídnout: „*S léčitелеm bych nikdy přímo nespolečně pracoval. Ze dvou zásadních důvodů. Především lékař vychází z paradigmatu EBM, které je protichůdné paradigmatu AM. Z druhé lékař nepotřebuje žádnou pomoc nebo spolupráci, protože možnosti medicíny vysoce přesahují možnosti léčitele a AM ve všech ohledech. Medicína může nabídnout vše, co léčitel, včetně placebo efektu. Myslím, že by lékař nikdy neměl svému nemocnému léčitele nabízet, protože tím v očích pacienta medicínu devaluje a přiznává, že léčitel umí něco navíc, že sám není schopen pacienta vyléčit nebo že metody AM jsou účinnější než metody EBM*“ (*Heřt*, 2011). Společně s *Šimkem* se *Heřt* shoduje na tom, že by metody CAM neměly být dostupné stejně jako tzv. vědecká medicína (*Heřt*, 2011; *Šimek*, 2015). Zajímavým kontrastem je v této souvislosti fakt, na který upozorňuje *Křížová*, a to sice že v rozsáhlých částech světa naopak dochází k začleňování tzv. vědecké medicíny do tradičních systémů léčby (v západních zemích známé pod pojmem CAM) a pacienti by bez těchto druhů léčby neměli přístup k žádným jiným formám zdravotnictví (*Křížová*, 2015).

Zatímco *Heřt* považuje oblast CAM za problém, ke kterému je třeba zaujmout určité stanovisko: „*Alternativní medicína představuje však problém nejen pro pacienta, ale i pro každého jednotlivého lékaře, pro medicínu jako vědu i pro*



*zdravotnictví a jeho legislativu. Jak se má lékař k léčitelům, „alternativním“ metodám, a hlavně k jejich používání stavět? Stejný problém stojí před lékařskými organizacemi, odbornými společnostmi, komorami i před státními orgány, ale především před občanem a pacientem“* (Heřt, 2011), *Haškovcová* se nedomnívá, že námětem pro etickou rozvahu je primárně oblast CAM jako problém, ale otázka, zda vnímat metody CAM jako nepřátelské vůči konvenční medicíně. Diskuze nad tématem CAM by tedy neměla být postavena tak, zda oblast jako celek zavrhnout či přijmout, ale spíše za jakých okolností případně doporučit, jakým pacientům tu kterou metodu CAM (*Haškovcová*, 2015). Za jakých okolností například užívat homeopatii u onkologicky nemocných již dříve řešil *Fesik*. Nadto si klade otázku, zda je vlastně etické onkologicky nemocného odmítnout léčit homeopaticky, pokud se daný lékař domnívá, že je to ku prospěchu pacienta (princip beneficence, pozn. autorky) a pacient již například absolvoval konvenční formu léčby (*Fesik*, 2000).

Kromě tvorby případných kritérií užití CAM může být dle *Haškovcové* v zájmu pacientů i případný dialog mezi jednotlivými zástupci zdravotnictví k oblasti CAM. Autorka v této souvislosti však upozorňuje na určitou resistenci k případné diskuzi nad tématem CAM ze strany lékařů, a to i přesto, že se jedná o oblast, na kterou bude třeba v dohledné době reagovat (*Haškovcová*, 2015). Na zaostávající dialog ve srovnání s jinými evropskými zeměmi, který by reflektoval současné dění na poli CAM upozorňuje také *Křížová* a doplňuje, že míra užití CAM pacienty i lékaři je v tuzemsku srovnatelná s jinými evropskými zeměmi (*Křížová*, 2015). Na nutnosti reagovat na celosvětové dění v oblasti CAM panuje mezi českými autory shoda a většina uvádí, že je nezbytné zaujmout k oblasti CAM nějaké

stanovisko. *Svačina* upozorňuje na to, že tzv. nevědecká medicína v tuzemsku „bují“ a daný jev není možné zastavit. Dle něj by však bylo namísto alespoň znemožnit provozování a šíření těchto metod lékaři (*Svačina*, 2016). *Křížová* se naopak domnívá, že není udržitelné za již vzniklé koexistence CAM i tzv. vědecké medicíny CAM přímo omezovat. Na druhou stranu si klade otázku, zda je lékař povinen hovořit s pacientem o oblasti CAM (*Křížová*, 2015). Případné užití CAM lékaři, jak již bylo zmíněno dříve, vnímá např. *Heřt* jako problém a upozorňuje, že je takovým činěním oblast CAM se zdravotnictvím propojována. Zároveň se domnívá, že „...*Každý odpovědný ministr zdravotnictví i každý lékař, který skládal Hippokratovu přísahu* (Hippokratovu přísahu dnešní lékař neskládá, pozn. autorky), *se musí nad takovou situací zamyslet“* (*Heřt*, 2011). Ze stejných východisek vychází ve svém článku rovněž *Mornstein a Beneš*, kteří uvádí, že jediným možným stanoviskem vůči oblasti CAM je „*odmítavý nebo velmi zdrženlivý vztah lékaře k AM“* (*Mornstein, Beneš*, 2017). S totožnými závěry se můžeme setkat i ve stanovisku České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen ČLS JEP), jehož autorem je rovněž *Beneš*. Pro úplnost je třeba dodat, že znění stanoviska ČLS JEP je takřka totožnou kopií textu již dříve vydané *Heřtovy* publikace „*Alternativní medicína a léčitelství“*, termín „alternativní medicína“ byl však na webových stránkách v relativně nedávné době pozměněn na „CAM“ (změna byla autorkou zaznamenána v uplynulých měsících, pozn. autorky).

*Haškovcová* poukazuje na fakt, že „...*Alternativní medicína jako fenomén u nás existuje a bude ji nutné v blízké budoucnosti reflektovat, když pro nic jiného, tak pro možný konflikt různých, tzv. druhých názorů“* (*Haškovcová*, 2015). *Křížová* si v této souvislosti klade otázku:





„jak má vypadat koexistence vědecké a alternativní medicíny, když už její trend nastal?“ (Křížová, 2015).

### DISKUZE K PŘEHLEDU LITERATURY

Z pohledu etiky je jedním z klíčových závěrů přehledu literatury zřetelná absence řádné etické analýzy, která by se zabývala otázkou začleňování metod CAM do českého zdravotnictví, a objektivně by tak vyhodnotila všechny případné přínosy a rizika. Nezřídka se však v tuzemské literatuře setkáváme se stanovisky, popř. názory na oblast CAM především ze strany zástupců lékařské odborné veřejnosti. Příkladem uvedeného jsou např. tato tvrzení:

- „*racionálně uvažující člověk bude považovat metody alternativní medicíny za nesmyslné*”
- „*Mladý lékař může být zmaten, ztrácí část sebedůvěry i důvěry v to, co se naučil na fakultě a může být např. filozofií akupunktury, biotroniky nebo homeopatie natolik zmámen, že opouští racionální medicínu a věnuje se metodám AM. Opouští kritické myšlení a přijímá iracionální paradigma alternativní medicíny. Oběma způsoby totiž myslet nelze.*”
- „*průnik alternativní medicíny se nedá zastavit, jen by snad šlo, aby tyto metody nemohli provozovat a šířit ti, kdo mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou a pak se jim v pracovní době překrývají věda s pavědou*”

Jak je patrné z textu, příklady výše nepředstavují argumentaci ad rem za účelem hledání etických východisek pro konkrétní situaci, což může znesnadňovat vedení dialogu na téma CAM v českém zdravotnictví. Dalším faktorem, který může přispívat k vážnoucímu dialogu, může být také užitá terminologie pro oblast CAM. Z přehledu tuzemské literatury

je totiž mj. také zřejmé, že se v českých publikacích setkáváme s užitím odlišné terminologie pro oblast CAM, než je tomu v současných zahraničních odborných zdrojích. Nejčastěji je užíván termín alternativní medicína, přičemž tento termín v sobě nese ve svém principu označení něčeho, co lze užívat jako alternativu, tedy namísto konvenční zdravotní péče. Křížová jako jedna z mála tuzemských autorů např. rozlišuje alternativní a komplementární užití těchto metod. Termín alternativní medicína byl v Evropě a USA zpopularizován v 70. letech v souvislosti s tím, že někteří lidé volili v případě možnosti i jiné postupy než klasickou medicínskou léčbu. V 80. letech byl k tomuto termínu doplněn termín komplementární medicína, který více refletoval častý způsob užití metod CAM, tedy nikoliv pouze jako alternativu ke konvenční medicíně, ale také jako její doplněk. V českých publikacích se však setkáváme i s řadou dalších pojmenování jako je léčitelství, nekonvenční medicína, nevědecká medicína či dokonce pavěda, šarlatánství nebo bílá magie. Již z povahy těchto označení je patrná i jistá konotace, kterou s sebou označení dané oblasti nese. Pro doplnění autorka uvádí, že přiřazením specifického pojmenování pro danou oblast lze také odhalit určitý vrozený předsudek či předpojatost vůči dané oblasti (Chatfield, 2018).

Na možnou rezistenci ze strany odborné lékařské veřejnosti upozorňuje např. Haškovcová a dokládá to i znění části stanoviska ČLS JEP, ve kterém se uvádí: „*Pravděpodobně jediným rozumným východiskem je odmítavý nebo velmi zdrženlivý vztah lékaře k CAM, provázený snahou o maximalizaci dodatečného*





placebového účinku racionální terapie a případným vysvětlením důvodů, které jej k odmítání CAM vedou” (Beneš, 2015). Společnost navíc označuje celou oblast CAM za etický problém. Lze však celou oblast CAM, čítající širokou škálu terapeutických přístupů, z nichž řada byla v zahraničních zemích integrována v rámci národních systémů zdravotní péče, označit za etický problém, jehož řešením je odmítavý postoj? V kontextu stanoviska ČLS JEP se zdá překvapující, že v praxi provozuje metody CAM v ČR dle Křížové 10–15 % lékařů (20–25 % praktických lékařů), a přibližně jen 10–15 % lékařů CAM vyloženě odmítá. Vzhledem k uvedenému je tedy otázkou, zda by spíše nebylo na místě řešit, jak má vypadat systém zdravotnictví, reflektující přítomnost metod CAM, tak jak to navrhuje např. Haškovcová nebo Křížová. V takovém případě by však bylo pravděpodobně zapotřebí, aby byla definována určitá kritéria, jež by měly metody CAM splňovat, jak navrhuje např. Haškovcová. Měla by však uvedená kritéria primárně řešit, zda je metoda vědecká či není, tak jak doporučují Heřt, Neoral, Svačina či Šimek? A měl by být právě i tímto způsobem postaven dialog, týkající se případného včleňování metod CAM v rámci zdravotnictví, zohledníme-li navíc fakt, že ani tzv. vědecká medicína dle některých autorů nezahrnuje všechny přístupy, které by byly nezbytně vědecky podloženy (např. metody fyzikální léčby široce hrazeny z veřejného zdravotního pojištění). Autorka článku se proto zamýšlí, zda by měl být v kontextu biomedicínské etiky důraz na dodržování vědecké metody primárním, popř. jediným kritériem při posuzování dané metody CAM, nebo následně i při rozhodování o případném začlenění dané metody v rámci systému zdravotnictví.

Úspěšnost pacientovy léčby bezpochyby podmiňuje mimo samotný léčebný přístup také vztah mezi lékařem a

pacientem, který by měl být v nynější lékařské praxi vždy partnerský, maximálně součinný a založený na otevřené možnosti komunikace (Jedličková, 2023). Dalším etickým tématem, které se v této souvislosti nabízí, je tedy otázka, zda by nemohlo na základě toho docházet v některých případech k narušení otevřené komunikace a důvěry mezi lékařem a pacientem, pokud bude lékař zaujímat při komunikaci s pacientem zamítavé stanovisko vůči CAM, jak doporučuje ČLS JEP? Na druhou stranu, pokud není lékař informován o případných přínosech či rizicích té či oné z metod CAM, neboť relevantní odborná doporučení podložená výzkumem příslušných metod chybí, a rozhodne se vycházet z doporučení ČLS JEP (které je téměř doslovnou kopií textu Heřtovy publikace z roku 2011, pozn. autorky), jen těžko si může na oblast CAM vytvořit jiný než zamítavý názor.

