

# 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 1-2/2022 dne 1. 4. 2022, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 3. 2022

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Foto J. Pikous, V. Mádler, V. Chvála, K. Šestáková, 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](http://ERIH PLUS)

© [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/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v 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  
 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: Administrativní medicína.....</i>	<i>5</i>
<b>Pro praxi.....</b>	<b>8</b>
<i>Veronika Šípková: Od hubnutí k osamostatňování.....</i>	<i>8</i>
<b>Teorie.....</b>	<b>26</b>
<i>Radkin Honzák: Kortizol a jeho vliv na psychiku a psychopatologii.....</i>	<i>26</i>
<b>Etika .....</b>	<b>32</b>
<i>Jan Polák: Ohlédnutí za Van Rensselaerem Potterem (1911–2001).....</i>	<i>32</i>
<b>Diskuse.....</b>	<b>39</b>
<i>Pavel Čepický: Několik poznámek k článku K. Dolákové Jsme na prahu nového paradigmatu?.....</i>	<i>39</i>
<b>Věda krátce .....</b>	<b>42</b>
<i>Dejte pozor, až budete svým potomkům vyčítat jejich špatné chování .....</i>	<i>42</i>
<i>Ukažte dětem, koho líbáte!.....</i>	<i>43</i>
<i>Kvalita vazby batolete s matkou se podílí na tom, jaké vztahy bude vyhledávat v dospívání.....</i>	<i>45</i>
<i>Pozor na vědecké práce: až 2/3 z nich nelze reprodukovat!.....</i>	<i>47</i>
<b>Úvahy, eseje.....</b>	<b>49</b>
<i>Jan Poněšický: Srovnání psychoterapeutického a psychosomatického přístupu (léčby) v teorii i praxi.....</i>	<i>49</i>
<i>Stanislav Komárek: Tři metly Západu.....</i>	<i>55</i>
<b>Recenze.....</b>	<b>57</b>
<i>Vladislav Chvála: Jeftovy děti – kniha, která nesměla vyjít.....</i>	<i>57</i>
<b>Politika, Koncepce.....</b>	<b>61</b>
<i>Zpráva o činnosti výboru SPM v letech 2018–2022 .....</i>	<i>61</i>
<b>Společenská rubrika.....</b>	<b>64</b>
<i>Ocenění České lékařské společnosti J.E.P. za zásluhy o rozvoj psychosomatické medicíny .....</i>	<i>64</i>
<i>Jiří Růžička: Rozloučení nad rakví doc. PhDr. Jana Srnce, CSc. dne 22. 2. 2022 .....</i>	<i>69</i>
<i>Radkin Honzák: Umřela Marjánka Henková.....</i>	<i>72</i>
<b>Akce .....</b>	<b>73</b>
<i>19. konference psychosomatické medicíny v Liberci.....</i>	<i>73</i>



VYBRANÉ KAPITOLY Z PSYCHOSOMATIKY .....	76
IPVZ: Informace pro zájemce o nástavbovou atestaci v oboru psychosomatika .....	79
Vzdělávací program nástavbového oboru psychosomatika na Psychosomatické klinice Praha.....	80
<b>Literární koutek .....</b>	<b>82</b>
<i>Vladislav Chvála: Platina nad zlato .....</i>	<i>82</i>
<i>Pokyny pro autory .....</i>	<i>85</i>



# EDITORIAL



## VLADISLAV CHVÁLA: ADMINISTRATIVNÍ MEDICÍNA

Že mě to nenapadlo dřív! Administrativní medicína je ten nejuvýstižnější název pro současnou zdravotní péči! Léta se zabýváme prosazováním psychosomatické medicíny v rámci... ale čeho vlastně? Nějaké jiné medicíny? Zkoušeli jsme to různě: biologické medicíny (ale ona přeci není jen biologická), EBM medicíny (ale i psychosomatická může přeci být založena na důkazech), školské medicíny (ale proč by se na školách nemohla vyučovat také psychosomatická medicína?), další přívlasky jako dominantní, hlavní, převažující atp. už jen zdůrazňují, na jak vedlejší koleji se u nás zastánci psychosomatické perspektivy cítí.

Teprve když jsem se sám dostal do nemocnice začátkem tohoto roku, protože nějaký kmen bakterie legionella se rozhodl usadit se nikoli v potrubí, ale v mých plicích, prohlédl jsem. Prohlédl jsem si

především provoz velké nemocnice, kde jsem před 30 lety sám pracoval. Zjistil jsem, a jsem tomu opravdu rád, že celý ten kolos krajské nemocnice pracuje jako dobře namazaný stroj. Klap, klap, klap... A to byl zrovna jeden z vrcholů pandemie. Plicní oddělení zaplněné do posledního místa covidovými pacienty. Nedivil jsem se, že čekáme na výsledky vyšetření na ambulantním příjmu, kde to vypadalo jako v call centru. Jeden lékař vedle druhého u počítačů a se sluchátky na uších řešili akutní případy, rozhodovali o tom, kam s pacientem podle prezentovaných symptomů, výsledků laboratoří a stavu lůžek na odděleních. Sestřičky odebíraly materiál, zřízení posunovali všechno tam, kde to bylo potřeba, lékaři z rychlé pomoci přiváželi další a další dusící se pacienty. Každý přesně věděl, co má dělat. Všechno bez zadrhnutí, klap, klap, klap. Drobný zádrhel přišel, až když nebyla

volná postel. Varianta poslat mě domů ale neprošla přes laboratoř, která vypadala opravdu vážně. Naštěstí se postel našla. A naštěstí si mladá paní doktorka vzpomněla na legionellu, i když případy takové pneumonie jsou vzácné, a zavolala přes celý sál na sestřičku odnášející materiál do laboratoře klíčovou větu: „*Nechte udělat ještě moč na legionellu!*“ Jak ji to napadlo, nevím. Asi byla před atestací nebo čerstvě po ní. Byla to trefa do černého, a tak mi třetí den zatím marné léčby primář oznámil, že tenhle zápal plic způsobila legionella. Změnili antibiotika a díky tomu jsem se uzdravil a mohl jsem se dnes pustit do přípravy dvojitého čísla Psychosomu. Ještě že tabulky v hlavě paní doktorky obsahovaly také položku legionella.

Lékaře jsem viděl nejvýš 1 minutu denně. Nebylo proč se vyptávat, rozhodující bylo porovnávání výsledků s různými tabulkami doporučených postupů a sledovat parametry laboratoře. Nemíním to vůbec pejorativně, když to nazvu administrativní medicínou. Všechno je předem dáno, každý musí vědět, co přesně má v které situaci dělat, a taky to dělá. Vždyť se to bifloval celých 6 let studia a k tomu slouží i celoživotní vzdělávání. A ještě je to nejspíš v mnoha případech úspěšné. Na pacientovi a jeho osobním životě moc nezáleží, stačí, že jeho stav odpovídá předpokládanému popisu v tabulkách a přiměřeně správně reaguje. K čemu rozhovor, než jen ke zjištění projevů choroby?

Snad jen drobná vada administrativní medicíny v tomto českém pojetí je vlastně v tom, že je tak úspěšná, že se celý ten aparát domnívá, že nic jiného než to, co je v tabulkách, neexistuje. A protože složitě bio-psycho-sociální vyladování člověka v jeho světě se do tabulek nevejde, psychosomatická medicína jako by neexistovala. Ano, jsou jedinci, kteří „jsou na hlavu“, jak se personál nemocnice

ujišťuje, a s těmi je vždycky problém. Ale není to problém zdravotnický. Tabulky jsou v pořádku, ale tu a tam někdo ne. A na to je přece psychiatrie, která trpí dlouhodobě mindrákem, že není tak úspěšná, jako třeba chirurgie. No to přece proto, že se její pacienti jen těžko vejdou do excelových tabulek. Lékař, který dělá solidnější obor, třeba kardiologii nebo neurologii, má se držet tabulek, a ne mluvit s pacienty, kteří jsou na hlavu. To dá přeci rozum!

Jak složitě to může být, ukazuje Veronika Šířová ve své práci, kterou psala v přípravě na nástavbovou atestaci z psychosomatické medicíny. Chápu lékaře, kteří to takhle složitě vidět nechtějí. Jenže co pak s těmi pacienty? A když jeden už je praktický lékař, hodí se, když si umí poradit i s takovými pacienty. Ano, je to docela dlouhé čtení. Ale řekněte mi, kde by otiskli takhle dlouhou úvahu o jednom pacientovi, která navíc je poučná a dává smysl?

Stresu není nikdy dost. Je proto dobré podívat se na to, co všechno umí kortizol, který je jeho součástí. Radkin Honzák zde podává přehled účinků kortizolu v organismu a vztahu kortizolu a psychiky. Jeho text obsahuje také výčet psychiatrických komplikací po léčbě kortikoidy.

V uplynulém roce jsme si připomněli trojnásobné výročí velké osobnosti v oblasti bioetiky a onkologie Van Rensselaera Pottera: jeho narození (1911), vydání přelomové knihy *Bioethics – Bridge to the Future* (1971) a jeho úmrtí (2001). Jan Polák ve svém příspěvku v rubrice *Etika* chce čtenářům přiblížit život a dílo tohoto významného amerického biochemika a myslitele, který vstoupil do dějin lékařství jako jeden z prvních, kdo začal používat pojem „bioetika“, jemuž dal originální obsah. S autorem nesouhlasí Jiří Šimek, protože vidí pořadí událostí jinak. Říká: „*První moderní institut rozvíjející*



*'bioethics' je The Hastings Center, který vznikl dva roky před Washingtonským centrem, tedy 1969, to znamená dříve, než Van Rensselaer Potter vydal svou knihu. Tedy spíš Van Rensselaer Potter přebral tento pojem lékařům než naopak.*“ V plodné diskusi autora s recenzentem došlo k rozšíření původní práce k užítku čtenáře.

Tématu letošní 19. konference se chopil Jan Poněšický (ostatně také její prezident). Ve své úvaze porovnává psychoterapeutický a psychosomatický přístup k léčbě v teorii a praxi. Budiž to příprava pro diskusi během konference.

Jsem zvědav, zda si čtenář v tomto čísle povšimne pozoruhodného slova „metametla“. Zajisté jde o novotvar. Ve své úvaze „Tři metly Západu“ ho užil věrný autor Psychosomu, prof. Stanislav Komárek. Jeho text se od svého „předválečného“ vzniku (vyšel 3. 2. t. r. v revue Prostor) stal vpravdě historickým. Předvídaní mimořádně velkých obtíží našeho civilizačního okruhu jistě není v posledních letech nic vzácného. Ale zatímco autor umísťuje hlavní zdroj nebezpečí do tří skupin fanatických šířitelů dobra uvnitř naší západní kultury<sup>1</sup>, vydala se do svaté války Horda z Východu, vedena fanatikem zdaleka největším, rozhodnutá doručit dobro do ukrajinských domácností, i kdyby je všechny pozabíjet měla. A všechna ta zvěrstva si zdůvodňuje, tak jako všichni diktátoři v dějinách: tentokrát hlavně zachránit svět před „zdegenerovaným Západem“. Tak se šíření dobra za každou cenu, o kterém Komárek píše, stává autentickou skutečností až hrůza!

<sup>1</sup> „Hygienismus“ přinášející medicínskou diktaturu s potlačením dosavadních svobod, extrémní environmentalismus, chápající lidi na

Ano, všechny dnes zde vycházející texty jsou vlastně předválečné.

Předválečná je i recenze na knihu Jeftovy děti, která ovšem velmi dobře navazuje na Komárkův text. Reflektuje totiž jednu ze zmiňovaných metel. O tom, že se Komárek nemýlí, svědčí mimo jiné aktuální reakce extrémních genderistů na válečné šílenství: jakmile se někdo zastává přirozené rodiny muže a ženy, je to určitě zastánce Putina a jeho hordy. Jak jinak, když na sebe narazí fanatici? Vždyť to dobře známe: Kdo nejde s námi, stojí proti nám, hlásali komunisté v nedávné době.

Podle toho všeho by se mohlo zdát, že se Psychosom politizuje a není věrný své oblasti zájmu. Není tomu tak, doba sama se politizuje, přitvrzuje. A jestli platí, že kouření škodí zdraví, jak tvrdí ve své kampani ministerstvo zdravotnictví, tak my tvrdíme, že mnohem víc zdraví škodí válka. Proto nemůžeme mlčet k tomu, co se děje. Bio-psycho-sociální pohled nabízí dostatečně široký pohled na život, a nic, co škodí zdraví a životu, by nemělo zůstat nepovšimnuto.

V literárním koutku dnes zkusíme uveřejnit něco jako „zvláštní případy“. Je to výzva pro čtenáře: „Dejte k dispozici své pozoruhodné zážitky z ordinací.“ Jdu příkladem, abyste se nemuseli obávat. S mnohými se uvidíme v Liberci na 19. konferenci psychosomatické medicíny.



V Liberci 8. 5. 2022

planetě v podstatě jako nežádoucí, a extrémní „džendrismus“, který je „rasismem naruby“.



# PRO PRAXI



## **VERONIKA ŠÍPOVÁ: OD HUBNUTÍ K OSAMOSTATŇOVÁNÍ**

*PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP K LÉČBĚ PACIENTA S ATYPICKOU PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY V ORDINACI DĚTSKÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘKY*

SOUHRN: ŠÍPOVÁ V.: OD HUBNUTÍ K OSAMOSTATŇOVÁNÍ, PSYCHOSOM 2022; 20 (1-2), s. 8-25

Kazuistika uvádí případ osmnáctiletého mladíka s trávicími obtížemi, které se rozvinuly v restriktivní atypickou poruchu příjmu potravy. Symptomy vznikly pravděpodobně v kontextu vývojové a situační krize pacienta, který vykazuje introvertní neurotické osobnostní nastavení s alexithymií. Práce popisuje symptomatologii, diagnostiku a teoretické možnosti terapie atypické poruchy příjmu potravy (dále jen ARFID). Léčba vedená praktickou dětskou lékařkou se zřetelem na bio-psycho-sociální pojetí onemocnění a psychosomatické nástroje práce s pacientem probíhala 9 měsíců. Studie diskutuje možné hypotézy souvislostí a příčin onemocnění a možnosti oslovení těchto aspektů v terapeutické práci.

KLÍČOVÉ VÝRAZY: refluxní gastropatie, porucha příjmu potravy, ARFID, alexithymie, komplexní bio-psycho-sociální přístup, psychosomatické nástroje terapie.

SUMMARY: ŠÍPOVÁ V.: FROM WEIGHT LOSS TO INDEPENDENCE. PSYCHOSOM 2022; 20 (1-2), pp.: 8-25

The case report presents the case of an 18-year-old man with digestive problems who subsequently developed a restrictive atypical eating disorder. The symptoms probably arose





in the context of a developmental and situational crisis in a patient exhibiting an introverted neurotic personality setting with alexithymia. The study describes the symptomatology, diagnostics and theoretical possibilities of therapy of avoidant restrictive food intake disorder (ARFID). The treatment led by a primary care pediatrician with regard to the bio-psycho-social model of the disease and the psychosomatic tools of working with the patient lasted for 9 months. The study discusses possible hypotheses about the context and causes of the disease and the possibilities of addressing these aspects in therapeutic work.

KEY WORDS: reflux gastropathy, eating disorder, ARFID, alexithymia, bio-psycho-social approach, psychosomatic tools in therapy

## ÚVOD A ROZŠÍŘENÁ ANAMNÉZA

Vzhledem k ambici této práce zachytit nemoci a obtíže Járy jako propojenou bio-psycho-sociální zkušenost zapisují paralelně anamnézu běžným způsobem, který akcentuje biologická fakta, a k nim rozhovorem zjištěné psychosociální souvislosti (v textu kurzívou).

RA: rodiče i prarodiče bez vážnějšího chronického onemocnění.

OA: Z I./I. fyziologické gravidity, porod v 42. týdnu spont. záhlavím, p.h. 3700 g/52 cm, Apgar score 9-10-10, další adaptace bez komplikací. Jára se narodil, když mamince bylo 39 let a tátovi čtyřicet, byl kojen do 3 let. Od 2 měsíců věku s ním maminka docházela na fyzioterapii pro posturální nestabilitu a predilekční pravostranné držení hlavy a trupu, psychomotorický vývoj pak pokračoval v mezích širší normy. V 18 měsících byl 11 dní hospitalizován pro popáleninu ruky a tváře (celkově 2,1 procenta BSA) – spadl do ohně. Ve 3 letech podstoupil appendektomii. Zhruba od 4 let sledován alergoimmunologem pro recidivující infekty horních cest dýchacích, prokázána polyvalentní alergie.

Ve stejné době také začal docházet k psycholožce, byl k ní odeslán praktickou lékařkou po konzultaci s matkou: Jára měl problémy zařadit se do kolektivu v

mateřské školce - nechtěl tam chodit, nezvládal hru a úkony, které se od něj očekávaly, působil uzavřeně a ustrašeně. Prudkým brekem a děsem reagoval na jakoukoli separaci od maminky. Psycholožka usuzovala, že reakce souvisí s traumatickým oddělením od matky během Járových předchozích hospitalizací. Nápadné byly také reakce na silné emoce kýváním trupu a třepotáním horními končetinami. V předškolním věku též psycholožka uvádí ve zprávě poruchu soustředění a dyspraxii, objevuje se i označení LMD (lehká mozková dysfunkce). Postupně se však Jára v kolektivu adaptoval, na základní školu nastupoval v 6 letech a již dle svých slov vycházel s vrstevníky „normálně“.

V 8 letech byl vyšetřován pro píchání na hrudi po námaze i v klidu, vyšetření neprokázala organickou příčinu, začaly také migrény. Ten samý rok pro chronickou obturaci nosu, rinolalii (nosovou výslovnost) a respirační nemocnost absolvoval tenotomii (odstranění nosní mandle).

Ve 12 letech rozvod rodičů, o tom, jak ho tehdy vnímal a prožíval, nechce hovořit.

Od 12 do 17 let návštěvy ordinace sporadické.



FA: léky v předchorobí žádné neužíval.  
 AA: alergické obtíže již několik let nemá.  
 SA: žije v bytě v centru Prahy s matkou,

studuje tříletý výuční obor Operátor skladování, je ve 2. ročníku. Neguje abúzus návykových látek, abstinent, nekuřák.

### NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ, VYŠETŘENÍ PŘED HOSPITALIZACÍ

Jára se do ordinace dostavil koncem ledna 2021: už od minulého září mívá pocit plnosti břicha po jídle, je mu nevolno – nejdřív se to stávalo zhruba jednou za týden, po těžších pokrmech, od Vánoc má ale obtíže zhruba obden. Na cílené dotazování doplňuje, že nikdy nezvracel, opakovaně ho pálí záha, regurgitace (návrat potravy do úst) nepozoruje, má chuť k jídlu, nehubne, nemá průjem ani zácpu. Při klinickém vyšetření byl nález chudý, vyslovila jsem podezření na gastroezofageální refluxní původ obtíží. S Járou jsem dohodla provedení odběrů, vyšetření antigenu *Helicobacter pylori* a vyšetření břicha ultrazvukem, probrala jsem vhodná režimová a dietní opatření a předsala užívání omeprazolu.

Při kontrole za 2 týdny i potom v březnu referuje zhoršování obtíží. Přestože dodržuje dietu, tlačí ho žaludek skoro po každém jídle, řihá, nově má zácpu. Ověřuji, že od poslední preventivní prohlídky (na jaře 2020) 6 kg zhubnul. Vyptávám se na psychosociální souvislosti: jaká je pro něj „covidová zimní sezona“. Jára odpovídá s odmlkami, v jednoduchých větách, nevypadá, že by mluvit nechtěl, spíš snad ani moc neví, co by řekl. Mají školu pořád online, nebaví ho to. Ani když do školy chodil, se spolužáky si nerozuměl a to, co se učí, ho nezajímá. Měl praxi ve skladu, tam ho to celkem bavilo, ale tu teď kvůli epidemickým opatřením taky zrušili. A co jinak dělá? Ven chodí málokdy, a když, tak sám. Máma kvůli epidemii pracovala míň, tak jsou nějak spolu doma... s tátou se vídá jednou týdně... jo, v pohodě... většinou jde k němu domů na návštěvu. Chtěla bych z něj „vytáhnout“ víc, jeho

emočně chudý projev i záhada, jak tráví tu spoustu času doma, mě dráždí, ale cítím, že si chrání svou soukromou osobní sféru a že taky v podstatě nechápe, jakou by tyhle osobní záležitosti mohly mít souvislost s jeho nechutenstvím. Snažím se nepodcenit vyšetření eventuálního organického podkladu obtíží, ale zároveň pokusovat na možnou spojitost s tím, co teď prožívá. USG břicha, odběry (FW, CRP, bil, jaterní testy, chol, TGC, urea, kreatinin, screening celiakie a hormony štítné žlázy, KO+diff), Ag HP, moč – vše bylo v pořádku. Do ordinace ho opakovaně provází matka, několikrát jsem s ní i v telefonickém kontaktu. V ambulanci se maminka pasuje do role mluvčího, eventuálně Járu ponouká, „ať to přeci řekne sám“, a poté jeho kusé údaje opravuje a doplňuje, sem tam i komentuje Járovy příznaky poněkud shovívavým až zlehčujícím způsobem. Když Járovy obtíže pokračují, vyžaduje další vyšetření a hledá pro Járu alternativní léčebné prostředky. Celkově na mě působí dojmem autoritativní ženy, která prosazuje svou a příliš nevnímá možnost odlišného postoje svého téměř osmnáctiletého syna.

Do konce března 2021 postupně Jára vyřazuje z jídelníčku další a další potraviny, které mu nedělají dobře. Na jeho poměry obšírně popisuje, co se mu děje po medu, co po vejci a v jaké tepelné úpravě může požit tu kterou zeleninu. Žaludek má „podrážděný“ a „stažený“. Omeprazol mu vůbec nepomohl, a ještě se mu po něm udělala vyrážka, takže ho vysadil. Stojí schlíple uprostřed ordinace, nejspíš přeshlapuje, při hovoru si pořád pokládá ruku na břicho. Zabývá se jídlom a zažíváním



se stává „denním chlebem“, hubnutí pokračuje. I já si tak uvědomím, že je na čase, abych opustila koncept „léčíme refluxní gastropatii“, jenže mi není jasné, jaký odlišný klíč by k Járovým obtížím pasoval. Tehdy už si také rodiče dělají o Járu čím dál větší starost, z maminky cítím značnou nedůvěru vůči mému postupu, žádá další vyšetření.

Předpokládám významný podíl psychosomatiky a ráda bych s Járou pracovala na tom, aby si začal všimnout této provázanosti i on, zároveň si však netroufám ponechat ho bez dalšího „vyšetřování“ v situaci, kdy dál ztrácí váhu a rodiče na mě naléhají. Odesílám ho tedy ke gastroenterologovi, který volí diagnostickou hospitalizaci.

### *SHRNUTÍ HOSPITALIZACE A TERAPEUTICKÝ KONTRAKT PO NÍ*

Při příjmu má Jára 63 kg/ 193 cm, BMI 16,9 kg/m<sup>2</sup>. Během krátké hospitalizace (mimořádně: za hospitalizace má právě 18. narozeniny) absolvuje obsáhlá laboratorní vyšetření a gastrokopii, vše s normálním nálezem. Kardiologické a oční vyšetření k vyloučení Marfanova syndromu je též bez patologických nálezů. Psychiatrická konstatovala jako pravděpodobnou příčinu obtíží ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder). V tomto smyslu nutriční terapeutka doporučila Járovi znovu zařadit odmítané potraviny a zdůraznila, že za stávajícího způsobu stravování má Jára výrazně nedostatečný příjem všech složek potravy i hrubě nedostatečný energetický příjem. Járovi byl doporučen skupinový program Stacionáře pro léčbu poruch příjmu potravy (na zařazení do programu se však týdně až měsíce čeká), individuální psychoterapie a ambulantní sledování v nutriční poradně.

Po hospitalizaci přichází Jára ke mně se zprávou (polovina dubna 2021). Poprvé se vůči něčemu jasně vymezí: rozhodně si nemyslí, že by patřil mezi „ty hubený vyšinitý holky“ a psychologa taky nepotřebuje. Hospitalizace ho přesvědčila, že to má v břiše v pořádku, a on chce jíst, takže teď už začne. Zvažuji, zda si můžu dovolit ponechat léčbu ve svých rukou, jak ji uspořádat a s Járou vykomunikovat. Přijde mi, že Jára ke mně má důvěru,

a naopak odmítá, že by mu cokoli užitečného mohl nabídnout psychiatr a psychoterapeut. I kdybych na spolupráci s těmito specialisty tlačila, pravděpodobně by se k nim vůbec nedostavil a nebylo by to ku prospěchu věci. Kromě toho je i dostupnost těchto služeb velmi složitá. Konfrontuji ho s tím, že jeho nechuť k zařazení do skupiny pro poruchy příjmu potravy sice do značné míry chápu, nicméně jeho somatický stav je vážný. Domlouváme kontrakt: bude postupně jíst větší porce a vracet do jídelníčku odmítané ingredience a každých 14 dní přijde do ordinace na kontrolu. Pokud váha půjde nahoru a spolupráce bude fungovat, nebudu trvat na IPT ani skupinové terapii. Pokud by se cíle nedařily naplňovat, pošlu ho k hospitalizaci na oddělení poruch příjmu potravy. Naše ujednání vnímám jako výhodné pro obě strany – oba jsme výsledky hospitalizace získali větší jistotu, že za symptomy nevězí nějaká závažná organická příčina a Jára je motivovaný k zlepšení výživy. Při pravidelných návštěvách mám příležitost zavést terapeutický rozhovor, a přitom si nechám „zadní vrátka“ v podobě rehospitalizace, pokud by ambulantní postup nenesl ovoce.

Uvažuji dále, zda usilovat o rodinnou formu terapie. Jsem „vycvičená“ zavítat do léčby, pokud možno celou rodinu, a ozřejmit tak systemický rozměr i dynamiku fungování nemoci v rodině. Naproti tomu



ovšem považují za podstatné, že se Jára jeví až symbioticky propojený se svou matkou a v její přítomnosti se sotva dostane ke slovu, natož k nějakému svébytnému projevu. Otce bych pro léčbu (resp. pro Járu) chtěla získat, ale Jára i matka opakovaně brání ho přivést s sebou. Ve výsledku se vědomě rozhodnu zvát si na kontroly Járu samotného, abych ho i

svým přístupem podporovala v autonomii a odpovědnosti za sebe sama a aby dostal prostor jen a jen pro sebe. Rodinný koncept si chci „podržet v hlavě“, ale pracovat v individuálním modu. Pravidelné čtrnáctidenní kontroly plánuji vždy tak, aby přicházel jako poslední pacient ten den a měla jsem na něj vždy alespoň 30 min.

### *SYMPTOMY ARFID A JEJICH KVALIFIKACE*

Diagnóza avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) byla nově zařazena do DSM-V klasifikace v r. 2013, v odborné literatuře se pak studie zaměřující se specificky na ARFID objevují teprve od roku 2018. ARFID představuje klinicky heterogenní jednotku z okruhu poruch příjmu potravy, kde pozorujeme úbytek hmotnosti (resp. v období růstu déle trvající selhání v dosažení adekvátní váhy/výšky nebo adekvátních výživových parametrů vzhledem k věku) a restriktivní jídelní chování, ale BEZ úmyslu hubnout. Pacienti zpravidla jedí velmi omezený výběr potravin, popřípadě jedí velmi malé porce. Porucha narušuje psychosociální fungování pacienta.

DSM-V rozlišuje 3 podtypy choroby podle příčin, které stojí za vyhublavým jídelním chováním pacientů, v praxi se však důvody mohou kombinovat:

(1) „nízký apetit“ – jako vedoucí známka je uváděn nezájem o jídlo. V literatuře nazýváno též ARFID - limited intake subtype. (Tento podtyp tvoří odhadem třetinu pacientů ARFID);

(2) „vybíravost při jídle“ – pacienti nechtějí jíst široké spektrum potravin, zpravidla kvůli senzoričkému odporu, který v nich vzbuzují: nesnáší konzistenci, texturu, vůně (tuto charakteristiku má asi 20 % pacientů s ARFID); tzv. ARFID – limited variety subtype;

(3) „obavy z jídla“ – pacienti výrazně omezují příjem potravy z obavy před obtížemi, které po jídle zakoušejí: nauzea, bolest břicha, říhání, průjem, škytavka (tento typ má odhadem 50 % pacientů); tzv. ARFID – aversive subtype.

