

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
MUDr. David Skorunka, Ph.D.
PhDr. Ludmila Trapková
Mgr. Pavla Loucká
Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel.: +420 485 151 398

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

Uzávěrka dvojčísla 1-2/2024 dne 15. 2. 2024, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 1. 2024. Vzhledem k mimořádným okolnostem se redakční práce prodloužily až do 18.5.2024.

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

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace [ERIH PLUS](#)

© [LIRTAPS](#), o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Vychází 4× ročně



Tiráž

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů. Všechna práva vlastní LIRTAPS,s.r.o. Kopírování a šíření textu odpovídá licenci [CC BY 4.0 DEED](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Volné šíření s uvedením zdroje a autorů.

TENTO ČASOPIS VYCHÁZÍ NEZÁVISLE NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
BEZ SVOBODY NENÍ VĚDY

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, PhD. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
Doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav preventivního lékařství LF UK v H. Králové
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

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

<i>Obsah</i>	3
Editorial	5
<i>Vladislav Chvála: Číslo k desátému výročí založení Společnosti psychosomatické medicíny</i>	5
Pro praxi	8
<i>Jakub Medal: Fenomén přenosu v klinické praxi skupinové psychoterapie</i>	8
Teorie v praxi	14
<i>Juraj Barbarič: Ideodynamická (ideomotorická) hypnóza a psychosomatické či somatické potíže</i>	14
Věda krátce	29
<i>Vztahy s pečujícími dospělými poskytují nárazník proti depresi, úzkosti, bez ohledu na nepříznivé zážitky z dětství</i>	29
<i>Pět faktorů, které zajistí, že dítě prospívá</i>	31
<i>Nová studie může rozšířit obraz důsledků nepříznivě osudu v dětství</i>	32
<i>Zlepšení nálady snižuje zánět u Crohnovy choroby</i>	34
<i>Marek O. Vácha: Dočetl jsem Radkina a rychle chci říct: tohle není modlitba!</i>	35
Úvahy, eseje	37
<i>Vladislav Chvála: Odkud a kam kráčí česká psychosomatika</i>	37
<i>Jan Poněšický: Medicínské myšlení v psychoterapii a psychosomatice</i>	42
<i>Jakub Medal: Zápisky a úvahy k sexuologickému sympoziu 2023 v Českém Krumlově</i>	45
<i>Jiří Beran: Z historie psychosomatické medicíny u nás</i>	48
Společenská rubrika	50
<i>Radkin Honzák: Za Marcelou Bendovou</i>	50
Politika, Koncepce	53
<i>Jaromír Kabát: Vlastně mě celá ta situace celkem štve</i>	56
<i>Zpráva revizní komise SPM ČLS ke krizi z 22. 1. 2024</i>	57
<i>Dopis předsedy ČLS JEP výboru SPM ČLS 21. 3. 2024</i>	58
<i>Zdůvodnění k žádosti o přijetí nové OS do ČLS JEP z 6.3.2024</i>	58
<i>Zápis z jednání s prezidentem ČLS prof. Svačinou</i>	59
<i>Dopis členům SPM ČLS k situaci (9. 3. 2024)</i>	60
<i>Zápis schůzky RK SPM ČLS ze dne 18.3.2024</i>	61
<i>Vyjádření doc. J. Berana, vedoucího subkatedry psychosomatické medicíny IPVZ</i>	62



<i>Doc. MUDr. Jiří Šimek: Stanovisko k návrhu na vybudování Společnosti klinické psychosomatiky, nové společnosti ČLS JEP zabývající se problematikou psychosomatické medicíny.</i>	63
<i>Stanovisko výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP k přijetí nové odborné společnosti s názvem Klinická psychosomatika.....</i>	64
<i>Stanovisko Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP k přijetí nové odborné společnosti do ČLS JEP.....</i>	65
<i>Stanovisko SPM ČLS JEP k přijetí nové odborné společnosti do ČLS JEP.....</i>	65
<i>Otevřený dopis určený výboru Společnosti psychosomatické medicíny k tématu nedávno vzniklého rozporu uvnitř výboru.....</i>	68
Akce.....	71
<i>20. PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE.....</i>	71
Literární koutek	78
<i>Marek O. Vácha: Terapeutický efekt přímlovné modlitby.....</i>	78
Pokyny pro autory	83



EDITORIAL



ILUSTRÁČNÍ FOTO ZE 17. PSYCHOSOMATICKÉ KONFERENCE 2017

VLADISLAV CHVÁLA: ČÍSLO K DESÁTÉMU VÝROČÍ ZALOŽENÍ SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Toto vydání Psychosomu je v řadě ohledech mimořádné. Mimořádné proto, že je to právě deset let, co se podařilo po mnoha letech a úsilím celé řady lidí založit odbornou Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti J.E.Purkyně. Mimořádné proto, že ho vydáváme k 20.celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci. A do třetice proto, že hned začátkem tohoto roku došlo k rozštěpení komunity lidí, kteří se věnují psychosomatickým pacientům. Desetiletá existence byla mimo jiné označena za nevědeckou. Do hry vstoupili i právníci. Z běžných zápisů a dopisů členům organizace se stal výbušný materiál. A také je to první číslo nezávislého časopisu, jehož vydání bylo předběžným usnesením soudu zakázáno, pokud

v něm budou uveřejněny věty z blogu jednoho kolegy, o jejichž pravdivosti bude soud teprve muset rozhodnout.