V uvedené publikaci se můžeme například také dočíst, že: „Nelze sice popřít pozitivní výsledky léčby těmito metodami (metodami CAM, pozn. autorky) ve vhodných případech a zejména u určité části populace, ale většinou jsou neúčinné, a navíc v sobě skrývají závažná rizika a mohou ohrožovat zdraví i život pacienta“ (Heřt, 2011). Nahlédněme nejdříve na uvedené tvrzení z pohledu logiky dané argumentace, následně v kontextu biomedicínských etických principů. Z argumentačního pohledu lze dané tvrzení charakterizovat jako zobecnění, tedy autor uvádí dané stanovisko, které je dle něj platné pro oblast CAM jako celek. Takto formulované tvrzení implikuje, že se jedná o chybu v logickém dokazování (předčasné zobecnění), neboť jednak chybí v publikaci odkaz na relevantní zdroj, který by takové stanovisko potvrdil, jednak by měly existovat důvody, proč dochází v řadě evropských zemí k začleňování vybraných metod CAM do národních systémů zdravotnictví. Nelze



totiž předpokládat, že by národní zdravotní politiky zcela opomíjely zohlednění přínosů a rizik daných metod. Z hlediska biomedicínských etických principů dané stanovisko nabízí konflikt dvou etických principů:

- 1) „Nelze sice popřít pozitivní výsledky léčby těmito metodami ve vhodných případech a zejména u určité části populace...“ (princip beneficence)
- 2) „...ale většinou jsou neúčinné, a navíc v sobě skrývají závažná rizika a mohou ohrožovat zdraví i život pacienta.“ (princip nonmaleficence)

## ZÁVĚR

Dnešní moderní medicína bezesporu nabízí mimořádné možnosti a denně zachraňuje mnoho lidských životů. Jako každý komplexní systém se však potýká i s mnoha výzvami, jako je vzrůstající počet chronicky nemocných, antimikrobiální rezistence, stárnutí obyvatel a jejich komorbidita a mnoho dalších. Je tedy jisté nezbytné zabývat se otázkou budoucí udržitelnosti takového systému.

Na globální úrovni dnes dochází k tomu, že konzumenti zdravotní péče využívají kromě konvenčních přístupů dostupných v rámci systému veřejného zdravotnictví také metody CAM a v řadě zemí se tyto metody postupně stávají i součástí zdravotního systému. I v České republice se daný trend projevuje v obdobné míře jako v jiných evropských zemích, avšak doposud absentuje dialog nad případným oficiálním užíváním těchto metod v rámci systému zdravotnictví, ať už v hrazené či nehrazené formě.

Na jedné straně se můžeme v české literatuře setkat s argumentací, která nepřipouští možnou spolupráci oblasti CAM a

Pokud bychom tedy měli uvažovat v kontextu etické rozvahy, je namístě zabývat se otázkou, které metody, popř. v jakých případech mohou přinést pozitivní výsledky léčby, a naopak u kterých metod může docházet k významným rizikům a ohrožení života a zdraví pacienta?

Ačkoliv se většina autorů shoduje na nutnosti zaujmout k oblasti CAM nějaké stanovisko, jak konkrétněji k jednotlivým metodám CAM či k jejich případnému začleňování v rámci českého zdravotnictví přistoupit zatím zůstává nevyřešeno.

medicíny, neboť medicína disponuje všemi nezbytnými prostředky a oblast CAM nemá medicíně co nabídnout, na straně druhé se v tuzemské literatuře objevují také stanoviska, apelující na udržitelnost systému zdravotní péče, který by měl využívat všech dostupných přístupů, které budou ku prospěchu nemocným bez nutnosti devalvace či nadřazování jednoho přístupu nad druhým.

Je tedy patrná určitá názorová polarita, ze které autorka nabízí následující řešení: v další výzkumné práci objasnit, jaké musí být splněny podmínky, aby se mohla daná metoda stát součástí systému zdravotnictví, resp. jaká kritéria jsou nezbytná pro zařazení dané metody do českého systému zdravotnictví. A následně se také zabývat rozlišením kritérií, která mají být splněna, pokud by měla být daná metoda poskytována v nehrazené formě (tzn. aby byla ze strany konvenční medicíny tolerována, popř. doporučována), a naopak pokud by měla daná metoda vstoupit do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění (integrace v rámci systému zdravotnictví).



## LITERATURA:

1. BENEŠ, Jiří. Stanovisko k alternativní medicíně. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně [online]. Praha: ČLS JEP, 2015 [cit. 2023-07-15]. Dostupné z: <https://www.cls.cz/stanovisko-k-alternativni-medicine>
2. CAMbrella – A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM). Cordis [online]. European Commission, 2012 [cit. 2023-06-24]. Dostupné z: <https://cordis.europa.eu/project/id/241951>
3. DOLÁKOVÁ, Klára. Jsme na prahu nového paradigmatu? Psychosom: Časopis psychosomatickou a psychotherapeutickou medicínu [online]. 2021, 19(3-4), 161-171 [cit. 2022-01-11]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/802-teorie-3-2021>
4. DOLÁKOVÁ, Klára. Philosophy and science in the context of human health [online]. Hradec Králové: MAGNANIMITAS, 2021 [cit. 2022-04-27]. ISBN 978-80-87952-34-4. Dostupné z: [https://www.vedeckekonference.cz/library/proceedings/quaere\\_2021.pdf](https://www.vedeckekonference.cz/library/proceedings/quaere_2021.pdf)
5. FESIK, Aleksandr Nikolajevič. Úvahy o teoretických, ekonomických, morálních a právních aspektech homeopatické léčby pacientů trpících onkologickým onemocněním. Regulační medicína. 2000, 3(3), 20-23.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.
7. HEŘT, Jiří. Alternativní medicína a léčitelství. V Praze: Věra Nosková, 2011. ISBN 978-80-87373-15-6.
8. HOPE, Tony. Medical Ethics: A Very Short Introduction. 2nd edition. Oxford, United Kingdom: OUP Oxford, 2018. ISBN 978-0-19-881560-0.
9. HOŘEJŠÍ, Jaroslav. Naděje v medicíně pohledem pacienta. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. Naděje v medicíně. Praha: Grada, 2020. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3077-1.
10. CHATFIELD, Kate. Traditional and Complementary Medicines: Are they Ethical for Humans, Animals and the Environment?. Imprint: Springer, 2018. SpringerBriefs in Philosophy. ISBN 9783030053000.
11. JEDLIČKOVÁ, Anetta. Etické konotace léčby onemocnění covid-19. Vnitřní lékařství [online]. 2020, 66(7), e8-e12 [cit. 2023-07-16]. ISSN 0042773X. Dostupné z: [doi:10.36290/vnl.2020.132](https://doi.org/10.36290/vnl.2020.132)
12. JEDLIČKOVÁ, Anetta. Etické aspekty v onkologii. Vnitřní lékařství [online]. 2023, 69(1), E03-E10 [cit. 2023-07-16]. ISSN 0042773X. Dostupné z: [doi:10.36290/vnl.2023.009](https://doi.org/10.36290/vnl.2023.009)
13. KLAPETEK, Milan. Komunikace, argumentace, rétorika. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2652-6.
14. KŘÍŽOVÁ, Eva. Alternativní medicína v České republice. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2498-3.
15. LAKSHMI, Josyula K, Devaki NAMBIAR, Venkatesh NARAYAN, Tamysetty N SATHYANARAYANA, John PORTER a Kabir SHEIKH. Cultural consonance, constructions of science and co-existence: a review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine in low- and middle-income countries. Health Policy and Planning [online]. 2015, 30(8), 1067-1077 [cit. 2023-07-14]. ISSN 0268-1080. Dostupné z: [doi:10.1093/heapol/czu096](https://doi.org/10.1093/heapol/czu096)
16. LEWITH, George. Why we need to research the use of complementary medicine. The Guardian [online]. 2012 [cit. 2021-11-01]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2012/nov/29/complementary-alternative-medicine-research-regulation>
17. MORNSTEIN, Vojtěch, Jiří BENEŠ, Zdeněk MROZEK a Štěpán SVAČINA. Alternativní léčebné metody kolem nás. Časopis lékařů českých [online]. 2016, 155(5), 267-273 [cit.



- 2023-07-14]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/alternativni-lecebne-metody-kolem-nas-59109>
18. MORNSTEIN, Vojtěch a Jiří BENEŠ. Alternativní medicína jako evergreen. *Universitas – revue Masarykovy univerzity*. 2017, 50(Mimořádné číslo), 17-28.
  19. NEORAL, Lubomír. Etické a právní aspekty mezioborové spolupráce v medicíně. *Praktický lékař*. 1997, 77(1), 6-7.
  20. OPATRNÁ, Marie. Etické problémy v onkologii. Praha: Mladá fronta, 2008. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.
  21. PRYMULA, Roman. Co může čínská medicína nabídnout medicíně založené na důkazech. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, ed. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-4360-1.
  22. PTÁČEK, Radek. Evidence based medicine: centrální kontroverze současné medicíny. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, ed. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-4360-1.
  23. STANKUŠOVÁ, Hana. Etické problémy v onkologii. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
  24. SVAČINA, Štěpán. Čínské léčitelství, politika a vědecká medicína. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, ed. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-4360-1.
  25. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
  26. TANNAHILL, A. Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International* [online]. 2008, 23(4), 380-390 [cit. 2023-07-14]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/heapro/dano32>
  27. TELEC, Ivo. *Právo přírodního léčitelství*. Praha: Leges, 2018. *Praktik (Leges)*. ISBN 978-80-7502-306-3.
  28. VOLF, Jan. *Filozofie - 1. díl: Teoretická část systematické filozofie a etika* [online]. E-knihy hned, 2018 [cit. 2023-07-16]. ISBN 978-80-7536-195-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/filozofie-1-dil-724264/#>
  29. WHO traditional medicine strategy 2014-2023 [online]. 1. Geneva: World Health Organization, 2013 [cit. 2023-07-16]. ISBN 9241506091. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090\\_eng.pdf;jsessionid=8A3602A9DE43E86557A31AF66DEDo88C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf;jsessionid=8A3602A9DE43E86557A31AF66DEDo88C?sequence=1)

## 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

Do redakce přišlo 17.7.23  
 K tisku zařazeno bez recenzních úprav  
 Konflikt zájmů neshledán



# Z KONFERENCÍ



6: ILUSTRAČNÍ FOTO: Z 1.OLOMOUCKÉ KONFERENCE

*Zájemci o psychosomatickou medicínu si nemohou stěžovat na nedostatek odborných akcí (Red.)*

## **LEDEN: RODINA A PSYCHOSOMATIKA, 13. ROČNÍK TRADIČNÍ KONFERENCE ZÁKLADŮ PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU V DOBŘICHOVICÍCH**

21.1.2023, Centrum komplexní péče Dobřichovice

21. ledna 2023 se v Dobřichovicích uskutečnil již 13. ročník psychosomatické konference. Letošním tématem byla RODINA A PSYCHOSOMATIKA. Kapacita konference se naplnila již v prosinci, což jen potvrdilo, že je toto téma mezi odborníky z různých profesí opravdu žádané. Jednotlivé profese byly mezi účastníky zastoupeny letos velmi rovnocenně. Lehkou početní převahu měli fyzioterapeuti, kterých se zúčastnilo 38, lékařů a psychologů pak bylo shodně 31. Mezi účastníky byli též zástupci jiných profesí, mimo jiné učitelé, mediátoři, zdravotní sestry či právníci.

Účastníci konference každoročně velmi oceňují vřelou, přátelskou atmosféru, kterou se daří pořadatelům vytvořit. Letos k budování té správné atmosféry přispělo také nevyzpytatelné počasí. V noci mocně nasněžilo a většina účastníků tak musela dorazit na dobřichovickou Vyhlídku pěšky. Přesto všichni dorazili s dobrou náladou a úsměvem ve tváři.

Přednášky a workshopy přinesly zajímavou kombinaci příspěvků





**PhDr. Ludmila Trapková, MUDr. Vladislav Chvála V., přednáška: Jaké místo má rodinná terapie v psychosomatické medicíně?**



Na úvod konference zazněla přednáška od PhDr. Trapkové a MUDr. Chvály, v níž sdíleli své dlouholeté terapeutické zkušenosti z oblasti rodinné terapie. Osvětlili důvody, proč považují právě rodinnou terapii za zlatou cestu k naplnění Engelova bio-psycho-sociálního pojetí zdraví a nemoci.



**Pavel Kučera, přednáška: Přechodové rituály 21. století**

Příspěvek Pavla Kučery posluchače seznámil s přechodovými rituály do dospělosti. Co musí mladý muž zažít, aby byl iniciovaný, převzal odpovědnost za sebe a své blízké, získal respekt vrstevníků a okolí, své rodiny, a především svých rodičů. A co musí nebo nemusí udělat jeho rodič. Příspěvek byl doplněn ukázkami z dokumentu.

**PhDr. Zuzana Vondřichová, Ph.D., přednáška: Nemoc v páru**

Poslední dopolední přednáška se zabývala kazuistikami a zamyšlením nad tím, jak nemoc ovlivňuje vztah a vztah ovlivňuje nemoc. Lektorka poukázala také na rozličné pojetí nemoci a léčení v různých rodinách.