#### **Okruh symptomů:**

- pokles hmotnosti,
- zácpa, bolesti břicha, vágní gastrointestinální obtíže (tlak v žaludku, pocit plnosti po jídle, křečovitá bolest, refluxní obtíže, škytavka),
- snižování repertoáru tolerovaných potravin, nechutenství, odpor vůči určitým senzoričkým vlastnostem potravin, strach z dušení jídlem nebo zvracením,
- intolerance chladu, studené končetiny, studený pot,
- letargie, ztráta energie,
- poruchy soustředění, poruchy spánku,
- svalová slabost, závratě, kolapsy,
- zhoršené hojení ran, alterace imunity,
- suchá kůže, lámavé nehty a vlasy, lanugo,
- může být přítomna závislost na enterální výživě nebo tekutých výživových suplementech.

Podstatnou okolností, která je charakteristická a odlišuje pacienty s ARFID od MA, je, že vnímání tělového schématu (body image) pacientů není změněno: vnímají proporce svého těla adekvátně,



nechtějí hubnout a ztrátu váhy prožívají negativně. Pro stanovení diagnózy ARFID je samozřejmě třeba vyloučit jiné příčiny malnutrice (viz. dif. dg. níže). Pokud jsou ve vyšetřeních pro bolesti břicha, nauzeu apod. zachyceny somatické změny, tíže symptomů neodpovídá tíži klinických nálezů a nevysvětluje poruchu jídelního chování pacienta – toto kritérium tedy odkazuje ARFID do okruhu MUS (medically unexplained symptoms).

V objektivních klinických a laboratorních vyšetřeních lze zachytit v různé míře důsledky nutriční deficience – pokles tepové frekvence eventuálně i TK, změny na EKG při hypokalemii, anemii, pokles ostatních hodnot krevního obrazu, elevaci jaterních enzymů, hyponatremii, hypofosfatemii, hypoproteinemii, deficit Fe, B12, vitamínu D3. Při déle trvajícím průběhu onemocnění bývají patrné důsledky hormonální dysfunkce (amenorea) a snížení kostní density s rizikem patologických fraktur. Více viz /8/

#### **Predispoziční faktory:**

- ADHD, nižší intelektové schopnosti, poruchy učení, poruchy autistického spektra, OCD,
- vybióravost v dětství,
- anxiózní nastavení (až 60 – 75 % dětí s ARFID dle Nicely et al. 2014, /18/),
- častější u osob z nižších socioekonomických vrstev,
- častější u chlapců/mužů než u dívek/žen,

#### **Spouštěcí faktory:**

- stres,
- poruchy separace (Dhiman et al. 2021, /13/),
- spouštěcím faktorem může být dietní opatření doporučené lékařem

nebo jiným odborníkem (ústně od Papežová 2021).

Porucha může postihovat osoby v každém věku, většina pacientů ale uvádí začátek ve 4 až 11 letech. Choroba dlouho může probíhat subklinicky, aniž by vážněji narušovala zdraví a psychosociální fungování jedince, v zátěžovém období však pravděpodobně pacienti své jídelní chování zvýrazní a obtíže se stávají klinicky závažnější a patrnější pro okolí. Pro statistiku incidence ARFID prakticky postrádáme validní data. Australská populační studie uvádí prevalenci v dospělé populaci kolem 0,3 %. Podle amerických autorů cca 5 až 14 % pacientů, vyžadujících hospitalizaci na specializované klinice pro poruchy příjmu potravy, bylo diagnostikováno ARFID. Pacienti většinou mají za sebou několikaleté obcházení lékařů různých specializací (gastroenterologové, ORL, nutriční specialisté), než dospějí ke „své“ diagnóze a adekvátnímu přístupu k léčbě. Autoři upozorňují na pravděpodobně značnou poddiagnostikovanost a na dlouhé zpoždění mezi nástupem prvních příznaků a zahájením adekvátní léčby ARFID.

Ve srovnání s mentální anorexií (dále jen MA) jsou pacienti s ARFID častěji chlapci než dívky, mívají menší podváhu než MA, jsou v průměru mladší (7–11 let), mají delší průběh choroby v době stanovení diagnózy, později se odhodlávají k řešení problémů. Jsou častěji závislí na krmení sondou a na výživových suplementech. Na rozdíl od MA nemají poruchu body image. ARFID je signifikantně častěji než MA, spojen bývá s různými neurokognitivními poruchami (viz výše), podobně jako u MA mohou být současně přítomny poruchy nálady, zejména ve smyslu depresivity.



*DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA ARFID A JEJÍ LÉČBA*

V anamnéze je třeba vyptat se podrobně na jídelní zvyklosti dítěte v minulosti i v poslední době, zjistit, zda v předchorobí nemělo traumatickou zkušenost při jídle – např. epizodu dušení, zvracení, průjmů – nebo zda neabsolvovalo lékařskou proceduru spojenou s nepříjemnými gastrointestinálními symptomy (př. RTG polykacího aktu, farmakologicky indukované pročištění střev před kolonoskopií, různé striktní diety apod.). Podrobně zaznamenáme reálnou skladbu a množství přijímané potravy a tekutin, všímáme si eventuálních manipulací s jídlem: epizody přejídání, zvracení, drobení potravy na malé kousky, užívání laxativ, anorektizujících léčiv/doplňků stravy, dietních nápojů (Nutridrink, Nutrison, Mana aj.) Zjišťujeme farmakologickou anamnézu, u dívek anamnézu menstruačního cyklu (primární/sekundární amenorea).

V diferenciální diagnóze pátráme po symptomech širokého okruhu nemocí spojených s malnutricí – zejm. celiakie, další potravinové intolerance a alergie, Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, malignity, hypertyreóza, Addisonova choroba, kachektizující (oslabující) infekce jako tuberkulóza, HIV/AIDS. Pozornost věnujeme též možné poruše polykání (při achalázii, hypertrofii tonsil apod.)

Dotazováním ověřujeme náhled pacienta na své tělo a poruchu, zjišťujeme, jak se jeho obtíže promítají v zařazení do

kolektivu, fungování ve škole a v rodině, jak ovlivňují jeho vztahy, aktivity a zájmy. Pátráme po známkách poruchy soustředění, nálady, sebehodnocení. Dál mapujeme stresové faktory a způsoby, jakými stres zvládá (coping mechanismy, faktory resilience). Je užitečné vědět, zda někdo z rodiny nemá také atypické jídelní chování, zda netrpí nějakou formou poruchy příjmu potravy nebo jiným psychiatrickým onemocněním. Pro objektivizaci poruchy lze využít různé diagnostické dotazníky (SCOFF, BAT, NIAS, PARDI). V češtině většina dosud nebyla validizována a v praxi se používají spíše okrajově.

Z popisu ARFID jasně vyplývá, že pacienti budou profitovat z multimodální terapie, ideálně léčbou vedenou v rámci multidisciplinárního týmu, ať už v rámci hospitalizace nebo stacionární/ambulantní formou. Kromě potřebné výživové suplementace a komplexní edukace pacienta i rodiny lze zařadit i farmakoterapii (anxiolytika, antidepresiva, olanzapin, cyproheptadin ke zvýšení chuti k jídlu), klíčové jsou však různé psychoterapeutické modalities. V zahraniční literatuře se hovoří o profitu relaxačních technik, kognitivně-behaviorální terapie (existuje i specifický program KBT pro ARFID: CBT-AR), FBT (family based therapy). V terapeutickém týmu by neměl chybět nutriční specialista, logoped (nácvik polykání), ergoterapeut, osvědčují se též podpůrné skupiny pro rodiče (oddíl o ARFID zpracován dle /6,8,13,14, 16-20, 23/).

*LÉČBA: PRŮBĚH NÁVŠTĚV DUBEN – PROSINEC*

Jára během 5 měsíců zhubnul o 15 kg, jeho BMI po hospitalizaci je hluboce pod 3. percentilem pro daný věk a výšku. Járova diagnóza ARFID se jeví jako pravděpodobná – komplexní vyšetření

nenalezla možný organický původ obtíží, u Járy je patrné výrazné zaměření na sebezpozorování tělesných prožitků, stejně tak silný strach z požití širokého spektra potravin, zároveň má neporušený body



image. Jde tedy o averzivní subtyp AR-FID. Srovnáme-li Járovy obtíže s dostupnými údaji z literatury, má nástup onemocnění pozdější, než se uvádí jako průměr, záchyt byl vzhledem k rychlému úbytku váhy a časnému vyšetření psychiatrem velmi včasný (zhruba 4–5 měsíců od začátku onemocnění). Z predispozičních faktorů se v Járově anamnéze můžeme dopátrat jídelní vybiórovosti v dětství, poruchy pozornosti a obratnosti, dále obtíží se separací od matky a socializací v předškolním věku. Má jistě dlouhodobě neurotické ladění a odhadem intelektově spíše mírně podprůměrný potenciál. Faktor, který se v literatuře explicitně neuvádí, ale jsem přesvědčena, že má pro rozvoj i léčbu onemocnění veliký význam, je Járova alexithymie a omezená schopnost introspekce. Jára se bezprostředně po hospitalizaci nachází v podstatě ve stavu akutního fyzického ohrožení, přičemž jeho psychický prostor zůstává jemu i mně velmi málo přístupný. To je výchozí bod naší možné práce. Je tedy nutné 1) podporovat nárůst hmotnosti a obnovu normálního příjmu potravy, 2) pokusit se různými modalitami podle Járových možností oslovovat širší souvislosti somatického problému.

Při prvních návštěvách po hospitalizaci Járu vždy vyšetřím a trvám na vážení jen ve spodním prádle, abych měla přesnou kontrolu nad hmotností a abych nezanebala odhalení eventuálních somatických abnormalit. Později již Járu „nesvlékám“ a nedotýkám se ho, ruku v ruce s tím, jak se od těla snažím obracet pozornost k „nehmatným“ širším souvislostem.

Na Járu je zprvu žalostný pohled. Kachektický kluk, tipovala bych mu spíš 13 než 18 let, vysoká klátivá postava s kulatými zády, hlava s kudrnatou čupřinou, tlustými brýlemi a aknózní pleť, na hrudníku zdálky spočítám všechna žebra. Ruce má jak lopaty a neví co s nimi. Na pokyny reaguje většinou trochu zmateně, jako by se

bál, že špatně porozuměl a neví kudy kam. V rozhovoru odpovídá maximálně dvouslovně a tak nějak nevýtěžně – sice odpovídá, ale ve mně narůstá frustrace, že se dozvídám málo, resp. že nejsem sto dozvědět se nic, co by mi přišlo „otevírající“ a „nosné“ pro další práci. Odpověď se někdy omezuje na „Ani nevím“ nebo „tak různě“, takže potom s otázkami pomyslně couvám. Probíráme jeho zájmy, trávení času v lockdownu vs. před ním, na to, co mu dělá radost a co ho třeba štve ...dozvídám se, že by se chtěl zas pořádně najíst, to by mu udělalo radost. Jinak je v pohodě, tráví čas doma na internetu, občas luští křížovky. U babičky si půjčil jednu její knížku, babička říkala, že je to hezký, tak si to zkusí přečíst. Ven moc nechodí, neví kam a nemá s kým. S mámou jdou občas na procházku nebo na návštěvu ke známým. Jednou za týden chodí k tátovi, přes léto spolu jezdí na chalupu, pracují tam, to má rád. Na sporty moc není, dřív hrál občas s klukama fotbal, v poslední době už nic. Pragmaticky hodnotí volbu školy: on chtěl jít na řemeslo, ale mámě přišlo, že z tohoto oboru bude mít lepší uplatnění. Je mu to líto? Bez zabarvení v hlase odpovídá: „Je to tak, jak to je ...a vlastně se to ukázalo jako dobrá volba. Díky covidu bych přišel o velkou část praxe, to by mi v řemeslném oboru chybělo, kdežto tady to tolik nevádí ...teď už to dodělám, budu to mít hotový.“ Zdá se, že z něj spíš mluví matka resp., řečeno abstraktněji, racionalizace.

Jára svůj problém vnímá zprvu téměř výhradně v kontextu somatickém („Měl jsem stres, žaludek se mi nějak podráždil a stáhl, a pak už jsem vůbec nemohl jíst“), hodně se zabývá tělesnými prožitky (někdy je žaludek sevřený, někdy je v něm tíha, po vajíčku to tady píchá...). Rozebírání snášenlivosti potravin nepodporuji, dávám najevo, že mu věřím, ale že mi tyto konkrétní detaily neprijdou důležité, a téma postupně mizí z hovoru. Ptám se



Járy, jestli zkoušel, když se zas nějaký tlak nebo bolest ozve, je trochu ignorovat? V jaký den mu jde lépe se od somatických prožitků odklonit a kdy to jde hůř? Máme takovou zkušenost, že „připravenosti“ k vnímání bolestí a somatických dyskomfortů je vlastně tak trochu podporujeme, a naopak, když o ně „není zájem“, často už se pak neobjevují tak často... Zkoumáme, kdy vítězí obavy z následků pozření potraviny, a kdy vítězí Jára. Postupně se mu daří jíst větší porce i rozšiřovat repertoár potravin.

Při každé kontrole se ho vždy ptám, jak se má, co dělal, jaký má názor na to či na ono. Snažím se zachytit, kde vykukuje něco „jen jeho“, hledám jeho přání a názory – a on jako by se cítil krůček po krůčku odváznější a trošku důležitější. Odpovídá stručně, zůstává ve vnějších údajích, ale mluví ochotně, při návštěvách ordinace je celkově o něco uvolněnější, občas se společně něčemu zasmějeme. Jednoduchými dotazy zaměřenými na jeho prožívání a vnímání se snažím jednak obrátit pozornost k jeho emocím a jednak jaksi „stimulovat jeho nasmělé Já“, křesat v něm osobitost, a Jára jako by opravdu postupně „rozkvétal“. Jakoukoli drobností v našich interakcích se snažím podpořit jeho samostatnost a odpovědnost za sebe a za své zdraví. Když např. volala na přeobjednání termínu jeho maminka, požádala jsem ji, aby volal přímo Jára, což nadále dobře fungovalo. Považuji za podstatné, abych s Járou mluvila jednoduše a jasně – přizpůsobuju spíš intuitivně tempo i jazyk jemu, strukturuji průběh sezení, aby věděl, co může čekat, snažím se vždy dodržet to, co jsme si řekli.

Do konce května má Jára při každé návštěvě přibližně o kilogram až dva víc než při předchozí – já sám a oceňuju jeho aktivní přístup. Zároveň u mě opadáva vnitřní napětí a nejistota. I já se od „biologické medicíny“ mohu klidněji obracet

k psychosomatickému komplexnímu přístupu. V květnu se vrací prezenční výuka do škol a Jára přichází s žádostí o omluvu z vyučování i praxí do konce školního roku. Říká, že je ještě dost slabý a nezvládl by fyzicky náročnou praxi, navíc se stydí za to, jak je ještě hubený... výuku by si prý doma doplnil a učitelé už s distančním dostudováním ročníku počítají. V rychlosti se snažím na misce vah vyhodnotit, zda mu mám vyhovět: na jednu stranu ho nechci podporovat v pasivitě a izolaci doma, na druhou stranu je vlastně báječný krok, že si o něco sám řekl, a chtěla bych ocenit, že přichází s vlastním řešením situace, a věřit, že se v této věci odpovědně rozhodl... Omluvenku mu tedy vystavím. Na konci ročníku opravdu napíše v pořádku všechny závěrečné testy a zdá se, že mu „pohovnění doma“ prospělo.

Pokouším se obrátit Járovu pozornost k možným stresorům, které snad k hubnutí vedly, ale Jára tvrdošijně téměř žádné nevidí. Na podzim začal jako prevenci proti covidu jíst hodně česneku a pít po ránu studenou vodu, to mu asi podráždilo ten žaludek, a pak už to jelo. Snažím se nabízet, že nejen česnek a voda, ale i strach z nemoci a dyskomfort ze všech změn, do kterých nás covidová situace uvrhla, mohou být významným spouštěčem obtíží. Zároveň poukazuji na to, že jeho symptomy mohou být zcela pochopitelným způsobem reakce těla na ztíženou situaci. Že může jít o „normální reakci na nenormální podmínky“. „Nařukávám“, co bych v Járově situaci mohla pociťovat – chaos, obavy o zdraví, strach, co se mnou bude, naštvání nebo snad smutek, že si nemůžu dělat, co bych chtěla... V průběhu hovorů s Járou se opakovaně vracím k normalizaci, nabízím propojení tělesných pocitů s emocemi. Jára zpravidla reaguje s váhavým přitakáním, které vnímám s lícencí – není zvyklý dát najevo nesouhlas a vymezit se. Když se pak občas ozve ve





smyslu „takhle to asi nemám“, oceňuji, že je teď vidět, že vnímá, co se v něm děje, a že se v sobě vyzná. Občas s drobnými úspěchy Járovi „nahazuju udičku“: „Dneska přicházíš nějak zvesela. Máš z něčeho radost?“ nebo „Připadáš mi teď nějak unavenej – jak se cítíš?“ Balint používal trefné heslo, že je třeba usilovat „převést nemoc znovu na problém“ – v tomto duchu tedy stáčí pozornost od svírání a bolesti žaludku, k tomu, co by mohlo být za nimi (1).

Hovoříme velmi prostě i o schopnostech a dovednostech, které mu pomáhají překonávat těžkosti. Co se mu v minulosti osvědčilo? Čeho si na sobě váží? Čeho si na něm váží jiní, třeba rodiče? Co mu pomáhá vyrovnat se s problémy? Pojmenuváváme coping strategie a zdroje. Jára sám sebe vidí jako spíše uzavřeného samorosta, kterému nedělá problém „dělat si věci po svém“, je hrdý na to, že se nepřizpůsobuje vkusu spolužáků, nemusí se chovat tak jako oni. Zároveň vidí odvrácenou stranu solitérství, vrstevnických vazeb má pomálu, není na sociálních sítích a jeho zájmy před covidem nebyly úplně mainstreamovými hobby. Vždycky byl prý takový odolný a taky v jídle nevybíravý. V tom, co ho nedávno potkalo, se nepoznává, ale na své odolnosti může stavět i teď. Nikdy se v sobě nešťoural a nedělal z komára velblouda, snaží se ke všemu postavit zpříma. A když mu něco dělá starosti nebo má blbou náladu, nechává si ji pro sebe nebo za někým jde? „Jo, to mám jednoho kámoše, s kým se dá bavit.“

Hned ze začátku Járu učím uzemnění a uvědomění tělového centra – grounding a centering. V ordinaci z toho vypadá tak nějak nesvůj, ale doma pak denně techniku zkouší a oceňuje, že ho to prý „tak nějak usadí“. Také se snažím vložit prvky všímavosti – nehodnotící laskavosti – vůči svým tělesným pocitům. Mluvíme o vlně, která se vzedne a klesne, až

vyrchá, snažíme se ji sledovat a nechat proběhnout bez snahy ji jakkoli soudit nebo ovlivnit.

Snažím se vést Járu k aktivnějšímu přístupu k jídlu. Zdá se, že nákupy potravin i vaření obstarává téměř výhradně máma. Ptám se, zda by mu nechutnalo líp, kdyby si jídlo aspoň do jisté míry připravoval sám. Může si nachystat svačinu, tak aby hezky vypadala i chutnala, tak jak to má rád právě on. (Napadá mě, že separace pubertáka z rodiny probíhá i tím, že individualizuje své jídelní zvyklosti. Kéž by Jára učinil pokroky tak, že bude pěstovat svoje chuťové preference a připravovat si jiná jídla, než chystá máma.)

Aktivizuji Járu i v oblasti trávení volného času. Covidová opatření povolují a blíží se léto. Mohl by jít Jára každý den na krátkou procházku, vyzkoušet, co mu tělo dovolí? Možná že má rád jiný typ pohybu, možná by se mu líp chodilo ven s kamarádem nebo se psem. Co by se mu líbilo a je pro něj dostupné? Co dalšího by ho bavilo? Co měl rád, kvůli covidovým opatřením to nešlo a teď by se to dalo obnovit? Navrhuje, že dřív občas hrál s nějakými známými na kytaru. Třeba by se mohli zase domluvit. Někdy v létě se Járy ptám, jestli vlastně dodatečně oslavil osmnáctiny a jestli se osmnáctinami u něj něco změnilo. Oslavu žádnou nedělal, ale když se po lockdownu otevřely hospody, šel s kamarádem na pivo. Narozeninami se pro něj fakticky nic moc nezměnilo, ale se smíchem pravil, že „teď už si do různých věcí nenechá kecat“. Z téhle věty mám velkou radost a vnímám ji jako téměř slavnostní moment dokazující, že se v Járovi cosi důležitého proměňuje.

Přes letní prázdniny byly návštěvy v ordinaci řidší, ale Járova váha nadále stoupala a po létě již jedl s chutí a bez obtíží pestrou stravu. Během podzimu docházel do ambulance zhruba jen jednou za měsíc, chodil do školy a v rámci praxe



pracoval osmihodinové směny ve skladu. Stále bydlí s mámou, vycházejí spolu dobře, Jára uvádí: „Zatím do budoucna nemám žádné zvláštní plány, teda kromě toho, že chci dodělat tu školu.“ V prosinci 2021 dosáhl 78 kg, což byla jeho nejvyšší dosažená hmotnost před začátkem obtíží

### *HYPOTETIZOVÁNÍ*

V průběhu terapeutických setkání se mi vynořovaly různé úvahy a hypotézy, které jsem v dialogu s Járou ověřovala, zpřesňovala i opouštěla. V období před chorobou Jára uvádí déle přetrvávající stres spojený s covidovými sociálními omezeními a přechodem na online výuku. Bolest se stažením žaludku a pocit neschopnosti požití potravy lze volně překládat jako somatické projevy zvýšeného psychického napětí, sympatikotonické symptomy. (Více viz Ruegg /10/)

Jára je prakticky neschopný uvědomovat si, resp. popsat své pocity, naproti tomu se soustřeďuje na popis somatické bolesti a dyskomfortů. P. Sifneos v roce 1973 tento rys pojmenoval alexythymii. Dle Bermonda (2007, /12 /) vykazuje tento deficit v rozpoznávání a vyjadřování jednotlivých emocí několik znaků, které mohou domněnku alexithymie podpořit. Jsou to 1) obtíže ve čtení výrazů obličeje a neverbální komunikace, 2) omezená představivost, 3) vysoká citlivost na tělesné prožitky, 4) odosobněné vztahy s druhými. Honzák zdůrazňuje primárně tělesnou podstatu emocí, které jsou coby pocity překládány do vědomí. Poté nás mohou orientovat ve vnějším světě a směřovat nás k dalšímu jednání. (více viz /5/) Gjuričová /3/ cituje terapeutickou zkušenost z rodinné praxe: existují rodiny citlivé na pocity a rodiny citlivé na bolesti. Opakovaně mi toto rčení znělo v uších při hovoru s Járou. Rodiče vlastně od útlého dětství svými reakcemi zpětnovazebně pěstují u svých dětí senzitivitu k

a zároveň přibližně minimální cílová hmotnost dle obvyklých antropometrických doporučení. Jára se cítí dobře a ukončíme plánované kontroly v ambulanci. Nadále se může objednat, pokud by cokoli potřeboval.

jazyku vlastního těla a emocí i vlastní kulturu vyjadřování uvědomovaného. Lze předpokládat, že takové učení bude mít výrazný vliv na formování tělesně-emočního prožívání v dospělosti. Jak postupovat v léčbě psychosomatického pacienta s nízkou schopností introspekce a s alexithymii? Terapeut může opakovaně zapojovat nejrůznější modalities rozvíjející schopnost emočního vnímání a vyjadřování. V představách se můžeme odrazit od jednoduchého trojúhelníku tělo-mysl-emoce, kde předpokládáme, že jedincova schopnost sebereflexe (a na ni navazující dovednosti pocítit a realizovat změny tak, aby se cítil dobře) je optimální, pakliže má tyto tři atributy v rovnováze a dobře propojené (21). Užitečné nám budou různé techniky vedoucí k zvědomování emočního pole, dotazování na prožívání různých situací v pacientově životě, zcitlivování vůči tomu, jak se cítí tady a teď, prvky focusingu či mindfulness a jakékoli formy bodyterapie obecně.

Obrátíme-li pozornost k OPD diagnostickému manuálu a Heidelberské škále strukturální změny (Holub, Teherovský /4/), v ose I OPD se explorativní dotazník zaměřuje i na zhodnocení předpokladů pro psychoterapii. Ve zkratce vyhodnocujeme, 1) zda jsou obtíže do značné míry psychologicky podmíněné a zda o nich takto pacient uvažuje, zda hovoří o psychologických a vztahových faktorech vzniku „své“ nemoci, 2) zda má k dispozici ego funkce a psychické zdroje, zda je schopen introspekce a psychického



myšlení, 3) zda nemá silné vnitřní odpory či strukturální deficity (hraniční či dezintegrovaná struktura osobnosti), 4) zda má jen malé sekundární zisky z nemoci. Jára psychické souvislosti svého onemocnění vnímá jen okrajově, jeho schopnosti introspekce a psychického myšlení jsou omezené, ohniskem problému se vědomě nezaobírá. Cítí tlak symptomu a potíže ve vztazích, které však do kontextu se symptomy nedává. Pro mě je takové zprehlednění apelem nepřinášet do terapie přímo konfliktní fokus, ale soustředit se na trpělivé provázení Járy, kdy „půjdu maximálně krok před ním“.

Járovu abstinenci od jídla lze vnímat i ve smyslu snahy o získání kontroly. Každý z nás potřebuje mít pocit, že má svůj život (do jisté míry) pod kontrolou. V situaci, kdy se kolem nás dějí subjektivně významné změny, které jsou mimo naši možnost ovlivnění, můžeme nevědomě reagovat snahou o zvýšenou kontrolu toho, co kontrolovat lze, tedy například příjem potravy. Zajišťuje nám to (náhradní) uspokojení z kontroly nad svým tělem, zprostředkovaně ze sebekontroly celkově. Tento rys se pochopitelně zdůrazňuje při neurotickém a alexithymickém typu osobnosti.

Zajímavé je zamyslet se nad Járovým onemocněním v kontextu psychoanalytických vývojových teorií. Ve vývoji pacienta můžeme uvažovat o přetrvávajícím symbiotickém vztahu s matkou. Freud zdravý vývoj osobnosti a sexuality člověka podmiňoval zdárným absolvováním orálního, análního a falického stadia. Inspirací nám mohou být úvahy, zda souvisí snaha excesivně zadržovat příjem potravy s regresivní tendencí rebelovat tímto způsobem vůči úzkému vztahu s matkou. Ego dítěte se vytváří v průběhu vývoje skrze zrcadlení od matky. Tím získává zkušenosti se sdílením emocí, postupně si uvědomuje rozdíly mezi světem matky a svým. Narůstá uvědomování si

své autonomie, a tedy i možnost oddělování svého Ega od Ega matky. Pokud je matka narcistická, zrcadlení i následné oddělování dítěte jsou omezené. Jako by se vývoj dítěte řídil mateřským krédem „Mám tě ráda, pokud zůstáváš jako já“. Rozvolňování vazby Járy a maminky pravděpodobně neprobíhalo adekvátně Járově věku. A nyní, v osmnácti letech, se ocitl v situaci, kdy mu jeho adaptační mechanismy velí se vůči symbiotickému soužití vymezit, zároveň však zažitý imperativ „je nepřipustné mít s matkou konflikt“, vymezení brání. Potřeba separace, kde je konflikt vlastně vývojovou nutností, naráží na hluboko uloženou poddajnost a potřebu vyhovět, aby byl přijímán.

Spíše, než české označení příjem potravy se mi líbí instruktivnější výrazy z lat. inkorporace či anglické in-take: předponou „dovnitř“ jasněji asociují začleňování čehosi cizího do sebe. K takové inkorporaci potřebujeme umět vlastní a cizí rozlišovat a svými funkcemi „Já“ tento příjem a syčení regulovat, což platí jak doslovně v případě potravy, tak přeneseně v syčení svých dalších fyzických i psychických potřeb. Nyní se u Járy mohou objevovat snahy o opožděnou sebekontrolu, seberegulaci a separaci, které jsou však v kontextu jeho slabého Já komplikované.

Erikson /2/ charakterizuje vývojové období 12–19 let konfliktem identity vs. konfuze rolí. Adolescenti formují identitu svého ega. Jsou vedeni touhou být respektováni ve svém jedinečném sebepojetí a ve svých kompetencích, hledají své směřování a uplatnění. Pokud tato bouřlivá a mnohvrstevná fáze probíhá na bázi úspěšného řešení předchozích stadií, měl by z ní mladý člověk vzejít s přesvědčením: „Znám své Já, jsem OK takový, jaký jsem, znám své místo ve světě a ve vztahu k vizi vlastní budoucnosti, dovedu s druhými sdílet sebe sama.“ Zdá se mi podnětné přemýšlet nad Járovou



poruchou příjmu potravy právě v kontextu poruchy Eriksonovského 5. stadia a poruchy separace z primární rodiny, se kterým jsou puberta a hledání vlastní identity nerozlučně spjaty.