Bylo by skvělé, kdyby si mohl každý udělat svůj názor z dostupných prohlášení obou stran. Otázku, zda založit novou odbornou společnost psychosomatické medicíny, nakonec řešilo předsednictvo ČLS. Zeptali jsme se na názory, našli jsme svědectví těch, kterých se rozštěpení psychosomatického hnutí dotklo. Četl jsem v osobním mailu, že jsem jako zakladatel SPM nechal členy společnosti v tom samotné. Není to pravda. Všichni jsme dělali, co bylo v našich silách. Konflikt rozhodně nevznikl mezi lékaři a nelékaři, jak to někdo vykládal, ale mezi lékaři samotnými. Výsledkem měla být čistě lékařská



společnost s důrazem na vědu. Ano, SPM ČLS je koncipovaná jako mezioborová. Prosadili jsme si do stanov pravidlo, že do výboru budou voleni 3 somatičtí lékaři, 2 psychiatři, 2 kliničtí psychologové a 2 fyzioterapeuti, přesto, že psychosomatika je lékařský nastavbový obor. Možná bylo tak široké pojetí předčasné. Proč si zastánci čistě lékařského pojetí nedali tu práci, aby kandidovali do výboru SPM a přesvědčili ostatní, že jejich pojetí je to lepší, správnější a účinnější? Proč by ho demokraticky vedená odborná společnost nepřijala? Proč vůbec někteří lékaři vytrvali v názoru, že pro ně a jejich pojetí psychosomatiky není v SPM ČLS místo? To je ovšem závažná otázka, kterou bychom se měli zabývat. Neměli bychom se spokojit jen s tím, že „se to stává“. Vždyť se takové štěpení děje všude, kam se podíváme.

„Sokratovský dialog zpřítomňuje věčné ideje, v nichž překonáváme názory ve prospěch poznání“, píše Tereza Matějčková ve své eseji Čteš, nebo už jen posloucháš?¹ A kousek dál pokračuje: *„Tradiční dialog směřuje k poznání, a tím k tomu, co není subjektivní. Proto jsou dialogy chápány jako cesty k moudrosti.“* Jenže dialog je založen na důvěře. Na důvěře je založena i práce v psychosomatické medicíně právě proto, že máme co dělat se subjektivním světem pacienta, s jeho intrapsychickým světem. Důvěra je nezbytná nejen pro pacienta v jeho obtížné situaci, ale i pro odborníky, kteří se o něho starají. Tereza Matějčková se pokouší hledat odpovědi na to, co se to děje s naším světem. Ptá se lidí, kteří se také diví. Sleduje vývoj celé společnosti od moderny přes postmodernu až k současné „transmoderně“. Tak nazývá změnu, ve které jsme ztratili rozvernost a

hravost postmoderny, která si *„ironií všechno a všechny držela od těla“*. *„Transmoderna odmítá tuto rozvernost, neurčitost a ironičnost“*, která patrně umožňovala soužití všech se všemi (dobře je to vidět např. na architektuře, která dokázala kombinovat všechny styly v jediné stavbě), a tedy snad i přátelský dialog tak rozdílně vzdělaných odborníků jakými jsou lékaři, psychologové, fyzioterapeuti a sociologové, na kterém byla založena SPM ČLS. Jak jinak dosáhnout skutečného bio-psycho-sociálního pojetí medicíny, než soužitím tak rozdílných profesí? Jenže, doba se změnila. *„(Transmoderna) nehájí kdejaké identity, ale ty, které jsou mimo mainstream, jsou menšinové a vyloučené... které mají víceméně oprávněný pocit ohrožení, a proto protestují. Vzniká tím eskalace, která vtahuje do svého nitra všechny typy komunikací. Zatímco tradiční dialog stál na potlačení emocí ve prospěch argumentů a pomalosti, vítězí v tom současném rychlost a vášeň“*. Jak výstižně pojmenovaná krize v naší, dosud tak postmoderní SPM.

Pokud Vás konflikt v SPM vůbec nezajímá (je až v rubrice Politika, koncepce), máme tady tradiční texty pro naše stále čtenáře. V rubrice Pro praxi je pozoruhodná práce Jakuba Medala o přenosu v rámci skupinové terapie. Druhá práce v této rubrice je z ordinace psychoterapeuta Juraje Barbariče, který nabízí ukázkou 4 případů léčby ericksonovskou hypnózou a znovu připomíná, že stále málo víme o tom, jaké sebeúzdavné síly umí tělo pod takovým vlivem aktivovat.

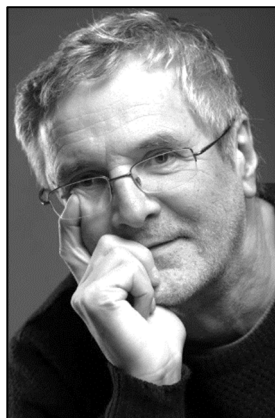
V diskusi nepřehlédněte skvělý příspěvek Marka O. Váchy k minulému číslu, kde se více textů týkalo modlitby. Tady je postoj člověka nejpovolanějšího, vědce i kněze v

¹ Matějčková T. Bůh je mrtev. Nic není dovoleno. Edice Echo. Echo Media. Praha 2023, str. 33



jednom. V Literárním koutku pokračuje toto téma textem téhož autora ukázkou z jeho knížky WanaTakan. Tak přejeme hezké čtení, obohacení a správné nasměrování naší psychosomatické medicíny do budoucnosti a chladnou hlavu v diskusích.

V Liberci 21.4.2024 V.Ch. Poslední úprava 5.5.2024



PRO PRAXI



ILUSTRÁČNÍ FOTO PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE 2017

JAKUB MEDAL: FENOMÉN PŘENOSU V KLINICKÉ PRAXI SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE

ABSTRAKT: Kazuistika z jedné seze skupinové psychoterapie v rámci denního stacionáře pro léčbu úzkostných, depresivních a psychosomatických onemocnění popisuje fenomén přenosu v klinické praxi. Přenos vychází z psychoanalýzy a má důležité místo i v psychiatrii a klinické psychologii, kde může sloužit jako přirozený diagnosticko-terapeutický nástroj.