**PhDr. Lucie Vlček Pelková, Ph.D. Workshop: Když se objeví v rodině porucha příjmu potravy**

Workshop PhDr. Vlček Pelkové nás zavedl do spleťných souvislostí psychosomatické poruchy a jejího působení v rodině a ve vztazích. Zaměřila se zejména na to, jak poruchu příjmu potravy poznat, kdy vyhledat odbornou pomoc a také jak mohou blízcí a rodinní členové účinně nemocnému člověku rodiny pomáhat. V několika sebezkušenostních technikách jsme se dotkli též emocí spojených s jídlem a zkušeností s jídelním chováním v rodině. Hovořili jsme též o různých možnostech terapie a jejich limitech.



### MUDr. Petr Kolátor, workshop: Psychosomatika v rodině



MUDr. Petr Kolátor ve svém praktickém workshopu představil přínos tzv. živých obrazů velikána Járy da Cimrmana pro vlastní terapeutické postupy psychosomatické medicíny. Zaměřil se na dynamiku interakcí a vazeb mezi jednotlivcem a celkem. Na praktických ukázkách účastníky seznámil s tím, jak významně rodinný systém ovlivňuje jednotlivce.

### MUDr. Ingrid Šilhánková, MUDr. Veronika Šípová-Workshop: Odolnost versus choulostivost rodin

Lektorky workshopu se opíraly o zjištění ze své pediatrické praxe, ve které se denně setkávají s dětmi v čase stonání i v čase zdraví. Hovořily o zajímavém vnímání vazeb mezi dětmi a jejich doprovodem, jejich vzájemné reakci, souhře. Poukázaly na odlišnosti, s jakými se v různých rodinách stoná a jakou důležitost nemoci rodina přisuzuje. Workshop pak byl společným zamyšlením se nad tím, co je to mentální a fyzická odolnost, jaké faktory hrají vliv při jejím budování a čím ji můžeme podpořit nejen ve výchově, ale i v našich profesích.

### MUDr. Alena Večeřová Procházková, přednáška: Sebepoškozování adolescentů a budování systému vnitřní opory

Po workshopech se účastníci sešli k nesmírně zajímavé přednášce MUDr. Večeřové Procházkové, která se věnovala enormnímu nárůstu sebepoškozování adolescentů v postcovidovém období. Jmenovala tři typy pojetí sebe v těle, které mohou v sebepoškozování vyústit (úlevové sebepoškozování, sebetrestání a symbolizace prožitých traumat). Pro různé kořeny sebepoškozování pak představila vhodné typy intervencí.

### Mgr. Margareta Šlemínová, přednáška: Vliv proticovidových opatření na zdraví rodin



Postcovidovému období se věnovala také přednáška Mgr. Šlemínové, která se zaměřila na dopad celospolečenských opatření. V zahraničí je popisován pojem jako “kolektivní trauma”, “pandemická únava”, či

“vyčerpání z krize”, u nás je však stále ještě opomíjen.



## **MgA. Hana Malaníková, Ph.D., přednáška: Účinky klaunské intervence na celou rodinu**

Poslední příspěvek dne si vzal za cíl vyvrátit nejčastější předsudek o zdravotních klaunech. Tedy že zdravotní klauni v nemocnicích nabízí zábavu pouze pro malé děti. Klauni však "klaunují" pro každého a pro každého jinak, specificky. Dle výsledků mezinárodního výzkumu významně ovlivňuje klaunská intervence také rodiče a příbuzné pacienta.

V průběhu konference se účastníci dozvěděli také o vzniku prvního psychosomatického kurzu pro fyzioterapeuty, který získal certifikaci Ministerstva zdravotnictví České republiky. Kurz s názvem Psychosomatický přístup ve fyzioterapii v délce 180 vyučovacích hodin bude zahájen v lednu 2024. Fyzioterapeuti tak dostávají příležitost k dalšímu rozšíření své odborné způsobilosti.

Již třinácté dobřichovické setkání nad základy komplexního psychosomatického přístupu bylo opět úspěšnou akcí, která umožnila setkání a výměnu poznatků mezi odborníky různých profesí. Účastníci získali nové pohledy na problematiku rodiny a psychosomatiky a společně dali vzniknout příjemné a podnětné atmosféře, která provázela celý konferenční den.

Text: Mgr. Kateřina Šestáková

Autoři fotografií:

Mgr. Marta Lebedová, R-TPT

Bc. Jitka Vanclová

## **BŘEZEN: PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE PRVNĚ NA OLOMOUCKÉ AKADEMICKÉ PŮDĚ**

24-25.březen 2023

Umělecké centrum Univerzity Palackého (Konvikt)

V Olomouci se uskutečnil historicky první ročník odborné konference věnující se trans-teoretické integraci medicínských a příbuzných oborů. Cílem takové akce bylo především podílet se na základech takového přístupu k pacientovi, jenž zahrnuje kromě biologických i psychosociální proměnné. Hlavním mottem bylo vysoce aktuální téma Stresu a adaptace v psychosomatickém kontextu.

Na vysvětlenou: Olomoucká konference navazuje na tradici předchozích 6 ročníků psychosomatické konference ve Šternberku a volně se řadí k větší česko-



slovenské konferenci liberecké, která již v loňském roce dospěla k pořadovému číslu 19.

Přes 130 účastníků vyslechlo mnoho zajímavých příspěvků jednak od autorů



pohybujících se na scéně psychosomatiky celá léta, jednak od lékařů, psychologů, psychoterapeutů či fyzioterapeutů mladších ročníků. Zpestřením byly mj. přednášky molekulárních biologů a odborníků zabývajících se stresem v širokých souvislostech.



Slavnostního zahájení konference se osobně zúčastnili čestní hosté-hejtman Olomouckého kraje Ing Josef Suchánek, rektor UP prof. Martin Procházka, ředitel FN Olomouc prof. Roman Havlík, jakož i děkan CMTF UP doc Vít Hušek. Za pořádající institut OUSH při CMTF UP byl přítomen prof. Peter Tavel, za odborné společnosti pak doc. Roman Procházka (Asociace klinických psychologů) a MUDr. Pavel Čech (Společnost psychosomatické medicíny).



Odbornou část zahájili zkušení rodinní terapeuti z libereckého Střediska komplexní terapie PhDr. Ludmila Trapková a MUDr. Vladislav Chvála na téma masivního nástupu dospívajících s genderovou dysforií (GID). Dle autorů počty emočně nestabilních adolescentů, kteří nacházejí

problematickou úlevu v sebepoškozování a mezi vrstevníky v ujišťování, že se narodili do špatného těla, narostly za posledních deset let o cca 1000 až 4000%! Sexuální identita je přitom výsostně biopsychosociálně podmíněna a problematika tedy zasluhuje celostní pohled na organismus rodiny včetně porozumění hlubinné dynamice rodinných vztahů a jejich zákonitostí. Bez spolupráce s nelékařskými obory se medicína v tomto případě rozhodně neobejde.



Liberecké autory na pódiu vystřídal doc Jiří Šimek psychiatr, psychoterapeut a etik z Univerzity Karlovy, jehož přehledné sdělení historie pojmů stres a adaptace věrně odráželo tematické zaměření konference. Ve skvělém rétorickém vystoupení zazněly nejen všeobecně známé koncepce Cannona a Selyeho, ale i řada dalších přístupů rozšiřujících stresovou reakci o další především psychosociální dimenze.



S radostí jsme v Olomouci uvítali doc. Jana Poněšického (psychologa, psychoanalytika a psychoterapeuta s mezinárodním renomé, a především s cennou



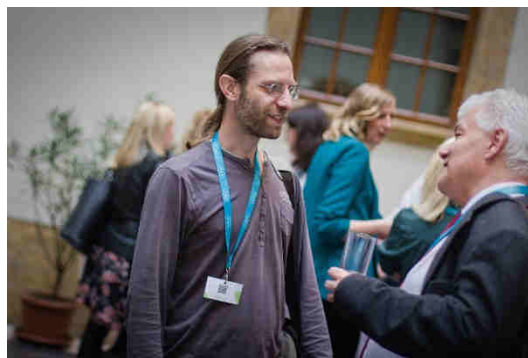


zkušeností s vedením psychosomatické kliniky v Německu). Jeho přednáška (následuje plný text) byla jednoznačně směřována k ústřednímu tématu konference. Dle autora se stres rozvíjí mj. tím, jak se vzdalujeme přirozenému způsobu života, spontánnímu a autentickému reagování na nejrůznější psychosociální situace v době kladoucí stále větší nároky na výkonnost. I naše vlastní (narcistická) motivace-snaha se prezentovat, být viděn v našem globalizovaném světě je důvodem přibývajících stresu, jelikož je zároveň provázena dlouhodobou frustrací z nedostatku opory a ochrany (mj. havlovské lásky a pravdy) mezi lidmi. Jako obvykle se autor věnoval i praktickým a významným poznámkám týkajícím se terapeutického vztahu mezi pacientem a terapeutem.

Odpolední program se rozdělil do dvou bloků, z nichž jeden se věnoval vědecko-výzkumným tématům v psychosomatice a druhý pak psychosomatické praxi. První z uvedených zahájily Mgr. Radka Žídková s Mgr. Klárou Maliňákovou ve spolupráci s Mgr. Martou Sýkorovou, všechny z pořádajícího institutu OUSHI při CMTF UP. V souladu se svou přírodovědnou specializací (molekulární biologie a genetika) se v praktické části přednášky autorky zaměřily na způsob měření stresu včetně metody biofeedbacku (včetně demonstrace stresotvorných podnětů na rostlině). Na výše uvedeném mateřském institutu se autorky koncepci stresu a jeho vlivu na organismus dlouhodobě věnují a v současnosti je prakticky připraven projekt detekce úrovně stresu pomocí zjištění hladiny stresových hormonů (kortizol ze slin) a vyplnění psychologických dotazníků zaměřených na prožitky stresu. Tento program bude k dispozici nejširší veřejnosti.

Na výše zmíněné autorky navázala mladá autorka Mgr. Lucie Ráčková z institutu Recetox při Masarykově Univerzitě v

Brně, jenž se programově zabývá environmentálním stresem. Autorka poutavě přednesla velmi zajímavé sdělení svých výsledků rozsáhlého měření psychických, fyziologických a kognitivních funkcí 16 polárníků na základně v Antarktidě se zaměřením na sledování projevů stresu. Součástí její výzkumné metodiky byly nejen rozhovory, dotazníky, kognitivní testy a běžné indikátory fyziologických funkcí, ale i inovativní metoda vygenerovaná týmem prof. Dobrovolné (MU Brno). Prototypem speciálního přístroje byla měřena stresová reakce na základě fyziologických parametrů souvisejících s termodynamickými procesy v organismu. Naměřené hodnoty stresové reakce organismu nevelkého vzorku polárníků vystaveného extrémním podmínkám a sociální izolaci se dle autorky může stát východiskem pro další výzkum.



Doc. Tomáš Řiháček vědeckovýzkumný blok uzavíral sdělením o účinnosti psychoterapeutické léčby psychosomatických potíží. Z dosavadního tříletého výzkumu, na kterém se autor jako hlavní řešitel podílel, vyplývá, že u dalších duševních potíží, jako je deprese či úzkostná porucha je psychoterapie účinnější, než u pacientů vykazujících tzv. medicínsky nevysvětlené symptomy (MUS). V diskusi se tedy objevují otázky, co a jak konkrétně v psychoterapii psychosomatických potíží funguje, co stojí za změnou v psychoterapii. Reportována byla data od cca 300 klientů absolvujících komplexní terapeutický program na bázi denního





stacionáře, včetně jejich osobních zkušeností získaných katamnesticky.

V bloku Psychosomatická praxe vystoupila Mgr. Jana Týkalová a Bc. Jitka Vanclová z Centra komplexní terapie Dobřichovice s přednáškou o fyzioterapeutické práci v rozšířeném poli psychosomatiky. Konkrétně se druhá z výše uvedených autorek zaměřila na těhotenství. Výchozím bodem jsou společné fyzické hranice pro dítě a matku a jejich vzájemné ovlivňování. Prezentace ukázala, jak může fyzioterapeut pomoci vzájemnému vyladění matky a nenarozeného dítěte metodou nazvanou fyzioterapie funkce (FF).



Otázkám spojeným s praktickým spouštěním psychosomatické praxe v odbornosti všeobecného praktického lékaře se věnovala MUDr. Michaela Ročňová z týmového pracoviště Psychosomatické centrum Praha. Na svou praxi s psychosomatickými pacienty nahlédla jako na zajímavou paralelu se zrodem psychosomatického pracoviště – obojí je poměrně dlouhou a náročnou cestou bez předem daného návodu, a leckdy i s nejistými výsledky.