Trapková a Chvála /11/ modelují separační postup jako analogii průchodu děložním kanálem při porodu dítěte. Adolescentní „rození“ z primární rodiny k samostatnému životu je delikátní proces, v kterém můžeme rozeznat fáze přiblížení mladistvého nejprve k matce a pak k otci a „přes něj“ ven. Pokud dítě zůstává nefyziologicky „přilepené“ k matce nebo chybí otcovský vliv, který by pomohl dítě „povytnout“ v separačním procesu dál, sociální porod stagnuje. Náš Jára ve svých bezmála osmnácti letech v podstatě nevykazuje žádné známky vlastních snah, jakékoli rebelie a konfliktu vůči rodičům a pozorují jen minimum momentů, v kterých bych mohla spatřovat formování vlastních přesvědčení a autonomních projevů. Dá se potom „zlobení s nejezením“ interpretovat jako nezralá separační tendence? Může být odpírání potravy formou rebelování vůči matce a získávání jakési autonomie v oblasti, která je Járovi dosažitelná a zároveň je na ni rodinný systém citlivý? Zahledím-li se na Járu,

vidím hubeného kluka, úzký obličej s akné a s rozvernou čupřinou na hlavě, tělo spoře ochlupené, „dlouhé bidlo“, zcela asexuální vzezření. Přemýšlím o jeho nemoci i jako možnosti, jak zbrzdit psychosexuální vývoj: kachexie umožňuje zůstat poněkud prerostlým chlapcem a nedorůst v chlapa.

V poslední řadě je namístě zvážit možné sekundární zisky z nemoci. Járovo hubnutí mu pravděpodobně zajišťuje zvýšenou pozornost rodičů, jejich zvýšené obavy i ohledy na něj. S matkou sdílí domácnost a tráví s ní hodně času, otázkou zůstává, nakolik ho matka „vidí“ a „cítí“, nakolik poskytuje emočně živou pozornost a taky kolik jí Jára právě v této fázi potřebuje. Nemoc Járovi může zaručovat i jakési „právo na inaktivitu“ – je unavený a fyzicky spoustu věcí nezvládne. Verbaliňuje obavy, že nebude schopný chodit na školní praxi do skladu, stydí se za svou slabost a vyhublost. Na druhou stranu však reálně jeho spokojenost z těchto možných sekundárních zisků nepozorují a Járovo chování nesměřuje k zachování těchto „výhod“ – dá se tedy usuzovat, že celkově sekundární zisky nehrají v obrazu onemocnění významnější roli.

### POSTŘEHY Z LÉČBY

Járova léčba přinesla z hlediska medicínského jednoznačný úspěch. V rámci mé práce považuji za mnohem zajímavější zaměřit se na faktory, které vlastně o tomto úspěchu rozhodly. Proces terapie se odvíjí od vnitřního postoje terapeuta, který si troufnu pro sebe definovat jako zvědavost a otevřenost k reflexi zažívané v setkání s pacientem. Je jasné, že příležitost rozvíjet takový přístup může nastat pouze v atmosféře důvěryhodného vztahu lékaře s pacientem. Ten se postupně vyvíjí a je na citlivosti terapeuta, jak se přizpůsobuje konkrétním

okolnostem v rámci momentální situace. Pro mě bylo velmi obtížné orientovat se „jak si s Járou stojím“ jednak kvůli nedostatku zkušeností, jednak kvůli Járově nesdílnosti, jednoduchosti a emoční „neprůhlednosti“. Postupně jsem se ale snažila být trpělivější, přizpůsobit se tak, abychom mohli „jít společným krokem“, a vycházet z mých pocitů zažívaných v terapii. Našla jsem si body, v kterých mi Jára v mých očích „zkrásněl“. Během terapie zůstává samozřejmě většina interakcí v neuvědomované a intuitivní rovině. I hypotézy a prvky terapie



předložené výše jsem si formovala z velké části až v rámci supervize a při psaní práce. Hlavní vědomý cíl, který jsem si dala po uzavření kontraktu s Járrou, je dávat mu prostor a pozornost respektujícím způsobem a snažit se ho podpořit kdekoli, kde bude „vykukovat něco osobitého“. Jak poznamenala supervizorka, návštěvy v ordinaci jako by se podobaly pravidelnému zalévání květiny: poskytují jednoduchou pravidelnou péči a čekám, jak květinka zareaguje.

V první fázi léčby jsme se více soustředili na tělesnou sféru: tematizovali jsme tělesné prožitky. Járu jsem vyšetřovala, vážil se svlečený. Postupně se pak Jára v ordinaci neodhaloval, nestarali jsme se už tolik o biologické potřeby, ale soustředili se na „dospělejší“ stránky. Jako by průběh terapie kopíroval vývoj dítěte od nesamostatného miminka, které se nahatě dává do péče rodičů, k dospělejší formě, kdy je Jára „zahalen ve své důstojnosti“ a důvěřuje se mu, že o své potřeby zvládne pečovat sám. V tomto kontextu je důležité zmínit, že zatímco péče matky pravděpodobně byla podmíněná očekáváním Járovovy lásky k ní, péče lékaře/terapeuta má být nenároková: zajímám se, aniž bych od něj očekávala naplnění jakýchkoli mých zájmů.

Jára za rozhodující bod obratu považuje ujištění z hospitalizace, že „tam ve mně nenašli nějaký ten vřed nebo něco“. Já považuji za rozhodující přijetí přesvědčení, že přijímat potravu, sytit se, není pro něj ohrožující. „Moje“ formulace zůstává po celou dobu implicitní, hypotetická, explicitně v terapii nediskutovaná. Stejně je to i s většinou hypotéz: v rozhovoru jsme se dotýkali tématu rodinných vztahů, Járových vlastností, názorů apod., ale k hovoru o symbióze s matkou, sebekontroly skrze regulaci potravy, o ustavování identity a o separaci opravdu nedošlo. Pouze z náznaků a

detailů mohu usuzovat, zda na té které hypotéze „něco bude“.

Hlavní symptom byl problém s příjmem potravy, logický začátek podpory „stimulace Járova Já“ tedy vede přes podporu konzumace jídla. Zdá se, že Jára extrémní restrikcí potravy v návaznosti na žaludeční bolesti opravdu vytvořil coby způsob jak podpořit pocit sebekontroly v subjektivně chaotické životní situaci. Pravděpodobně se u něj protnul vliv covidových změn, které vykolejily jeho životní styl a významně ho stáhly zpět do sféry mateřského vlivu, s vývojovou potřebou vymezit se vůči symbióze s matkou. Jeho coping mechanismy nestačily, tlak nevědomovaného konfliktu sílil a postupně našel své vyjádření v somatizaci. Symbolicky zasáhl střed těla. Anglosasové mluví o core – jádře. Zpětně vnímám jako jasný precipitační faktor obtíží i mé doporučení antirefluxní diety, která jako by Járovi poskytla důvod k dalšímu zkoumání efektů různých potravin a akcentovala restriktivní jídelní chování. Mé doporučení zafungovalo jako jakési „přiložení uhlí pod kotel“ – efekt autoritou doporučené diety jako spouštěče poruchy příjmu potravy potvrzuje i prof. Papežová (ústní sdělení, 2021).

Snaha regulovat obtíže vedla k restrikcí sycení. Ujištění zvenku, že není třeba považovat „děje v břiše“ za cosi cizí nepřátelského, dala Járovi možnost otočit kormidlo. Jsem přesvědčená, že v sobě Jára od počátku měl proaktivní potenciál, díky němuž se po návratu z hospitalizace hned „chytil“ a nastoupil na cestu kýženým směrem. V souvislosti s psychoanalytickým výkladem jsem spekulovala, že vzdor v přijímání potravy se v osmnácti letech jeví jako regresivní reakce. Obvykle si v této situaci představíme batole odstrkující máminu ruku se lžící a vehementně prskající pokrm do širokého okolí. V Járově kontextu je ale restrikce potravy v podstatě progresivní tendencí, která



dost možná poprvé pádně realizovat autonomní snahy.

Až postupem času jsem si uvědomila, že se mi z mozaiky drobných dojmů skládá představa o Járově vnitřním konfliktu: Separáčnické síly narážejí na imperativ být hodný, bezkonfliktní kluk. Představa o sobě („Zakládám si na tom, že nejsem vybíravý v jídle ani v jiných věcech“) naráží na realitu „Děje se mi, že vůbec nemůžu nic jíst“. V symbolické rovině Jára hledá a potřebuje nové způsoby sycení a zároveň je mu to znemožňováno. Intrapsychický konflikt je pro něj neúnosný, není pro něj možné řešit jej v rovině psychosociální a organizuje se v rovině somatické. Toto ohnisko konfliktu si ponechávám ve své hlavě, domnívám se, že oslovovat ho v terapii přímo by nebylo užitečné. Jára se nesměle staví na vlastní nohy, aniž by téma jakkoli verbalizoval. Považuji za klíčové nevnášet ho, pokud na ně není připravený. Sám formuluje svůj úkol „naučit se znovu jíst“ a já se krotím a opakují si, že vytěsněné motivy konfliktu vlastně tematizovat nepotřebuji. V postupu léčby se snažím „netlačit ani netahat“, postupovat Járovým tempem, předkládat jen to, „co může strávit“, a repertoár toho, co je schopen přijímat, postupně rozšiřovat.

V průběhu léčby se snažím reflektovat své prožívání: Jára mě zprvu irituje svým zaměřením na hodnocení somatických dyskomfortů a bolesti po jídle (můj vnitřní hlas pohrdlivě komentuje „nimrá se v sobě!“), frustruje mě i plochost a nevytěžnost rozhovoru („to je tak neefektivní!“). Popuzuje mě, že zatímco já měla v osmnácti plno plánů, zájmů a aktivit, on

sedí doma s mámou. („Cože? To snad není pravda!“). Protipřenosové vlivy pak vyvstávají i v závěrečné fázi léčby: Chtěla bych víc, než aby se Jára zakulatil. Chci posun v jeho introspekci a sebereflexi, posun v separaci, chci potvrzení svých domněnek, satisfakci za svůj výkon. Járovo somatické vyléčení je vlastně dost hmatatelný a výrazný úspěch, já ale neodbytně toužím po „terapeutickém vítězství“, po zázračné proměně do druhého dne. V tomto směru jsem se prací s Járou mnohé naučila. Opakovaně reflektuji své emoce, krotím své ambice a netrpělivost, učím se netlačit na pilu, akceptovat Járu takového, jaký je. Snažím se zbrzdit před projekcí svých potřeb do terapeutického vztahu.

Můžu snad shrnout, že se mi podařilo Járovi nabídnout rámec terapie, ve kterém se cítil bezpečně, kde se cítil přijímaný, kde se dařilo přiměřeně vyvážit péči o něj s navozením určitých nároků tak, aby mohl k léčbě zaujmout proaktivní přístup. Nenásilná podpora snad mohla být tím, co mu umožnilo nad nemocí zvítězit. V Járově chování se za půl roku udály nenápadné změny, které ale svědčí o určitém nárůstu pocitu autonomie i sebevědomí. Je v kontaktu uvolněnější, častěji vyjádří svůj názor, např. když vysvětlí, že školu chce dokončit, jako by se pro ni teď rozhodl podruhé už sám za sebe. Vynořuje se mi pět základních potřeb dle Pesso Boyden psychomotorického systému /9/: potřeba místa, sycení, podpory, ochrany a hranic. Terapeutické setkání má potenciál ozřejmit a dodat člověku individuálním způsobem tyto potřeby a zdá se, že se to do jisté míry zdařilo i v našem případě.

## ZÁVĚR

Práce předkládá kazuistiku osmnáctiletého mladíka s restriktivní formou atypické poruchy příjmu potravy (ARFID),

jehož potíže se rozvinuly v kontextu vývojové a situační krize. ARFID je pravděpodobně značně poddiagnostikovaná



jednotka, symptomy pacientů zůstávají dlouho bez souvztažnosti s poruchou příjmu potravy. Beru tedy tuto kazuistiku jako poučení, že vidíme až tehdy, když víme, co můžeme vidět. Optimální léčba „mého“ pacienta s ARFID by vyžadovala komplexní týmovou spolupráci, v našem případě jsem se z popudu pacienta i z terapeutické nouze uchýlila k sólo péči, která se může nazývat komplexní pouze optikou mého pohledu dětské praktické lékařky s psychosomatickým přesahem. Rozšířený přístup umožňuje zahlédnout pacientovo stonání v širším kontextu a jednoduchými prostředky orientovat léčbu se zřetelem k bio-psycho-sociálním potřebám pacienta. Nutnou podmínkou je pečlivá sebereflexe lékaře-terapeuta a reflexe terapeutického vztahu s pacientem. Za nutnost považuji i dostupnost supervize a týmu specialistů, na které se lze obrátit, pokud by se léčba nedařila. Takový způsob léčby rozhodně nesupluje psychoterapii a vyžaduje značné časové nároky i angažovanost lékaře. Tento konkrétní případ však může dokumentovat úspěšnost a zároveň celkovou úspornost takového přístupu. Pacient již nevyhledává další vyšetření a v nosném terapeutické alianci se mu daří aktivně navozovat změny ve prospěch jeho zdraví. Lékař v procesu spolupráce s pacientem balancuje míru „opatrování“ versus „zplnomocňování“. Vyvažuje uspokojování potřeby péče versus volání k autonomii

a vlastní pacientovy odpovědnosti za své zdraví.

Tento případ mě naučil lépe „jít s pacientem“, zvědomovat si pacientovu psychosociální realitu, respektovat jeho potřeby a tempo i jeho způsob komunikace, a zároveň se jemně snažit jeho možnosti rozšířit. Cílem léčby se tak nestává pouhé odstranění somatických symptomů, ale navození takových změn, které by zlepšily pacientovo vnímání vlastního těla i psyché, zvýšily jeho adaptabilitu a schopnost práce sama se sebou. Věřím, že se i tento „očima neviditelný“ motiv podařilo částečně naplnit. Praktický lékař může být svou dosažitelností i důvěryhodností vhodným opěrným bodem a průvodcem pro léčbu, taková spolupráce přináší prospěch pacientovi a vyšší satisfakci z naší práce nám samotným.

Etické aspekty:

Autorka si není vědoma konfliktu zájmů

Jméno pacienta bylo z důvodu možné identifikace změněno, pacient však poskytl souhlas s uveřejněním této kazuistiky.

Děkuji za cenné podněty svým supervizorům MUDr. Romaně Hronové, MUDr. Vladislavu Chválovi a doc. MUDr. Jiřímu Šímkovi.

#### SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

##### Knihy:

1. /1/ Balint, M., 1998. Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha: Grada
2. /2/ Erikson, E. H., 2002. Dětství a společnost, 1. vydání, Praha: Argo
3. /3/ Gjuričová, Š., Kubička, J., 2003. Rodinná terapie, Praha: Grada
4. /4/ Holub, D., Telerovský, R., 2013. Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii, 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita
5. /5/ Honzák, R., 2017. Psychosomatická prvouka, 1. vydání, Praha: Vyšehrad



6. /6/ Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. a kol., 2019. Psychiatrie a pedopsychiatrie, dotisk 1. vydání, Praha: Karolinum
7. /7/ Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2010. Dětská psychoterapie, 3. vydání, Praha: Portál
8. /8/ Papežová, H., 2010. Spektrum poruch příjmu potravy, 1. vydání, Praha: Grada
9. /9/ Pessa, A., Boyden-Pessa, D. a Vrtbovská, P., 2009: Úvod do Pessa Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN
10. /10/ Ruegg, J. S., 2020. Mozek, duše a tělo, 1. vydání, Praha: Portál
11. /11/ Trapková, L., Chvála, V., 2017. Rodinná terapie psychosomatických poruch, 2. vydání, Praha: Portál

### Články:

12. /12/ Bermond, B. et. al. , 2007. A cognitive and an affective dimension of alexithymia in six languages and seven populations. *Cognition and Emotion*, 21: 1125-1136.
13. /13/ Dhiman, R. ,Verm, R. , Gupta, M. , Kumar, K., 2021. Severe Nutritional and Psychosocial Deficits in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Case Report, *Turkish Journal of Psychiatry* 2021;32(3):211–213
14. /14/ Hay, P., 2020. Current approach to eating disorders: a clinical update, *Internal Medicine Journal* 50 (2020) 24–29
15. /15/ Holub, D., Telerovský, R., Benešová, M., Karpíšek, R., Nondek, M., Peřich, T., Viktorinová, M., Tischler, L., 2019. Identifikace vyořující se dynamické scény během úvodního psychodynamického interview: klinická a výzkumná perspektiva. *Psychoterapie*. 13 (3), 222–243; ISSN 1802-3983
16. /16/ Meijing, A., Zhou, Q., Younger, K., Liu, X., Kearney, J., 2020. Are Maternal Feeding Practices and Mealtime Emotions Associated with Toddlers' Food Neophobia? A Follow-Up to the DIT-Coombe Hospital Birth Cohort in Ireland, *International Journal of Environmental Research and Public Health*
17. /17/ Murray, H., Dreier, M., Zickgraf, H., Becker, K., Breithaupt, L., Eddy, K., Thomas, J., 2021. Validation of the Nine Item ARFID Screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID, *Int J Eat Disord*. 2021 October ; 54(10): 1782–1792. doi:10.1002/eat.23520.
18. /18/ Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. ,2014. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of eating disorders*, 2(1), 1.
19. /19/ Seetharaman, S., Fields, E., 2020. Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder, *Pediatr Rev*. 2020 December ; 41(12): 613–622. doi:10.1542/pir.2019-0133.
20. /20/ Zickgraf, H. F., Ellis, J. M., 2018. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite* 123 (2018): 32-42.

### Internetové zdroje:

21. /21/ Humpolíček, P. (2015). TETRIS jako nástroj sebe/reflexe a sebe/rozvoje. *PsychoLogOn* [online]. 1 (3), 51-57. [https:// www.psychologon.cz/ component/](https://www.psychologon.cz/component/)





- content/ article/14-psycholog-online/379-tetris-jako-nastroj-sebe-reflexe-a-sebe-rozvoje
22. /22/ Medalová Kristína: Alexithymie – když člověk nemluví jazykem emocí <https://www.mentem.cz/blog/alexithymie/>
  23. /23/ NEDA: AVOIDANT RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER (ARFID)
  24. <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/arfid>

#### AUTORKA:

Jsem absolventka 2. lékařské fakulty v Praze – Motole, mám více než desetiletou praxi v oboru pediatrie a dětská alergologie a imunologie. Pracuji jako praktická lékařka pro děti a dorost ve vlastní praxi v Praze a věnuji se rodinnému poradenství při psychosomatických obtížích dětí a dospívajících. Vzdělávání v psychosomatické medicíně jsem získala v rámci stáže na Psychosomatické klinice a na Klinice dětské psychiatrie nemocnice Motol, absolvovala jsem prezenční část psychoterapeutického výcviku Rodinné terapie psychosomatických poruch Střediska komplexní terapie v Liberci.



# TEORIE



Radkin Honzák: Kortizol a jeho vliv na psychiku a psychopatologii

## **RADKIN HONZÁK<sup>1</sup>: KORTIZOL A JEHO VLIV NA PSYCHIKU A PSYCHOPATOLOGII**

SOUHRN: HONZÁK R.: KORTIZOL A JEHO VLIV NA PSYCHIKU A PSYCHOPATOLOGII. PSYCHOSOM 2022; 20 (1-2), s. 26-30

Stres je čím dál tím častěji uváděným zdravotním problémem. Vedle známého adrenalinu se na rozvoji stresu výrazně podílí kortizol. Předložená práce je přehledem účinků kortizolu

<sup>1</sup> IKEM, ředitel ing. Michal Stiborek, MBA, Vídeňská 1958, 14000 Praha 4

Remedis, ředitel MUDr. Vratislav Řehák, CSc., Vladimírova 10, 14000 Praha 4



v organismu a vztahu kortizolu a psychiky. Obsahuje také výčet psychiatrických komplikací po léčbě kortikoidy.

KLÍČOVÁ SLOVA: stres – kortizol – psychické funkce – psychopatologie

SUMMARY: HONZÁK R: CORTISOL; ITS INFLUENCE ON MENTAL SYMPTOMS AND PSYCHOPATHOLOGY. PSYCHOSOM, 2022; 20(1-2), PP. 26-30

Stress is an increasingly common health problem. In addition to the well-known adrenaline, cortisol plays a significant role in the development of stress. The presented work is an overview of the effects of cortisol in the body and the relationship between cortisol and the mental functions. It also lists psychiatric complications after corticosteroid treatment.

KEY WORDS: stress – cortisol – mental functions – psychopathology

Zatímco o adrenalinu každý ví a používá ho i v hovorovém jazyce, kortizol se krčí trochu ve stínu; přitom je velmi významným činitelem. Když níže položené a starší struktury mozku vyhodnotí stav jako výzvu, či dokonce ohrožení, aktivizují hypotalamus a rozbíhá se stresová reakce připravující organismus na boj nebo útěk (fight or flight). Je to poplachová fáze stresu s aktivizací adrenergních řídicích systémů.

Hypotalamus aktivuje hypofýzu a ta vyprodukuje kortikoliberin (CRH) a ten zase vyvolá produkci ACTH (adrenokortikotropní hormon, též zvaný kortikotropin). ACTH působí na kůru nadledvin, která vyprodukuje kortizol. Zvýšená koncentrace kortizolu působí mimo jiné také na hipokampus, který je jakousi bankou informací a pod vlivem kortizolu se utlumí. Tak je vyvoláno „okno“ u zkoušky nebo v roli – výpadek paměti ve stresu. Tenhle mechanismus je zvlášť nepříznivý u starších lidí, kde výpadky paměti vedou ke stresu, který je ještě víc zhoršuje.

Než dojdeme ke stresu, zůstaňme ještě chvíli u každodenního života. Kortizol a hypofýza jsou ve zpětnovazebním systému a stoupá-li nepřiměřeně koncentrace kortizolu, působí to na hypofýzu,

která utlumí produkci ACTH. Kortizol patří mezi glukokortikoidy, takže nejvíc ovlivňuje metabolismus glukózy, má však vliv i na další procesy. Má účinek na:

- ✓ intermediární metabolismus – stimuluje glukoneogenezi, glykogenezi, lipolýzu (blokuje PDE (fosfodiesterázu), čímž aktivuje lipázy), snižuje vychytávání glukózy svaly a trávicím traktem, čímž ji šetří pro mozek;
- ✓ metabolismus bílkovin – má proteokatabolický efekt, kdy navozuje rozpad proteinů (především v pojivu a ve svalech), inhibuje jejich syntézu, což vede ke vzniku strií v kůži, která je tenčí a rány se hůře hojí, dále způsobuje demineralizaci kostní tkáně, což při zvýšené koncentraci vede k osteoporóze;
- ✓ metabolismus lipidů – k lipidům nemá jednoznačný vztah. Stimuluje lipolýzu v tukové tkáni dolních končetin, ale na druhou stranu podporuje ukládání tuků v tukové tkáni trupu a obličejce. Při nadprodukcí kortizolu



- ✓ (Cushingův syndrom) se to projevuje jako tzv. měsíčkovitý obličej;
- ✓ průběh zánětu - snižuje permeabilitu (propustnost) kapilár a stabilizuje lyzozomální membránu (hlavní protizánětlivý účinek), navozuje pokles eosinofilní a lymfocytární frakce, naopak zvyšuje hladinu neutrofilů, zastavuje růst fibroblastů a glykosaminoglykanů, zmírňuje imunitní odpověď organismu. Nepůsobí na příčinu zánětu, ale zmírňuje jeho příznaky;
- ✓ další orgánové systémy - stimuluje CNS, zvyšuje její dráždivost a emoční labilitu, ovlivňuje vstřebávání vápníku ve střevě, způsobuje také retenci sodíku a tím zadržování vody v organismu.

Převedeno do klinické praxe, kortizol ve stresu spolu s adrenalinem vyvolává hyperglykémii a zvýšený krevní tlak, takže „syndrom bílého pláště“ působí tak, že v ordinaci se naměří vyšší tlak než při běžném měření doma a také glykémie může být zvýšená. Nejen to; po celý den jsou kortizol, inzulin a glukóza v pozitivní korelaci.

V cirkadiálních rytmech hraje kortizol významnou úlohu. Sekrece melatoninu, „hormonu spánku“, začíná kolem jedenadvacáté hodiny a končí po šesté ráno. Ale již krátký čas před tím se spouští sekrece stresových hormonů, které nám pomáhají projít dnem, někdy náročným. Ranní sekrece kortizolu je pravděpodobně nejvýznamnější faktorem ovlivňujícím další rytmy. Ranní maximum kortizolu se měří jako reakce po probuzení CAR (Cortisol Awakening Reaction), a to tak, že se měří hodnoty kortizolu ve slinách při probuzení a pak po čtvrt hodinách jednu hodinu. CAR se jeví jako věrohodný ukazatel mnoha procesů (vyšší CAR je indikátorem špatného zdraví, také pomalejšího hojení ran a naopak nízký CAR je v

korelaci s nižšími platy a zhoršeným výkonem paměti) a kortizol samotný je pak považován za řídicí mechanismus cirkadiálních rytmů. Po ranním maximu koncentrace kortizolu v plazmě klesá, dle situace osciluje a v půlnoci se dostává na minimum. Potom velmi pomalu stoupá až k rannímu prudkému vzestupu. Během REM spánku se koncentrace mírně zvyšují, ale to je rychle potlačeno. U seniorů je při vyšších denních hodnotách kortizolu signifikantně vyšší fragmentace spánku. Akutní spánková deprivace (jedna probdělá noc) vede k výraznému zvýšení hodnot kortizolu.

Ian Boggero z Lexingtonu (Kentucky – USA) a jeho tým kritizuje studie zaměřené na CAR a prohlašuje ty, kde počet sledovaných je menší než 100, za nekonzistentní. Místo CAR doporučuje AUCw (Area Under Curve waking) zahrnující objem kortizolu celodenního bdění, což považuje za přesnější. Také tam, kde výsledky poměřované CAR jsou nekonzistentní, výsledky z měření AUCw dávají přesnější odpověď. Jeho výsledky ukazují, že v případě depresí je vyšší objem kortizolu, zatímco u posttraumatické poruchy je naopak nižší.

Zajímavý je časově podmíněný vztah kortizolu k paměti. Švýcarský badatel Dominique de Quervain z Curychu, pobývající též v Kalifornii, předložil účastníkům experimentu 60 slov s tím, že si jich mají zapamatovat co nejvíc. Reprodukce probíhala po třech dnech. Hodinu před zahájením reprodukce dostala polovina účastníků kortizol a polovina placebo. Po kortizolu vykazovali účastníci mnohem horší výbavnost. Totéž se prokázalo při zkřížení za tři týdny. Závěr tedy jednoznačně vyzněl ve smyslu, že kortizol potlačuje paměť. Podobné výsledky dostal u krys, když jim aplikoval do hipokampu



specifického agonistu (=aktivátora) glukokortikoidního receptoru.

Naproti tomu Ulrike Rimmele ze Ženevy se svým týmem prokázala, že potlačení ranního kortizolu zhoršuje výbavnost paměti. Exponovala pokusným osobám krátké texty a obrázky a po třech dnech se měly tyto materiály reprodukovat. Hodinu před fyziologickým ranním vzestupem koncentrace kortizolu ale podala pokusným osobám jeho blokátor, metyrapon. Suprese kortizolu významně narušila volné vybavování obou materiálů. Poznávání obrázků i textu zůstalo nedotčeno. Další výzkumy ukázaly, že záleží na časovém intervalu podání či blokování na vybavování, ale také na ukládání materiálu do paměti. Krysy mají horší orientaci v novém prostředí (bludišti) po šoku 30 minut před testováním, zatímco šok před 2 minutami nebo 4 hodinami nic nedělá. Metyrapon blokuje stresem způsobenou poruchu.

Katharina Glenke z Wittenu (SRN) v experimentální studii sledovala vliv chladového stresu na hladiny kortizolu a prospektivní paměť. Stres byl navozen chladovým testem a stresovaná skupina mladých mužů se rozdělila téměř 1:1 na reaktory se zvýšenou úrovní kortizolu a non-reaktory bez této odpovědi, přičemž obě skupiny hodnotily subjektivní stresovou zátěž stejně. Reaktoři však vykázali zhoršený výkon v prospektivní paměti.

Zajímavým způsobem do objemu hipokampu a epizodické paměti vstupuje testosteron, jak v klinické studii u mužů středního věku prokázal Matthew Panizzon ze San Diega se spolupracovníky. Pokud jsou hodnoty kortizolu vysoké (více než 1 SD), testosteron působí protektivně. Při jeho vyšších hodnotách se zvětšuje objem hipokampu a zlepšuje paměť. Pokud jsou hodnoty kortizolu nízké

(menší než 1 SD), působí testosteron opačně.