KLÍČOVÁ SLOVA: přenos, skupinová psychoterapie, psychoanalýza, denní stacionář

ABSTRACT: MEDAL J.: THE PHENOMENON OF TRANSFERENCE IN THE CLINICAL PRACTISE OF GROUP PSYCHOTHERAPY. PSYCHOSOM 2024; 22(1), PP. 8-13

A case report from one session of group psychotherapy in a day house for the treatment of anxiety, depression, and psychosomatic disorders describes the phenomenon of transference in clinical practise. Transference is based on psychoanalysis and plays an important role in psychiatry and clinical psychology, where it can serve as a natural diagnostic-therapeutic tool.

KEY WORDS: transference, group psychotherapy, psychoanalysis, day house



ÚVOD

Přínos kazuistik vnímám v možnosti přiblížení nějaké konkrétní situace skrze čtení textu, přičemž je stimulováno propojení teoretických poznatků s reálnými praktickými zážitky. Tato kazuistika zachycuje fenomén přenosu v klinické praxi, jádro textu je zaměřeno na průběh jedné 90minutové sese skupinové psychoterapie a věřím, že může být zajímavým přiblížením práce v psychiatricko-psychoterapeutickém zařízení, které bude představeno.

Přenos je pojem, který má své kořeny v psychoanalýze a dnes je nade vši pochybnost, že má teorie přenosu důležité místo nejen v psychiatrii a klinické psychologii, nejen ve zdravotnictví, ale vlastně všude tam, kde dochází ke komunikaci člověka s člověkem. Definovat by se přenos dal jako „nová verze starých prožitků z dětství“ – tedy nevědomé přesměrování těchto prožitků směrem k novému objektu – jinému člověku (Šebek, 2020).

PŘEDSTAVENÍ PRACOVIŠTĚ

Pro pochopení rámce, ve kterém ona devadesátiminutová sese proběhla, nejdřív lehce představím pracoviště, kde působím. Jde o Denní sanatorium Horní Palata, jehož hlavní zaměření je komplexní sedmitýdenní terapeutický program formou denního stacionáře, tedy pobytu pacientů od 8 hodin ráno do 3 hodin odpoledne pro pacienty s primárně vztahovými obtížemi či s úzkostně-depresivními a psychosomatickými obtížemi, kde je vztahová dysfunkce rovněž často základní podstatou. V rámci programu se kromě každodenní skupinové psychoterapie

Jak dále píše Šebek (2020), „fenomén přenosu vychází z prostého, ale důležitého faktu, že každý člověk byl dítětem a prošel nespočetnými interakcemi s tzv. primárními objekty – rodiči a jejich zástupci a elementy zkušeností z těchto dětských let vždy hrají jistou roli v dospělém chování a v dospělých vztazích“. Vztah mezi odborníkem a pacientem připomíná vztah mezi rodičem a dítětem a prostředí zdravotnické instituce je i vzhledem k jistému psychickému regresi, když člověk stůně (nejen u duševních onemocnění), bohatší na přenosové fenomény. Je pak velmi užitečné toto umět odečítat, nebrat si např. přehnaný vztek pacienta „osobně“ (zároveň ale kriticky sebe reflexivně nahlížet, zda nemůže být vztek ze strany pacienta oprávněný, nejde skrze optiku přenosu vnímat vše...) a tím umožnit takový rozvoj vztahu mezi odborníkem a pacientem, který nebrzdí, ale naopak posiluje diagnosticko-terapeutický proces.

(tedy 35 dní po 90 minutách), která tvoří jakési „jádro“ celé léčby, pacienti účastní ranní komunity, neverbálních technik, pracovní terapie, relaxací, skupinové i individuální fyzioterapie či tvorby divadelního představení. Skupiny běží paralelně dvě, část programu je společná a část – včetně skupinové psychoterapie – oddělená. Skupina je uzavřená, tedy bez možnosti přibírat v průběhu další členy, psychodynamicky „vedená“. Součástí skupin bývají i studenti a studentky psychologie či všeobecného lékařství – jsou v roli mlčících pozorujících.



KAZUISTIKA

Skupina, o které píšu, má celkem 10 členů – 7 pacientů: 5 žen, 2 muže (věkové rozpětí 26–53 let, dále označováni anonymně jako P1-P7), 2 studentky psychologie a terapeuta, což jsem já. V prvním týdnu skupinové psychoterapie se pacienti vzájemně představili, sdělili si své životní příběhy, řešili např. témata sebehodnoty, zacházení se svou kapacitou, (ne)schopnosti vymezit se (např. říct ne), vztahu přijetí a změny i další. Celkově v prvním týdnu dominovala vzájemná sounáležitost a budování bezpečného prostředí. V druhém týdnu se pacienti (samovolně – aniž bych jakýmkoliv způsobem dělil prostor) postupně na každé skupině střídali s využitím prostoru pro sebe. Skupina z obecných témat přešla k hlubšímu nahlédnutí do osobních příběhů jednotlivců se zacílením na tíživé oblasti. Já jsem zasahoval pouze tehdy, když jsem vnímal riziko opomenutí důležitého momentu nebo pro zvýšení náhledu poté, co tak učinili další členové skupiny.