S úskalími, ale především s přínosy mezioborové spolupráce v Nizozemsku posluchače seznámila česká praktická lékařka pracující dlouhodobě v této zemi - MUDr. Kateřina Košťálová. Autorčino sdělení názorně demonstrovalo, k jakým pozitivům vede vzájemná spolupráce mezi obory i zdravotnickými zařízeními, co vše je možné pacientovi nabídnout, když je

tato integrovaná péče podpořena kvalitní komunikací. Pro českého zdravotníka, ale i pacienta až „snový výjev“...

V podvečer byly slavnostně předány dvě ceny za celoživotní přínos české psychosomatické MUDr. Vladislavu Chválovi a PhDr. Ludmile Trapkové. Cenu předal předseda Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP MUDr. Pavel Čech.



Konference v úvodním dni nabídla i sadu praktických dílen – workshopů. Účastníci se tak mohli přihlásit na téma psychoedukace v léčbě chronické bolesti (MUDr. Košťálová), na hlasovou terapii (Mgr. Vlčinská), práci s tělem v rámci psychosomatické fyzioterapie (MUDr. Juricová), zvědomování těla v kontextu životních událostí (MUDr. Večeřová-Procházková), diskusi na téma aktualit z české psychosomatické scény (MUDr. Čech), na workshop práce s tělem a všímavostí – mindfulness (Mgr. Macháček), či na praktické poznatky a kazuistiky rodinných terapeutů v oblasti genderové dysforie (Chvála s Trapkovou).





První den akce byl završen neformálním společenským večerem v prostorách atria Konviktu. Na účastníky čekal bohatý raut, hudba i performance olomouckého slam - poetristy Jiřího Juráně, který svým vystoupením získal značný ohlas. Na housle krátce zahrála i jedna z aktivních účastnic Marta Sýkorová.



Druhý pracovní den otevřela přednáška MUDr. Davida Skorunky, Ph.D. na téma narativní medicíny, zdůrazňující krom celkové komplexity přístupu mj. význam subjektivní zkušenosti pacienta. V příspěvku autor uvedl hlavní východiska narativní medicíny a její rozvoj zejména v anglicky mluvících zemích. Dále se věnoval konceptu tzv. narativní citlivosti a zmínil výsledky nedávného explorativního výzkumu tohoto jevu u studentů medicíny. Ukazuje se, jak současná koncepce výuky s důrazem na biologické a medicínsko-technické informace poněkud znepokojivě zastihuje u studentů humánní citění k nemocným. V závěru příspěvku se rozvinula zajímavá diskuse nad otázkami komplexnějšího vzdělávání budoucích lékařů v komunikačních

dovednostech, ale i na téma vzdělávání postgraduálního.



Zajímavým propojením literárních či filmových odkazů k aspektům utrpení v rámci stresu, jež souvisí s potížením propojit obsah prožitku a tělesný tvar, kdy nedochází k řešení problému somatizací, ale určitým specifickým chováním se zabýval pražský psycholog a psychoterapeut Mgr. Miloš Mauer. Podle autora přednášky nazvané Vnímání hranic těla a stres je jedním z důležitých předpokladů pro zvládnutí stresu dát mu určitý tvar. Samotné zpracovávání tvaru je tvořivou prací, tvar představuje uchopitelnost, která následně vede k většímu pocitu jistoty, kompetence, vybízí k imaginaci, k promýšlení konkrétních kroků. Následovaly kazuistické příklady mj. i s tematikou psychosomatiky úrazů, kde autor zúročil své zkušenosti z práce na Klinice popáleninové medicíny FNKV Praha. V závěru zmínil možnosti psychoterapeutické práce v tomto ohledu, např. práce s groundingem v rámci terapeutického směru biosyntéza.

Konference splnila svá odborná předsevzetí, a z prvních hodnocení účastníků vyplývá, že se stala i neformálním a přátelským setkáním odborníků z nejrůznějších oblastí pomáhajících profesí. Nezbývá než si přát, aby se podobně vyvedl i její následující ročník v roce 2025.

MUDr. Michal Kryl



## DUBEN: VĚDECKÁ SCHŮZE SPM ČLS JEP



Společnost psychosomatické medicíny pořádala v pátek dne 14.4.2023 v Lékařském domě na Praze 2 svou každoroční vědeckou schůzi, tentokrát na téma Psychosomatické aspekty bolesti zad. Toto zajímavé téma přilákalo více než 120 posluchačů z řad lékařů, psychologů, fyzioterapeutů a vědeckých pracovníků. Odborným garantem akce byl předseda výboru SPM MUDr. Pavel Čech.

Celá akce byla akreditována u České lékařské komory (ČLK), u Asociace klinických psychologů (AKP) a u Unie fyzioterapeutů ČR (UNIFY). Program zahájil MUDr. Pavel Čech, který krátce popsal aktuální dění ve společnosti. Na podzim loňského roku začal pracovat nově zvolený výbor SPM ČLS, jehož se stal předsedou, a hned záhy Společnost zaznamenala úspěch na poli prosazení psychosomatické péče v českém zdravotnictví – schválení kódu psychosomatická intervence MZ ČR, čímž se česká psychosomatika začala integrovat do systému veřejného zdravotního pojištění. S první přednáškou Psychosomatický přístup k bolestem zad ve fyzioterapeutické praxi vystoupila členka výboru SPM ČLS doc.

PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D. Přednáška byla věnována explanaci psychosomatických vztahů v rámci pohybového systému a jejich významu v diagnostice i terapii bolestí zad s důrazem na fyzioterapeutickou péči. Přednášku s názvem Psychosomatické aspekty pohybového chování a bolestí zad prezentoval neurolog MUDr. David Pánek, Ph.D. který působí v Centru duševní rehabilitace Beroun a CIIRC ČVÚT v Praze. Svou přednášku věnoval problematice neurofyzilogického korelátu psychosomatických postižení a topiky postižení pohybového aparátu s návrhem klinického modelu axiálního šíření psychosociální zátěže v pohybovém aparátu. Jako poslední přednášející se představila Mgr. et Bc. Zuzana Donáthová, psychologka a fyzioterapeutka pracující pro pražskou Tulsia clinic, s tématem Terapeutická křížovátka v léčbě bolesti zad. Ve své přednášce propojila fyzioterapeutický a psychologický přístup a referovala o významu psychoterapie v léčbě chronické bolesti zad.

Další vědecká schůze SPM se bude konat v říjnu 2023.

(Tisková zpráva SPM ČLS JEP)





## ČERVEN: 20 LET PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY V PRAZE



Letos v dubnu uběhlo dvacet let od založení Psychosomatické kliniky v Praze (PSK).

Celodenní oslava spojená se dnem otevřených dveří byla uspořádána koncem června v jejím sídle na Břevnově, které se tak stalo na chvíli místem setkání přátel, současných i bývalých spolupracovníků, místem vzpomínání, bilancování i zamyšlením nad budoucností.

Psychosomatická klinika byla založena v roce 2003 díky představitosti a odvaze známého a zkušeného lékaře a úspěšného podnikatele. Budovat takový projekt v době tehdejšího malého povědomí o psychosomaticce, nízké informovanosti lékařů i jejich pacientů a nejistých vztahů se zdravotními pojišťovnami bylo velmi složité a náročné. Za pomoci vznikajícího týmu a za podpory zakladatelů libereckého institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny, se těžké začátky podařilo překonat.

Pozvolna rozrůstající se tým lékařů, psychologů a fyzioterapeutů začal vytvářet příběh Psychosomatické kliniky.

Důvěra pacientů a jejich lékařů pomalu ale jistě sílila, vzrůstal i zájem kolegů spolupracovat v týmu. To všechno posilovalo

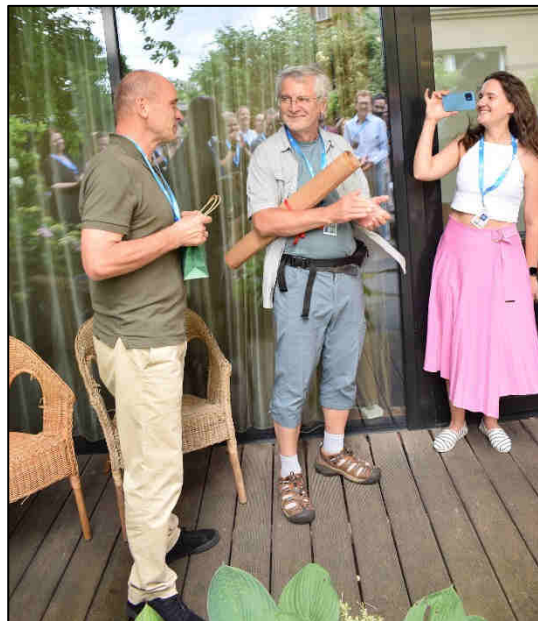
význam PSK, ale přinášelo i potřebu rozšíření stávajícího prostoru staré břevnovské vily. I to se podařilo a klinika přečkala nelehké chvíle stavebního ruchu a shonu, kterým byla dva roky obklopena ze všech stran.



Konec stavby a nová přístavba přinesly novou energii a inspiraci pro práci, také možnost dalšího rozšíření týmu i více prostoru pro výuku i pořádání odborných akcí. Tak začala tradice "čejenských konferencí". Od roku 2012 se konají



každoročně a staly místem pro setkávání, sdílení a diskutování o zajímavých tématech, netradičním a neformálním způsobem. Letos proběhla, jako součást oslav 20. výročí založení kliniky, již 12. Čejenská konference, tentokrát v menším rozsahu, zato schválená jako vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání psychologů.



Akreditovanými programy postgraduálního vzdělávání psychologů a lékařů, i pregraduální výukou studentů pražských lékařských fakult začala PSK naplňovat i užší význam slova klinika, který má ve svém názvu. V roce 2016 se tomu ještě více přiblížila otevřením Pobytového denního stacionáře s "lůžky" pro psychosomatické pacienty. Vzrůstá i podíl preventivní programů, rozšiřuje se péče o dětské pacienty.

Nedávné založení Institutu psychosomatiky a psychodynamické terapie naznačuje, že rozvoj pregraduálních i postgraduálních programů výuky

psychosomatiky a psychosomatické terapie a účast ve výzkumu v těchto oblastech je nadále důležitým cílem zařízení.

Psychosomatická klinika ale nejsou jen plány, vize a splněné cíle, ani krásný komplex budov na Břevnově, příjemný interiér, klidná lokalita jejího pobytového stacionáře v přírodním parku Divoká Šárka. Psychosomatická klinika je především tým lidí, kteří od začátku vytvářejí její image a její pověst, její příběh.

Jim všem patří ocenění a uznání za jejich práci a poděkování za to, že dělají Psychosomatickou kliniku takovou, jaká je.

A co popřát Psychosomatické klinice do dalších let?

Aby neztrácela kontakt s lékařskou vědou a nejnovějším výzkumem v oblasti psychosomatiky, psychoterapie, neurobiologie, aby dál pomáhala pacientům, aby v ní bylo dobře i jejímu týmu. Aby získávala respekt a uznání ostatních kolegů z jiných oborů medicíny i od pojišťoven. Aby ji nepouštěla zvědavost, nadšení a energie.

Za dvacet let se v oblasti psychosomatické medicíny hodně změnilo, i když některé změny jsou pomalejší, než bychom si přáli. Přesto chceme pokračovat v započaté práci, nadále se věnovat rozvoji psychosomatiky, neboť jsme přesvědčení o tom, že práce psychosomatického pracoviště, přestože je náročná a terapie často dlouhodobá, má smysl a nezpochybnitelný význam. Stejně jako budování základní psychosomatické péče, vyučování nového způsobu myšlení a komplexní péče o pacienty.

Jaromír Kabát





## JAN PONĚŠICKÝ: PSYCHOSOMATIKA Z HLEDISKA ADAP- TACE NA STRES



7 Z OLOMOUCKÉ KONFERENCE

Adaptace na stresovou situaci má dva póly, přičemž se stává patologickou, pakliže jeden pól extrémně převažuje.

Buď se jedná o akomodaci, přizpůsobení vlastního jednání, resp. lze hovořit o manipulaci vlastní osobnosti, vlastního sebeprožívání, jakousi sebedeformaci (tak úžasná je naše svoboda), což je typické u neurotických a psychosomatických poruch, anebo o asimilaci, o přizpůsobení (až jeho znásilnění) okolí sobě samému, tak jako to vídáme u poruch osobnosti, zejména u asociální, hraniční a narcistické poruchy.

Psychopatologie stresu je všeobecně známa (Poněšický, 2021). Dlouho jsem si neuvědomoval, že stres přispívá k rozvoji nemocí nejen proto, že udržuje člověka ve stavu psychofyzického napětí a že narušuje naši imunologickou obranyschopnost, nýbrž i proto, že dochází k energetickému vyčerpání. K tomu poznámka: je zajímavé, že i terapeutický postoj ke

stresu má dvě stránky, jednak je třeba porozumět jeho příčinám a dle toho se jinak chovat, jednak pracuje psychoterapie na ovlivnění energetické stránky, počínajíc relaxacemi přes fyzioterapeutická cvičení až po abreaktivní postupy. Chronická aktivace sympatikoergního systému blokuje funkci parasympatiku s jeho regeneračním vlivem s možností restituce, relaxace a odpočinku.