Ve vztahu k psychiatrii přicházejí v úvahu souvislosti mezi kortizolem a psychickým stavem a psychickými poruchami. Jak bylo uvedeno shora, kortizol stimuluje CNS, jeho dráždivost a vede k emoční labilitě. S tím je v souladu i zjištění, že také příjemná intenzivní vzpomínka vyvolá vzestup kortizolu. Vyšší hodnoty kortizolu a testosteronu zhoršují rozpoznávání emocí druhých lidí, vyšší hodnoty oxytocinu je zlepšují. Existuje negativní korelace mezi aktuálně příjemným zážitkem a kortizolem, a naopak pozitivní korelace mezi špatným zážitkem a kortizolem. U dětí do 18 měsíců je stresová reakce s kortizolem mohutná po bolestivých stimulech. Z dalších stresorů vyvolávajících zvýšení kortizolu je separační stres, na ostatní stresory reagují batolata vlažně nebo vůbec ne, pokud jde o kortizol vyšetřený vesměs ve slinách. U osob s hraniční poruchou osobnosti jsou hodnoty kortizolu naopak nižší než u kontrolní zdravé populace.

Podle několika prací vyšší hodnoty kortizolu v adolescenci predikují větší riziko velké deprese v dospělosti. Jednou z metod vyšetření množství kortizolu je stanovení jeho koncentrace ve vlasech (HCC – Hair Cortisol Concentration). Výsledky u depresí včetně poporodních jsou nekonzistentní, byť řada prací referuje o vyšších hodnotách HCC u depresí, některé naopak o nižších hladinách ranního kortizolu u poporodních depresí. U těhotenských depresí nejsou shledávány změny v hodnotách kortizolu, popisuje se však jeho zvýšení při nástupu remise. Ještě méně konzistentní jsou studie týkající se kortizolu u burnout syndromu, ale to, co vychází většinou, nevypovídá o nějakých změnách v hodnotách kortizolu.

Kortizolová odpověď na stres se projevuje jen u akutních a těžkých depresí, u



středních a lehkých se neobjevuje. Pacienti trpící schizofrenií, nereagují zvýšením kortizolu na životní události (life events), které zdravé lidi stresují. U schizofrenních pacientů je obecně slabá reakce kortizolu na stres. Všechna „velká“ terapie, tedy antidepressiva a antipsychotika typická i atypická, hodnoty kortizolu snižují, u depresí však nebyl nalezen vztah mezi kortizolovou odpovědí a klinickým stavem. Stimulancia naopak hodnoty kortizolu zvyšují. Starší pacienti trpící různými typy depresí mají hodnoty kortizolu vzájemně srovnatelné. Postmenopauzálně podávaný estradiol zlepšuje klinický stav u depresí i hladiny kortizolu. Nejisté výsledky týkající se psychoterapie přináší jediný ověřený poznatek, a to, že depresivní pacienti s vyššími hodnotami kortizolu na psychoterapii nereagují. Zato jsou zde pozitivní údaje o příznivém vlivu cvičení na zlepšení stavu u depresivních pacientek a pacientů.

Úvahu, že jedním z mnoha účinků kortizolu je specifické zhoršení paměti, přenesl v roce 2011 de Quervain do deseti-zující terapie fobických poruch. Jeho prvních 40 pokusných osob trpících fobií z výšky dostalo před expozicí (ve virtuální realitě) kortizol, který skutečně posílil výsledek terapie. Tento výsledek byl inspirací pro léčení dalších fobií, např. z pavouků nebo sociálních fobií. Před expozicí dostávají pacienti buď 25 mg kortizonu nebo 10 mg kortizolu. Zatímco po placebo před jednorázovou expozicí je pokles úzkosti o 40 %, po kortizolu je to 60 %.

V běžné praxi je zajímavá problematika psychiatrických komplikací při léčbě kortikosteroidy. Zde odkazuji na vynikající přehlednou práci D. Koloucha a M. Goetze: Psychiatrické komplikace při léčbě kortikoidy otištěné v Čes. a slov. Psychiat. 2018; 114(3): 117–124. Metaanalýza klinických studií prokazuje, že chronické podávání dávek kolem 1 mg denně paměť

nezhoršuje, ani nezasahuje do emoční oblasti. Jak autoři citované práce uvádějí, komplikace se objevují častěji u vyšších dávek, nicméně i při běžných nízkých dávkách se mohou vyskytnout u specificky oslabených jedinců (SLE, nefrotický syndrom). Nejčastější jsou poruchy emotivity jak ve smyslu deprese, úzkosti, tak elace nálady. Po vysokých dávkách se může objevit „prednizonová psychóza“, o níž jeden z lékařů výstižně napsal, že je to proteus. Mění tedy klinický obraz, reaguje však dobře na haloperidol od nízkých perorálních dávek 3×1,5 mg až do parenterálně 3×5 mg, a to i tehdy, když nelze kortikoidy vysadit. Pamatuji se na heroické dávky prednizonu až do 60 mg denně při imunosupresi transplantovaných pacientů, než přišel cyklosporin a pamatuji se též na vzniklé komplikace. Pravidelně to byl Cushingův syndrom, psychiatrické komplikace nebyly až tak časté.

Výsledky jednotlivých studií se při nižších dávkách v procentu uváděných komplikací výrazně liší, takže nelze odhadnout riziko u konkrétního pacienta. Co se týče léků, zdá se, že po dexamethazonu je více komplikací než po prednizonu. Léčení spočívá ve vysazení kortikoidů, pokud je to možné, a symptomatické terapie při výskytu příznaků, často se objevuje zhoršení nálady a únavnost po vysazení, zde je nutné vyčkat návratu vnitřní rovnováhy HPA osy a situaci řešit symptomaticky. Prevence je prakticky nemožná,



není vhodné dávat vyšší dávky lidem s anamnézou deprese.



Literatura u autora

Není žádný střet zájmů  
MUDr. Radkin Honzák, radkinh@seznam.cz  
Praha 2. 4. 2022



# ETIKA



## JAN POLÁK<sup>1</sup>: OHLÉDNUTÍ ZA VAN RENSSELAEREM POTTEREM (1911–2001)

SOUHRN: POLÁK J.: OHLÉDNUTÍ ZA VAN RENSSELAEREM POTTEREM (1911-2001). PSYCHOSOM 2022; 20 (1-2), s. 31-37)

V uplynulém roce jsme si připomněli trojnásobné výročí velké osobnosti v oblasti bioetiky a onkologie Van Rensselaera Pottera: jeho narození (1911), vydání přelomové knihy *Bioethics. Bridge to the Future* (1971) a jeho úmrtí (2001). Následující příspěvek chce čtenářům přiblížit život a dílo tohoto významného amerického biochemika a myslitele, který vstoupil do dějin lékařství jako jeden z prvních, kdo začal používat pojem „bioetika“, jemuž dal originální obsah. Svůj koncept ještě více rozpracoval v pozdější monografii *Global Bioethics* (1988), v níž k etickým zásadám vztahujícím se k životu člověka v souladu s přírodou přidal apel na mezinárodní spolupráci.

KLÍČOVÁ SLOVA: Van Rensselaer Potter, bioetika, onkologie, ekologie

<sup>1</sup> Pracoviště: Katedra systematické teologie, Cyrilometodějská teologická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Univerzitní 244/22, Olomouc, 779 00.





SUMMARY: POLÁK J.: LOOKING BACK AT VAN RENSSELAER POTTER (1911–2001), *PSYCHOSOM* 2022; 20 (1-2), PP.31-37

In the past year we marked the threefold anniversary of a big personality in the field of bioethics and oncology: Van Rensselaer Potter – his birth (1911), the publication of the ground-breaking book *Bioethics: Bridge to the Future* (1971), and his death (2001). The following contribution will familiarize the readers with the life and the work of this eminent American biochemist and thinker, who entered the history of medicine as one of the first to use the term ‘bioethics’, to which he gave an original content. He worked out his concept even more in the later monograph *Global Bioethics* (1988) in which he added an appeal for the international collaboration to the ethical tenets regarding the human life in harmony with nature.

KEYWORDS: Van Rensselaer Potter, bioethics, oncology, ecology

## ÚVOD

Van Rensselaer Potter se narodil 27. srpna 1911 na rodinné farmě holandských přistěhovalců presbyteriánského vyznání v Jižní Dakotě. Po matčině smrti si jeho otec Arthur Howard bere za ženu lékárnici Annu Sivertsonovou, která v mladém Vanovi probouzí lásku k chemii a biologii. Van díky tomu rezignuje na farmářský život a po absolvování střední školy v Pierpontu se zapisuje na Státní univerzitu v Brookings v Jižní Dakotě, kde r. 1933 získává bakalářský titul v chemii. Ačkoliv

má zájem o další studium, nikam není přijat. Až v roce 1935 se dostává na Univerzitu ve Wisconsinu, kde se pod vedením Conrada A. Elvehjama věnuje studiu biochemie, s důrazem na tehdy populární enzymologii. V roce 1936 zde dosahuje magisterského a o dva roky později doktorského titulu. V tuto dobu také zakládá rodinu. V r. 1935 si bere svou studentskou lásku Vivian Christensen, s níž má později dceru a dva syny (Muzur – Rinčič, 2019, s. 12–16).

## PROFESIONÁLNÍ DRÁHA

Hned po doktorátu se Potter vydává na Biochemický institut do Stockholmu, kde se dál zdokonaluje v enzymologii. Druhý rok své zahraniční stáže má v plánu strávit v Anglii, ale kvůli vypuknutí 2. světové války se vrací do USA. Několik měsíců pracuje na Univerzitě v Chicagu, až v roce 1940 získává místo v McArdlově laboratoři pro výzkum rakoviny na své domovské univerzitě ve Wisconsin-Madisonu. Zde pracuje na různých pozicích (od r. 1947 jako řádný profesor onkologie) až do své smrti v roce 2001. Během této doby odborně formuje asi sto mladých vědců,

mezi něž patří i držitel Nobelovy ceny Günter Blobel. Za své zásluhy dostává řadu ocenění a vyznamenání. V r. 1975 se stává členem Národní akademie věd, je zvolen prezidentem Americké společnosti pro buněčnou biologii (1964–1965) a předsedá Americké asociaci pro výzkum rakoviny. Jeho práce jsou vysoce ceněny a publikovány v předních vědeckých časopisech. (Muzur – Rinčič, 2019, 16–24).

Ve svém výzkumu se Potter zaměřuje na metabolismus rakoviny. Na základě svých pokusů v McArdlově laboratoři



sestavuje postup, díky němuž je možné narušit mnohočetné metabolické dráhy v rakovinotvorných buňkách, a zabránit tak jejich abnormálnímu bujení. Toho se dodnes využívá v klinické terapii nádorových onemocnění. Řadu svých přátel a kolegů vidí umírat na rakovinu, kterou se snaží poznat nejen po biologické stránce, ale vnímá ji rovněž jako životní výzvu. Destruktivní potenciál nekontrolovatelného rakovinového bujení se mu stává odrazovým můstkem pro další úvahy. Co

toto bujení způsobuje? Pesticidy v potravinovém řetězci, znečištěné životní prostředí, nerovnováha v přírodě a další faktory. Pro Pottera je obecně první a největší hrozbou do budoucna exploze celosvětové populace a ekologické problémy, které z ní vycházejí. Z tohoto důvodu souhlasí s celosvětovou kontrolou porodnosti a navrhuje, aby se každá průměrná rodina omezila pouze na dvě děti (Potter, 1971, s. 179–180).

### *PŮVOD POJMU „BIOETIKA“*

Kdybychom zkoumali dějiny pojmu „bioetika“, narazili bychom na jeho počátku hned na tři jména. Poprvé tento termín použil v roce 1926 německý luteránský teolog Fritz Jahr, který apeloval na nutnost propojit ve školním vyučování výuku přírodních věd s morálními hodnotami. Ve svém článku „Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze“ poukazuje na to, že je nezbytné přehodnotit etický vztah člověka ke zvířatům a rostlinám a poté ke všem živým bytostem. S odkazem na Immanuela Kanta přichází s kategoričtým imperativem adaptovaným na bioetickou oblast. Podle Jahra má člověk považovat každou živou bytost za účel sám o sobě, a pokud možno s ní podle toho i jednat. „Bioetika“ tedy původně neměla přímý vztah k medicíně. Šlo spíše o vědu spojující biologii, filozofickou a teologickou antropologii a etiku (Santa Sede, 2020, s. 24–25). Jahrovo dílo však velkou pozornost nezbudilo. Důvodem bylo snad to, že na konci 20. let minulého století se otázkami týkajícími se ekologie, trvale udržitelného rozvoje či vztahu člověka ke zvířatům v podstatě nikdo nezabýval.

Podruhé s pojmem „bioetika“ vystupuje právě Van Rensselaer Potter. Děje se tak nezávisle na Jahrovi v roce 1970, kdy

Potter uveřejňuje odborný článek „Bioethics. The Science of Survival“. O rok později pak vydává knihu *Bioethics. Bridge to the Future*. Podobně jako Jahr i on chápe bioetiku v širším smyslu. Nazývá ji mostem mezi přírodními a humanitními vědami. Jejím cílem je zajistit přežití nejen lidem, ale všem živým bytostem na Zemi. V dobovém kontextu 60. let 20. století, v němž jsme svědky nejen nebývalého rozvoje vědy a medicíny, ale také např. i karibské krize nebo masového používání DDT v zemědělství, vzbuzuje Potterovo dílo zájem širší veřejnosti a pojem „bioetika“ se začíná rychle šířit. Velkou měrou k tomu přispívají média, zejména časopis *Time*, který ve svém vydání z dubna roku 1971 cituje *Bioethics. Bridge to the Future* v článku „Man into superman. The promise and peril of the new genetics“, díky čemuž se Potter ihned dostává do širšího povědomí (Jonsen, 1998, s. 27).

De facto ve stejné době však s termínem „bioetika“ vystupuje i holandský porodník a fetální fyziolog André Hellegers, který s Eunice a Sargentem Shriverovými v roce 1971 zakládá ve Washingtonu při Georgetownské univerzitě „Institut pro studium lidské reprodukce a bioetiky“. Tento institut je později přejmenován na „Institut etiky Josepha a Rose Fitzgerald



Kennedyových“. Dodnes není zcela jasné, jak Hellegers k pojmu „bioetika“ přišel. Je možné, že ho objevil náhodně sám; nelze však vyloučit, že ho převzal od Pottera, či dokonce od Jahra (Jonsen, 1998, s. 27; Ten Have, 2012, s. 59). Renomovaný bioetik Warren T. Reich proto hovoří o „bilokovaném zrození“ bioetiky v roce 1970 a 1971. Ať už tomu bylo jakkoliv, jisté je, že Hellegers i Potter pojem „bioetika“ chápali odlišně. Pro Hellegerse šlo o vědeckou disciplínu zabývající se konkrétními lékařskými dilematy v oblasti: práv a povinností pacientů a zdravotních profesionálů; práv a povinností účastníků výzkumu a badatelů; formulování obecně závazných směrnic pro klinickou péči a biomedicínský výzkum. Potter naproti tomu bioetiku zasazuje do mnohem širšího rámce. Jako biochemik zkoumající vznik a rozvoj rakovinových nádorů poukazuje na silnou spojitost lidského zdraví a lékařských problémů s životním prostředím a otázkou jeho ochrany. Jeho pojetí bioetiky však zůstává na dlouhou dobu fakticky bez povšimnutí, což ho naplňuje velkou frustrací. Na významu naopak získává Hellegersův model spojený s Georgetownskou univerzitou a vlivným a finančně dobře zajištěným Kennedyho institutem. Ve středu zájmu tohoto institutu je, jak už bylo řečeno, čistě

biomedicínská etika (Reich, 2002, s. 20–22). To jasně vyplývá i z definice bioetiky v dnes již standardním díle *The Encyclopedia of Bioethics*, kterou na Georgetownské univerzitě poprvé vydává její profesor W. T. Reich v roce 1972.

Bioetika je spojená ještě s třetí velkou postavou. Je jí filozof, absolvent Georgetownské univerzity Daniel Callahan, který v roce 1969 zakládá s kolegou psychiatrem Willardem Gaylinem samostatný ústav: Hastings Center. Úkolem tohoto centra je studovat etické otázky na poli praktického lékařství, zabývat se morálními problémy vyplývajícími z biotechnologického vývoje a aplikovat filozofické vzdělání v interdisciplinárním dialogu. Hastings Center se konkrétně zaměřuje na témata: smrti a umírání, genetiky, reprodukční biologie včetně otázek spojených s lidskou populací i lékařských a vědeckých technik kontroly lidského chování (Callahan, 2012, s. 11, 15). Callahan je však k pojmu bioetika zdrženlivý. Nelíbí se mu a ve svých pracích ho používá jen zřídka. Jeho článek „Bioethics as a discipline“ však v r. 1974 budí pozornost americké Knihovny Kongresu, která tento termín přijímá za svůj, čím se mu dostává oficiálního přijetí a následně dochází k jeho masovému šíření (Jonsen, 1998, s. 27, 33).

### *POTTEROVO POJETÍ BIOETIKY*

Knihy *Bioethics. Bridge to the Future* vznikla jako soubor původně samostatně vydaných statí. V důsledku toho jí chybí určitá vnitřní koherence, což byl zřejmě jeden z důvodů, proč nezaznamenala takový ohlas, jaký autor očekával. Potter v ní vyjadřuje přesvědčení, že je třeba rozpracovat etiku ochrany země, života v přírodě, populace, spotřeby, urbanizace, mezinárodní spolupráce, stáří a dalších oblastí. Všechny tyto oblasti propojuje a

zastřešuje termínem „bioetika“, jejímž cílem je zajistit přežití celého ekosystému, jehož součástí je i člověk. Pokud se to podaří, je bioetika založena na správném hodnotovém systému (Potter, 1971, vii–viii).

Potter tyto myšlenky přejímá od slavného amerického lesníka a environmentalisty Alda Leopolda (1887–1948), který stejně jako on působil na Univerzitě ve



Wisconsinu; nikdy se však nesetkali. Leopold vstoupil do dějin svým dílem *A Sand County Almanac. And Sketches Here and There* (v českém překladu *Obrazky z chatrče a rozmanité poznámky*), v němž píše: „Vymizení rostlinných a živočišných druhů bez viditelné příčiny, přes snahu je zachránit a ohromné přemnožení jiných, přes snahu o jejich kontrolu, musí být, vzhledem k nepřítomnosti jednodušších vysvětlení, považováno za symptomy nemoci organismu krajiny. Obé se děje příliš často, než aby to mohlo být považováno za pouhé záležitosti evolučního vývoje“ (Leopold, 1995, s. 224). Na základě provázanosti půdy, vody, rostlin, živočichů a člověka v určité krajině formuluje ústřední zásadu své tzv. etiky země: „Určitá věc je správná, když směřuje k zachování celistvosti, stability a krásy biotického společenství. Směřovali jinam, je špatná“ (Leopold, 1995, s. 254). Pottera také oslovuje holistický přístup, který z Leopoldova díla dýchá. Bioetika je tak pro něj nejen věda mající za cíl přežití, ale nazývá ji rovněž „novou holistickou biologií“ (Potter, 1971, s. 7).

### GLOBÁLNÍ BIOETIKA

Po vydání *Bioethics. Bridge to the Future* Potter zakouší období velkého rozčarování z toho, že se jeho koncept neprosadil a místo něho se do širšího povědomí dostal „georgetownský model“ bioetiky. Cítí se nedocenen a bioetickou komunitou neprávem přehlížen. Nový entuziasmus se u něj objevuje až kolem roku 1988. V tomto roce se ještě intenzivněji vrací k Aldu Leopoldovi, vydává novou knihu *Global Bioethics* a postupně navazuje kontakty se zahraničními kolegy. Důvodem pro vydání *Global Bioethics* je snaha dosáhnout věhlasu na poli bioetiky a vytvořit most mezi lékařskou a ekologickou etikou, respektive skloubit georgetownské a vlastní pojetí bioetiky. Experimentuje s dalšími

Ačkoliv je celá monografie věnována Leopoldovi, je v ní znatelný vliv dalších osobností. Zmiňme pouze dvě nejdůležitější. První z nich je antropoložka Margaret Mead (1901–1978), známá svou ideou založit na univerzitách „katedry budoucnosti“, jejichž úkolem by bylo vytvořit vědu, která by se ve světle veškerého lidského vědění zabývala otázkou, jak zajistit přežití lidstva v budoucnosti (Mead, 1957, s. 961). Druhou osobností je Pierre Teilhard de Chardin (1881–1955), který ve svých dílech *The Phenomenon of Man* (v češtině *Vesmír a lidstvo*) a *The Future of Man* vyjadřuje myšlenku, že cílem vesmíru je lidský pokrok a optimální cestou jak zajistit člověku nejlepší možnou budoucnost je propojit biologické vědy s lidskými hodnotami. Potter se také domnívá, že kdyby Teilhard žil, zřejmě by s ním souhlasil i v tom, že pro udržení lidských hodnot je nutný nulový přírůstek světové lidské populace (Potter, 1971, s. 26–31).

originálními výrazy. Kromě pojmu „globální“ ještě používá „hluboká“ (deep), „reálná (real) a „přemostující“ (bridge) bioetika (Muzur – Rinčič, 2019, s. 93).

Pro Pottera zůstává zásadní otázkou, na čem založit bioetiku, aby její argumenty byly přijatelné v globálním měřítku. Jak přimět lidi na celém světě, aby usilovali o větší rovnováhu mezi lidstvem a přírodou? Potter odmítá jakýkoliv náboženský základ, na druhou stranu není nakloněn ani sekulárnímu humanismu. Říká, že je třeba se opřít o koncepty „kvalita života“ a „kvalita životního prostředí“; hovoří o morálním významu odpovědnosti, respektu k jiným skupinám lidí a jejich



toleranci. Bioetika pro něj nadále zůstává morálním systémem založeným na biologických znalostech a všelidských hodnotách, mezi něž patří především odpovědnost za vlastní život a zdraví a zachování životního prostředí. Lékařskou etiku tak chápe jako součást globální bioetiky (Potter, 1988, s. 152–154).

Na lékařské rovině Potter spojuje odpovědnost, podobně jako ve své první knize, zejména s otázkou kontroly lidské porodnosti a také s konceptem lidského zdraví. Kontrolovat lidskou plodnost je pro něj dokonce základní etický imperativ pro lidský druh (Potter, 1988, s. 2). Není bez zajímavosti, že z velké obavy z přelidnění planety upravuje státní poznávací značku svého auta na „YES ZPG“ (Zero Population Growth): „Ano nulovému přírůstku

populace“ (Muzur – Rinčič, 2019, s. 27). Zdraví je pro něj spojeno s otázkou odpovědnosti autonomních lidských osob. Tato odpovědnost se projevuje především v osmi oblastech: brání drog a užívání návykových látek (alkohol, cigarety, kokain i běžně dostupné léky); dieta a tělesné cvičení; sexuálně přenosné nemoci způsobené nedbalostí a promiskuitou; neopatrné řízení dopravních prostředků; jednání vedoucí k nechtěnému těhotenství; vědomé vystavování se radiaci a působení škodlivých chemikálií; vyhledání odborné rady a zahájení neodkladné lékařské péče; podpora vládní politiky na poli vzdělávacích programů, ekonomické spravedlnosti, ochrany životního prostředí a opatření týkajících se veřejného zdraví (Potter, 1988, s. 159–160).

### RECEPCE „GLOBÁLNÍ BIOETIKY“

Global Bioethics se v USA velké pozornosti nedostalo. Na knihu však brzy po jejím vydání pozitivně reaguje Brunetto Chiarelli, profesor antropologie na Univerzitě ve Florencii. Ten Potterovi vyslovuje uznání a navazuje s ním spolupráci. Jejím výsledkem je založení odborného časopisu Global Bioethics, což Potterovi přináší dlouho očekávané mezinárodní renomé a řadu nových příležitostí, včetně pozvání na odborné konference: v Bogotě (1998), Mexico City (1999), Panamě (2000), či v Caracasu (2001). Těchto konferencí se již bohužel aktivně neúčastní. Posílá sem vždy jen na video nahraný příspěvek, který se pak přepisuje do tištěné podoby. Velkého přijetí se Potterovi dostává také v Japonsku, kde jeho myšlenky

přijímají a dál šíří filozofové Masahiro Morioka a Hyakudai Sakamoto. I v Chorvatsku si Potter získává své sympatizanty. Jsou jimi především Ivan Šegota a Ante Čović. Také se pokouší založit mezinárodní skupinu podobně smýšlejících intelektuálů. Daří se mu to až na konci března r. 2001, kdy dává dohromady Global Bioethics Core Group, skupinu jednotlivců, kteří jsou nakloněni jeho pojetí globální bioetiky. Jádro tvoří kromě něho ještě Chiarelli, Sakamoto a pět dalších bioetiků z celého světa. K nim se přidává ještě jedenáct dalších z Evropy a Latinské Ameriky (Muzur – Rinčič, 2019, s. 64–65). Doposud vydávají odborný časopis Global Bioethics, který v současné době patří mezi nejprestižnější ve svém oboru.

### ZÁVĚR

Co říci krátce o Potterovi jako člověku? Podle svědectví jeho přátel a spolupracovníků byla centrálním aspektem jeho osobnosti pokora. Během posledních

několika let se staral o svou nemocnou ženu Vivian, kterou těžce postihla artritida. Péče o manželku mu v poslední fázi života nedovolovala vydávat se na dlouhé



zahraniční cesty (Whitehouse, 2002, s. 331). Vyjížděl pouze na svoji chatu mimo své bydliště v Madisonu, kde rád odpočíval a přemýšlel. Zemřel pokojně 6. září

2001 v kruhu své nejbližší rodiny, krátce po svých devadesátých narozeninách (Whitehouse, 2001, s. 39).

### LITERATURA

1. Callahan, D., The Hastings Center and the early years of bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2012; 33(1): 11–20.
2. Jonsen, A. R., *The Birth of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
3. Leopold, A., *Obrázky z chatrče a rozmanité poznámky*. Tulčík: Abies, 1995.
4. Mead, M., Towards Vivid Utopias. *Science* 1957; 126(3280): 957–961.
5. Muzur, A. – Rinčić, I., *Van Rensselaer Potter and His Place in the History of Bioethics*. Wien: LIT Verlag, 2019.
6. Potter, V. R., *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1971.
7. Potter, V. R., *Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing (MI): Michigan State University Press, 1988.
8. Reich, W. T., The word 'bioethics'. The struggle over its earliest meanings. In: Chadwick, R. – Schroeder, D. (ed.), *Applied Ethics: Critical Concepts in Philosophy, II: Ethical Issues in Medicine, Technology and Life Sciences, Part I*, London – New York: Routledge, 2002; 20–32.
9. Santa Sede, *Enchiridion di Bioetica: Documenti da Pio X a Francesco*. Carbone, G. M. – Colacino, G. L. – Turrini, M. (ed.), Bologna: ESD, 2020.
10. Ten Have, H. A. M. J., Potter's Notion of Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2012; 22(1): 59–82.
11. Whitehouse, P. J., The Rebirth of Bioethics: A Tribute to Van Rensselaer Potter. *Global Bioethics* 2001; 14(4): 37–45.
12. Whitehouse, P. J., Van Rensselaer Potter: An Intellectual Memoir. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2002; 11(4): 331–334.



# DISKUSE



## PAVEL ČEPICKÝ: NĚKOLIK POZNÁMEK K ČLÁNKU K. DOLÁKOVÉ JSME NA PRAHU NOVÉHO PARADIGMATU?

Čtu-li článek K. Dolákové, nemohu se zbavit dojmu, že jejím cílem (či přáním) není „nové paradigma“, že její skutečný cíl je daleko přízemnější, nové paradigma má být jen cesta k tomuto cíli. Skutečný cíl je dostat to, čemu říká „energetické terapie“ do klinické praxe „oficiální medicíny“. Co to jsou energetické terapie (autorka používá plurál) nikde nedefinuje, omezuje se jen na – nepříliš homogenní – příklady. Příčinu, proč tyto postupy nejsou „oficiální medicínou“ přijaty, vidí autorka v tom, že není známý mechanismus jejich účinku. Změna paradigmatu by pak zřejmě měla zajistit, aby to nevařilo.