Nyní se dostávám k podstatě kazuistiky – k pátku ve 2. týdnu terapie, tedy k 10. dnu stacionáře. Vše začalo na ranní komunitě v 9:30, které se účastní obě skupiny a celý terapeutický tým, kde pacientka 1 (dále P1) poznamenala, že není přítomen pan primář, a terapeutický tým jí odpověděl, že pan primář nejbližší měsíc přítomen nebude. Bylo to v časové návaznosti na to, že jedna z pacientek z druhé skupiny byla vzhledem k opakujícím se neomluveným absencím podmíněně ze stacionáře vyloučena.

Skupinová psychoterapie začíná v 10:00, zatím všichni chodili včas, dnes má P1 zpoždění. Spolupacienti na ni přes otevřené okno houkají, ať přijde. V úvodním „kolečku“, kdy pacienti sdílejí, jak se kdo má (cítí) „právě teď“, se P1 vrací k ranní komunitě. Sdílí s ní rozčarování (vztek) z

toho, že na jednu stranu po nich je vyžadována pečlivá docházka a dodržování pravidel a na druhou stranu to pro terapeutický tým to zjevně neplatí, když pan primář bez omluvy nedorazil a nedorazí ani nejbližší měsíc. Dále sama od sebe říká, že její lehce pozdní příchod do skupiny (o minutu) nemá s jejím rozčarováním z ranní komunity nic společného – jenom se zapovídala s pacientkou z druhé skupiny. Pacientka sama i ostatní členové skupiny reagují po její větě pobaveně. Já reaguji nabídkou, že je možné o jejím rozčarování, resp. hněvu na pana primáře, terapeutický tým či instituci mluvit. Nejdřív si vezme slovo jiná pacientka (P2), kdy asi v 10 minutách sdílí lítost z konfliktu s jejím spolubydlícím (v návaznosti na její nižší sklony k uklízení), do kterého se den předtím dostala. Reagují na ni další pacienti, otevírá se téma organizovanosti a řádu, převzetí odpovědnosti. Reaguje i P1, která navazuje na téma P2, poté přechází k mluvení o již zmíněném. Opakuje, že ji naštvalo, že pacienti se omlouvat musí, kdežto terapeutický tým ne, vnímá, že na ranní komunitě jsme všichni na jedné lodi. Je ráda, že se jí podařilo svůj hněv vyjádřit, často jí chvíli trvá, než jí dojde, co se stalo, a je ráda za skupinový prostor, kde je možné detailněji navázat na události z ranní komunity či obecně z jiných programů. Mně během jejího povídání běží hlavou, jestli nejde o přenos a nevědomě jí nastalá situace nepřipomíná traumatickou zkušenost z 8. roku života, kdy přišla o otce, který byl vážně nemocen a matka ji k němu proto nepouštěla. Přemýšlím, jak to celé uchopit, jestli je v jejím hněvu i něco oprávněného a jak se k tomu vyjádřit. Kdybych jí v tuto chvíli nabídl přenosovou interpretaci, je otázka, jak by to vnímala ona sama nebo i celá skupina. Volím proto cestu širšího zapojení skupiny slovy: „Jak jste absenci pana



primáře vnímali vy ostatní?“ s vírou, že se najde alespoň jeden, který řekne, že to vnímal jinak. To by mi dalo prostor k náhledu pro P1, že jde o přenosovou reakci – tedy o vyjádření afektu někomu, komu nepatří. Nicméně, pacient P3 podporuje P1 a říká, že dvojí metr nemá rád a rozumí jejímu vzteku. Pacientka P4 si nevšimla, že tam pan primář nebyl. P2 až dnes zjišťuje, že muž, o kterém je řeč, je pan primář, nevěděla to, takže fakt, že tam dnes nebyl, je jí úplně jedno. Pacient P5, pacientka P6 a pacientka P7 se shodují, že zaznamenali, že pan primář nebyl přítomen, ale rozzlobeni nejsou, je to primář a může si dělat, co chce. Výsledek překvapí i mě, když si v hlavě spojím reakce pacientů a vztah s jejich otcí. Během popisu vnímání ostatních pacientů zároveň přemýšlím, jak budu reagovat já sám. Když domluví P7, vezmu si slovo a říkám, že bych svoji reakci rozdělil na dvě části – praktickou a psychologickou. Při praktické vyjadřuji, že za měření dvojím metrem bych považoval, kdybychom jako terapeutický tým měli jiný přístup k jedné a ke druhé skupině, ale fakt, že nereferujeme o vlastních absencích (nejde jenom o dovolené, ale i o stáže, konference, školení, návštěvy lékaře atd.) nepovažuji za nesprávný (pozn.: skupinový psychoterapeut i ošetřující lékař konkrétní skupiny je v průběhu 7 týdnů vždy přítomen – s výjimkou neočekávaných událostí, např. nemoci – v takovém případě jsou pacienti citlivě informováni o změně). Zároveň ale dodávám, že vzhledem k začátku letních prázdnin mohla všeobecná informace o tom, že lidé z terapeutického týmu budou chybět a zase se vracet, zaznít (pozn.: na druhou stranu by se zřejmě přenosová situace nevyjevila tak rychle). Pokračuji částí psychologickou – mluvím o tom, že je zajímavé, jak si každý do absence pana primáře „dosadil“ to, jak prožívá svého otce a zážitky s ním, což jsem pacientům v jedné větě reflektoval s vysvětlením fenoménu přenosu. V následujícím textu

blíže popíšu reakce jednotlivých pacientů na absenci pana primáře a propojení se vztahem k jejich otcům, poté bude pokračovat popis dalšího dění ve skupině.