Jak uvedu na kazuistickém příkladu je stres zpravidla podmíněn naším nerealistickým postojem, přesvědčeními a zejména nároky které na sebe klademe, což má za následek jejich nesplnění až k pocitu selhání, tudíž stres. Realita prostě neodpovídá našim očekáváním a přáním. Tyto nároky se samozřejmě liší dle typu (poruchy) osobnosti, což by vyžadovalo další přednášku. Pouze stručně: Pacient s hraniční poruchou osobnosti „musí“ bojovat a zvítězit, jediná jiná alternativa je porážka. Narcista „musí“ ze svého pohledu udržovat převahu co se týče ceny



jeho osobnosti a nepřipouštět sebepochybnosti. Člověk s depresivní osobnostní strukturou je stále ve stresu, neboť nedostává dostatek lásky, i když se nutí k podřízování a sloužení. U perfekcionisty i nutkavého neurotika musí být vše perfektní, logické a bezchybné, nic se nesmí vymknout kontrole, zvláště afektivní pohnutky.

Je mi jasné, že nelze život stejně jako naše pacienty škatulkovat. Předložím raději krátkou kazuistiku pod zorným úhlem stresu a reakce, adaptace na něj. Jde o relativně častou problematiku právě u pacientů s psychosomatickými obtížemi.

Pacient (62) přichází do psychosomatické kliniky s tím, že se náhle, bez zjevné příčiny dostane do depresivního stavu nemohoucnosti, apatie a únavy, a nezbyvá mu nic než čekat, kdy tomu bude konec, většinou za 2 až 3 týdny. Dosavadní psychoterapeutické i psychiatrické terapie skončily bezvýsledně. On sám tomu nerozumí, má velmi dobré vztahy se svými třemi dětmi i s manželkou, jen sex pokulhává a během těch depresivních fází na něj nemá chuť. Teprve na otázku terapeuta udává bolesti, zvl. zad.

Anamnesticky líčí surového otce, který svoji manželku i syny často mlátil a dehonestoval. V jeho zahradnictví musel již jako dítě pracovat a byl stále peskovan. Matka se ho bála zastat, snažila se jen otce nedráždit. „Můj život začal po opuštění domova,“ dodává pacient. Udělal si maturitu a vystudoval na inženýra, dotáhl to až do vedoucí pozice v hlavním městě. V posledních letech byl dvakrát diagnostikován burn-out, před dvěma lety dostal invalidní důchod.

Pod jakým tlakem, stresem se celý život nacházel a jak se na to adaptoval?

Již od dětství se musel snažit podávat bezchybný výkon, jehož druhou stranou byl i neustálý stres, strach ze selhání.

Zadruhé musí neustále bojovat proti agresivním impulzům-opět vůči otci – s přáním alespoň pasivního protestu, nic nedělat či se „ulejt“. Již v dětství si umínil být podstatně jiný, než byl jeho otec, a tak není divu, že ho terapeutka shledala velmi sympatickým, byť poněkud měkkým. Neudivuje, že si dělal léta výčitky, že dal své dceři jednu pohlavek.

Jak zapadají do této problematiky bolesti i stavy bezvládnosti?

Myšlenky, vzpomínky a tím méně emoce se nedají zcela kontrolovat. V případě našeho pacienta to jsou skutečné či možné výčitky za agresivní pohnutky, za hrozbu nepodat (hlavně jím) očekávaný výkon a projevit se jako slabý, který selhává. To vše znamená stres vedoucí k napětí s možností psychofyzického vyčerpání, na což si pacient stěžuje. Jak dosáhnout opět homeostázy, vnitřního klidu? Sebepotrestáním ve formě bolestí, což je zvláště pochopitelné u člověka, který byl často trestán. A jistou pohodu si dopřeje i připuštěním nicnedělání ve formě depresivních stavů, tedy nemoci (ne-moci), tu mu nemůže nikdo (a on sám též) vyčítat. (Parasympatikus se hlásí o slovo).

Terapeutka představila tohoto pacienta v balintovské skupině, poněvadž se cítila v terapeutické interakci bezmocná. Právě to by se mělo stát příštím terapeutickým fokusem, neboť to zrcadlí společný odpor proti možné konfrontaci (jak by si to mohla dovolit u tak slušného a trpícího pacienta?!). Zároveň nechá pacient tímto interakčním způsobem zakusit terapeutce to, čím trpí, problémem bezmoci. Terapeutka by neměla jako on sám proti bezmoci bojovat (s nárokem, že musí být kompetentní), ani nemít špatné svědomí, nýbrž ji připustit a tento problém tematizovat. Stejně jako motivujeme pacienta dát dost prostoru jeho utrpení (na rozdíl od běžné medicíny) bychom si měli



poskytnout dostatečný prostor pro naše potíže.

To je pro obě strany obtížné, zejména pro pacienta je to spojeno s celou jeho minulostí, s jeho strachy. Znovu se musí terapeut spolehnout na svou empatii a odhadnout, zda by mohlo pacientovi pomoci porozumění jeho minulosti, zejména to, že tehdy, v dětství byl bezbranně vystaven negativnímu vlivu svých rodičů a neměl možnost se bránit. Adaptace, zvl. na traumatické situace, byť jakákoli, měla na svém počátku sebezáchovnou funkci. To může přetrvávat po celý život a realizuje se to i v nosné struktuře vlastní osobnosti. Onen pacient byl hrdý na to, jak je hodný, jiný než jeho otec. Pomohla by emocionální konfrontace a poté smíření s ním, i když už jeho otec nežije? Je tento pacient na to již připraven a terapeutický vztah dostatečně spolehlivý?

Jiná otázka je, proč reaguje někdo neurotickým symptomem, určitým maladaptivním chováním či psychosomatickým onemocněním. Nemalou roli v tom hraje nevědomá nápodoba. Tak se rozčílila jedna pacientka na věčně stonající maminku, která jí řekla poté, co se její bratr psychicky zhroutil a ona se psychotherapeuticky léčila z deprese, že to mají v rodině. Adaptace každého (rozdílného) dítěte na jedinečné rodinné poměry je vždy samozřejmě individuálně odlišná.

To je nejčastější případ, že se člověk může pod přílišnými nároky na sebe hroudit. Záleží ovšem na (rozdílné) schopnosti je snášet, resp. zvládat. A tak stejné životní podmínky a problémy mohou být pro někoho normálním stavem či dokonce výzvou se osvědčit, a pro jiného nepříjemnou zátěží. V posledních letech pozorují, že se dostávají do terapie stále častěji mladí muži, kteří se životním těžkostem vyhýbají. Tak představila nedávno mladá terapeutka v balintovské supervizní skupině 35letého muže, momentálně

nezaměstnaného, který se rozhodl opět žít v bytě s maminkou. Stěžoval si na poruchu koncentrace, přecitlivělost na různé situace, kterým se vyhýbal, např. stravování ve společné jídelně v psychosomatické klinice. Od psychoterapie si přál, aby se změnil způsob jeho myšlení a nepřeskakoval stále od jednoho tématu k druhému. Ač se doposud ničemu nevyučil a všechny kvalifikační kurzy přerušil, poněvadž mu z nějakého důvodu nevyhovovaly, cítil se cennější nežli např. ostatní spolupacienti, kteří nechtou tolik knih jako on a jakoukoli kritiku odmítal. Dosáhl dokonce toho, že měla terapeutka pro něj více pochopení nežli členové supervizní skupiny. Tento pacient si vždy našel důvod, proč se mu něco nedařilo, ať to byl velmi přísný otec (a rozmazlující maminka, která ho však při výprasku nechránila) či nejistota a neporozumění ve vztazích s ženami. Není mu jasné, proč se na něj nechtěly dlouhodobě vázat, jak to od nich občas slýchal. Zde vyvstává otázka, zda se má terapeut zabývat různými životními i aktuálními situacemi, či je nutno, aby přijal postoj, že se musí člověk s životem i poprat, překonávat obtíže a o něco usilovat a vlastně vzdát nároku na bezproblémové pohodlné žití. Coby supervizor jsem si uvědomil, že jsem k němu velmi kritický, což opět i on ve mně indukuje. Tuto přísnost již od dětství považuje za nespravedlivou, a tak si stále může zdůvodňovat svá selhání. Navíc irituje lidi, kteří cítí, jak se pacient cítí být nad nimi, což referovala i jeho terapeutka v jeho vztahu k ní.

Na druhé straně je nutno se v (dlouhodobé) psychoterapii zabývat tím, proč podvědomě nechce podávat výkon—je to neutuchající protest proti otci, či hledá útočiště pod sukni matky? Tento slovní obrat není náhodný: Matka, jenž se s otcem rozvedla, jej nevědomky zneužívala jako náhražku za chybějícího partnera, o což se on samozřejmě snažil. To často



vede jak k pocitu velké důležitosti, tak i k pocitům selhání, neboť se nemůže stát plnohodnotným partnerem. Zde se jasně ukazuje, proč nestačí pouhé rady či obyčejný „selský rozum“.

A tak může vyvolávat chronický stres i permanentně neuspokojený nárok na pohodlný život. Avšak, jak o tom píše světoznámý biolog D.A. Sinclair, je optimálním prostředím naší genetické výbavy mírný stres, výchova k otužilosti, k překonávání překážek, přiměřená námaha, pohyb, pravidelná redukce jídla či stres zimou i horkem (např. finské saunování). To vše zlepšuje naše zdraví, resilienci a přispívá i k dlouhověkosti. Bohužel si lidé stojí sami v cestě – buď to přehání či jim je bližší pohodlnost, jídlo plné tuku či sladkostí nebo vyhýbání se námaze a řešení problémů.

Současný stres se dle mého názoru stupňuje tím, že se neustále vzdalujeme přirozenému způsobu života, spontánnímu a autentickému reagování na nejrůznější psychosociální situace (odtud název civilizační nemoci), což i znamená, že neuspokojujeme naše potřeby adekvátně a přímo, např. lovem či pěstováním a sbíráním plodin, nýbrž zprostředkovaně lidmi ve výrobních firmách a poté v obchodech). Do popředí se tudíž dostávají problémy s lidmi a nikoli s přírodou. Člověk zvnitřňuje normy společenského chování, které jsou často protikladné lidské přirozenosti, autentickému životu v pravdě a lásce. Dnes se klade stále větší důraz na výkonnost, k čemuž neblahým způsobem nahrává i současné narcistická doba, snaha se prezentovat, být viděn v našem globalizovaném světě, mít pocit sebepůsobnosti a hrdosti. To se zdá být důležitější nežli blahobyt, který se však opět stává potvrzením narcistického sebeobdivu. To se všem nedaří, a tak přichází do psychoterapie stále více i mladých lidí s nedostatkem sebedůvěry a sebedůvědomí, ba i s pocitem deficitu vlastní

identity. Na jedné straně je to pochopitelné, na druhé straně se občas ptám, zdali si nedělají stres sami. Samozřejmě je přiměřený narcismus zdravý, zvláště ve své dospělé formě důstojného života, ale neustálé zabývání se vlastním egem jde často na úkor zájmu o budování vztahů k ostatním lidem a zabraňuje uskutečňovat takové hodnoty, jako je skromnost, odpuštění, velkorysost, respekt, starost o druhé či o přírodu, žít v lásce a pravdě, jak to zdůrazňoval Václav Havel.

Druhým důvodem přibývajících stresu je (často přezíravá) dlouhodobá frustrace z nedostatku opory, ochrany mezi lidmi, jen někdy vyplave tato potřeba s nebyvalou silou na povrch, často u jedinců, kteří byli příliš alternativně (ne)vychoováni. I zde se jedná o vliv civilizace, kdy lidé očekávají zabezpečení jistoty od státu, tím více, že začínáme žít v epoše neustálého znejistění, kdy následuje jedna krize za druhou.

Přízpusobením se zátěžové situaci je sice často obdivuhodné, jak člověk manipuluje svůj vnitřek, např. když vytěsňuje přirozenou, např. agresivní reakci až do tělesné sféry a vyhne se tak konfliktu, což je však i smutné, pomyslíme-li na to, že pak určitou část svého emocionálního života nežije. Jeden ze zakladatelů psychosomatiky Viktor v. Weizsäcker tvrdil, že psychosomatické příznaky vznikají na místě nežitého života a nevykonaného činu. Zároveň vyvolává potlačení (obecně nežítí) důležité emoční situace napětí, tudíž opět stres.