Autorka se mýlí. K tomu, aby se některé (nebo všechny, postupně ovšem) energetické terapie staly běžnou součástí „oficiální“ medicíny, nové paradigma

nepotřebuje. A nepotřebuje ani znát mechanismus účinku. Pro začátek zcela postačí, když prokáže, že účinek skutečně existuje. Nechť si tedy z popsanych studií jednu vybere a zopakuje ji. Sám bych si vybral studii na obyvatelích kanadského domova pro seniory, kde to není až tak složité. Studii autorka popisuje velmi stručně a neurčitě, nelze si z jejího popisu udělat představu ani o tom, co je to terapeutický dotyk, ani, co bylo zvoleno jako placebo. Tak či onak 57 osob rozdělených do 3 skupin, to je 19 osob v každé skupině, není mnoho. O podrobnostech výsledku statistického zhodnocení taky nic neuvádí. Ale nevádí. Vědecké poznání vychází z „opakovaného“ experimentu v kontrolovaných podmínkách. Zde chybí přinejmenším to opakování. Nechť to tedy zopakuje autorka na větším souboru,



a pokud možno po konzultaci svého projektu s metodologem.

Chápu, že to naráží na dva problémy: čas a peníze. Nu, ano. Takové věci se musí dělat z nadšení, ve volném čase a na vlastní náklady. (Sám jsem podobné věci v minulosti dělal ve volném čase a na vlastní náklady – a v jiné oblasti, které se věnuji teď, to tak vlastně činím pořád.) Když to pak vyjde na souboru třeba 3x100 osob, dá už se na základě tohoto výsledku požádat někde o grant nebo to zadat jako téma doktorské dizertace. A tam to pak udělat ještě lépe na ještě větším souboru. A když to pak vyjde v nějakém slušném impaktovaném časopisu, je na místě napsat doporučený dostup a prosadit ho v odborné veřejnosti. Mezitím si lze vymýšlet hypotézy o mechanismu účinku a přemýšlet, jak je ověřit. A třeba se pak – po mnoha letech – dojde až k zobecnění a úpravě paradigmatu. V té době už autorka bude zvána na mezinárodní kongresy.

Že je to pracné, nudné, zatěžující a s nejistým výsledkem a že je to práce na roky? Ovšem, je to pracné, nudné, zatěžující a s nejistým výsledkem a je to práce na roky. Ale kdo jiný to má udělat než někdo, kdo věří, že to funguje? Skeptici to dělat nebudou a na základě jedné studie na 19 osobách grant nejspíš nikdo nedostane.

#### *NĚKOLIK DALŠÍCH NESOUVISLÝCH POZNÁMEK (NEDÁ MI TO)*

Semmelweisovy zásluhy v zjištění etiologie a v prevenci puerperální sepse jsou veliké a nikdo je nezpochybňuje, ale základy antisepsy formuloval J. Lister. Je pravda, že Semmelweisova práce je starší, ale i ona má předchůdce (O. M. Holmes a další, mluví se dokonce už o Hippokratovi). Není však pravda, že antisepsy se stala „zcela samozřejmou“. V

chirurgii byla brzy víceméně vytlačena aseptikou, což je něco jiného.

EBM není „klíčové paradigma nynější medicíny“. Není to vůbec paradigma, je to jen technická pomůcka k aplikaci paradigmatu. Nynější (moderní) medicína je medicína vědecká, jakož celá moderní doba je (či byla) vědecká. Již neplatný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu to definoval v § 11: „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“. Dnes jsme v době postmoderní a nový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách má formulaci oslabenou (je to § 28, odst. 2: „Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.“). Před 100 roky stačilo, aby lékař sledoval jeden, dva časopisy a jednou za rok si přečetl novou monografii. Někdy od 80. let začal počet publikací prudce stoupat, jejich kvalita je většinou stěží prostřední. EBM vznikla ve snaze, umožnit „normálnímu lékaři“, aby se v tom vyznal. Bohužel často degeneruje v zaklínadlo, kterým se diskutující vzájemně mlátí po hlavě, aniž by věděli, o čem mluví („Je to EB!“ „Není to EB!“ dokonce: „Mají to EB!“).

Profesor Heřt byl anatom a jako mnozí morfologové měl sklon k vulgárnímu materialismu. (Vzpomínám na svůj dialog s jiným anatomem. On: Mozek vylučuje myšlení jako játra žluč. Já: Jako ledviny moč, pane profesore.) Byl nepochybně znalec metod alternativní medicíny, ale chápat ho jako experta v duchovnu, byť „negativního experta“, skutečně nelze.

Citovaná studie o vlivu vzdáleného vysílání myšlenek na pacienta, splňuje, domnívám se, podmínky pro získání ceny Sisyfa. Pokud by ji autorka zopakovala za kontrolovaného uspořádání, a vyšlo to, je za to, tuším, milion korun + postup do mezinárodního kola, kde je cena desetinásobná, pamatují-li se správně. Je to





sice studie náročnější, ale za ten milion by to možná stálo.

Zamítnutí energetických terapií je, domnívám se, zcela etické, pokud není jasně prokázán jejich pozitivní efekt a pokud nejsou v rozumném rozsahu vyloučena nebo popsána rizika a komplikace – nelze tedy ani zcela přibližně seriózně

### *ZÁVĚREM*

Co dělat. Nezbyvá než vstát od stolu, od šálku kávy nebo sklenky vína nebo cigarety (podle osobní preference), kde se tak dobře vymýšlejí nové koncepce a nová paradigmatata, a vyrazit to blátivého, deštivého a nepřátelského terénu a své koncepce a paradigmatata se tam pokusit

MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.  
Městská poliklinika Praha  
Do redakce přišlo: 28.12.2021  
Zařazeno k tisku: 30.4.2022  
Konflikt zájmů: není znám

odhadnout poměr přínos: riziko. Je samozřejmě zcela etické energetické terapie zkoumat – ovšem, jak píšou nahoře, nepřesvědčí-li autorka nějakou grantovou agenturu nebo sponzora, nezbyde jí, než to udělat ve volném čase na vlastní náklady. Jsem přesvědčen, že etická komise jí v tom bránit nebude.

ověřit, ať to stojí, co stojí (míněno doslovně a v korunách).

Tak či onak v tom autorce přeji (zcela upřímně a zcela bez ironie) mnoho štěstí a hodně sil.



# VĚDA KRÁTCE



## DEJTE POZOR, AŽ BUDETE SVÝM POTOMKŮM VYČÍTAT JEJICH ŠPATNÉ CHOVÁNÍ

*Podle nové studie zveřejněné nedávno v časopise PLOS ONE od Roberta Svenssona se potvrzuje více delikvence u dospívajících, kteří žijí v rodinách s jedním otcem, samoživitelkou, otcem a nevlastní matkou a matkou a nevlastním otcem než u těch, kteří žijí s oběma rodiči. (Björn Johnson z Univerzity v Malmö, Švédsko)*

*Ne, že by nás to mělo překvapovat. V bývalém Československu k podobným závěrům došel pan profesor Matějček, když zkoumal vývoj nechtěných dětí už před řadou let. Rozsáhlá longitudinální studie spojovala tehdy delikventní chování s deprivací a subdeprivací. Rozvod rodičů a nejrůznější sestavy náhradních rodinných sestav, jak je vidět, mají za*

*následek totéž i ve Švédsku a v současnosti. Že by potřeby dětí byly pořád stejné?*

Předchozí studie zjistily, že nemožnost bydlet s oběma vlastními rodiči je pozitivně spojena s delikvencí, ale uspořádání rodinného soužití bylo značně zjednodušeno – například se srovnávalo bydlení s oběma rodiči versus nebydlení s oběma rodiči. V nové studii vědci použili data ze čtyř průřezových průzkumů provedených v letech 2016 až 2019 v jižním Švédsku. U 3838 dospívajících ve věku 14 a 15 let byly k dispozici informace o devíti delikventních chováních – jako jsou krádeže v obchodech, graffiti nebo okrádání někoho – a také podrobná rodinná struktura.



Mezi všemi účastníky byli ti, kteří žijí s matkou i otcem nebo žijí v „symetrickém“ uspořádání – ve kterém rodiče žijí odděleně a sdílejí péči, ale oba jsou svobodní nebo oba mají nové partnery – byli zapojeni do delikvence v menší míře než ti s jinými rodinnými životními strukturami. Ve srovnání s adolescenty žijícími s matkou a otcem bylo delikventní chování častější u těch, kteří žijí jen s otcem (poměr incidentů [IRR] 1,898), svobodnou matkou (IRR 1,661), otcem a nevlastní matkou (IRR 1,606) nebo matkou a nevlastním otcem (IRR 2,044). Navíc „asymetrická“ uspořádání, kdy měl nového partnera pouze jeden rodič, byla spojena s větší delikvencí. Mnoho souvislostí mezi rodinnou strukturou a delikvencí se snížilo, když byly zahrnuty údaje o rodičovské vazbě a sledování.

Autoři dodávají: „Tato studie ukazuje, že je důležité přejít k používání podrobnějších kategorizací rodinné struktury ve vztahu k delikvenci a rozšířit naše

znalosti o skupině adolescentů, která se pohybuje mezi rodiči, a zejména o různých konstelacích asymetrického a symetrického uspořádání bydlení.“

*A my, rodinní terapeuti, dodáváme: Nic nemůže nahradit původní vlastní rodinu dítěte, stejně jako nic nemůže plnohodnotně nahradit dělohu matky. Každé odlišné uspořádání zatěžuje především dítě, i když to dnes mnoho dospělých nechce vidět. Ne že by všichni museli spolu zůstat za každou cenu. Tou cenou, kterou už nelze platit, je zdraví dítěte. Tam, kde je horší být s rodiči než bez nich, je lepší být v náhradní sestavě. V.Chv.*

Odkaz na časopis:

Robert Svensson, Björn Johnson. Záleží na tom, v jakých rodinných konstelacích dospívající žijí? Přehodnocení vztahu mezi rodinnou strukturou a delikventním chováním. PLOS ONE, 2022; 17 (4): e0265964 DOI: 10.1371/journal.pone.0265964

## UKAŽTE DĚTEM, KOHO LÍBÁTE!



*DĚTI MOHOU POZNAT, KDO MÁ BLÍZKÉ VZTAHY, NA ZÁKLADĚ JEDNOHO KLÍČE: SDÍLENÍ SLIN.*

**Ukázalo se, že sdílení jídla a líbání patří mezi signály, které**

**děti používají k interpretaci svého sociálního světa (20.**



## ledna 2022, Zdroj: Massachusetts Institute of Technology).

*Mohlo by se zdát, že extrémní hygienismus západních společností postupně likviduje všechno „nehygienické“, kam by mohlo spadat třeba i líbání. Covidová pandemie s všudypřítomnými rouškami učinila ze slin téměř biologickou zbraň. Ale pozor! Sliny a jejich sdílení jsou nejspíš významným sociálním signálem pro nejmenší z nás, jak ukazuje výzkum vědců z MIT. Naučit se orientovat v sociálních vztazích je dovednost, která je zásadní pro přežití v lidských společnostech. Pro batolata a malé děti to znamená naučit se, na koho se mohou spolehnout, že se o ně postará.*

Neurovědci z MIT nyní identifikovali specifický signál, který malé děti, a dokonce i kojenci používají k určení, zda mají dva lidé silný vztah a vzájemnou povinnost si pomáhat. Rozhodující je, zda se tito dva lidé líbají, sdílejí jídlo nebo mají jiné interakce, které zahrnují sdílení slin.

V nové studii vědci ukázali očekávání dětí, že jedinci sdílející sliny si přijdou na pomoc v nouzi mnohem častěji než jedinci sdílející jen hračky nebo komunikující jinými způsoby, nezahrnujícími výměnu slin. Zjištění naznačují, že děti mohou pomocí těchto signálů zjistit, kdo kolem nich s největší pravděpodobností nabídne pomoc.

„Děti dopředu nevědí, které vztahy jsou ty blízké a morálně závazné, takže se to musí nějak naučit pozorováním toho, co se kolem nich děje,“ cituje Rebecca Saxe, profesora neurověd Johna W. Jarveho, člena McGovernova Institutu pro výzkum mozku na MIT. Hlavním autorem studie, která vyšla v časopise Science, je doktorand MIT Ashley Thomas.

V lidských společnostech lidé typicky rozlišují mezi silnými – „hustými“ (thick) a slabými – „tenkými“ (thin) vztahy. Silné vztahy, které se obvykle vyskytují mezi členy rodiny, se vyznačují silnou úrovní připoutanosti, závazků a vzájemné reakce. Antropologové také pozorovali, že lidé v silných vztazích jsou ochotnější sdílet tělesné tekutiny, jako jsou sliny. (Víme, že ochotně sdílejí i další sekrety. Pozn. red.)

„To nás inspirovalo k otázkám, zda kojenci rozlišují mezi těmito typy vztahů a zda sdílení slin může být opravdu dobrým vodítkem, které by mohli použít k jejich rozpoznání,“ říká Thomas.

Zjištění naznačují, že sdílení slin je pravděpodobně důležitým vodítkem, které pomáhá kojencům dozvědět se o svých vlastních sociálních vztazích a o vztazích lidí kolem nich.

„Obecná dovednost učit se sociálním vztahům je velmi užitečná,“ říká Thomas. „Jedním z důvodů, proč by toto rozlišení mezi silným a slabým vztahem mohlo být důležité zejména pro kojence, především pro lidské děti, které jsou závislé na dospělých déle než mnoho jiných primátů, je to, že by to mohl být dobrý způsob, jak zjistit, kdo jiný může poskytnout podporu, na které závisí přežití.“

Pozoruhodné je, že první část výzkumu proběhla před covidem a další poté, co populace propadla panice z kapénkové infekce. A přeci byly výsledky na rozšířeném souboru stejné.

*Chce se nám dodat, že vrozené, popřípadě silné získané (husté) vztahy, mají v rodině jiné vlastnosti než vztahy slabé. Ty první obsahují také biologickou složku, ať už vrozenou, nebo získanou sdílením mikrobiomu. Co jiného asi sdílení slin zajišťuje, že? A že to umí rozpoznat už batolata podle toho, kdo s kým sdílí sliny, by nás nemělo překvapovat.*



*Je však otázka, jak bezpečně se cítí nejmenší člen rodiny, kde se nikdo s nikým nelíbá. A jaký to může mít vliv na vývoj dítěte. Tento výzkum může ještě hodně překvapit!* V.Chv.

Odkaz na časopis:

Ashley J. Thomas, Brandon Woo, Daniel Nettle, Elizabeth Spelke, Rebecca Saxe. **Rané představy o intimitě: Mladí lidé používají sdílení slin k odvození blízkých vztahů.** *Science*, 2022; 375 (6578): 311  
DOI: [10.1126/science.abh1054](https://doi.org/10.1126/science.abh1054)

## KVALITA VAZBY BATOLETE S MATKOU SE PODÍLÍ NA TOM, JAKÉ VZTAHY BUDE VYHLEDÁVAT V DOSPÍVÁNÍ



**Mezilidská důvěra je klíčovou součástí zdravých vztahů. Když komunikujeme s cizími lidmi, rychle odhadneme, zda jim můžeme věřit. A tyto důležité sociální dovednosti mohou být formovány naším nejranějším vztahem s pečovateli. Adolescenti, kteří měli jako batolata nejistý vztah ke svým matkám, podle nové studie s větší pravděpodobností přeceňují důvěryhodnost cizích lidí.**

*Určitě to není nic nového, ale tentokrát je to vědecky prokázáno: úroveň vztahové vazby mezi matkou a dítětem rozhoduje o tom, jaké vztahy dítě bude vytvářet v dospívání. A jak dobře bude rozpoznávat nedůvěryhodné osoby. Tedy jinak řečeno, jak snadno podlehne špatným vlivům. Pozoruhodné důkazy přinesla nová studie týmu Xiaomei Li z University of*

*Illinois „Vazba mezi batoletem a matkou zmírňuje chování adolescentů a nervové hodnocení“, která vyšla nedávno v časopise *Social Cognitive and Affective Neuroscience* (2022).*

Projekt staví na datech z Children's Social Development Project, longitudinální studie provedené pod vedením Nancy McElwain, profesorky HDFS a spoluautorky článku. V prvním kole sběru dat se 128 batolat a jejich matek zúčastnilo návštěvy v laboratoři, kde výzkumníci pozorovali jejich interakce a hodnotili jejich styl připoutání.

O deset let později, když byly děti v rané pubertě, byly pozvány zpět na druhé kolo studie. Tentokrát chtěli vědci pozorovat, jak adolescenti hodnotili důvěryhodnost cizích lidí. Adolescenti, kteří byli umístěni pod MRI skenerem, si prohlíželi obrázky obličejů a byli požádáni, aby ohodnotili důvěryhodnost každého obličeje na stupnici od 1 do 5. Zároveň MRI skener



změřil jejich mozkovou aktivitu. Při hodnocení důvěryhodnosti bylo dospívajícím řečeno, aby zvažili, s jakou pravděpodobností by se obrátili na osobu s žádostí o pomoc nebo pokyny, kdyby byli sami v neznámém městě.

„Adolescenti, kteří měli v minulosti bezpečnou vazbu, vykazovali větší citlivost na nedůvěryhodné podněty ve srovnání s jejich nejistými protějšky,“ říká Li.

„Mohli jsme vidět, jak raná dynamika vztahů během batolecího věku, tedy klíčového období pro sociálně-emocionální vývoj, předpovídala fungování dospívajících, a to i na úrovni mozku.“

Jádrem teorie vazby je, zda dítě důvěřuje svému primárnímu pečovateli, že mu v případě potřeby poskytne teplo a pohodlí. Nekonzistentní nebo nespolehlivá podpora ze strany pečovatele může vést ke vzorci nejisté vazby.

„Vzhledem k tomu, že děti s nejistou vazbou zažily v mládí nedůslednou a nespolehlivou péči, mohou se nyní cíleně vyhýbat negativním sociálním podnětům, může to být obranný mechanismus, aby se chránily. Nedostatek aktivace mozku toto vysvětlení podporuje – naznačuje, že nejistí adolescenti nejsou schopni zpracovávat nedůvěryhodné podněty,“ říká Li.

„Ve srovnání s tím mohou být adolescenti s bezpečnou vazbou v anamnéze otevřenější k přemýšlení a reakci na negativní sociální podněty.“

Zjištění také naznačují, že je důležité, aby byli rodiče otevření negativním emocím svého dítěte, uvádí McElwain.

„Bezpečná vazba se pravděpodobně rozvine, když rodič dokáže přijmout negativní emoce svých dětí a reagovat útechou a podporou. Když se rodiče vyhýbají řešení negativních emocí svého dítěte, děti

mohou zjistit, že tyto emoce jsou 'špatné'.“

„Je v pořádku, když jsou děti našťvané, jsou to důležité, poučné okamžiky, kdy mohou rodiče dětem pomoci, aby se vyřádaly se svými emocemi způsobem přiměřeným jejich věku. Děti tak budou lépe připraveny zapojit se později do čehokoli, co jim přijde do cesty.“

McElwain zdůrazňuje, že účinky raných zkušeností nejsou nevratné.

"Během dospívání dochází k velkému vývoji mozku. Dospívající jsou mnohem lépe schopni vědomě reflektovat své zkušenosti a emoce, je tedy výborná příležitost zasáhnout a změnit vzorce chování, které nefungují dobře. Rodiče, stejně jako ostatní dospělí, například učitelé nebo trenéři, mohou dětem a dospívajícím pomoci, aby se naučili reagovat na negativní sociální podněty nebo sociální situace prostřednictvím otevřené diskuse, hraní rolí a pozitivního modelování."

*My bychom dodali, že dobrá vazba s matkou v prvním roce života může hrát významnou roli o deset let později, kdy se dítě začne pohybovat samostatně ve světě a potřebuje rozoznat důvěryhodné a nedůvěryhodné osoby. Pokud ztrácí důvěru k rodičům, může se ke své škodě navázat na osoby, které mohou svěřenou důvěru zneužít. Především důvěrné skupiny na sociálních sítích si mohou snadno takové dítě získat a podmanit. To se může projevit i nečekaným nárůstem takových zdravotních problémů, jako jsou poruchy příjmu potravy, genderová dysforie nebo stoupající četnost sebepoškození a sebevražd dospívajících. Proto s takovou nedůvěrou sledujeme tlak na zkracování doby, po kterou se mohou matky intenzivně starat o novorozence a kojence. V.Chv.*



Odkaz na časopis: Xiaomei Li, Nathan A Jorgensen, Nancy L McElwain, Eva H Telzer. Toddler–mother attachment moderates adolescents' behavioral and

neural evaluation of trustworthiness. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2022; DOI: [10.1093/scan/nsac009](https://doi.org/10.1093/scan/nsac009)

## POZOR NA VĚDECKÉ PRÁCE: AŽ 2/3 Z NICH NELZE REPRODUKOVAT!



Vědeckým výzkumem se zaštiťuje stále více i naše medicína. Co nebylo vědecky prokázáno, neexistuje. Spoléhání na vědecké důkazy může být ale ošidné. Při podrobnějším pohledu na více než 12 000 výzkumných prací o buněčné biologii rakoviny prsu pomocí automatické textové analýzy v kombinaci s umělou inteligencí „robotického vědce“ Eve se ukázalo, že jen 1/3 výsledků lze reprodukovat. Nakonec se ukazuje, že velmi záleží na tom, kdo konkrétně pokus reprodukuje, jde tedy také o vysoce subjektivní činnost, jakou bychom u vědy zbožňující objektivitu nečekali.

Problém nedostatečné reprodukovatelnosti je jednou z největších krizí, kterým moderní věda čelí. Vědci pod vedením University of Cambridge analyzovali více než 12 000 výzkumných prací o buněčné biologii rakoviny prsu. Po zúžení souboru na 74 prací vysokého vědeckého zájmu byla méně než jedna třetina – 22 prací – shledána jako reprodukovatelná. Ve dvou případech se Evě podařilo učinit nečekané objevy.

Výsledky zveřejněné v časopise Royal Society Interface ukazují, že je možné využít robotiku a umělou inteligenci k řešení krize reprodukovatelnosti.

Úspěšný experiment je takový, kdy jiný vědec v jiné laboratoři za podobných podmínek může dosáhnout stejného výsledku. Ale více než 70 % výzkumníků se o to pokusilo, ale nepodařilo se jim reprodukovat experimenty jiného vědce. Více než polovině se nepodařilo reprodukovat některé ze svých vlastních experimentů: to je krize reprodukovatelnosti.

„Dobrá věda se spoléhá na to, že výsledky jsou reprodukovatelné, jinak jsou výsledky v podstatě bezvýznamné,“ řekl profesor Ross King z Cambridge's Department of Chemical Engineering and Biotechnology, který výzkum vedl. „To je obzvláště důležité v biomedicíně: pokud jsem pacient a čtu o slibné nové potenciální léčbě, ale výsledky nejsou reprodukovatelné, jak mám vědět, čemu mám věřit? Výsledkem by mohlo být, že lidé ztratí důvěru ve Vědu.“



Před několika lety King vyvinul robotickou vědkyni Eve, počítačový/robotický systém, který využívá techniky umělé inteligence (AI) k provádění vědeckých experimentů.

„Jednou z velkých výhod používání strojů k provádění vědy je, že jsou přesnější a zaznamenávají detaily přesněji, než to dokáže člověk,“ řekl King. „To je dělá vhodnými pro reprodukování vědeckých výsledků.“

Pro aktuální článek se tým zaměřil na výzkum rakoviny. „Literatura o rakovině je obrovská, ale nikdo nikdy nedělá stejnou věc dvakrát, takže reprodukovatelnost je obrovský problém,“ řekl King. „Vzhledem k obrovskému množství peněz vynaložených na výzkum rakoviny a obrovskému počtu lidí postižených rakovinou po celém světě je to oblast, kde naléhavě potřebujeme zlepšit reprodukovatelnost.“

Zatímco v tomto experimentu bylo zjištěno, že pouze 22 ze 74 dokumentů je reprodukovatelných, vědci tvrdí, že to neznamená, že zbývající dokumenty nejsou vědecky reprodukovatelné nebo robustní. „Existuje mnoho důvodů, proč konkrétní výsledek nemusí být reprodukovatelný v jiné laboratoři,“ řekl King. „Buněčné linie mohou někdy například změnit své chování v různých laboratořích za různých podmínek. Nejdůležitější rozdíl, který jsme zjistili, byl ten, že záleží na tom, kdo experiment provádí, protože každý člověk je jiný.“

King říká, že tato práce ukazuje, že automatizované a poloautomatické techniky

by mohly být důležitým nástrojem, který pomůže řešit krizi reprodukovatelnosti, a že reprodukovatelnost by se měla stát standardní součástí vědeckého procesu.

„Je docela šokující, jak velkým problémem je ve vědě reprodukovatelnost, a bude to vyžadovat kompletní přepracování způsobem, jakým se dělá spousta vědy,“ řekl King. „Myslíme si, že stroje hrají klíčovou roli v tom, aby to pomohly opravit.“

*My bychom chtěli dodat, že dominance vědy nad praxí je v naší medicíně stále větší. Tlak na správný postup podložený vědeckým výzkumem a despekt ke zkušenosti lékaře může být zavádějící, pokud vezmeme v úvahu, jak nízká je reprodukovatelnost zásadních prací. A to nemluvíme o těch méně zásadních. To znamená, že se chceme za psychosomatickou medicínu zříci výzkumu, ale voláme po rovnováze všech aspektů původního záměru EBM: integraci nejlepších výzkumných výsledků s „klinickou odborností a pacientovými hodnotami“ (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001, s. 47).  
V.Chv.*

Citace článku:

Katherine Roper, A. Abdel-Rehim, Sonya Hubbard, Martin Carpenter, Andrey Rzhetsky, Larisa Soldatova, Ross D. King. **Testování reprodukovatelnosti a robustnosti literatury o biologii rakoviny pomocí robota.** *Journal of The Royal Society Interface*, 2022; 19 (189) DOI: [10.1098/rsif.2021.0821](https://doi.org/10.1098/rsif.2021.0821)





# ÚVAHY, ESEJE



## JAN PONĚŠICKÝ: SROVNÁNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉHO A PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU (LÉČBY) V TEORII I PRAXI

Podstatná otázka zní: Je psychoterapie jedinou léčebnou metodou psychosomatických onemocnění? Samozřejmě není, psychosomatické poruchy reagují kladně na tělesný pohyb, cvičení, relaxaci a fyzioterapii či na změnu životosprávy (jídlo, alkohol, kouření apod.). Dále přicházejí v úvahu psychosomatické konzultace, v určitých případech farmakoterapie, nemluvě o spirituálním přístupu. Zde narážím na diskutovaný článek v PSYCHOSOMU kolegyně Dolákové o účinnosti energetických terapií. Existuje spirituální energie s léčivými účinky působícími i na dálku? O životní energii přemýšleli mnozí filozofové a její existence se zdá být nadsadě: Něco zde musí být, co umožňuje život, vždyť se dosud vědcům nepodařilo sestrojít ani jedinou živou buňku. Avšak musí to být energie? Alternativně si lze představit něco nehmotného, informaci –

či duši, kterou psychologie, psychosomatika i medicína odstranila ze svého rejstříku. Vzpomínám si, že jsem v roce 2007 přednášel na mezinárodní konferenci katatymně-imaginativní psychoterapie o intersubjektivním poli a ptal se, co to je za „fluidum“, které se utváří mezi dvěma jedinci, např. důvěra či nedůvěra, vděčnost, napětí či přátelství. Na to je třeba během terapie dbát, neboť to omezuje, či v pozitivním případě rozšiřuje působnost terapeutických intervencí (včetně medikamentů).

Zda se rýsuje nějaké vše vysvětlující nové paradigma, lze těžko odhadnout. V tomto směru mne vždy zajímalo, zda jde o kvantum dalšího vědění s následným kvalitativním skokem, či spíše o změnu pohledu, který umožňuje nové nazírání; v novém světle uvidíme něco, co jsme doposud



neviděli, nové souvislosti – které pak můžeme testovat (viz Einstein). Mnozí vědci, dokonce i fyzici, hovoří o lásce, spojenci mezi energií a informací coby podstatou všeho, i života. Kardiolog Paul Pearsaal hovoří o vlivu (i léčebném) „info-energie“, kterou vyzařuje srdce do celého organismu i mimo něj. Myslet a jednat srdcem pro něj znamená nové paradigma.

V teorii i praxi jde o rozdíl ve vnímání psychosomatických souvislostí. Psychotherapie je zde tradičně dualistická: psychika a získaný náhled, změna vztahovosti či změna chování ovlivní výskyt tělesných symptomů.

V psychosomaticce se prosazuje (resp. prosazují a představují) monistické porozumění s pojmy oduševnělého těla a ztělesněné psychiky (Poněšický, 2021). Heslovitě řečeno: moje tělo je můj mozek. To se kryje s tradiční čínskou i indickou medicínou (např. jógou a ayurvédou), např. s pojetím čakr. V nynější medicíně se zdůrazňuje nezávislost srdce na mozku se svými desítkami tisíc nervových buněk, solární plexus, či funkce mikrobiomu. Celým tělem vnímáme i reagujeme.