P1 a P3 zaznamenali, že pan primář chybí, a rozzlobilo je to – P1 zažila opuštění otcem bez možnosti se rozloučit ve formě jeho úmrtí, když jí bylo 8 let. Otec P3 opustil rodinu ve 14 letech pacienta a zanechal po sobě dluhy, řešeno exekucí, P3 o něm nic neví, ale kdyby ho potkal na ulici, měl by chuť mu dát pěstí.

P2 a P4 si absence pana primáře nevšimli, říkají, že je jim jedno, jestli tam je nebo není. P2 svého otce (který od rodiny odešel v jejích 3 letech) vnímá jako cizího, není vzorem, občas se potkají, ale baví se s ním jako s kamarádem. P4 o svém otci nic neví, rodiče se rozvedli ve 3 letech pacientky, otec pil, vyskytovalo se tam domácí násilí vůči matce pacientky, naposledy ho pacientka viděla v 10 letech, to byl ve stavu opilosti.

P5, P6 a P7 si všimli, že pan primář chybí, spojuje je pocit, že jako autorita si může dělat, co chce, nepotřebují vysvětlení, proč tam není. P5 cítí ke svému otci odpor, má z něj strach, kdysi ho vnímal jako vzor, teď už spíše jako odstrašující příklad – chtěl by od něj ocenění, které ale nepřichází, nedokáže se otci postavit. P6, již pan primář chyběl, protože je sympatický a má hezké oči a vlídné slovo, má otce, kterého dříve vnímala jako „poloboha“ – nyní už to tak nevnímá. Bezmezně ji měl rád, protežoval ji, byla jeho hvězda – "otcova láska byla šílená, staral se o mě jako o panenku". Taky jí řekl: „Když nebudeš nic dělat, budeš nula“. P7 otce vnímá jako hodného („neublížil by ani mouše“), úspěšného, „na co sáhne, to mu vyjde“ – faktem nicméně je, že otec zkrachoval, rodiče přišli o dům a pacientka rodičům intenzivně pomáhala se stavbou nového obydlí. V dětství se ho bála, když jí hrozilo propadnutí ve škole,



tak jí řekl: „Tohle snad nemůže být moje dcera.“ Poté mu s matkou tajili, že byla ze školy vyhozena – dodnes o tom neví. Je patrná jak idealizace, tak nízká separace od otce.

Další dění ve skupině: na moji reflexi reaguje P1 pláčem – kdy během vzlyků popisuje, jak to do sebe zapadá – a že ji otec opustil, aniž by se mohla rozloučit (stejně jako se s ní nerozloučil pan primář před odjezdem na dovolenou). Doptávám se, jestli si vzpomíná, jak prožívala úmrtí svého otce v 8 letech – odpovídá, že neví, co cítila, pamatuje si rakev a že všichni brečeli – tak brečela i ona. Na další otázku, zda měla v průběhu života příležitost odtruchlit si jeho odchod, se znovu rozpláče a vzpomíná na blízkou kamarádku, která před 15 lety odjela na dovolenou (!), ze které se už nevrátila – taky ji opustila, a bez šance rozloučit se. Atmosféra ve skupině je silně citově nabitá, každý přemýšlí a dosazuje si za reakci na absenci pana primáře – „přenosového otce“ – vzpomínky, fantazie a pocity ke svému vlastnímu otcovi. P3 říká, že s autoritami měl vždy problém. V hlavě mi běží myšlenka, že by mohlo být přínosné propojit téma opuštění (zranění z opuštění) s tématem partnerských vztahů (P1 má 53 let, je svobodná a bezdětná, naposledy měla partnerský vztah před 10 lety). Bylo by to přínosné nejen pro ni, bez partnerského vztahu je 5 ze 7 pacientů. Otočen k P1 proto říkám, jak to pro ni musí být těžké někoho k sobě pustit v partnerském vztahu, když má zkušenost, že ji blízcí lidé opouštějí. Reaguje, že vlastně žádné partnerské vztahy nebyly. Poté si slovo bere P6, která poukazuje na skupinový obraz (ten se maluje vždy ve čtvrtek odpoledne), že by ji zajímalo, co nakreslila P4. Přijde mi to jako odbočka od těžkých pocitů. Vzhledem k tomu, že už se tento

vzorec u P6 opakuje, v průběhu prvního týdne si např. odskočila na toaletu, kde (jak následně skupině sdělila) chvíli brečela (skupinu svým brekem nechtěla zatěžovat a taky si připadala slabá). Vzhledem k tomu, že těžké pocity ve skupině jsou, tak než stihne reagovat P4, reaguji já a konfrontuji ji s tím, jestli její návrh není snahou odlehčit těžkou atmosférou ve skupině, nebo jestli se jí dotklo téma partnerských vztahů. Skupině sděluji, že mi probírané téma přijde dost důležité, a nabízím, jestli nechtějí navázat i další členové. Pokud ale nechtějí, klidně se můžeme věnovat i skupinovému obrazu, záleží na preferencích skupiny. Po krátkém tichu se skupina asi 5 minut věnuje obrazu. Když P3 vyzývá P7, která sedí v předklonu s obličejem zakrytým rukama, aby popsala svůj obrázek, nejdřív nereaguje. Pak se ptám já, co se děje, ruce si z obličeje sundává, opírá se a říká, že přemýšlí o tom, co proběhlo – o vztazích k autoritám (nadřízeným v práci, policistům, lékařům...) a k „primárním“ autoritám, tedy rodičům. Říká, že má asi k autoritám přehnaný respekt a možná nevědomě (pozn.: ze své vztahové zkušenosti s otcem uložené v implicitní paměti) staví ve své hlavě vůči potencionálním partnerům nebo obecně mužům „hradbu“. Spolupacientem P3 je osloven P5, který dnes moc nemluvil, říká, že vymezit se autoritě mu dělá potíže, a volně přechází k tomu, že má v sobě hodně pocitů, které není snadné vyjádřit. Skupina včetně mě mu vyjadřuje podporu ve sdílení tíživých témat. Do 11:30 zbývá už jen chvílika, tak si беру slovo, uznávám (a nepřímou i oceňuji) emoční náročnost dnešní skupiny, přeji klidný a odpočinkový víkend a na viděnou v pondělí (pacienty čekala v pátek s jiným terapeutem ještě relaxace).