Zde se dostáváme k rozlišení stresu, resp. frustraci, která stres vyvolává, na vnější a vnitřní. Vnější stresem rozumím nevládnutelnou či nezpracovanou konkrétní situaci, jež vyvolá aktivaci sympatogenního systému útok či útek, v extrémním případě psychického traumatu se připojí i nadměrná stimulace parasymptiku, panického systému s





následujícím stavem nehybnosti. I zde je schopen člověk sebe sama manipulovat, dosahující ochranného stavu derealizace a depersonalizace. Přesto, podobně jako v předchozím případě, pomůže tato adaptace často jen krátkodobě, neboť může vést např. k posttraumatické stresové poruše s četnými psychosomatickými symptomy (ve smyslu střídajícího arousal a constriction). M. Ermann zdůrazňuje nebezpečí patologizování těchto pacientů, i když tomu přispívá např. nízká frustrační tolerance s narcistickým nárokem, že ode mne nemá nikdo právo něco očekávat nebo že se mi nemůže a nesmí nic vážného přihodit. To se týká i diagnózy psychosociální či somato-psychické poruchy přizpůsobení.

Zde může tudíž souviset vnější stres s vnitřním stresem. To je též nejčastější situace, s kterou se setkáváme v psychoterapii neuróz a psychosomatických onemocnění. Jedná se o jedince, kteří si sami stojí v cestě ohledně uspokojování důležitých potřeb. Většinou jde o následek negativních zkušeností, takže snaha tyto potřeby naplnit je spojena se strachem z retraumatizace, event. se studem či vinou. Jde o postoje, které jsou rigidní, maladaptivní, a tudíž vedou k frustraci a způsobují stres.

O nárocích na sebe sama a těžkosti se jich zbavit jsem se zmínil již na začátku tohoto pojednání. Někdy si člověk zvykne na stres, potřebuje neustálé adrenalinové nabuzení, což je podobně jako u drog pouze náhražka za intenzivní produktivní a láskyplný život. Oproti některým autorům zdůrazňujícím pouze ony neadekvátní nároky na sebe sama zaujímám pluralitní etiopatogenezu stresových i psychosomatických onemocnění. Často se v tomto případě jedná o trvalou reakci na neempatickou výchovu, kdy rodič nereagoval na potřebu dítěte po blízkosti či naopak distanci. Dítě se nenaučilo obé regulovat a reaguje jak na blízkost, tak i na

vzdálení důležité osoby bezmocí až zoufalstvím s tělesným doprovodem, či jen tělesnou ne-mocí.

Franz Alexander, který se snažil spojit psychodynamické a neurofyziologické pojetí psychosomatických poruch tvrdil, že se tělesně ve formě příznaku projeví to, co člověk vytěsnil, což je však složitější: vytěsnění sympatikogenní reakce, např. agresivní, se projeví tím více tělesně coby svalové napětí či zvýšený krevní tlak, ovšem zároveň je vytěsněna i parasympatická funkce relaxace a restituace, což se může, jak uvedeno u předchozí kazuistiky, taktéž projevit, např. únavou, stavy slabosti až mdlobami. Co převáží, co z této kombinace vzejde, se nedá předpovědět.

V ještě těžších případech neudělalo dítě žádné zkušenosti s některými bazálními potřebami, tento základ chybí a tak jen bojuje o to, aby nebylo vystaveno situaci, kdy se to stane zřejmé (v psychoterapii se diagnostikuje vývojová strukturální porucha): borderline pacient se nachází neustále v boji o přežití, chybí mu jistota a podpora v životě, je stále na pomezí bezmocné vydanosti, což může odvrátit jen to, bude-li mít on sám moc a převahu, většinou ve formě násilí. Narcista je vydán všanc posuzování okolí, buď selže a ztratí své sebevědomí, či musí dosáhnout toho, aby jej ostatní obdivovali. Nalézá se v neustálém stresu, strachu že bude odhalen a devalvován. V situaci neúspěchu či osobní kritiky, což odmítá přijmout, se objeví psychosomatické poruchy na orgánech, které jsou spjaty s narcistickou problematikou, např. na srdci (které je dnem i nocí výkonné, a naopak je běžným pojmem srdeční selhání), nebo na zádovkých svalech (jež jsou zodpovědné za vzpřímený, nezlomný a hrdý postoj). V dalším průběhu se může rozvinout narcistická forma deprese.





Nejnámější situace, kterou se psychoterapeuti zabývají, se týká vytěsnění sympatikogenní situace na stres, aktivity směrem k útoku, či útěku, v sociálním kontextu protestu, nesouhlasu, svobodě, což drží připravenost k akci na uzdě. Tato intrapsychická adaptace zátěžovou situaci neřeší, naopak jsou i nadále produkovány stresové hormony adrenalin a kortizol, což vede posléze ke snížení imunity, autoagresivním chorobám, zánětům, hypertenzi a podporuje vývin diabetu.

Přesto se hovoří v psychopatologii o primárním zisku z nemoci (což lze chápat jako formu přizpůsobení se stresu). Jde o to, že v symptomu nachází výraz obě strany konfliktu, jde o kompromisní a pro pacienta zprvu nečitelný výraz jeho problematiky. Odžije si to uvnitř sebe ve formě dystonního příznaku, který patří do kompetence lékaře. Jde tudíž o uspokojení základní a velmi lidské potřeby po sebevyjádření a komunikaci, a zároveň o záchranu psychické homeostázy tím, že se pacient vyvaruje konfrontaci se svým chováním, se sebou samým i ostatními.

Méně často myslí psychoterapeuti na potlačování parasympatické funkce, čehož však v posledních letech přibývá. Mnoho pacientů dokonce přiznává svůj workoholismus, charakterizují se hrdě jako lidé, kteří jsou stále v akci, ambiciózní či naopak stále k dispozici své rodině a potlačují potřebu si odpočinout, dělat toho méně, či si dokonce přiznat sníženou výkonnost. Tím více se hlásí parasympatikus o slovo, opět v deformované formě oněmi opačnými tendencemi, např. ve formě slabosti, snížení koncentrace, mdlob, či znemožňuje příznak nadměrnou výkonnost tinitem či migrénou.

Prvým terapeutickým krokem je uznání dynamiky vlastní reakce, a její porozumění. Mnohé výzkumy prokázaly, že poznání smyslu psychogenního onemocnění má za následek změnu distresu v

eustres, (např. důležitost možnosti volby) který ozřejmí cesty k jeho zvládnutí. Na neuronální úrovni jsou pak produkovány neurotropní hormony, jež podporují růst i rozvětvení neuronů, což je podmínkou k tvorbě nových spojení, k učení formou nových interpersonálních zkušeností. Jde tedy o to, zda si řekneme, že něco nezvládneme nebo zda se to pro nás stane výzvou náročnou situaci vyřešit. Paradoxně zajímavé je i pozorování, že pouhé pojmenování psychosomatické poruchy snižuje stresovou hladinu, a uklidňuje, i když to nic neřeší, jen se vzbuzuje naděje, že nějaký odborník pomůže novou procedurou či zázračnými léky a pacient si oddychne, že ono stonání s ním nemá nic společného. Tak vznikají nové a nové diagnózy, jako fibromyalgie, burn out a různé formy vyčerpání, syndrom zahořknutí, sociální fobie a poruchy přizpůsobení.

Poněkud kontroverzní se mi zdá možnost změnit distres ve zvládnutý stres jeho pozitivním přerámováním. Tak bylo opravdu zjištěno, že když začaly uklízečky vnímat svou fyzicky namáhavou a nudnou práci jako fitness training, tak se cítily mnohem lépe a zlepšily se i jejich biochemické parametry, snížila se hladina kortizolu, zlepšil se krevní tlak atd. To ovšem zavání chytrým vykořisťováním, adaptací na kapitalistický systém identifikací s ním. Zde by bylo možno diskutovat otázku, do jaké míry má psychoterapie do sebe zahrnout i konfrontaci s daným společenským řádem.

Stres se samozřejmě odehrává v naší hlavě, v našem těle, a tak má stejně negativní následek týkající se i psychosomatických příznaků strach ze stresu, např. ve formě strachu s jeho nezvládnutím, selháním. Strach z možné retraumatizace je možno zvládnout výše zmíněným přerámováním, spojením traumatické situace s něčím, co z ní vyloučilo jako pozitivum, přinejmenším hrdostí na její zvládnutí.



Nakonec poznámka ohledně mojí počáteční iritace při studiu amerického přístupu k psychodynamice psychosomatických poruch, kde se opakuje pojem podmíněných reakcí (conditioning) v návaznosti na učení I.P.Pavlova a jeho následovníků s terapeutickým fokusem na deconditioning. Naproti tomu se soustřeďuje evropská psychoterapie s její odlišnou filosofickou tradicí na celou osobnost pacienta, na jeho maladaptivní zvnitřněné interpersonální vzorce chování, jež je třeba změnit (např. když perfekcionismus má za následek svalové napětí, bolesti a partnerské konflikty). Obě pojetí lze však spojit tak, že jisté podnětové situace aktivují s nimi spojené charakteristické vzorce chování s následujícími psychosomatickými symptomy.

Aktuální princip týkající se „pavlovovských“ podmíněných reflexů zní: Neurony, které jsou aktuálně aktivované se spolu spojí (tak jako se spojilo jedení jídla s harašením kastrolů v sousední kuchyni, na který reagovaly „pavlovští“ psi produkcí žaludeční šťávy). To mohou neurovědci dnešní technikou prokázat, a zabývat se např. tím, jak toto spojení – vede-li např. k úzkosti u posttraumatické stresové poruchy či nutkavému jednání – přerušit. V mnoha experimentech dokázali, že určitý psychotherapeutický postup rozvolnil tato maladaptivní spojení. Zároveň zjistili, že určité představy a vizualizace mají takovýto přímý neuroplastický

vliv na vytvoření, zesílení či zeslabení nových neuronálních synapsí. Oproti psychoterapii, zabývající se obsahy sdělení a jejich interpretacemi, resp. významovostmi, je kladen důraz na maladaptivní spojení těchto obsahů, na podnětové situace a odpovědi na ně.

Působí-li naše psychika (představy, očekávání či přesvědčení) na hmotu mozku (jako by software měnil hardware), resp. na hmotu vůbec, pak není daleko domněnka, že je to možné i mezi lidmi (např. může vést k úzdravě přání po uzdravení od blízkých, či od mnoha osob, což bylo prokázáno). V jednom známém experimentu bylo zjištěno, že hlazení u krysa zabránilo vzniku aterosklerózy u krysa, ač byly krmeny stravou plnou tuků a cholesterolu, či že dokonce optimistický postoj vedl k vymizení rakovinového nádoru (a naopak u pesimismu). Domnívám se, že budoucnost medicíny záleží ve spojení psychického a spirituálního principu s tělesným fungováním, neléčit jen nemoc nýbrž nemocného člověka.

Literatura u autora.

Text zazněl jako přednáška na 1. olomoucké psychosomatické konferenci  
Do redakce přišlo 7.5. 2023  
Do tisku zařazeno 1.7.2023  
Konflikt zájmů neshledán



# RECENZE



8 ILUSTRÁČNÍ FOTO

## VLADISLAV CHVÁLA: ETIKA PLASTICKÉ CHIRURGIE?

*RECENZE NA PUBLIKACI JANA POLÁKA KRÁSA NA PRODEJ? ANEB HISTORICKÉ, ANTROPOLOGICKÉ A ETICKÉ ASPEKTY ESTETICKÉ CHIRURGIE V NAKLADATELSTVÍ PAVEL MERVART 2022*

Nad knihou „*Krása na prodej*“ se mi vynořila vzpomínka na začátek devadesátých let, kdy jsme jednali s výborem jisté odborné společnosti ČLS o tématu celostátní konference, které tady mnoho let nebylo: psychosomatika v ženském lékařství. Sbor profesorů zvučných jmen byl nečekaně nakloněn dlouho zanedbávanému tématu, ale přeci měli někteří své pochybnosti. „*Jen aby nedošlo na etiku!*“ Trochu mě to překvapilo, co by mělo být na etice pro lékařskou praxi tak problematického?

Po létech tedy otvírám knihu o plastické hirurgii z pera člověka, který jistě není plastickým chirurgem a vidím, že otázka „*Smíme dělat všechno, co umíme?*“ je stále ještě Popelkou v předsálí operačních sálů. Alespoň podle ekonomických ukazatelů komerčně velmi úspěšného oboru. Nebo není?



Spíš než jednoduché úvahy o plastické chirurgii, jak bychom od nelékaře<sup>1</sup> možná čekali, jde spíš o solidní učebnici plastické chirurgie. Autor se nespokojil s jednoduchým zproblematizováním estetické chirurgie, která je největším zdrojem příjmů i etických problémů. Vlastně mohl zůstat u vztyčeného prstu a zvednutého obočí nad komerčním využíváním módních vlivů, a poukázat na to, co už medicína není, i když se jako medicína tváří.