Je-li tělo prodchnuto duševnem, tak je psychotherapie vždy psychosomatickou, a naopak jsou tělesná cvičení a procedury zároveň i psychickými akty. Opět heslovitě: V zdravém těle zdravý duch (což praktikuje více psychosomatická – lépe řečeno somatopsychika) a i opačně zdravý duch znamená zároveň zdravé tělo (což praktikuje psychotherapie i psychosomatická). Vhled, změna osobnosti, psychický rozvoj atp. jsou zároveň i tělesné procesy. To znamená: takový, jaký jsem, takové je moje zdraví. To zahrnuje např. vizualizace a vůbec optimistický postoj (pak je i naše tělo optimistické) a lépe se uzdravuje, což potvrzuje i doba přežití či uzdravení u zhoubných nádorů. To dokázal i experiment s uspořádáním podmínek „za mlada“ s tehdejšími songy, novinami,

sportováním a hrami se staršími lidmi s různými neduhy v několikátýdenním táboře, které po několika týdnech (objektivně) mizely. Jde i o zdravější zacházení se stresem, resp. aktivaci vagálního uklidňujícího systému.

Alternativně si lze představit, že vnímáme vše celým naším psychosomatickým já. Jak jinak si představit fakt, že často vnímáme, že nás někdo sleduje (experimentálně prokázáno), či jakým smyslem, když ne celou naši osobností vnímáme – vědomě i nevědomě – (což je důležité během psychotherapie) intersubjektivitu, jež mezi námi vzniká, či určitou skupinovou atmosféru. Právě v balintovských skupinách je kladen důraz na celistvé (protipřenosové) psycho-somatické vnímání i reakce. Autoři zabývající se spiritualitou (Benson) poukazují na vývojovou možnost (vnímání) se otevřít celou svou osobností universu, Bohu, vnímat svět jinak, jak se děje i v průběhu meditací. Kardiolog a neuropsycholog Paul Pearsall tvrdí, že naše orgány, zvl. srdce, reagují přímo na vnitřní i vnější podněty, majíce k dispozici vlastní paměť, která existuje i na buněčné úrovni. Odvolává se mimo jiné na vliv transplantace srdce na jeho příjemce.

V praxi to znamená, že psychosomatická léčba integruje i jiné procedury než psychotherapii (relaxační cvičení, masáže, v USA a Anglii např. „therapeutic touch“, teplo, vodu, pohyb) a preferuje jen určité formy psychotherapie s fokusem na tělo a nemoc.

Zde vynikne význam i psychosomatického poradenství, které může aktivovat sebeúdržavné potenciály (vlastní aktivitu) a posílit imunitní systém.

Psychotherapeutické směry zdůrazňují různé základní potřeby, jejichž neuskutečnění či frustrace vedou k psychickým či psychosomatickým příznakům. V



psychosomatice to byl Franz Alexander, který poukazoval na fakt, že potlačení, resp. zabránění sympatické reakce vede k o to silnější tělesné sympatikogenní reakci, jako je zrychlený tep, zvýšený krevní tlak, svalový tonus atd. Nepřipuštění parasympatické funkce, k níž patří restituce, relaxace a zklidnění vede též k vago-tonním příznakům, například slabosti, mdlobám, často spojeným s přáním si konečně odpočinout a nechat se obstarávat, či zažívacím poruchám.

Zde si vzpomenu na Ericha Fromma s jeho úvahami nad lidskou svobodou coby údělem člověka, který se nejen může, ale i musí stále (libovolně) rozhodovat, což je však spojeno s nejistotou pouze subjektivního rozhledu. Tato svoboda se dokonce týká i libovolné manipulace našeho vnitřního, emocionálního i myšlenkového světa: jsme schopni něco zatěžujícího či nepatřičného vytěsnit z vědomí, nebo tomu dát přijatelný význam.

Domnívám se, že jediná oblast, kde to nejde, je naše tělo, a určitým testem přirozeného, ba správného života je zdraví či nemoc (to by bylo třeba prozkoumat, zda například lháři či zločinci se mohou těšit výbornému zdraví). K tomu je třeba dodat, že je naše tělesnost původně spojena s naším „já“, s čímž souvisí i otázka, zdali je tudíž tím kompasem zdravého a správného žití (vnímání a reagování) naše „pravé já“. To se však již během raného dětství „odpojilo“ od sejetí s tělem, byvši vystaveno té které socializaci. S čím vším jsme se identifikovali, přejali očekávání rodičů, neustále vystaveni dalším vlivům (plus mediím, celé společenské atmosféře)! Toto vše „uzávorkovat“ je ideálem fenomenologické filozofie a z ní vzešlé daseinsanalýzy, avšak je to uskutečnitelné, či je „pravdivé“ vnímání vyhrazeno jen tělu? Alternativně je připisována rozhodující úloha ohledně našeho jednání emocím (např. viz Honzák), což jsou

ovšem psychosomatické fenomény a mohou být i („falešně“) naučeny.

Přesto: kdybychom naši, vždy jednostrannou subjektivitu uzávorkovali, co potom zbude? Vyprázdňený dasein, pobyt ve světě? Čisté vědomí, cíl buddhistic-kých meditací, nebo subjektivní vědomí vlastní existence, identity, spojené opět s naším tělesnem? Vnímání našich život-ních potřeb, zvláště té první a základní – po lásce, harmonii a po přitakání svému životu?

Jak jsem se na začátku již zmínil, odvíjela se již od počátku psychoterapie nad tímto tématem zajímavá debata, které z našich frustrovaných potřeb jsou odpovědné za vznik psychických a psychosomatických poruch. Freud vyzdvihoval libidinózní touhu po slasti, Sandler považoval za základní motivaci potřebu jistoty (včetně „obran“), humanistické směry zdůrazňují touhu po seberealizaci, a v posledních letech se diskutuje o významu životního smyslu a spiritualitě. Stále více pacientů zápasí s problémem difuzní identity. Lze to shrnout tak, že je naší základní potřebou být, existovat, žít plně s pocitem se-bepůsobnosti a odpovídajícím sebestpotvrzením vlastní identity? (tak nějak to myslel i J. P. Sartre). A tělesné příznaky vznikají na místě nežitého života, neboť je život nerozlučně spojen a tělesným zdravím, potažmo přežitím.

Po narození vyjadřuje dítě vše tělesně, tak komunikuje, raduje se i pláče, vyžaduje či protestuje. Když si zevní, ale i vnitřní svět zdvojuje, symbolizuje, tak začíná mít tento zprostředkovaný obraz světa i sebe samostatnou existenci (tělo jako objekt), neboť to má pro něj velký praktický význam: na této úrovni je s ním jednáno a ono samo na té samé úrovni komunikuje, a tím řídne vědomé spojení s tělesnem. Tím intenzivněji reaguje somatopsyché takřkajíc na vlastní pěst bez vědomé kontroly, tudíž zkomoleným příznakem.



K tomu může dojít nejen potlačením, odštěpením psychiky od tělesna, nýbrž i deficitním původním spojením tělesného s vědomým, psychickým (Poněšický, 2006). Obdobně lze diskutovat otázku spojení energie (energetických tělesných psychoterapií) s účinkem náhledu (analytické psychoterapie), obé se propojuje. Toto spojení zprostředkovávají emoce, v kterých je propojena tělesně-energetická složka s příslušným významem. Domnívám se, že tato spojení (tělo-duše, či energie-zvědomění) tato celistvost posiluje naši resilienci, a naopak: v posledních letech stoupají nároky na náš obranný, imunitní systém, jenž je tudíž stále v akci, a tím se i obrací proti původně neškodným látkám, což vede k alergiím, či i proti buňkám vlastního těla, což má za následek autoimunní onemocnění. Jsme opravdu stále více „propustní“ jak na tělesné, tak na psychické úrovni, nechávající na sebe, ba do sebe vše působit? Ale opět: to tělesné a psychické je propojené coby somato-psycho-somatické. Ze sociálního hlediska jsme stále častěji vystavováni negativním vlivům, které oslabují naši resilienci: mediální tlak, pracovní stres a chvat, uprchlické krize, finanční nejistota, pandemie, nezdravé ovzduší, nezdravě konzervované potraviny atd. – aniž bychom to mohli efektivně ovlivnit. Tento neustálý stres má za následek neustálou aktivaci sympatiku s nedostatečností parasympatického vagálního systému. To nás opět oslabuje, na což reaguje náš locus minoris resistenciae.

To znamená, že je tělo naším vnímacím, výrazovým, reagujícím i komunikujícím orgánem. Jak již řečeno, jsou tyto funkce a interakční formy chování posléze zvědomovány a verbálně reprezentovány. Vše tělesné je od počátku i psychické, a naopak to psychické včetně našeho způsobu chování je i tělesné. Hovořím o oduševnělém těle a ztělesněné psychice. Nelze tudíž dualisticky tvrdit, že psychika

ovlivňuje tělo a vše tělesné psychiku, je to vždy propojeno. Z toho plyne význam tělesnosti, péče o ni, o relaxaci i pohyb, o dostatečný spánek pro komplexní psychosomatickou léčbu. Tato somatopsychická perspektiva je její specifickou součástí. Jde nejen o relaxace, psychogymnastiku, taneční a pohybovou terapii, včetně sportu, nýbrž např. i o jógu, tai-chi, kulturu jedení a zdravou stravu a péči o vlastní tělo: zjednodušeně řečeno je ve zdravém těle zdravý duch. A i opačně. Prostě jde o to připustit psychosomatickou, komplexní výrazovost i způsob komunikace. Tato somato-psycho-somatická perspektiva je efektivní i v léčbě chronických nemocí, např. stavů po infarktu myokardu, v rehabilitaci po následcích vážných úrazů či u jiných zdravotních postižení (viz paraolympijské hry). Zde bych rád apeloval na olympijský výbor, aby zařadil do programu olympijských her i sportovní soutěže pro seniory (65 plus), což by mohlo starší lidi nadchnout a motivovat je, aby se více pohybovali. Právě u starších lidí je takové omlazování, radost z tělesného fungování výbornou prevencí proti oslabování imunitního systému, ale také Alzheimerově chorobě – což by mělo i významný národohospodářský význam.

Nové (psychosomatické) objevy jen potvrzují takovýto komplexní přístup. Tak např. zjistil B. Peterson z Kodaňské univerzity, že pohyb, zejména jako cvičení či jogging, má nejen pozitivní vliv na zdraví, zvl. co se týče předcházení stresovým onemocněním, nýbrž že činné svaly produkují myokiny (coby i orgány s vnitřní sekrecí), které snižují riziko rakoviny.

Podobné je to i s působením meditací, např. vagálních meditací. Porges a po něm Schnack objevili v eferentních, centrifugálních motorických nervech v nervus facialis, oculomotorius a glosopharyngicus aferentní centripetální nervová vlákna, vedoucí vzruchy z obličeje, očí i



hlasivek zpět do mezimozku k jádru nervus vagus, který jej stimuluji včetně pre-sympatické oblasti (coby protihráče sympatiku, což vede k uklidnění srdeční i dechové činnosti i zažívacího traktu. Tudiž dechová cvičení či aktivní muzikoterapie, zpěv atd.

Jedna zajímavost z Německa: Poskytují balintovské skupiny na jedné Psychosomatické klinice a na Klinice behaviorální medicíny (Klinik für Verhaltensmedizin) se stejnou psychosomatickou klientelou. V té poslední jmenované stojí v popředí identifikace chování, které se podílí významnou měrou na vznik a trvání nemoci, včetně rehabilitace a nácviku zdravé životosprávy. To neodporuje cíli psychodynamické psychoterapie běžné na psychosomatických pracovištích, ve které jde o náhled a konfrontaci s překážkami („odporem“) ohledně změny habituálních maladaptivních vzorců interpersonálního chování. Tuto snahu lze chápat jako přípravu k realizaci zdravějšího, např. autentičtějšího chování v praxi. Otázka je, zda je tento prvý krok podmínkou druhého (behaviorálního) kroku, zvl. co se týče dlouhodobé změny v životě směrem ku zdraví.

Samozřejmě nezpochybňuji význam mentální separace od prvosignálního spojeného somatopsychického žití, toto už jmenované zdvojení reality, tato distance umožňuje efektivní zacházení s různými situacemi, a vůbec i existenci současné vědy. V psychoterapii je důležitá schopnost pendlovat mezi racionálním pohledem z vnějšku (jak si pacient organizuje realitu, např. se schopností se ohraničit, regulovat míru stresu) a mezi

empatickým vcítěním, nechat se unášet, zanořit se. U pacientů je tato schopnost ochránit před spolehnutím se na externí řízení dle očekávání (či nařízení, pravidel, tlaku) okolí.

Ve vcítění a porozumění pacientovi brání často terapeutovi jeho vlastní nevyřešená problematika (Poněšický, 2019). Vzpomínám si na nedávnou balintovskou skupinu, ve které psychoterapeutka přednesla případ 45leté pacientky, kterou náhle opustil její partner. Důvodem bylo neporozumění jejího protiřečícího chování, což ji iritovalo. Pacientka stále tvrdila, jak je tady jen pro druhé a sama zůstává v pozadí, avšak na psychosomatické klinice, ve skupinách, individuální terapii i během primářských vizit vyžadovala stále více pozornosti, neuvědomujíc si následky své bezbřehé expanzivity (i tělesně ve formě nadváhy), nehledíc na to, jak to působí na okolí. V diskusi se hovořilo o nedostatečném prostoru ohledně pozornosti ze strany rodičů a tím o touze po něm, což si pacientka plně neuvědomovala. Za týden, na příští balintovské skupině referovala kolegyně s radostí, že má daleko víc porozumění i sympatie k této pacientce poté, co si uvědomila, že ona sama musí dát najevo hranice, čehož se odvážila a zjistila, že to její pacientka unese a chápe.

Je jistým paradoxem, že se psychoterapie i psychosomatika stále méně věnují otázce, co je člověk: je jen tím, co se dá měřit, a to, co naše materialistická věda empiricky-racionalisticky nedokáže ověřit, prostě neexistuje? To se hlavně týká spirituální oblasti, víry, vzájemného působení na sebe, bytí částí přírody apod.

## Literatura

1. Benson, H.: Heilung durch Glauben. Wilhelm Heyne Verlag, München, 1997
2. Dispenza, J.: Du bist das Placebo. KOHA, Burgrain, 2014
3. Hamilton, D.: How your mind can heal your Body. 2008 by David Hamilton



- (německy: Achte auf deine Gefühle. Ullstein, Berlin 2012
4. Pearsall, P.: The Heart's Code, Broadway Books, NY 1998
  5. Kolektivní monografie: Psychosomatická medicína 2020 – nástroje psychosomatické medicíny. Palestra, Praha 2020
  6. Pearsall, P.: the Heart's Code. Broadway Books, New York 1998
  7. Poněšický, J.: Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze. Triton, Praha 2019
  8. Poněšický, J. (Ed.): Duše a tělo v psychosomatické medicíně. Triton, Praha 2021
  9. Schnack, G.: Die Vagus Meditation, Thieme, Stuttgart 2022



## STANISLAV KOMÁREK: TŘI METLY ZÁPADU



Po prudkém přelomu v roce 2020 se začíná ukazovat, že Západ vkročil do dalšího stadia své autolýzy, to jest rozkladu vlastními silami (mnohem závažnějšího, než byla nedostatečná reprodukce jeho obyvatel v posledních dekádách). Víceméně nezávisle na kořeni jeho bytí hlodá „hygienismus“, přinášející medicínskou diktaturu s potlačením dosavadních svobod, kulturní války vedené extrémním džendrismem a „rasismem naruby“, a extrémní environmentalismus, chápající lidi na planetě v podstatě jako nežádoucí. Všechny je spojuje další „metametla“, moderní média. Lze říci, že v kořeni všech z nich leží něco chvályhodného: o zdraví by se mělo pečovat, se ženami a příslušníky minorit by se mělo jednat zdvořile a spravedlivě a životní prostředí by se mělo šetřit. Potíž je v tom,

že všechny časem přešly ve fundamentalisticko-náboženskou podobu, jejíž hlasatelé, „noví posedlí“, ztratili jakoukoli vnitřní brzdu a cítí se být spasiteli lidstva či národů ve svém akčním okruhu – snad je to způsobeno nedostatečným zpracováním pozvolna mizející židovsko-křesťanské myšlenky Mesiáše-Spasitele a oni sami se vžívají do této role. V tomto se řečená hnutí zcela podobají předešlým vládním bojovné „sekulární spásy“, komunismu a nacismu – snaha vybudovat na zemi nebo zcela spolehlivě vede k tomu, že se vybuduje peklo. I bez krvavého konfliktu může vzniknout nouze, z tradiční vzdělanosti zřejmě zůstanou jen trosky. Podobně jako obě předchozí vlny jsou nesená obrovským nadšením, ať nedím zarputilostí, již není tradiční, mnoha vedlejšími ohledy vázaná občanská společnost



vůbec schopna odolávat – dlouhým fungováním se také jakýmsi způsobem vyčerpala (carské Rusko muselo kdysi zaniknout, zdá se, jen proto, že dlouho bylo...). Pokud se někdo domnívá být ve vlastnictví ultimátních spásných pravd, vyplývá z toho pro něj „právo“ jim ostatní podrobit, ať chtějí, nebo ne – ten, kdo se podvolit nechce, může být buď jen naprostý hlupák, nebo naprostý zlovolník. Mlčící většina si myslí svoje, ale dlouhodobě plní zadání aktivní spásitelské menšiny.

Obávám se, že tyto tři paralelní vlny je třeba nechat přejít a proběhnout, což ovšem přinese velké utrpení a západní společnost dnešní podoby zničí. Vzniklý systém či systémy je následně třeba nechat „vyhnít“, což posléze umožní zase etablovat snesitelnější a lidské přirozenosti bližší poměry. Je ovšem dobře upozornit, že „vyhnívání“ komunismu v SSSR trvalo plných sedmdesát let a nacismu, pokud by nebyl zničen přímou vojenskou akcí za pouhých dvanáct let, by to nepochybně trvalo ještě déle a škody jím učiněné by byly ještě větší. Lze očekávat cosi ve stylu „třicetileté (víceméně) nekrvavé občanské války“, a budiž řečeno, že „svaté“ války patřily v dějinách k nejbrutálnějšímu a nejbezohlednějšímu. Člověk se od zvířat liší zejména tím, že je ochoten bojovat za teoretické principy, byť ty se pak ihned stávají výchozí bází pro reformace a deformace společnosti. Obrovská urputnost řekněme našeho husitství i jiných středověkých radikálně náboženských hnutí dobře ukazuje, z jakých asi duševních zdrojů jsou i dnešní spásné nauky napájeny. Na rozdíl od nich (i komunismu a nacismu) není dnes před novými spásiteli kam utéct, společnost je zcela globalizovaná. Bude nutno se přikrčit a čekat, zřejmě po generace? Eugen Drewermann kdysi možná ne tak blouznivě navrhoval likvidaci komunismu tím, že by se k němu Západ s nadšením, byť

třeba předstíraným, přidal a poddal se mu a tím jej zcela rozložil (takto také tradičně vítězila Čína nad invazemi stepních kočovníků).

Co je pro všechna tato tři hnutí sjednocujícím společným rysem? Je to především představa, že nad člověkem už není žádná jiná vyšší síla (poslední z mocných, kdo o ní u nás ještě věděl a mluvil, byl V. Havel) a individua i vlády musejí „strhnout“ vše pouze svou vlastní silou a technickým umem (ovšem ani diktatura těch, kdo se domnívají mít přímý drát k Všemohoucímu, nebývá o moc lepší). Dále to, že člověk může vše sám zcela podle své vůle manipulativně rozhodovat (týká se ovšem jen těch, „kteří vědí“ a mají příslušné „pověření dějin“, jiní se mají bát a poslouchat) a stačí vydat příslušný dekret a dostatečnou silou tlačít na jeho konsekvantní uskutečnění, aby se svět od základů změnil a stal lepším. Pokud se tak nestane a úporné snažení narazí na „resilienci světa“, „hmotnou pravdu“, bude zajisté zvykem hledat viníky v „sabotérech“ jako za stalinismu, protože spásná teorie se mýlit nemůže. Propojení digitální kontroly a nového totalitarismu může vytvořit toxickou směs zcela nevídané intenzity. Celý fenomén „tří metel“ můžeme nepochybně také označit jako „trest“ Kořene Světa (tradiční Evropan by řekl Boha, tradiční Číňan Nebes) za lidskou neomezenou sebeadoraci, neuznávající, že by měla v kosmu něco sobě rovného, ne-li člověka a jeho vůli přesahujícího, a „dorovnávání“ tohoto podivného kurzu. Jistě, pádem říše římské se nepotopila Itálie a nějaká státnost a kultura na místě autolyzovaného Západu nepochybně opět bude. Křeče budou trvat jistě dlouho. Jsem na každý pád rád, že už jsem starý a relativně brzy umřu.

Vyšlo 3. 2. v časopisu Echo  
V Psychosomu publikováno se souhlasem redakce Echo  
Jiný konflikt zájmů není znám.





# RECENZE



## VLADISLAV CHVÁLA: JEFTOVY DĚTI – KNIHA, KTERÁ NESMĚLA VYJÍT

Recenze knihy R. O. Lopez, B. Kleinová: Jeftovy děti. (ISBN 978-80-11-00720-1)

Možná to čtenáře překvapí, ale už zase nastala doba, kdy některé hlasy nesmí zaznít a některé knihy nesmí vyjít. Patří k nim i titul Jeftovy děti (Právo na děti nebo práva dítěte?), kterou pod názvem Jephthah's Daughters vydal roku 2015 v USA vlastním nákladem International Children's Right Institute se sídlem v LA, když běžné nakladatelské domy odmítly knihu vydat, aby nemusely čelit útokům LGBT aktivistů. Podobně se zachovalo i české nakladatelství, které připravovalo překlad knihy k vydání u nás. Co je na té knize tak pobuřujícího? Nebo přesněji, co je na právech dítěte v současné době tak nepřijatelné, že je třeba umlčet každý hlas, který by zpochybňoval dominující narativ doby, že je totiž naprosto jedno, zda dítě vyrůstá se svými rodiči nebo s jakýmikoli jinými lidmi, kteří si ho třebas i koupí?

Svým žánrem jde spíš o svědectví než o odborný text, i když všechna podstatná tvrzení jsou pečlivě doložena. Oba hlavní autoři vyrostli v péči homosexuálního páru. Patří svým věkem k nechtěným průkopníkům dnes tak hlasitě prosazované adopce dětí homosexuálními páry mužů či žen pod hesly „jsme fér“ a „manželství pro všechny“. Na rozdíl od široce medializovaných studií, které usilovně dokazují, že děti vyrůstající s homosexuálními páry jsou šťastné, zdravé a chytré, tato kniha ukazuje na řadě skutečných příběhů, jak jiná může být realita takového dětství. Na rozdíl od některých otřesných, a doufejme, že také výjimečných případů zneužívání dětí, které jsou obsahem jedné z kapitol, vyrůstali autoři v docela klidném prostředí dvou žen nebo dvou mužů, kde jeden z dospělých byl skutečným rodičem, druhý vlastní rodič však chyběl. Nejsou to tedy lidé, kteří by si vyřizovali účty s nepřijatelnými rodiči



nebo s homosexuály. Jen bylo jejich dospívání a následné hledání sama sebe velmi komplikované. Teprve když se kolem čtyřicítky „vymanili z pout svých rodin a homosexuální komunity“, začali objevovat, v čem byl problém jejich dětství a co nenávratně ztratili. A takto zcitlivělí nemohli nevidět neúprosný trend ve společnosti v USA, který vystavuje stále více dětí tomu, čemu museli sami čelit.

Autoři nejsou žádní nevzdělanci. Robert O. Lopez je profesorem humanitních věd, Brittany Kleinová získala magisterský titul v oboru tvůrčího psaní, učí angličtinu. Prostředí homosexuální komunity dobře znají a rozhodně nejsou žádnými „homofoby“ nebo nenávisťníky k odlišné sexuální orientaci, za jaké je označují aktivisté LGBT. Sami si bohatou homosexuální zkušeností prošli. Jejich pozornost není zaměřena na sexuální praxi dospělých, ale na osud dětí, které mají být především dokladem normality homosexuálních párů.

Děti, kterým brzy po narození zemře matka nebo otec a zbylý rodič začne žít v homosexuálním svazku<sup>1</sup>, je velmi málo, hlavním cílem radikálního požadavku legalizace adopce dětí homosexuálními páry není altruistická náprava nešťastného stavu polovičního sirotka, ale uvolnění obchodu s dětmi. Autoři dokládají, že ani v USA není dostatek „volných dětí“ v dětských domovech. A převážně bohaté homosexuální páry, toužící po attributech dokonalé rodiny, nechťejí postižené, nemocné nebo zanedbané děti. Alespoň jedna z lesbických žen může dítě porodit a otce vyloučit, ale u mužů je situace obtížnější. Ani jeden z nich nemůže otěhotnět. Proto se rozvíjí ruku v ruce s prosazováním LGBT agendy „manželství pro všechny“ volný trh s dětmi, s dělohami,

vajíčky a spermiemi. Je to sice ta proslulá „neviditelná ruka trhu“, která dnes už miliardové obchody řídí bez ohledu na lidské osudy, ale autoři ukazují na konkrétní organizace, kterým se podařilo postupně pod rouškou ochrany práv menšin vnutit společnosti nový narativ, ve kterém homosexualita je stejně normální stav jako heterosexualita, a proto musí mít i homosexuální páry právo na dítě. Situace bezdětného homosexuálního muže je ztotožňována s neplodnou ženou, proto také on musí být uspokojen tím, že mu bude dítě dodáno. To pak spolu s právem na stejný sňatek, jako mají heterosexuální páry, bude dokladem skutečné rovnosti a normality.

Hodnota homosexuálů pro společnost ale není přece v tom, že se umí postarat o svěřené nebo koupené dítě, že umí lépe či hůře inscenovat rodinu podobnou té přirozené (od slova přirodit, porodit vlastní dítě), ale především v jejich velké tvořivosti. Zvláště muži maximalizují tvořivost, která je vlastní dospívajícím chlapcům, a tu, s energií časného mládí často rozvíjejí i v práci, která není rozptylována ani rodičovstvím (to při heterosexuálním styku vždycky hrozí). Autoři svědčí o tom, že v USA tvoří především muži velké a bohaté komunity, které se zcela obejdou bez žen. Pokud chtějí ke svým nesporným výhodám přidat i rodičovství, dělohu si musí pronajmout. A těch je v chudých vrstvách a v rozvojových zemích velký nadbytek. Jakkoli je cena vysoká, ještě vyšší je pro děti, kterým je upřeno základní právo-vyrůstat se svými rodiči.

Hlavní zprávou celé knihy je toto: *„Děti mají právo narodit se svobodně, nebýt kupovány nebo prodávány. Mají právo na matku a otce. Mají právo na vlastní kulturní a etnické dědictví. Adoptivní*

<sup>1</sup> Ve všech jiných případech musí být druhý žijící rodič zapřen, zavržen, nebo případně může porodit a prodat.



*rodičovství homosexuálů tato práva zabíjí. Vede k upírání práv velkému počtu lidí. Tři lidé-matka, otec a dítě-se vzdávají svých práv, aby dva dospělí homosexuální jedinci nekřičeli „bigot, ne-návistník a homofob“.<sup>2</sup>*

Knihy vychází především ze specifických podmínek v USA, kde významnou roli hraje historické dědictví otroctví, rasismu, násilného vyhlazování a převýchovy původních obyvatel. Zesílená potřeba ochrany minorit vede k pozitivní diskriminaci, excesivní politické korektnosti a s tím nutně i k masivní revizi minulosti včetně bourání soch historických postav. Je živnou půdou touhy po „Novém dobrém světě“. Touha po světě bez násilí a povinností, bez mužů a žen, bez matek a otců, kde každý si může koupit tolik dětí, kolik jich potřebuje (někteří je ale budou muset prodávat), kde bude možné si každý den zvolit identitu, na jakou budu mít zrovna chuť, protože ta je přeci „jen sociálním konstruktem“ (i když sexuální orientace musí zůstat vrozená, i kdybychom si měli ten gen vymyslet). Báječný svobodný svět, kde konečně bude od těch otravných a nudných rodin a povinností pokoj. A nemohla by to být ta stará dobrá Amerika, kdyby nepokládala tyto nové hodnoty a normy za dobro, které je třeba šířit všude po světě. Už nějaký čas je tak vztah k minoritám, a především k LGBT komunitě normou, kterou se měří svoboda a kulturnost každé země. Hodnota je to podobně závažná, jako je vztah země k Tibetu, k převýchově Ujgurů v Číně, nebo ke genocidám kdekoli na světě. Země, která dosud nelegalizovala manželství pro všechny<sup>3</sup>, je pokládána za zaostalou a reakční, a je proto

ostrakizována. A všimněte si: pokud se nějaká země brání masivnímu přílivu tohoto dobra, třeba když chtěl Orbán omezit akce LGBT aktivistů na školách v Maďarsku, aby dětem nepletli hlavu, nebo když Poláci vyhlásili v některých oblastech zónu bez LGBT aktivity, už to všichni vnímáme jednoznačně jako zásah proti demokracii, proti nám samotným. A přitom cílem „Nového dobra“ není péče o větší demokracii. To by totiž znamenalo pečovat o to, aby byl slyšet každý hlas, nejen dlouho potlačovaný hlas homosexuálů a quer lidí. Jenže ti, kdo vysloví něco, co se nelíbí aktivistům LGBT, musí být umlčeni, tak jako nesměla vyjít tato kniha a jak to sama na sobě pocítila už řada mediálně známých osob<sup>4</sup>.