ZÁVĚR

Kazuistiku jsem se rozhodl sepsat ze dvou důvodů – zaujalo mě coby začínajícího terapeuta, jak u všech 7 pacientů (nezávisle na sobě) reakce na absenci pana primáře odpovídala tomu, jakou vztahovou zkušenost mají se svými otci. Hlavně ale proto, jak silně emočně nabitá atmosféra byla po poskytnutí náhledu ve skupině. Nejspíš právě pocit, že se něco významného ve skupině děje, mě motivoval k sepsání této kazuistiky. Za důležité považuji zmínit i to, že uvedená situace mohla takto nastat v kontextu intenzivní terapie formou denního stacionáře, kdy se při vyšší frekvenci terapie přenosové fenomény snáze resp. rychleji vynořují. Nicméně bych se neodvážil napsat, že by byl v průběhu popsané sese skupinové psychoterapie fenomén přenosu využit terapeuticky (pokud vůbec je možné poznat, kdy nějaká konkrétní intervence terapeuticky

působí). Přesto si myslím, že co se odehrálo, mohlo být důležité alespoň pro některé ze 7 pacientů a taky pro nás jako terapeutický tým. Doslova (dokonce dvojitě doslova) „v přímém PŘENOSU“ na půdě Horní Palaty (jako „laboratoře mezilidských vztahů“) došlo k opakování vztahových vzorců, které pacienti v běžném životě žijí. Často jde o nevýhodné vzorce komplikující mezilidské vztahy. Jejich pochopení je zásadním předpokladem pro terapeutické působení, které umožní (ve skupinové psychoterapii nejčastěji skrze ostatní účastníky skupiny) „popravit“ nevýhodný vztahový vzorec (integrovat vztahový zážitek díky neuroplasticitě na úrovni biologické, tedy na úrovni neuronů, neuropřenašečů a synapsí). Ve všem, co jsem popsal, může fenomén přenosu sloužit jako přirozený diagnosticko-terapeutický nástroj.

LITERATURA

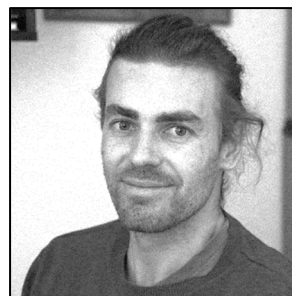
Šebek M. Přenos a protipřenos ve vztahu lékaře a pacienta [Internet]. Psychoanalýza dnes. 2020 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://psychoanalyzadnes.cz/2020/01/16/prenos-a-protiprenos-ve-vztahu-lekare-a-pacienta/>

INFORMÁCIE O AUTOROVI

MUDr. Bc. Jakub Medal
 Institut sociálního zdraví OUSHI, Univerzita Palackého v Olomouci
 Denní sanatorium Horní Palata, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Kontaktní adresa:
 MUDr. Bc. Jakub Medal
 Institut sociálního zdraví OUSHI
 Univerzita Palackého v Olomouci
 Univerzitní 22
 77111 Olomouc
 E-mail: jakub.medal@oushi.upol.cz

Do redakce přišlo 1.8.2023
 K tisku zařazeno po recenzním řízení 15.2. 2024
 Konflikt zájmů: Není znám



TEORIE V PRAXI



ILUSTRACNÍ FOTO PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE 2017

JURAJ BARBARIČ: IDEODYNAMICKÁ (IDEOMOTORICKÁ) HYPNÓZA A PSYCHOSOMATICKÉ ČI SOMATICKÉ POTÍŽE

SOUHRN:

Tento text se zabývá fenoménem *ideodynamické hypnózy* při léčbě psychosomatických nebo somatických potíží u některých lidí. Ideodynamická hypnóza je specifický způsob práce s hypnózou, který je zcela nedirektivní a neautoritativní. Terapeut pouze navodí hypnotický stav, a pak jenom facilituje dění, které přichází „zevnitř“ pacienta či klienta a týká se spouštění autosanačních mechanismů organismu prostřednictvím komunikace „mysl-tělo“. Text obsahuje i teoretické úvahy, ale jeho jádrem jsou čtyři kazuistiky, které ilustrují terapeutický potenciál ideodynamické hypnózy. V závěru je ještě důležitá paralela k placebo efektu jako k mechanismu, který také umí spouštět autosanační procesy v lidském organismu díky komunikaci „mysl-tělo“.

KLÍČOVÁ SLOVA: hypnóza, ideodynamická hypnóza, autosanační mechanismy, placebo efekt, mysl-tělo, psychosomatický přístup, psychosomatická praxe

SUMMARY: BARBARIČ J.: IDEODYNAMIC (IDEOMOTOR) HYPNOSIS AND PSYCHOSOMATIC OR SOMATIC PROBLEMS, PSYCHOSOM 2024; 22(1), PP. 14-28

This article deals with the phenomenon of *ideodynamic hypnosis* in treating psychosomatic and/or somatic problems in some individuals. Ideodynamic hypnosis is a very specific way in working with hypnosis, which is completely non-directive and non-



authoritarian. The therapist merely induces a hypnotic trance and then only facilitates manifestations which are coming from “within” the patient or client and which are connected to the triggering of self-healing mechanisms of the organism through “mind-body” communication. The text contains also theoretical ideas, but the core of the article are four case studies which illustrates the therapeutic potential of ideodynamic hypnosis. Then there is a very important parallel with the placebo effect which has also the potential of triggering self-healing processes through “mind-body” communication.