Dobrou polovinu monografie věnuje podrobnému popisu jednotlivých metod plastické chirurgie, jejich historii, přínosu i riziku. Zabývá se antropologickým profilem pacienta. Kdo má v dnešní době největší zájem o estetické zákroky? Autor sleduje vývoj člověka od narození, přes předškolní věk i dospívání z hlediska sebeobrazu. Popisuje kritická místa, kde vzniká a fixuje se negativní postoj k vlastnímu tělu. Za významné pokládá tlak současné pop-kultury, médií a sociálních sítí na sebeobraz dospívajících a zvyšování potřeby korekce tělesného schématu u celé mladé generace bohaté společnosti. Žádost o estetický zákrok vidí z perspektivy bio-psycho-sociální jednoty člověka, což se zdá psychosomatickému lékaři být samozřejmostí. Je to však samozřejmost také v běžné praxi plastického chirurga?

Autor se opírá o množství solidních výzkumných prací. Mj. také proto je věrohodné, když vyvozuje, že *„Napjaté rodinné vztahy pak bezesporu přispívají k tomu, že až 62 % dívek v pubertálním období se cítí nejistě a nevěří si. To může dále vést k řadě patologických jevů... Mezi tyto patologické tendence lze podle našeho názoru zařadit i hlubokou touhu po chirurgické úpravě vlastního zevnějšku...“*. To mi zní povědomě zvláště v době, kdy naše ordinace plní dívky s tzv.

genderovou dysforií a věří, že všechny jejich problémy magicky vyřeší plastický chirurg a aplikace hormonů opačného pohlaví. Této specifické poruše se autor nevěnuje, ale z dalšího textu je zřejmé, že především plastické a estetické operace u adolescentů patří k nejproblematictějším zákrokům. Požadavky na plastickou chirurgii vznikají především v interakci nejistého člověka se sociálním okolím v kultuře naší hedonistické společnosti.

Kapitolu o pacientech plastických chirurgů uzavírá jasně: *„Souhrnně lze říci, že současný boom estetické chirurgie se všemi negativními aspekty s ní spojenými je především reakcí na existenciální situaci člověka, který je sám sebou nejistý a velmi snadno se dá strhnout jak k dobrému, tak ke zlému. Ukazuje se, že mu chybí pevný bod...“*

Komplexní přístup autora dokládá zařazení kapitoly o profesi plastického chirurga a o motivaci k takové práci. Podrobněji uvádí situaci v Itálii, kde během studia na Lateránské universitě studoval. Nechybí ale ani údaje o systému vzdělávání plastických chirurgů v jiných zemích. Z uvedeného vyplývá, že obor je mimořádně dobře placen a o práci v oboru je značný zájem. To spolu se zvyšující se společenskou poptávkou znejistěné populace po řešení problémů pomocí plastické chirurgie může být nebezpečná kombinace. Autor překvapivě dobře popisuje jednotlivé faktory, které mohou vést ke zhoršování situace. Od tlaku zaměstnavatelů na zvyšování výkonu lékaře vedoucí až ke ztrátě lidského kontaktu s pacientem, přes vysokou specializaci až po nedostatek vzdělávání lékařů v psychosomatické medicíně. Nemůže se v této souvislosti vyhnout úvahám o tom, co to je zdraví. V neposlední

<sup>1</sup> Autor je kněz a přednáší morální teologii a bioetiku na CMTF UP v Olomouci.



řadě se věnuje indikaci lékařského výkonu a problematice informovaného souhlasu.

Teprve po velmi podrobném popisu situace pacientů i lékařů v oboru plastické chirurgie v naší společnosti se pouští do úvah o etických problémech zejména vyžádaných estetických zákroků. V tomto směru jde o mimořádně zdařilou a potřebnou publikaci. Je ovšem s otázkou, zda přijde do těch správných rukou a zda argumenty padnou na úrodnou půdu. Podle podrobností o plastické chirurgii by jistě kniha patřila do rukou lékaře, adepta plastické chirurgie. Pak ovšem argumenty z oblasti teologie budou v převážně sekulární společnosti spíše na překážku. I když chápeme, že autor z hlediska své profese a účelu svého bádání teologické argumenty nemohl vynechat, za

cennější pokládáme jeho přístup psychosomatický. Důraz na reflexi vnitřních, psychologických aspektů v sociálním kontextu pacientova příběhu, je srozumitelný i lékaři bez náboženského vyznání. A navíc přináší jasná kritéria pravdivosti a bezpečnější indikaci k zákrokům plastické chirurgie.

Po přečtení zůstává otázka, zda se dokáže sama medicína dostatečně věnovat etickým otázkám v rychle se vyvíjející zdravotnické technologii. A pokud přichází nabídka takříkajíc zvenčí, od odborníků jiných profesí, zda jsme schopni a ochotni ji slyšet. Bylo by to velmi dobré. Nejen pro nás, ale hlavně pro pacienty.

V Liberci 7.7.2023

MUDr. Vladislav Chvála





# POLITIKA, KONCEPCE

## VÝPRODEJ MONOGRAFIE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA 2020: NÁSTROJE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

(kolektiv 12 autorů), knihu vydala VŠTVS Palestra



- **NOVÁ CENA PRO ČLENY SPM: 100 Kč + 10 % DPH + doprava**
- **NOVÁ CENA PRO OSTATNÍ: 150 Kč + 10 % DPH + doprava**

### Kapitoly:

1. Nástroje psychosomatické léčby – biopsychosociální pohled (Chvála, Trapková)
2. Vztah mezi psychikou a tělem – psychosomatická psychoterapie, poradenství a sebeúdržavné potenciály (Poněšický)
3. Lékaři v médiích aneb stojí výroky kolegů za pozornost, souhlas či polemiku? Ne-tradiční úvaha o psychosomatické medicíně (Skorunka)
4. Aplikace biosyntetické integrativní psychoterapie a její nástroje v léčbě psychosomatických pacientů (Večeřová Procházková)
5. Účinnost scénicko-symbolických intervencí používaných v Pesso Boyden psychomotorické terapii při navozování korektivní emoční zkušenosti (Siřínek)
6. Bojové umění jako terapeutický nástroj (Šmejkal)
7. Kvantové vědomí, kvantová medicína, kvantová psychologie a kvantová biologie – věda nebo omyl? (Fikáček)
8. Narušené vnímání těla v kontextu patologického chování ve vztahu k pohybové a sportovní aktivitě (Stackeová, Barešová, Teryngel)
9. Naděje nebo realistické očekávání ohledně následků onkologické léčby: Má onkologický pacient dostávat neúplné, avšak optimistické vize anebo realistické informace ohledně prognózy po ukončení léčby? (Maulenová, Čadková Svejkovská)
10. Současný svět a hypertrofie symbolického myšlení (Bartoš)
11. Didaktické pojetí holismu na příkladu stoického motivačního horizontu vzhledem k celostnímu zdraví a rozvoji osobnosti (Podzimek)
12. „Nemoc se neptá...“ aneb socio-ekonomické determinanty zdraví v období neolibereální modernity (Jetmarová, Lánský)

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

Monografie se snaží odpovědět mimo jiné také na otázku hranic jak psychosomatické medicíny, tak jejích léčebných nástrojů, a ty nejsou u této disciplíny zdaleka tak striktně dány jako u oborů jiných. Text má ambici jako první odborná monografie toho druhu u nás dát



problematicke nástrojů psychosomatické medicíny teoretické základy, na nichž může tento obor dále stavět.

Monografie vychází péčí doc. Stackeové z Vysoké školy tělesné výchovy a sportu PALESTRA jako editorky a Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, která vydání prostřednictvím Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci finančně umožnila. Kapitoly jednotlivých autorů byly plánovány jako příspěvky na 18. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, která nemohla být kvůli pandemii uskutečněna.

### Objednávky: sekretariát SPM ČLS JEP

Mgr. Katarína Kubíková, tel. 601 594 293, email: [katarina.kubikova@tulsia-clinic.cz](mailto:katarina.kubikova@tulsia-clinic.cz)

## PRAVIDLA A CENÍK INZERCE SPM ČLS JEP

Pravidla platná od 13.06.2023

Inzerovat lze na webových stránkách SPM po schválení inzerce výborem SPM. Cena zahrnuje rovněž emailovou rozesílku inzerce (newsletter) členům SPM.

Ceník:

### 1. kategorie – INFORMAČNÍ INZERCE PRO ČLENY SPM

Informační inzerce se rozumí inzerce volných pracovních míst v lékařských i nelékařských oborech (např. psychosomatika, psychiatrie, neurologie, psychologie, fyzioterapie apod.) v rámci ČR a rovněž inzerce vzdělávacích akcí souvisejících s oborem (konference, přednášky, semináře, výcviky, kurzy apod.) pro členy SPM nebo pro odborného garanta akce, pokud je členem SPM.

CENÍK INZERCE	3 měsíce	6 měsíců	12 měsíců
1/4 strany	200 Kč	350 Kč	600 Kč
1/2 strany	350 Kč	500 Kč	800 Kč
1 strana	600 Kč	900 Kč	1200 Kč

Texty

- 1/4 strany – max 800 znaků
- 1/2 strany – max 1500 znaků
- 1 strana – max 3000 znaků
- Ke všem cenám se účtuje 21% DPH.



- Kategorie – INFORMAČNÍ INZERCE PRO OSTATNÍ

CENÍK INZERCE	3 měsíce	6 měsíců	12 měsíců
1/4 strany	2000 Kč	3500 Kč	6000 Kč
1/2 strany	3500 Kč	5000 Kč	8000 Kč
1 strana	6000 Kč	9000 Kč	12000 Kč

Informační inzerce se rozumí inzerce volných pracovních míst v lékařských i nelékařských oborech (např. psychosomatika, psychiatrie, neurologie, psychologie, fyzioterapie apod.) v rámci ČR a rovněž inzerce vzdělávacích akcí souvisejících s oborem (konference, přednášky, semináře, výcviky, kurzy apod.) pro ostatní (nečleny SPM).

#### Texty

- 1/4 strany – max 800 znaků
- 1/2 strany – max 1500 znaků
- 1 strana – max 3000 znaků
- Ke všem cenám se účtuje 21% DPH.

Spolupráce je možná i ve formě barteru, prosím neváhejte nás oslovit s Vaší nabídkou.

Kontaktní osoba:

Mgr. Katarína Kubíková – sekretariát SPM ČLS

Tel. +420 601 594 293

Email: info@psychosomatika-cls.cz



# AKCE

1. oznámení

## 34. ČESKO-SLOVENSKÁ PSYCHOTERAPEUTICKÁ KONFERENCE

**Psychoterapie – naděje a lidskost**

**8. – 11. 11. 2023**

**Hotel Jana, Přerov**

Více informací a registrace na

[www.psychoterapeutickakonference2023.cz](http://www.psychoterapeutickakonference2023.cz)

**Organizační zajištění:**

Amepra, s.r.o.

Vladislav Příbyl

tel.: +420 775 666 348

pribyl@amepra.cz



---

Česká psychoterapeutická společnost  
České lékařské společnosti JEP



## **34. ČESKO-SLOVENSKÁ PSYCHOTERAPEUTICKÁ KONFERENCE 2023**

**VÍCE NA [HTTPS://PSYCHOTERAPEUTICKAKONFERENCE2023.CZ/](https://psychoterapeutickakonference2023.cz/)**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rádi bychom vás pozvali na 34. Česko-slovenskou psychoterapeutickou konferenci. Tématem konference je **Psychoterapie: Naděje a lidskost**. Toto téma může být důležité pro nás všechny. Je významné pro naše klienty i pro náš profesionální růst.

Svět i společnost se nacházejí v turbulentním období, kdy společnost je rozdělená na tábory nevraživé k sobě navzájem. Doba potřebuje nadějnou vizi, odolnost a houževnatost, podporu spolupráce, propojenosti a humanistické orientace. Ty mohou překlenout štvavé a zjednodušující černobílé pohledy. Téma **naděje a lidskosti** se hluboce dotýká i práce s klienty a práce na sobě.

Pohled na naději a lidskost se může lišit podle pohledu různých psychoterapeutických směrů a různých profesí. Můžeme společně uvažovat o tom, co nás spojuje a v čem vidíme svět podobně a v čem odlišně.

Zveme vás jako jedince, terapeutické modality i instituty na společné setkání. Rádi bychom, aby konference byla platformou pro společnou diskuzi, místem, kde se můžeme lidsky potkat.

**Ján Praško**

**Předseda psychoterapeutické společnosti**





## SEBEZKUŠENOSTNÍ SKUPINA

Otevíráme sebezkušenostní skupinu pro zdravotníky, která chce nabídnout pro zájemce z řad lékařů a jiných zdravotníků základní zkušenost v psychoterapii.

V rámci dlouhodobé skupinové práce účastníci/ce spolu s ostatními ve skupině procházejí procesem hlubšího sebepoznání, učí se autentické komunikaci a rozvoji empatie.