Autoři si všímají také situace v některých evropských zemích, kde se podařilo progresivní dobro prosadit i přes masivní odpor obyvatel, jako tomu bylo ve Francii. Protože dobro se šíří stále více na východ, můžeme se podívat, jaké to tady bude, až se ho podaří prosadit i v našem parlamentu. Vlastně je to hlavní důvod, proč mě kniha tak zaujala. Naše ordinace (sexuologie a psychosomatické medicíny) je poslední rok zaplavena rodinami s dětmi s genderovou dysforií. Jejich počty masivně stoupají po celé Evropě. Přestože nás aktivisté LGBT prostřednictvím svých odborníků uklidňují, že to není ve skutečnosti žádný nárůst, prostě takových dětí bylo vždycky plno, jen to nemohli říci nahlas, a teď díky novému dobru mohou, nebyl bych tak optimistický. V kontaktu s těmito opravdu smutnými a opuštěnými dětmi, ztracenými v reálném i virtuálním světě, které všechnu svou naději na hezký život vkládají do

<sup>2</sup> Možná proto je hlavním heslem celého hnutí slogan „Jsme fér“. Přesně v duchu orwellovského newspeaku.

<sup>3</sup> V EU jich je stále ještě 12.

<sup>4</sup> Například J. Rowlingové aktivisté vyhrožují smrtí jen proto, že si dovolila říci, že pohlaví

jsou dvě a určují je X a Y chromozom. Profesor Jordan Petterson nesmí přednášet na univerzitách, protože si dovolil vystoupit proti zákonu o nutnosti používat genderově neutrálních zájmen v Kanadě. Zneklidňoval by přý svými názory studenty.



kastrace a tzv. změny pohlaví<sup>5</sup>, máme stále silnější dojem, že něco je tady velmi špatně. Kniha Jeftovy děti na to dává drsnou odpověď.

Zbývá si položit otázku. Jak to, že tolik vědeckých prací, tolik autorit se ujalo dokazování tu vrozenosti sexuální orientace, tu naopak oprávněné fluidnosti pohlavní identity jako pouhého sociálního konstruktů, naprosté postradatelnosti biologických rodičů, stejnosti mužů a žen atp.? Jak to, že tyto vědecké práce přehlížejí svědectví skutečných aktérů, dětí, které musí na sobě snášet svéhlavé experimenty dospělých? Nepoznáváte to? Kolik vědců se předbíhalo, aby vědecky doložili oprávněnost rasistické teorie, eugeniky, frenologie, třídního boje a dalších právě módních pojmů? Kolik vzdělaných lidí podporovalo nacistický a později

komunistický puč včetně nezbytných lidských obětí nového dobra? Kolik akademiků papouškovalo nesmyslné „vědecké objevy“ Olgy Lepešinské nebo Trofima Lysenka za dob sovětské „vědy“? Kolik nesmyslů jsme se museli biflovat v rámci tzv. vědeckého komunismu? Jsme na tom dnes lépe? Už je akademická půda odolná proti takové indoktrinaci ze strany jakéhokoli aktivismu a kapitálu? Kniha Jeftovy děti je v této věci skeptická a nechota ji vydávat a čelit útokům ze strany LGBT aktivistů, jen svědčí o tom, že skepse je to oprávněná.

27. 1. 2022



<sup>5</sup> Neradi to slyší, ale ve skutečnosti žádnou změnu pohlaví udělat nelze. Lze jen lépe či hůře za cenu operací a trvalé hormonální

léčby maskovat tělesné znaky vrozeného pohlaví.



# POLITIKA, KONCEPCE



## ZPRÁVA O ČINNOSTI VÝBORU SPM V LETECH 2018–2022

Výbor SPM pracoval v tomto složení:

- somatictí lékaři: MUDr. Vladislav Chvála (předseda společnosti), MUDr. Michaela Ročňová, MUDr. Barbora Branna
- psychiatři: MUDr. David Skorunka, Ph.D., MUDr. Michal Kryl
- kliničtí psychologové: PhDr. Ludmila Trapková – Chválová, doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.
- fyzioterapeuti: Mgr. et Mg. Jana Týkalová, Mgr. Aneta Paurová

Jako stálí hosté ve výboru pracovali MUDr. Alena Večeřová (výuka) a MUDr. Pavel Čech (PS kódy).

### Za čtyři roky velmi intenzivní práce se povedlo:

- obhájit existenci SPM v ČLS a psychosomatické medicíny jako nástavbové atestace ve vyhlášce MZ ČR.
- vypracovat kódy lékařských výkonů oboru a zahájit vyjednávání s VZP o jejich zařazení do Seznamu zdravotních výkonů. V tuto chvíli již druhým rokem jednáme s ministerstvem zdravotnictví a VZP o prosazení připravených kódů. Z připravovaných sedmi kódů, které by pokryly celé spektrum lékařské práce s psychosomatickými pacienty ve zdravotnictví, je pojišťovna opakovaně ochotna jednat jen o jednom, který řeší jen dílčí část práce a systémově neřeší úhrady práce lékařů. Přes



složitost těchto jednání se zástupci výboru (MUDr. Chvála, MUDr. Čech, MUDr. Branna, MUDr. Ročňová) snaží prosadit byť jen částečné řešení s příslibem dalších posunů a diskusí v příštím roce.

- vypracovat koncepci oboru,
- vytvořit nový web SPM,
- odblokovat proces akreditací (blokováný vedením ČLK), nyní se psychosomatická pracoviště opět mohou akreditovat,
- kontinuálně pracovat na úpravách a zprůchodnění vzdělávání a přípravě lékařů k atestaci,
- připravit jednotnou koncepci podmínek stáží, jejich financování a obsah výuky mentorů na akreditovaných pracovištích,
- zmapovat výuku psychosomatiky na vysokých školách v ČR a dále pokračovat v dlouhodobé snaze o širší integraci konceptů psychosomatické medicíny do pregraduálního vzdělávání zdravotníků,
- připravit seznam výzkumných témat z oblasti psychosomatiky (zveřejněný na webu SPM),
- vydat kolektivní monografii s názvem Psychosomatická medicína 2020: nástroje psychosomatické medicíny,
- finančně podpořit překlad knihy J. G. Rüegga Mozek, duše a tělo,
- realizovat PR kampaň s cílem informovat širokou veřejnost o možnostech a obsahu psychosomatické medicíny; cílem bylo také získání podpory veřejnosti pro prosazení úhrady psychosomatické péče z veřejného pojištění (část financí na kampaň darovali sami členové výboru); většina z nás se osobně účastnila rozhovorů v televizi, rozhlase, časopisech i novinách bez nároku na honorář,
- uskutečnit pět vědeckých schůzí se zajímavými odbornými obsahy a oceněními významných osobností psychosomatiky,
- realizovat dvě přípravy konferencí, z nichž jedna se v důsledku pandemické situace v ČR nekonala a druhá se uskuteční v červnu 2022,
- realizovat vyžádané přednášky (účast většiny členů výboru) o psychosomatické medicíně na krajských seminářích pro pediatry organizovaných Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP.

Práce členů výboru je časově náročná, nejde jen o účast na schůzích výboru jednou měsíčně, ale o kontinuální online komunikaci a řadu dalších činností. Může ji dělat jen ten, kdo je přesvědčen o jejím smyslu a má motivaci věnovat svůj čas a energii rozvoji psychosomatiky. Odměnou pro nás, stávající členy výboru, je to, že při ohlédnutí zpět vidíme, že za námi skutečně zůstal velký „kus práce“, a odměnou o to významnější bude, pokud na naši práci nově zvolený výbor naváže a bude v ní efektivně pokračovat.

### **Kam dál?**

Popsané oblasti činnosti a působení SPM jsou dlouhodobým procesem.

### **Témata, která zůstávají k řešení a s nimiž jsou spojeny úkoly pro nový výbor SPM:**

- Vztah psychosomatické medicíny a psychiatrie (Psychiatrie prožívá čas reformy s významnou finanční podporou, jsou budována Centra duševního zdraví s cílem naplnění ideálu bio-psycho-sociálně vyladěného



týmu. Zde by mohli být léčeni i psychosomatictí pacienti, zatím je však primárním úkolem léčba psychotických poruch. S tím souvisí i otázka, zda psychosomatický pacient patří do ordinace psychiatra.)

- Vztah psychosomatiky a psychoterapie

(Jaký je mezi nimi rozdíl a jaký je význam psychoterapie pro psychosomatického lékaře? Ukazuje se, že je dobré odlišovat psychosomatickou a klasickou psychoterapii. Zavedli jsme nový pojem psychosomatická medicína a její součástí je i psychosomatická psychoterapie. Aplikovat psychoterapii u pacienta dostatečně motivovaného je sice časově náročné, ale možné. Získat pro ni psychosomatického pacienta bez náhledu je skoro nemožné. Psychoterapeutická metoda a teorie je zaměřena na reflexi vztahu a procesu, proto je velmi užitečné, aby lékaři pěstovali dobré vztahy s psychology a psychoterapeuty nejen uvnitř SPM. Mohou nám lékařům být k dispozici jako reflektující část terapeutického procesu.)

- Vztah psychosomatické medicíny k technikám celostní a komplementární medicíny.

Víme, že řada s psychosomatickou sympatizujících lékařů disponuje nástroji alternativní, celostní a komplementární medicíny. Má-li však být psychosomatická medicína akceptovaná většinou biomedicínou, nemohou její principy stát na např. homeopatii nebo akupunktúře či jiných alternativních metodách, zatím v medicíně neakceptovaných, jakkoliv účinných. Musí se opírat o poznatky bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, vycházet z vědeckých poznatků, pracovat s výzkumem.

### Co bychom rádi zdůraznili závěrem?

- Je třeba stále zvažovat celou šíři specifík psychosomatického přístupu v rámci různorodosti jednotlivých medicínských oborů (a zdravotnických profesí obecně). Ta je prakticky dána také možnostmi jednotlivých pracovišť, mírou jejich psychosomatického vzdělání a personálním obsazením. Ideálem je týmová a komplexní léčba, ta však není vždy možná, je proto významné hledat a definovat formy léčby psychosomatických pacientů za různých podmínek a okolností.
- Je třeba stále klást důraz na spolupráci s fyzioterapeuty, psychology a psychoterapeuty, případně i s pracovníky dalších zdravotnických profesí v rámci udržování a podpory křehké rovnováhy v rámci psychosomatické léčby.
- Je třeba jasně definovat metody a kompetence, to je v oblasti psychosomatické medicíny v určitých ohledech složitější než v některých jiných medicínských oborech. Je to však nezbytné pro praxi i pro vydobytí pevné pozice mezi ostatními medicínskými obory a oslabení pochybností o psychosomaticce jako rovnocenném oboru potřebném pro praxi českého zdravotnictví.

Pro potřeby výboru sepsala MUDr. Barbora Branna, MUDr. Vladislav Chvála, doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.



# SPOLEČENSKÁ RUBRIKA



## OCENĚNÍ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J.E.P. ZA ZÁSLUHY O ROZVOJ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

BUDOU PŘEDÁNA NA 19.KONFERENCI V LIBERCI

[DOC. PHDR. MARCELA BENDOVÁ PHD.](#)



(nar. 1943) klinická psycholožka, patří k těm psychologům, kteří zasvětili svůj život práci s pacienty na somatických odděleních. Podílela se na přenesení vědomostí o psychosomatických souvislostech v medicíně z šedesátých let přes dobu normalizace a nepřízně. Ve zdravotnické praxi byla od r. 1965 a už od r.1968 pracovala na I. a II. Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Brno, od r.1980, později byla vedoucí klinické psychologie FN, vyučovala na LF MU Brno, pracovala na částečný úvazek v Masarykově onkologickém ústavu Brno. Ovlivnila svým přátelským přístupem mnoho mediků a mladých lékařů. V r. 2005 se stala přednostkou Ústavu psychologie Lékařské Fakulty MU. Od r.1968 - byla soudní znalkyní z oboru klinické





psychologie a sexuální psychologie, od r. 1980 organizovala vzdělávací a psychoterapeutické programy především v rámci doškolování ILF Praha a IPVZD Brno. Zaměřovala se na psychosomatiku, psychonekologii, komunikaci), vyučovala základy psychoterapie a psychologie. Byla garantem a vyučujícím předmětu Lékařská psychologie pro studující mediky i bakalářská studia. Se svým manželem, prof. Bendou významně pomohla k založení Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP.

#### MUDR. JIŘÍ ŠAVLÍK, CSC.



(nar. 1938) internista, patří k nejvýznamnějším zastáncům komplexního bio-psycho-somatického pojetí medicíny. Odmítá pojem psychosomatika a „chce vždy vidět pacienta celého i s jeho duševním nitrem“. Vždy vedle analytických východisek poukazoval na teorii systémů a i dnes patří k několika málo somatických lékařů, kteří jsou schopni chápat důsledky systemické teorie pro lékařskou praxi. Jeho pojetí je velmi blízké chápání klasika německé psychosomatické medicíny internisty Thure von Uexkülla, který navazuje na svého předka Jacoba von Uexkülla.

Původně chtěl být chirurgem, ale musel ji pro hepatitidu nechat být a přes vlastní

stonání se prostonal k psychosomatické medicíně. Stal se internistou. V psychosomatické medicíně se proslavil především tím, že na interním oddělení v Třebotově začátkem 70 let zavedl komunitní režim, v týmu měl vybraní sestry, psychology i fyzioterapeuty. Po třech letech sice museli na příkaz strany zavřít, ale dodnes je takové pracoviště u nás jen nenaplněným snem. A přitom bylo velmi úspěšné. Pak pracoval na Vinohradech na pracovním lékařství, angažoval se ve výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti a při výuce. Po roce 1989 nejprve pracoval v Rustonce rok a půl jako závodní lékař, a pak jako primáře vedl denní stacionář na Horní Palatě. Nakonec měl ambulanci na poliklinice a odtud šel do důchodu, kdy teprve, jak sám řekl v rozhovoru v r. 2021, plně uplatnil svou psychosomatickou erudici v soukromé praxi.

Pro psychosomatiku získával další lékaře, laického posluchače našel v MUDr. Hnízdilovi, později mediálně zdatném rehabilitačním lékaři, který zahořel pro psychosomatiku a nepochybně zvýšil povědomí o lékařské psychosomatice. Oba solitéři se angažovali v prosazování psychosomatiky v medicíně na úrovni parlamentu a ministerstva. Navrhli první koncepci oboru, kterou sice ještě nebylo možné prosadit, ale byl to Jiří Šavlík, kdo připravil půdu pro vnesení psychosomatické medicíny do postgraduálního vzdělávacího systému jako nástavbové atestace, když nasměroval politika ODS, který byl jeho pacientem ke kolegům, kteří byli schopni využít příležitosti a kuli železo, dokud bylo žhavé. Škoda, že už nebylo možné více využít zkušeností a věhlasu dvojice Šavlík-Hnízdil při formování nově založené odborné Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP.



DOC. PHDR. KAREL BALCAR, CSC.

(\*1939). Psycholog klinický a výzkumný. Obor a specializace vystudoval na Karlově Univerzitě v Praze, University of Illinois v USA, v ČSAV Praha. – Získal odborné kvalifikace: Atestace v klinické psychologii, v psychoterapii a rodinné terapii a v její supervizi.

Do ČR uvedl či podstatnou měrou do výzkumné a klinické praxe zavedl některé výzkumné techniky, psychodiagnostické metody a postupy psychofyziologické, behaviorální, gestalt-terapeutické, strategické a strukturní, racionální a existenciální léčby u dětí, dospívajících, dospělých či rodin s poruchami psychosomatické, behaviorální, emoční, vztahové, nebo existenciální povahy. Patřil do týmu psychologů v krčské nemocnici s Langmeierem, Říčanem a Matějčkem, kteří významně ovlivnili klinickou psychologii a práci s dětmi u nás.

Je autorem či spoluautorem monografií a výzkumných studií z oblastí psychologie osobnosti, psychoterapie a rodinné terapie, psychosomatiky, psychologické diagnostiky a měření a podílí se na vysokoškolském a postgraduálním vzdělávání v obecné, klinické a fyziologické psychologii a patopsychologii, psychosomatice, psychoterapii, rodinné terapii a výzkumné metodologii. Klinicky se věnuje především psychoterapii. Vede výcvikové akce v psychoterapeutických metodách a v praktických postupech zvládnání stresu,

řešení osobních problémů a interpersonálních konfliktů.

Věnoval se výzkumu zvládnání stresu a výuce metodologie, psychologie, patopsychologie a psychoterapie na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, klinické praxi v Centru pro léčbu bolesti Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

PROF. MUDR. JOZEF HAŠTO, PHD.

(nar. 1949) patří k původní partě lidí, kteří se starali o rozvoj psychosomatické medicíny v naší republice, a přesto dosáhl akademického titulu profesor (za obor sociální práce). Se Slováky jsme si vzájemně pomáhali při prosazování psychosomatické medicíny i po rozdělení státu („Slováci už to dávno mají...“). Je to osvědčený psychiatr a psychoterapeut s dlouholetou praxí, 32 let působil jako primář psychiatrického oddělení v Trenčíně, kde zanechal významnou stopu. Ovlivnil vývoj psychiatrie na Slovensku, působil na ministerstvu zdravotnictví. Nyní pracuje v soukromé psychiatrické a psychoterapeutické praxi v Bratislavě. Má vzdělání v několika psychoterapeutických metodách, vyučuje na různých univerzitách (UP Olomouc OUSHI, Slovenská zdravotnícka univerzita a VŠ zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, psychosomatiku přednáší i na Univerzitě Palackého v Olomouci). Věnuje se



zkoumání vztahové vazby v dospělosti jako determinantě zdraví.

Je synem obchodníka Jozefa Hašta narozeného v USA, který po Druhé světové válce spravoval továrnu a prodejny na obuv. Když měl 9 let, jeho otce uvěznil komunistický režim. Součástí trestu bylo propadnutí majetku ve prospěch státu. Když bylo synovi 16 let, otec byl propuštěn z vězení a rehabilitovaný. Tento zážitek podnítl zájem mladíka o lidskou psychiku a vyústil do rozhodnutí studovat psychiatrii. Je autorem nespočetné řady odborných publikací. Již dříve získal ocenění Osobnost roku Města Trenčín za rok 2000 v oblasti zdravotnictví, v roce 2009 cenu Bílá vrána, které uděluje Aliance Fair-play a VIA IURIS a cenu Ligy za duševní zdraví. Obdržel také čestné členství v České psychiatrické společnosti JEP 2009 za přínos pro českou psychiatrii. Zůstali jsme přáteli po celá léta a je nám ctí, že mu můžeme předat zlatou medaili ČLS JEP.

#### DOC. MUDR. PHDR. JAN PONĚŠICKÝ, PHD.



(nar. 1943) psychiatr a psycholog, patří k těm, kdo získali vzdělání a nadšení pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii v relativním uvolnění 60. let. Absolvoval v Československu, začínal v Sadské, ale pro své angažování v Klubu angažovaných nestraníků mohla jeho další kariéra během normalizace pokračovat jen v emigraci v Německu. Tam absolvoval psychoanalytický individuální i skupinový

výcvik. V devadesátých letech pomáhal s rozvojem psychosomatiky u nás, když v Německu se stala samostatným oborem už v r 1986. Stál u založení Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci, o.p.s. (LIRTAPS) po Jaroslavu Skálovi. V současné době se věnuje výuce psychoterapie a psychosomatiky na PVŠPS a FHS v Praze a na Psychoterapeutickém a psychoanalytickém institutu v Drážďanech a v Lipsku. Věnuje se též individuálnímu i skupinovému výcviku a je vedoucím Balintovských skupin. U příležitosti svého životního jubilea vyhlásil Jan Poněšický v r. 2008 na 12. celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci Cenu za rozvoj psychosomatiky spojenou s jeho jménem, dotovanou 1000 Euro, kterou uděluje ve spolupráci s výborem psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti JEP a později SPM ČLS JEP. V současnosti je předsedou výboru psychosomatické sekce PS ČLS JEP.

#### MUDR. RADKIN HONZÁK, CSC.



(nar. 1939) psychiatr, také patří k té generaci, která byla připravena navázat na poválečnou éru slavných kliniků a pozvednou vlnku psychosomatické medicíny v tehdejším Československu. Protože se podmínky pro takovou práci u nás po ruské okupaci radikálně zhoršily, naplňoval své sny, za hranicí možného. Stal se *laision* psychiatrem, pracoval s medicínskými týmy a pacienty (např. u dialyzovaných) v „protimanželské“ poradně (jak



neúnavně přejmenovává manželskou poradnu), spolupracoval s psychology a psychoterapeuty, vyučoval a „kázil studenty“ LF, prostě jak to šlo. Bez jeho neúnavné a osobité aktivity by vypadala naše psychosomatická scéna jinak. Stal se jejím oblíbeným a mediálně známým propagátorem, napsal řadu populárních. Dokázal si přitom díky své mimořádné vzdělanosti a pověstné paměti udržet respekt i u akademické obce, jejíž hlavní témata se stále více od psychosomatického myšlení vzdalovala. Je jedním z osvěcených psychiatrů, kteří vědí, že psychosomatika není věcí psychiatrie, ale především somatických lékařů a pro jejich vzdělávání udělal nezastupitelnou práci. Mnozí lékaři, kteří ve svém vývoji dospěli k bio-psycho-sociálnímu chápání zdraví a nemoci, se hlásí právě k Honzákové odkazu, když zmiňují, že je zaujal Honzák už při studiu medicíny.

### DOC. MUDR. JIŘÍ ŠIMEK, CSc.



(\*1944) absolvoval FVL UK, atestoval z vnitřního lékařství a z psychiatrie. Ve

Výzkumném ústavu psychiatrickém se zabýval psychoterapií a psychosomatikou (1975–1985). Od r. 1990 se věnuje lékařské etice. Od r. 1990 byl psychoterapeutem Střediska psychoterapeutických služeb Břehová v Praze 1. Je zakládajícím členem a tréninkovým terapeutem ČSPAP od r. 1993. Od r. 2006 učí etiku na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V r.1990 založil Ústav lékařské etiky při III. lékařské fakultě UK v Praze, jehož byl také přednostou. Vždy se věnoval psychoterapii a psychosomatice v medicínské praxi, pracoval také v geriatrickém centru. Publikoval zejména v oblasti psychosomatické medicíny. Jeho práce jsou ovlivněny etikou a filosofickým postojem. Patří k našim nejmířlivějším psychosomatickým lékařům s pochopením pro kolegy, kteří s námi nesdílejí bio-psycho-sociálně-spirituální pojetí medicíny. Osobně se zasloužil o vznik libereckého týmu Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch, když se už před jeho otevřením ujal případové supervize.

Z jeho prací: Emoční život psychosomatických nemocných (1985, první souborné dílo o psychosomatice v češtině), Psychosomatická medicína (1993, editor spolu s J. Bašteckým a J. Šavlíkem, první psychosomatická monografie v češtině, obsahující příspěvky 25 autorů), Filosofické základy lékařské etiky (s V.Špačkem, 2003), Lékařská etika (2015), a řada odborných článků.



## JIŘÍ RŮŽIČKA: ROZLOUČENÍ NAD RAKVÍ DOC. PHDR. JANA SRNCE, CSC. DNE 22. 2. 2022



Vážený pane docente, milý kolego a příteli, Honzo,

dostal jsem smutnou povinnost doprovodit Tě na Tvé poslední cestě z kostela a zároveň bych Ti chtěl něco říct od srdce a ze srdce nejen za sebe, ale také za mnohé psychology, za Tvé studenty, žáky a kolegy.

Začnu osobními vzpomínkami, protože jsi byl pro mne – a zůstaneš i nadále – jednou z nejdůležitějších osob, jedním z nejdůležitějších mužů, které jsem za svých studií na Filosofické fakultě UK potkal. Vzpomínám si, jak jsem přijel coby voják základní vojenské služby na přijímací pohovor na katedru psychologie v Celetné ulici, a jak jsi se mnou mluvil. Byl jsi pozorný a Tvé černé oči, bystrý pohled a celé Tvé nastavení ukazovalo, že mě opravdu posloucháš. Necítil jsem se být vyšetřován, ale vnímal jsem Tvůj zájem a připravenost naslouchat tomu, co budu říkat. To na mne velmi zapůsobilo. Ve Tvém pohledu byla lidskost, zájem – a

také jsem vnímal, že bezpečně poznáš, zdali něco nepředstírám, či neříkám nesmysly.

Pak už jsem se s Tebou častěji viděl během studia a moc rád na tu dobu vzpomínám. Mezi námi studenty jsi byl považován za jednoho z nejdůležitějších a nejchytřejších lidí na katedře. Kolegyně oceňovaly Tvůj šarm, černé oči, vzdělaného ducha a černou hřívu básníka. Byl jsi pro nás studenty působivým reprezentantem katedry psychologie, filosofické fakulty a také celého společenství psychologů. Učil jsi metodologii a diagnostiku. Musím říct, že jsem na Tvé přednášky chodil rád. Těšil jsem se na ně, užíval jsem si to, jak mluvíš, myslíš a jak umíš srozumitelně a s velkým nasazením pro věc hovořit o tom, co bylo předmětem přednášky. Oceňoval jsi psychologický výzkum. Na řadě výzkumných projektů ses podílel a mnohé jsme se o něm a jeho metodologii a metodách ve Tvých hodinách dozvěděli. Neopomněl jsi uvést příslušnost oborové metodologie k jejím obecným vědeckým a



filosofickým předznamenáním. Mnohému z toho jsem se naučil. Došlo mi, že diagnostika je forma výzkumu, ale také experiment a především rozhovor. Psychologie, včetně klinické, je prostoupena a provázána etikou. Nikoli oborovou normou, za kterou je vydávána, ale mravností, transcendentálními duchovními hodnotami, které jsou jejími prameny, i odkazovací autoritou.



I díky Tobě jsem poznal diagnostiku, která je souborem měření, cítění, intuice a konstruktivního myšlení, pochopil jsem smysl diagnostiky postavené na otevřeném rozhovoru i na situačním vztahu protagonistů. Uvědomil jsem si, že diagnostika bez srdce je bludná. Zdůrazňoval jsi, že má ústít k pochopení a zvážení všech výsledků klinicko-psychologických i dalších relevantních vyšetření, dojmů i osobních pocitů. Závěr vyšetření tedy nekončí diagnózou, ale je výrazem pochopení situace člověka v nouzi i v možnostech, jak ji vlastními prostředky ve spolupráci s odborníky a dalšími lidmi překonat. Proto je otevřeným textem, měním se pohybem. Chápal jsi klinický psychologický rozhovor jako bezprostřední a přímé setkání jednoho člověka s druhým, které má umožnit nejen poznání, ale také otevřít cestu k následné psychologické, medicínské i sociální pomoci. Bytostně jsem cítil, že máš k lidem respekt a úctu a že duševní nemoc nechápeš jako degradující stigma. Byl jsi nadmíru přemýšlivý,

citlivý a ohleduplný muž, slovy Václava Havla, slušný člověk.