KEY WORDS: hypnosis, ideodynamic hypnosis, self-healing mechanisms, placebo effect, mind-body, psychosomatic approach, psychosomatic practice

PROLOG

Mám nutkání napsat pár slov na začátek tohoto textu. Důvodem pro toto nutkání je skutečnost, že se tento text zabývá hypnózou. Hypnózou klinickou, nikoli akademickou či experimentální (i když pár teoretických úvah jako pokus o kontext uvádím). A zabývá se hypnózou prostřednictvím čtyř kazuistik, ze kterých minimálně první dvě budou pravděpodobně působit nestandardně, až možná pro někoho kontroverzně, a snad všechny čtyři nesrozumitelně, jelikož pořád nevíme, co to, čemu se říká hypnóza, je a jak funguje. Proto, ve vztahu k mým kazuistikám, píše tento prolog.

Hypnóza se začala v literatuře objevovat od roku 1774, v začátcích pod pojmem mesmerismus, podle autora Franze Antona Mesmera, nebo animální magnetismus. V roce 1843 spojil jevy mesmerismu se slovem hypnóza James Braid (Braid, 1843). Minimálně od této doby můžeme zvažovat, že se hypnóza jako empirický fenomén dostala na akademickou, či experimentální půdu, a také se od této doby

slovo hypnóza používá pro jistou třídu psychofyziologických jevů. Tedy minimálně 180 let. Za tuto dlouhou dobu vyšly stovky studií a desítky (možná také stovky, nevím) monografií o hypnóze příznivců i odpůrců¹, ale pořád nemáme odpověď na to, co hypnóza je (nebo není)². To, čemu říkáme hypnóza, je do dnešních dnů samo o sobě kontroverzním fenoménem. Pořád jak na půdě akademické, tak na půdě klinické, kde k tomu přispěl i Freud, který hypnózu odmítl (jeden z důvodů byl, že v jeho podání hypnotizované subjekty produkovaly falešné vzpomínky na traumatické události, jak se ukázalo), a s ním mnozí jeho následovníci. „*Jak lze rozumět tomu, že otázka hypnózy je mnohými považována většinou psychoanalytiků ne za předčasnou, ale za zneklidňující, za hrozbu návratu k tmářské minulosti, ze které nás osvobodila právě psychoanalýza?*“ (Chertoc & Stengers, 1993) Autoři³ volně citují Thomase Kuhna z jeho knihy *Struktura vědeckých revolucí* (originál z roku 1962): „*Kuhn ukázal, že (vědci)*

¹ Velmi opravdu hluboce komplexní informace o celé historii hypnózy i stávajícího stavu poznání naleznete v knize: André M. Weitzenhoffer: *The Practice of Hypnotism*. Second Edition. John Wiley and Sons, 2000; Je to knížka o 600 stranách a podle mého názoru je to to nejlepší, co lze kolem celého tématu hypnózy číst, a kterou by si měl každý zájemce o téma hypnózy přečíst...

² A podle mého názoru, i když věřím v různé potenciály vědy, tuto odpověď jako klasicky vědecky exaktní, nikdy mít nebudeme. Vysvětlení tohoto názoru vyžaduje jiný text; Pro případné zájemce je toto tvrzení minimálně částečně zdůvodněno v:

Juraj Barbarič: *Selektivní kritika knihy Současná psychoterapie*, Psychosom 3-4, 2011

³ „Doktor Chertok léta bojoval ve Francii proti ortodoxní psychoanalytické obci za znovuzkříšení hypnózy. Pokládal ji za klíčový problém pro poznání vztahu mezi jevy psychickými a biologickými a jeho zásluhou byla na tomto kolokviu (Kolokvium o hypnóze, Normandie, 1989) založena mezinárodní společnost pro transdisciplinární studium hypnózy.“ Viz: S. Stengers, L. Chertok, *Hypnóza – narcistická rána*. Konfrontace, 1993, str. 65;



dříve než odpovědí na otázky, které si položili, naučili se přizpůsobovat dokázanému modelu, vzoru. A proto setkání se surovým, nesrozumitelným faktem je nebezpečnou zkušeností, která ohrožuje jak intelektuální bezpečí, tak profesionální statut vědce.“⁴

Jak jsem již zmínil, za dlouhých 180 let nemáme žádnou ucelenou a obecně přijatou teorii hypnózy, navzdory tomu, že proběhlo a nejspíš probíhá velké množství experimentů (o metodologických problémech a chybách zde psát nebudu), které realizují vědci a svým způsobem i

klinici. „Hypnóza je tedy narcistickou ránou jak pro experimentátory, tak pro kliniky. Není se tedy co divit, že hypnóza je ještě dnes považována za fenomén ‚iracionální‘, který může zajímat jen lidi milující mystéria a iracionálně, v jistém smyslu za fenomén, který, zdá se, by udělal lépe, kdyby neexistoval.“⁵

Nicméně, existuje! (Naštěstí.)