Práce v uzavřené skupině (10-12 osob, zdravotníků) se dvěma zkušenými lékařkami terapeutkami vytvoří bezpečné prostředí a také prostor pro vnímání a zacházení s emocemi, které vznikají při práci s klienty nebo je klienti přinášejí a my se s nimi musíme vyrovnávat.

Skupina je součástí vzdělání k nástavbové atestaci z oboru psychosomatika a je zároveň vhodná k seberozvoji pro každého, kdo pracuje v pomáhající profesi.

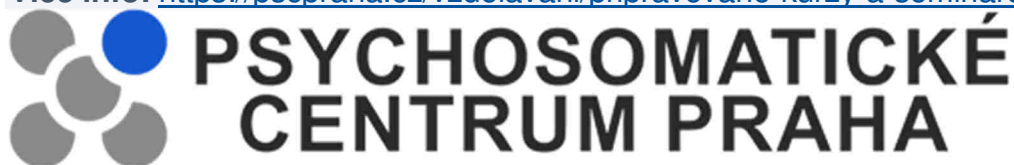
**Rozsah:** 160 výukových hodin, 80 hodin ročně v denních blocích, setkání 1x za měsíc v pátek

**Zahájení:** po naplnění skupiny, počítáme během roku 2023

**Cena** 26 000 Kč za rok

**Lektorky:** MUDr.D.Šroubková, MUDr.I.Jirmanová

**Více info:** <https://pscpraha.cz/vzdelavani/pripravovane-kurzy-a-seminare>



Koho ze svých pacientů mám v hlavě ještě po cestě z práce domů?  
Který klient mě dovede snadno rozčílit?  
Kdo z pacientů je pro mě oříškem?  
Chci poznat kolegy z regionu z jiných oborů?

# Balintovská skupina

pro lékaře, psychology a  
fyzioterapeuty

**čtvrtek 7. září 2023**

**16:30 – 19:00 hod**

Kateřinská 17, Olomouc, budova Institutu sociálního zdraví na UP  
Setkáním nás provede PhDr. Marie Marečková- Nosálková, Ph.D.

Závazné přihlášky a bližší informace  
[zsadilkova@email.cz](mailto:zsadilkova@email.cz)  
nebo 737 768 886

Platba 500Kč předem nebo na místě.

Pro hladký průběh setkání je vhodné  
být přítomen po celou dobu.  
Tedy přijďte včas, neodcházejte dřív.



## POZVÁNKA DO DOBŘICHOVIC NA 14. PSYCHOSOMATICKOU KONFERENCI

Lidé dvojího pohlavní, středního pohlaví, dvojího ducha nebo ti uprostřed-ať už byli nazýváni jakkoliv, existovali a měli svůj status např. u původních obyvatel Severní Ameriky, u obyvatel nejrůznějších Tichomořských ostrovů, na Sibiři nebo za polárním kruhem mezi Inuity. V našem současném kulturním kontextu si svůj status vytvářejí a poměrně nově slyšíme označení transgender, nebinární identita, genderový nesoulad (gender dysforie) apod.

Jako lékaři, terapeuti, ale i učitelé, trenéři aj. se s transgender lidmi setkáváme a stojíme před mnoha problémy. Jak tyto lidi podpořit v rozumných (terapeutických) mezích. Jaké zvolit oslovení, jaké používat koncovky a přípony v minulém čase a u přídavných jmen, v jakém rodu mluvit s rodiči o jejich transgender dětech, jak vyhovět požadavku na střídání ženského a mužského oslovení rovným dílem, jak se srovnat např. s tím, že celému fenoménu nevěříme, případně silně na základě své odbornosti nevěříme, že konkrétní člověk jen nepropadl módnímu trendu. Že za genderovým nesouladem není jiná skrytá věc jako např. nezralost jedince, neochota dospět atp. Jak komunikovat jako odborníci mezi sebou, když jsou v tomto ohledu naše pohledy opačné. Jistě se najdou i další otázky.

Ať už jsou naše životní zkušenosti i odborná zázemí jakákoliv, lidi, kteří sami sebe považují za transgender potkáváme a potkávat budeme. Může to v nás vzbuzovat a dle mé zkušenosti velmi vzbuzuje nejrůznější emoce. V CKP Dobřichovice jsme dospěli do momentu, kdy se potřebujeme a chceme poctivě v celé problematice zorientovat, vzdělat se, i si projít vlastními emocemi předem a na bezpečném místě. Předejít tak případnému zmatení a nedorozumění, které by mohlo nastat, když se pacient s transgender identitou objeví v naší ordinaci a my s ním situaci sdělíme „jen“ se svou zkušeností, jak to bývalo za našich mladých let.

Naši tradiční psychosomatickou konferenci pro rok 2024 věnujeme tématu transgender. Proběhne v CKP Dobřichovice 27.1.2024. Uděláme ji malou pouze v prezenčním formátu. Chceme vytvořit bezpečné prostředí pro sdílení různých pohledů, příběhů, zkušeností, postojů a názorů, které se tématu transgender týkají. Na seznamu přednášejících a vedoucích workshopů pracujeme. Plánujeme přehledovou přednášku, plánujeme přizvat lékaře, fyzioterapeuty, psychology, právníčku, člověka, který prošel tranzicí aj. Vše postupně najdete na našich webových stránkách <https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminare/rubrika/pro-odborniky/>. Jako každý rok se budeme těšit na Vaši účast.

Marta Lebedová,

Vedoucí kurzů CKP Dobřichovice



# LITERÁRNÍ KOUTEK



## BOŽIDAR DOSUŽKOV: PŘEDMLUVA PRO PSYCHOANALYTICKOU ROČENKU 1968

*STROJOPIS Z POZŮSTALOSTI ZBYŇKA HAVLÍČKA, ULOŽENÝ V PAMÁTNÍKU NÁRODNÍHO PÍSEMNICTVÍ.*

Průvodní dopis je datován V Praze, dne 10. května 1968 a je adresován Dr. O. Kučerovi a Dr. Z. Havlíčkovi:

*Drazí přátelé,*

*zasílám Vám Předmluvu pro ročenku. Přečtěte si ji, ev. navrhněte doplňky, a to během 10 dní. Je mi líto, že se nemůžeme sejít příští úterý, rád bych dal Ročenku dohromady co nejdříve.*

*Váš Dosužkov*

III. Psychoanalytická ročenka – orgán Pražské společnosti pro studium psychoanalýzy vyšla r. 1948, avšak do prodeje se již nedostala. Tzv. neexistující censura

zasáhla svojí neviditelnou rukou. R. 1950 se rozešla také společnost. To však neznamená, že by zájem o psychoanalýzu v Československu ustal. Naopak, tvrdá



zkouška prověřila, pro koho z kolegů byla psychoanalýza skutečně životním zájmem, pro koho jen zájmem prchavým a kdo z bývalých členů Společnosti byl jen narcistickým kariéristou, jenž snadno přisedlal na starou Rosinantu a obořil se proti psychoanalýze, aby si ohřál svoji universitní polévku. Těch málo skutečných zájemců o psychoanalytickou vědu vydrželo dobu temna v období kultu osobnosti a nejenže neopustilo psychoanalýzu, nýbrž studovalo ji s ještě větší vytrvalostí a zanícením.

Dvacet let je doba skoro celé generace. Československá psychiatrie, která si od doby vzniku psychoanalýzy stále hrála na slepou bábu, přece neunikla určitému pokroku. Socialistické lékařství si vynutilo aplikaci psychotherapie a donutilo titulované mudrce, vedoucí našich klinik, uznat nejen tuto potřebu, nýbrž i existenci psychotherapeutické teorie. Začalo se mluvit a psát o psychotherapii, ba dokonce i experimentovat se zřizováním psychotherapeutických ústavů. Vznikla Psychotherapeutická komise Psychiatrické sekce v Praze, zabývající se teorií psychotherapie, která umožnila cesty našich psychotherapeutů do ciziny a přednášky psychotherapeutů z ciziny v Praze. Dala též nám, psychoanalytikům, možnost přednášet a diskutovat. Během posledních 5 let dokonce navštívilo Prahu a vystoupilo v této komisi více psychoanalytiků z ciziny, z nichž prvním byl prof. E. Servadio z Říma, jehož příkladu následovalo více kolegů z Anglie, Holandska, Švýcarska, Rakouska a Dánska. Mezinárodní psychoanalytické sdružení zase umožnilo nám zúčastnit se řady psychoanalytických sjezdů z kongresů. Československá psychoanalýza přestala být Popelkou, nebyla však v psychotherapeutickém hnutí uváděna jako složka oficiální. Do roku 1967 nevyšel ani jeden psychoanalytický článek v češtině, tyto spisy byly zásadně odmítány redakcemi našich

odborných časopisů, kde dosud trvá temno a kde o psychoanalýze nemají ponětí. Avšak zájem o psychoanalýzu roste. Slováci vydali překlad Freudova díla „Totem a tabu“, docent marxismu Cvekl – knížku, v níž se pokusil o pozitivní kritiku psychoanalýzy z tohoto hlediska. Loni založil „psychoanalytický seminář“, v němž spolu s jinými laiky vystoupil veřejně s přednáškami o psychoanalýze. Jejich laické a značně subjektivní představy o psychoanalýze byly sice dosti naivní a často vzdálené tomu, co skutečně psychoanalýza je, demonstrovali však, že zájem o psychoanalýzu v Československu roste. Těchto „seminářů“ zneužili též někteří odpůrci psychoanalýzy k vystupování se svými fantasiemi o psychoanalýze, dokonce s jakýmsi paraanalytickými názory, což si vyžádalo, že jsme se museli zúčastnit diskuse, aby mnohočetné posluchačstvo, v němž převládala mládež, nebylo svedeno k bludným představám o psychoanalýze. Nyní se Cvekl snaží vydat přednášky účastníků těchto diskusí.

Demokratisace československého života, k níž došlo v tomto roce, dovolila též nám pokusit se o publikaci psychoanalytických prací. Zdravotnické nakladatelství se rozhodlo vydat Freudovy spisy za redakce Dr. O. Kučery. Český čtenář bude s to čísti Freuda v češtině.

My, staří psychoanalytici a mládež, která se seskupila kolem nás, vám předkládáme IV. Psychoanalytickou ročenku. Obsahuje několik starších publikací, které byly plánovány již pro Ročenku r. 1949 a několik publikací nových, které jsou blíž moderní psychoanalýze. Psychoanalýza udělala během těchto 20 let velké pokroky a bude naším cílem tento pokrok dohonit a obeznámit čtenáře se stavem této jediné skutečné vědy





o nevědomí co nejdokonaleji. To je věcí budoucna a věříme, že se nám to podaří.

Jakožto vedoucí redaktor starých Psychoanalytických ročenek, zůstal jsem na svém místě za spoluúčasti Dr. O. Kučery, jenž stál při mém boku již v letech 1945 – 1950, a Zb. Havlíčka – reprezentanta mladé psychoanalytické generace. Všichni kolegové, již věnovali veškeré svoje zájmy psychoanalýze a prodělali předepsané vzdělání a výcvik, jsou uvedeni jako členové redakční rady. Doufejme, že v dohledné době se nám podaří postavit psychoanalytické hnutí v Československu na právní koleje, organizovat psychoanalytickou společnost, jejímž orgánem se stane Ročenka, která bude vycházet pravidelně a dá možnost československému psychoanalytikovi uveřejňovat svoje práce v češtině a čtenáři

seznamovat se z první ruky se skutečnou psychoanalýzou.

Vědu nelze definitivně potlačit. Koperníkova teorie byla uveřejněna až po jeho smrti, poněvadž ohrožovala jeho postavení a snad i život v době inkvizice. Darwinova teorie si vyžádala nejméně jedné generace, než se stala samozřejmostí. Totéž je s Freudovou psychoanalýzou. Po Freudovi celá generace jeho žáků musela bojovat o to, aby věda uznala existenci psychoanalýzy a další, naše generace, bojuje o její prosazení nejen jako terapeutické metody, nýbrž jako vědy, která přetvořila psychopathologii i samotnou psychologii. Velká část světa uznala význam a zásluhy psychoanalýzy. V druhé části světa se to opozdilo. Nám připadá úloha prosadit to v Československu.

MUDr. B. Dosužkov

Redakci dodal P. Čepický, 7.5.2023



## 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](mailto:chvala@sktlib.cz)), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec.



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

### **Pokyny pro citování:**

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení normy ČSN ISO 690: 2011. Přesnější pokyny zde: <https://sites.google.com/site/no-vaio690/schema-a-priklady/lnky-v-asopisech>

**Autoři ručí za to, že stať nebyla nabídnuta jinému časopisu, ani už nebyla jinde publikována.**

**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](http://www.psychoterapie.fss.muni.cz)