Ke svým učitelům jsi choval vděk, úctu a respekt a byl jsi k nim loajální. To byla další věc, jež mi učarovala, a kterou jsem se od Tebe snažil přebírat. Vztahová půda je součástí ducha univerzit. Ve vztazích se počínají nápady, posiluje invence, rodí tvorba. Vztahové poměry na fakultách jsou obrazem stavu duše akademické půdy. Všechno se začalo měnit po šedesátém osmém. Nebylo vůbec snadné okupaci a normalizaci přežít, a to zejména v akademickém prostředí. Možná že ještě těžší to bylo po revoluci. Ale svědectví lidí, kteří s Tebou na katedře byli, dokládá, že jsi obstál – řečeno ústy PhDr. Olgy Marlinové, Tvé zesnulé kolegyně a kamarádky. Opakovaně říkala: „Honza byl jedním z několika málo lidí, kteří mi na katedře psychologie po mém návratu z exilu opravdu nezištně pomáhali.“

Rok, ve kterém byla Československá republika napadena Sovětským svazem, byl pro mne obzvlášť těžký, tím spíš, že jsem invazi zažil se svou dívkou a kolegyní ze studií Darií Bortovou v Anglii, daleko od domova a svých blízkých. Britové nám poskytli možnost univerzitního vzdělání. Právě tam jsem začal chápat dosahy pozitivismu i vlivy kulturních specifik. Ačkoli jsi měl vědecké založení, vzdělání i mysl, bylo patrné, že v sobě chováš střeudoevropského ducha, ctíš jeho kulturu, máš respekt k filozofii a humanitním vědám, chováš lásku k umění. Ostatně Tvůj bratr založil slavné Černé divadlo. Během studia ve Velké Británii jsem často vzpomínal na Tvoji charismatickou osobnost, vnímal jsem Tě jako někoho, kdo je pilířem a oporou v mém zahraničním studiu, a měl významný duchovní vliv na mou rezignaci na exil a návrat do Československa.

Myslím si, že jsi jedním ze zakladatelů klinické psychologie u nás. Považoval jsi



za ekvivalentní postavení psychologa vůči ostatním vysokoškolským zdravotníkům, jmenovitě lékařů, a také jsi to požadoval. Poučil jsem se, že je užitečné a nutné vnímat psychologa jako specialistu, který neprovádí servis pro lékaře, ale je samostatným specialistou v rámci zdravotnictví. Ještě jedna věc pro mne byla opravdu důležitá a spolu se podílela na mých krocích při návratu z exilu. Tvůj postoj a přesvědčení mi velice pomohly založit Asociaci klinických psychologů a společně s kolegy nastartovat zákonné normy umožňující plně hradit psychologické služby ve zdravotnictví tak, aby legislativa a vzdělávání psychologů i postavení psychologa bylo srovnatelné s medicínskými obory.

Tvoje pojetí klinické psychologie bylo mnohem širší, než je tomu nyní. Rozhovor bylo nutné vést vždy také s ohledem na situaci pacienta a ošetřujícího personálu. Byl sis vědom toho, že kliničtí psychologové nepůsobí jen na psychiatrii, ale také na odděleních somatické léčby a jinde ve zdravotnictví. Proto jsi považoval slušné medicínské vzdělání alespoň na úrovni absolventa střední zdravotnické školy za samozřejmé. Psychoterapii pro klinické psychology jsi nechápal jako ústřední a jiným metodám nadřazenou. Psychologické poradenství různého typu, krizovou intervenci, specifické výchovné, edukační a sociálně psychologické metody práce s jednotlivcem a rodinou, ale také se zdravotnickým personálem i okolím pacienta jsi pojímal jako samozřejmé a nezbytné. Introspekce a extrospekce, stejně tak jako myšlenkové experimenty a dedukce i nové samostatné indukce a jejich aplikace k nim patřily samozřejmě. Velmi ses zasazoval za týmovou spolupráci různého výzkumného i léčebně vzdělávacího a reflexního (supervizního) charakteru.

Milý Honzo, naučil jsem se od Tebe mít oborovou důstojnost, oborovou čest a oborové sebevědomí. Nikdy jsi

neuvažoval o redukci psychologie na biologii, fyziologii, neurofyziologii, ani na kybernetiku a robotiku. To mi pomohlo navázat na mé předchůdce a prosadit klinickou psychologii na stejnou úroveň jako lékařství, či jiné odbornosti hrazené z veřejného pojištění. Domníval jsem se, že svou povahou celostní, mnohobarevný a mnohobarevný obor se po založení Asociace klinických psychologů bude vzdělávat a rozvíjet všemi směry svobodně, různorodě a vždy v úzkém sepětí s kulturními, společenskými i individuálními modalitami lidského bytí na světě. To se – žel – nestalo a klinická psychologie se ubírá jinou a mnohem užší cestičkou, než jsme si oba dva představovali.

Po roku 2000 jsi přišel také na naši vysokou školu, při jejímž zakládání jsem se opíral o ducha Tardyho, Jana Patočky, Odehnala, Severové, Sedlákové, Syřišťové i o Tvé pojetí psychologie. Měl jsem za to, že psychologie je něčím specifickým, ušlechtilým, zodpovědným a tajemným. Že tudíž musí být velmi odborná, vzdělanostně obsažná, a to nejen psychologicky. Musí se, jak zdůrazňoval profesor Tardy, sytit, inspirovat a opírat o jiné obory, a to nejen humanitní a přírodovědné, ale též o umění.

Když se pak naplnil čas a zákon umožnil vznik vysokých škol, neváhal jsem spolu s Jaroslavem Skálou a s Tvou důvěrou a podporou prosadit studium jednooborové psychologie a získat státní souhlas i oborové akreditace nezbytné k zahájení výuky psychologie.

Milý Honzo, děkuji Ti za to, že jsi také studentům naší školy poskytoval své vědomosti, znalosti, zkušenosti a také svoje srdce.

Ještě jednu skutečnost nemohu pominout. Choval jsi k lidem úctu, respekt a jako samozřejmost jsi totéž od nich očekával nejen ke své osobě. V našich



končinách je úcta velmi vzácné a málo rozšířené „zboží“. Zvláště staří, nemocní a bezbranní to pociťují neustále. Vím, že jsi jejich nedostatkem nemálo trpěl. V jedné věci Tě však potkalo velké štěstí, a to v osobě Tvé životní partnerky Evy. Všichni jsme Ti ji přáli. Žádné podrobnosti neznám, ale vždy z ní k Tobě vyzařovala láska, která Tě provázela až do posledních chvil Tvého života. Pánbůh jí

zaplat! Stejně tak i Tvým potomkům, Tvé rodině!

Je čas se s Tebou rozloučit, milý Honzo, je čas naposledy pozdravit pana docenta, kolegu, učitele, kamaráda, blízkého člověka na jeho další pouti.

Honzo, měli jsme štěstí, že jsi tu s námi byl! Bůh buď milostiv Tvé duši! Jiří

## RADKIN HONZÁK: UMŘELA MARJÁNKA HENKOVÁ

Pomocnice mnoha lidem v nouzi, kamarádka, spolubojovnice, úžasná osobnost. Brečím a nestydím se.

Marjánka byla za prvé, a především krásná holka. Její krása vycházela zevnitř, a proto přetrvala i léta, kdy ženy se obracejí více k jiným hodnotám. Ta vnitřní krása z ní zářila a sama o sobě pomáhala zahánět úzkosti, deprese a mrzutosti a přinášet radost. Jako terapeutka byla jedinečná. Jako krotitelka konfliktů při supervizích, neměla konkurenci.

Seznámili jsme se v čase, kdy jsme byli psychoterapeutickým potěrem, chceme-li, tedy telaty. V roce 1965 kdosi ze stáže v Anglii přivezl Berneovu knížku Games people play a nám všem, kterým Dosužkovy lekce z psychoanalýzy otevřely sice dveře, ale zdaleka nestačily, ta kniha okamžitě učarovala.

Heretik Eric Berne jí napsal, když beznadějně skončil jeho analytický výcvik v Kalifornii a jemu nezbylo než se vrhnout do Pacifiku, nebo se stát prorokem nového učení. Bohudík nezamířil na západ a zůstal ve Stanford University, kde iritoval své spolupracovníky tím, že z jeho terapií odcházeli pacienti a řvali smíchy, zatímco z těch druhých se uplakaně ploužili.

První, kdo první vyčuchal hodnotu transakční analýzy, byl Mirek Plzák a my oba,

ač z principu kritičtí skeptici ke všem teoriím, jsme mu šli v patách. Nepatřím k lidem, kteří by ochotně umdlévali, ale kdykoliv jsem zakolísal, Marjánka byla vždy nezlomná. Napřed jsme jeli v pololegalitě, ale v roce 1990 jsme dali dohromady Českou společnost transakční analýzy (ČATA), Marjánka byla spiritus agens i spiritus movens a pozvali lektory z Evropské asociace, aby nám dopřáli mezinárodní výcvik. To, co jsme jim platili, se nám tehdy zdálo závratné, protože jsme tehdy skutečně bohatí nebyli, zatímco jim žebrácké. Kompromis zjednala Marjánka a naše sedánky v Břehové byly nezapomenutelné.

Zajistila i překlad a vydání Berneovy méně legrační knihy Co řeknete, až pozdravíte, v kvalitním nakladatelství LN.

Mám ji v srdci jako krásnou živou holku, ne jako idol. Naposledy jsme se viděli na semináři v Maiselově ulici, po havárii v jejím pražském bytě a nuceném pobytu někde za Prahou. Byla stále stejně úžasná.

Taková zůstává i v mých vzpomínkách, ač se už odešla setkat s Ericem Bernem. Počkejte na mě, ještě pár let, než si vylepším angličtinu...





# AKCE

## 19. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI



### V ČEM SE PROLÍNÁJÍ A V ČEM SE LIŠÍ PSYCHOSOMATIKA A PSYCHOTERAPIE?

- Termín:** 16.–18. 6. 2022, od čtvrtka 9:00 do soboty 13:00
- Místo:** Liberec, TUL pavilon G, Studentská 2
- Jednací jazyk:** čeština, případně simultánní překlad zahraničních přednášek
- Pořadatelé:**
  - Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP
  - Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky PF TUL
- Informační server** akce: [www.psychosomatika-konference.cz](http://www.psychosomatika-konference.cz)
- Prezident konference:** doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD.



## □ Program konference

čtvrtek 16.6.2022

- 09:00 – 10:00 | registrace účastníků konference
- 10:00 – 10:30 | **J. Poněšický:** Zahájení konference, uvítání účastníků
- 10:30 – 11:00 | **J. Šimek:** Sokratické vědění nevědění - společný základ psychoterapie a psychosomatiky
- 11:00 – 11:30 | **D. Václavík :** Sudety – „nemocná“ krajina: jak souvisí vysoká míra ateizace, sociálně patologických jevů se sociodemografickými změnami českého pohraničí
  
- 12:00 – 12:30 | **J. Poněšický:** Srovnání PT a PSM přístupu v teorii a v praxi
- 12:30 – 13:00 | **A. Večeřová Procházková:** Všemu rozumím, ale pořád se mi to děje
- 13:00 – 13:30 | **D. Skorunka:** Může být medicína psychosomatická bez psychoterapie?
  
- 15:00 – 15:30 | **I. Verný:** Chaos a vzorce v práci s telom
- 15:30 – 16:00 | **D. Fialová, L. Vajčnerová:** Nemoc jako transformace smyslu- význam spolupráce klinického psychologa a fyzioterapeuta po traumatu
- 16:00 – 16:30 | **K. Košťálová:** Mezioborová spolupráce fyzioterapeut-psycholog-lékař v Nizozemské medicíně
- 16:30 – 17:00 | **V. Chvála:** Zpráva o činnosti a představení kandidátů do nového výboru Společnosti psychosomatické medicíny
  
- WORKSHOPY
- 17:30 – 19:00 | Rozdělení workshopů bude upřesněno
- 19:30 – 24:00 | PIZZERIA MAŠKOVKA: Volná konverzace a konzumace na vlastní účet. Restaurace je pro nás zamluvená.

pátek 17.6.2022

- 08:00 – 09:00 | registrace účastníků konference
- 09:00 – 09:30 | **M. Kryl:** Lůžkové oddělení pro psychosomatické pacienty-sen nebo správná cesta?
- 09:30 – 10:00 | **D. Stackeová:** Fyzioterapie mezi duší a tělem
- 10:00 – 10:30 | **J. Vanclová:** Vhled do přístupu Fyzioterapie funkce (FF) a jeho aplikace ve fyzioterapii těhotných žen
- 11:00 – 11:30 | **G. Rybářová, J. Řehák:** Bio-psycho-sociální přístup u pacientů s hypertenzí
- 11:30 – 12:00 | **M. Ročňová:** Limity psychosomatiky v ordinaci PL
- 12:00 – 12:30 | **B. Branna:** Psychosomatická ambulance – sny a realita
- 14:00 – 14:30 | **I. Švarcová:** Učíš se, učím se, učíme se spolu... v psychoterapii i psychosomatice
- 14:30 – 15:00 | **J. Růžička:** Psychosomatika daseinsanalyticky
- 15:00 – 15:30 | **J. Šířinec:** Scéničnost v psychoterapii



- PANELOVÁ DISKUZE O VÝUCE
- 14:00 – 15:30 | **I. Strobachová:** Výuka psychosomatiky medikům a nebezpečí užití i neuzití filosofické úvahy
- WORKSHOPY
- 16:00 – 17:30 | Rozdělení workshopů bude upřesněno
- 18:00 – 21:00 | SLAVNOSTNÍ PŘEDÁNÍ CEN, KONCERT A RAUT

sobota 18.6.2022

- 09:00 – 09:30 | **T. Řiháček, M. Pourová:** Co (ne)funguje v psychoterapii psychosomatických potíží?
- 09:30 – 10:00 | **R. Hytych:** Klinické strategie v psychoterapii klientů s psychosomatickými potížemi napříč terapeutickými směry: Kvalitativní studie
- 10:00 – 10:30 | **M.Š vamberk Šauerová:** Edukačně terapeutický projekt redukce psychosomatických obtíží žáků GYOA Pelhřimov
- 11:00 – 11:30 | **L. Bachratá:** Preventivna psychosomatika: máme na viac, než byť len Popoluškou klasickej medicíny
- 11:30 – 12:00 | **Š. Bezdovová:** Hypnóza jako hlavní i podpůrná metoda v psychoterapeutické kazuistice
- 12:00 – 12:30 | **V. Chvála & L. Trapková:** Co zbývá... závěrečná diskuse. Rozloučení.

TATO AKCE NEBYLA SPONZOROVÁNA ŽÁDNOU FARMACEUTICKOU FIRMOU

#### *TÉMATA PŘEDCHOZÍCH KONFERENCÍ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI:*

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





## Anotace

Seminář nabízí úvod do psychosomatiky jakožto respektovaného medicínského oboru a aktuální poznatky z problematiky zaměřené na bio-psycho-sociálního pojetí zdraví. Popíše vztah mezi tělesným a duševním zdravím, charakteristiku a zvláštnosti psychosomatických pacientů, otevře také praktická témata jako např. komunikace s psychosomaticky nemocným a stručné zásady léčby. Cílem semináře je usnadnit přehled a orientaci v oboru a odborníkům z praxe pomoci vytvořit dovednost vnímat danou problematiku u svých klientů/pacientů a dokázat je v případě potřeby nasměrovat k cílené léčbě či jiné péči.

## Vzdělávací cíle programu

### Úvod do oboru

Základy celostního nazírání na zdraví a nemoc (od historie k současnosti).  
Vztah mezi tělesným a duševním.

### Charakteristika psychosomatického pacienta

Kdo je psychosomatický nemocný? – charakteristika a zvláštnosti psychosomatických pacientů.

Jak komunikovat s psychosomaticky nemocným.

### Možnosti léčby psychosomatických poruch

Psychosomatika jako mezioborové téma.

Základní teze koncepce psychosomatické medicíny v ČR (dle návrhu Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP).

### Vybraná psychosomatická onemocnění a poruchy

Přehled nejčastějších psychosomatických onemocnění.

Stručné zásady správné léčby psychosomatických onemocnění

## Akreditace:

- Česká lékařská komora
- Asociace klinických psychologů ČR

Cena jednotlivého semináře je **1 600 Kč**

Semináře jsou realizovány v rámci celoživotního vzdělávání UPOL. Pořádá **Institut sociálního zdraví (OUSHI), Kateřinská 17, 779 00 Olomouc**



Připravujeme další nové semináře vedené [MUDr. Michalem Krylem](#):

- [VYBRANÉ KAPITOLY ZE ZDRAVOTNICKÉ ETIKY](#) - termín 24. 9. 2022, cena: 1 600 Kč
- [STRES A JAK MU ČELIT](#) - termín 26. 11. 2022, cena: 2 400 Kč

Kontaktní osoba: Mgr. Edita Lukášová, tel. 585 637 174, e-mail: [edita.lukasova@upol.cz](mailto:edita.lukasova@upol.cz)



## IPVZ: INFORMACE PRO ZÁJEMCE O NÁSTAVBOVOU ATESTACI V OBORU PSYCHOSOMATIKA

### *KDE LZE ZÍSKAT VZDĚLÁVAJÍ PROGRAM NÁSTAVBOVÉHO OBORU?*

- <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/psychosomatika/vzdelavaci-programy>
- <https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/lekari/vzdelavaci-programy/nastavbovy-obor-2020-2021> (zde je pouze poslední verze Vzdělávacího programu)
- <https://www.mzcr.cz/vestniky-2021/> (webové stránky MZČR)

### *JAK SE PŘIHLÁSIT DO SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVY:*

V první řadě je potřeba se nechat zařadit do oboru. Zařazení probíhá zde: <https://ezp.mzcr.cz/VzdelavaniLekari/Formulare>. Lékař žádost vyplní, vytiskne, nechá podepsat, podepíše a společně s uvedenými přílohami na IPVZ. Přílohy uvádím zde (převzato z EZP):

- úředně ověřenou fotokopii dokladu o získané specializované způsobilosti požadované příslušným vzdělávacím programem
- úředně ověřenou fotokopii rozhodnutí MZ o uznání specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře na území České republiky požadované příslušným vzdělávacím programem (pouze u cizích státních příslušníků)
- průkaz odbornosti (specializační index)
- doklad o zaplacení poplatku za nový logbook

Průkaz odbornosti a logbook jsou vydávány Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Poplatek za vystavení průkazu odbornosti činí 330,- a za vystavení logbooku 220,-. Číslo účtu pro zaslání poplatku: 19535101/0710, v.s.: 602290.

Více informací o zařazení do oboru: Stanislava Večeřová ([vecerova@ipvz.cz](mailto:vecerova@ipvz.cz), 271 019 524)

Následně se lékař vzdělává dle vzdělávacího programu. Zde záleží, kdy byl zařazen. Může se vzdělávat i dle novějšího vzdělávacího programu.

### *KDE LZE NA INTERNETU NAJÍT PŘIHLÁŠKU K ATESTACI:*

- <https://ezp.mzcr.cz/VzdelavaniLekari/Formulare> . Když si u kolonky Vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků lékař klikne na „Formuláře žádostí“, objeví se rozcestník <https://ezp.mzcr.cz/VzdelavaniLekari/Rozcestnik> , kde je dole v uvedené tabulce „Atestační zkouška“.

Zájemcům doporučuji konzultaci specializační přípravy k nástavbové atestaci v průběhu specializační přípravy mailem: [beran@fnplzen.cz](mailto:beran@fnplzen.cz) nebo telefonicky na č. 603 840 919.

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.,  
vedoucí subkatedry psychosomatické medicíny IPVZ



## VZDĚLÁVACÍ PROGRAM NÁSTAVBOVÉHO OBORU PSYCHOSOMATIKA NA PSYCHOSOMATICKÉ KLINICE PRAHA

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

Zahájení praktické výuky psychosomatiky plánujeme na začátek letního semestru.

Nově jsme připravili program *Nácvik dovedností*.

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

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

Také v tomto případě je nezbytné závazné přihlášení na požadovaných 160 hodin sebezkušenosti (v průběhu dvou let). I zde je cena stejná, při 80 hodinách, 10 setkáních v roce, činí 17 000,-. (Pro první dva semestry, tedy první rok studia, je plánováno celkem 16 osmihodinových setkání – *Nácvik dovedností* + *Sebezkušenostní skupina* – celkem 128 hodin)

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

Nabídku dalších povinných a doporučených kurzů budeme doplňovat průběžně.

Program *Nácviku dovedností* bude rozpracovávat následující témata:

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

**Předběžně stanovené termíny 2022**

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





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

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

Cena základního programu (*sebezkušební skupina, balintovské skupiny, nácvik dovedností*) je 13 600 Kč za semestr (27 200,-Kč/ za rok). Výuka je plánována na dva roky, během kterých absolventi splní požadavek 160 h sebezkušnosti, 30 h balintovských skupin, 64 h nácviku dovedností.

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

Nebo pošlete mail na adresu: [kejikova@psychosomatika.cz](mailto:kejikova@psychosomatika.cz)



# LITERÁRNÍ KOUTEK



## VLADISLAV CHVÁLA: PLATINA NAD ZLATO

*Slíbili jsme, že na místě literárního koutku, ve kterém jsme dosud vybírali ukázky z krásné literatury týkající se psychosomatiky, budeme uveřejňovat příběhy z ordinací, které se nám všem stávají, ale publikovat je v odborném časopise je nemožné. Ne proto, že by se nestaly, ale proto, že bývají těžko uvěřitelné (a ověřitelné). Jsou to singularity, neopakovatelné výjimky, události, které si neumíme vysvětlit, ale přeci na ně leckdy spoléháme. A přeci souvisí s naší běžnou prací. Stávají se spíše jakýmsi skrytým zdrojem zkušenosti lékaře. Kdybychom byli Indiáni, nejspíš by to byly „příběhy od táborových ohňů“. Je škoda, že se předávají jen ústní tradicí. Na rozdíl od suché vědy, představují to, čemu se někdy říká umění léčit. Začneme příběhem o pacientce, která trpěla obavou, že vymočí více, než vypije. Doufáme, že inspirováme naše čtenáře k vyprávění dalších podobných příběhů z jejich ordinací.*

Někdy v devadesátých letech se na nás obrátila pacientka s podivným příznakem. Už dva roky byla přesvědčená, že vymočí více, než vypije. Vedla si o tom pečlivě každodenní záznamy, které to dokládaly. Obešla všechny význačné kapacity nefrologie. Podle platných zákonů

fyzilogie by musela už být naprosto vyschlá. Ale protože vypadala velmi svěže, víceméně ji všude vypoklonkovali. Říkám-li svěže, myslím tím zdatnou padesátnici, pečlivě upravenou, ráznou a aktivní. Doprovázela ji muž asi tak pětasedmdesátiletý. Odhadl jsem ho na otce, ale



ukázalo se, že je to manžel. Překvapením bylo, že i ženě je pětasedmdesát.

Protože mnoho vyšetření, která přinesla s sebou, neprokazovalo žádnou tělesnou vadu, natož poruchu ledvin, mohl jsem se soustředit na její příběh. Byla vždy velmi zdatná a zdravá, pracovala snad jako účetní. Poslední roky se její život ještě zrychlil, když rodina dostala v restituci malý podnik. Rozhodla se ho rozehýbat a oživit. Kdo pamatujeme devadesátá léta, víme, jaké to bývalo jho. Doslova bez prostředků vyhrabat z troskek starou rodinnou firmu, to položilo i silné nátury. Paní Eva, jak jí budu pracovně říkat (ve skutečnosti už jméno nepamatuji), si na zátěž nestěžovala. Podnikání brala jako výzvu, mluvila o své práci s hrdostí a pýchou. Tím spíš jí dělalo starosti, že vymočí více, než vypije. Bral jsem její stesky vážně. Kdo by se nebál, že vyschne. Ať to bylo jakkoli, tato žena měla o sebe velké starosti. Nejspíš jsem se soucitem řekl: „To ale musíte nakonec uschnout!“ „No právě!“ souhlasila se mnou rozhořčeně, a pokračovala ve výčtu toho, co má ještě všechno stihnout, než definitivně vyschne.

Paralelně s vedením rozhovoru jsem uvažoval, co bych vlastně mohl pro pacientku udělat. Přesvědčovat ji, že jí nic není, nemělo smysl. Odmítnout se tím zabývat by bylo jistě nejsnazší, ale udělali to tak všichni přede mnou. Nemohl jsem jí nabídnout psychoterapii, když si byla tak jistá poruchou ledvin! Bylo by to totéž jako odmítnutí. Kdyby bydlela blíž, nejspíš bych navrhl sérii akupunktury s nadějí, že při setkávání jednou týdně se přeci jen podaří obrátit její pozornost jiným směrem. V té době jsem se seznamoval s homeopatií, protože mě zaujal způsob vedení rozhovoru při hledání homeopatického léku. K obsahu léku jsem byl velmi skeptický a prostřednictvím kolegy Rýce, který kurz firmy Boiron v Čechách organizoval, jsem se ptal přednášejícího,

jestli ví, že se nachází v zemi, kde klasi-  
kem všeho vědeckého zkoumání se stala  
fiktivní postava Járy da Cimrmana. (Od-  
mítl to přeložit.) Zkrátka během rozho-  
voru, věda nevěda, se mi dral na mysl ob-  
raz léku Platina. Nepostupoval jsem kla-  
sicky repertorizací, jako to dělají homeo-  
paté. Prostě se mi vynořil obraz léku, po-  
pis osobnosti, jaká je pod obrazem pla-  
tiny v klasických Hanemannových tex-  
tech. Neměl jsem moc času o tom mudro-  
vat, po hodinové konzultaci jsem navrhl,  
aby brala Platinu D200 a za 3 týdny se  
přijela ukázat. Při obecně známé inert-  
nosti platiny a při ředění, jaké předsta-  
vuje D200, jsem si byl jistý, že nemůžu  
nic pokazit, a paní bude mít přeci jen na-  
ději, že se tím budeme i dále zabývat a že  
ji snad bereme vážně.

Nečekaný efekt mě opravdu zaskočil.  
Další návštěvě předcházelo několik tele-  
fonátů kolegů, kteří se o pacientku starali.  
První volal dermatovenerolog už za tý-  
den. „Co jste jí to, kolego, proboha, pře-  
depsal? Mám ji tady denně s ekzémem  
v obličejí...“ stěžoval si. „A má ekzém?“  
ptal jsem se naivně. „Ne, nic tam nemá,“  
překvapil mě zkušený specialista. Jeho  
neklid odpovídal silnému rozrušení, se  
kterým se na něho pacientka obrátila.  
I dalšího kolegu, praktického lékaře, jsem  
ujišťoval, že pacientku uvidím v pláno-  
vaném termínu a rozhodneme se, co dál.  
Tím spíš jsem byl velmi zvědavý, s čím  
pacientka přijede.

Byl jsem velmi překvapený, když jsem po  
3 týdnech viděl ženu zřetelně o deset let  
starší. Byla našťvaná. Domnělý ekzém  
tvořily přirozené změny kůže, která za-  
čala po první návštěvě rychle stárnout.  
Chápal jsem, že to pečlivě udržovanou  
ženu zaskočilo. Mně ostatně taky, takový  
vliv zcela inertní platiny v homeopatic-  
kém ředění (nebo čeho vlastně?!) jsem  
rozhodně nečekal, natož abych to měl  
v úmyslu. Když se pacientka, podporo-  
vaná svým manželem (jako rodinný



terapeut dávám vždy přednost společným sezením se členy rodiny), dožadovala spravedlnosti a slibovala stížnost na ministerstvu a žalobou, projevoval jsem pochopení. Ale v duchu jsem si představoval soud, kde by nějaký znalec dokazoval, že Platina D200 způsobila rychlé stárnutí organismu. A co jiného by to mohlo způsobit? Že by náš způsob rozhovoru?

Trochu bezmocně jsem se jí snažil utěšit tím, že jí přeci je už sedmdesát pět let a že takto víc odpovídá svému věku. „Pro mě jste věrohodnější...“ To ji popudilo: „Tak to vám pěkně děkuju!“ A najednou tady bylo klíčové téma jejího stonání: „Už v patnácti jsem si řekla, že stárnutí je hnusné a nesmyslné. A rozhodla jsem se, že já nikdy nezestárnu.“ „Aha? No ale stejně jste to dokázala hodně dlouho zadržovat!“ obdivoval jsem ji. Už bylo jasné,

co se jí to vlastně v posledních 2 letech děje. Jakmile se (až v 73 letech!) objevily první známky stárnutí, tedy vrásky a ochablost kůže, odmítla to registrovat jako vliv věku. Muselo to být něco jiného. Nejspíš vysychání. Začala měřit, kolik vy-  
močí a kolik vypije. A Problém byl tady. Jasně že někdy něco nezapsala, ale takové drobné chyby se stanou snadno nevědomky. A výpočty mluvily jasně: žádné stárnutí, ale porucha ledvin je to!

A tak teď už nešlo o to, objevit tajuplnou a nejspíš vzácnou nemoc ledvin, ale smířit se se svým věkem. A to bylo mnohem realističtější. Ale co nám to vlastně pomohlo, to vám nepovím. Že by to byla Platina D200, o které většina klasicky vzdělaných kolegů pochybuje, že vůbec něco obsahuje? Nebo to byl způsob, jakým jsem vedl rozhovor? Nevím.

# 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)



## POKYNY PRO AUTORY



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

### Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší.

Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

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

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

### Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

### Recenzní řízení:

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

### Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce ([chvala@sktlib.cz](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/novaiso690/schema-a-priklady/lky-v-asopisech>