„A právě proto, že je tak zraňujícím fenoménem, je hypnóza základní výzvou pro všechny, kteří se zajímají o lidskou psychiku.“⁶

NĚKOLIK POZNÁMEK NA ÚVOD¹

„Hypnotizujeme nemocnou D. a příkládáme jí pětifrank na zevní stranu levého předloktí s touto sugescí: Dávám vám na paži žhavý peníz, spálí vás. Jakmile se peníz dotkne paže, nemocná ji skrčila, jako by kov byl opravdu žhavý. Den poté, 21. března (1975), se nemocná D. vrátila do střediska a na místě, kam byl peníz položen, měla flyktenózní¹ léze ve tvaru půlměsíce. Nemocná D. nám sdělila, že si toho všimla po probuzení. Večer nepozorovala nic zvláštního. Puchýř se tedy vytvořil v noci. Vzpomíná si též, že po opuštění střediska pociťovala v paži píchání. Pak už na to nemyslela, protože měla mnoho práce. Domnívala se, že se v noci poškrábala. Dne 24. března Dr. Buckel zaznamenal flyktenózní lézi ve tvaru půlměsíce 20x20 mm na zevní straně střední části levého předloktí. Biopsie provedená 3. května 1975 Dr. Molasem dala tyto výsledky: ...Pozorovaný jev je shodný s diagnózou popáleniny“ (Chertok, 1986).

Není to snad fascinující?! „Mysl-tělo“ na základě slovní sugesce v hypnóze

vytvořilo histologicky skutečnou, pravou popáleninu.

Je to jeden z mnoha příkladů skutečnosti, že mezi něčím, čemu jsme se naučili říkat mysl/psychika, a tím, čemu jsme se naučili říkat tělo, existuje nějaký specifický „komunikační kanál“, který se otevírá ve stavu, jemuž říkáme hypnóza, a zřejmě i v jiných transových stavech, změněných stavů vědomí.

„Náš další příklad se týká 18leté, zcela normální dívky, která ale neměla žádný náznak vývoje prsou. Byla tím značně stresovaná. Její táta byl lékař a od doby, kdy jí bylo 12 let, „pumpoval“ do ní veškeré hormony, které byly k dispozici. Žádný vývoj prsou se nekonal. Toto pokračovalo celé další tři roky, poté byla hormonální terapie ukončena. Když dívka bylo 18 let, stala se schizoidní a úplně se stáhla ze sociálního života. Měla velmi konfrontační a nepříjemnou mámu, kterou hluboce nenáviděla. Její táta, lékař, ji přivedl ke mně a zeptal se mě: Co můžete udělat pro to, aby se z mé dcery nestala schizofrenička? Trvalo mi

⁴ Tamtéž, str. 7

⁵ Tamtéž, str. 48;

⁶ Tamtéž, str. 49;

¹ Tyto úvodní, zejména teoretické poznámky si samozřejmě ani zdaleka nedělají nárok na úplnost

témat. K tomu je potřeba přečíst celkem obsáhlé množství relevantní literatury. Mají sloužit pouze jako velmi stručný kontext, který se vztahuje k níže uvedeným kazuistikám.

¹ Z řeckého flyktaina – puchýř



zhruba hodinu, než mi ta dívka řekla, že nemá žádná prsa. Nicméně souhlasila s tím, že vstoupí do hypnózy. A tak jsem strávil několik dalších hodin tím, abych ji uvedl do hypnózy, velmi opatrně a velmi nepřímo, než byla v hlubokém transu. Zatím, co byla v hlubokém transu, vysvětlil jsem jí, jak neznalí jsou muži o tom, jaký je to pocit mít prsa, že muži nemůžou mít žádnou představu o tom, jaké to je, když prsa rostou, že nemůžou vůbec vědět nic o tom, jaké pocity jsou v prsou v průběhu menstruace, jaké pocity má žena v bradavkách v průběhu menstruace. Strávil jsem hodně času, abych jí opakovaně zdůraznil, že, jelikož je dívka, tak nějakým způsobem musí mít ty správné nervy a ty správné cévy. Ukazoval jsem jí obrázky anatomie, jak velký rozdíl je mezi vaskulárními strukturami v mužské a ženské hrudi, a vysvětlil jsem jí, že je vybavena vším, co je potřeba k normálnímu růstu prsou. Řekl jsem jí, že bude mít kompletní amnézii na všechno, co jsem jí říkal v průběhu hypnózy, ale když bude sama v privátním prostředí svého pokoje, kde ji nebude otravovat její matka, nějakým způsobem bude mít intenzivní pocity vlnění v oblasti prsou, že nějakým způsobem budou její rudimentární bradavky teplé a bude cítit, že se něco děje. Řekl jsem jí velmi upřímně, že já nevím, jaké ty pocity budou, ale že ona to může zjistit a že to zjistí a že bude mít ten intenzivní pocit vlnění, pocit růstu, ať už to bude jakkoli, a potom velmi klidně usne. Pak jsem jí ještě řekl, že když se třeba bude chtít podrbat na rameni, tak její ruka půjde vzhůru tak, aby se vyhnula doteku rostoucích prsou. Vídal jsem se s ní jednou týdně a pokaždé jsem jí v transu opakoval podobné věci, a že jsme už o tom mluvili. Tak proč bychom to měli opakovat? Jenom jsem jí ujistil, že jsme všechno probrali a že chci, aby splnila mé instrukce a že v průběhu několika dalších týdnů zjistí, že jí rostou prsa. Aniž bych já věděl, jaké instrukce

jsem jí dal. Po dvou měsících měla krásně vyvinutá prsa a po čase mi přišla říct, že se plně zapojuje do sociálního života... Neměla žádnou vědomou vzpomínku na to, o čem jsme mluvili v hypnóze“ (Rossi E. , 1989) (zkráceno).

Není to snad další krásný příklad komunikace „mysli-těla“ v hypnóze, i když podobně se vymykající tradičnímu fyziologickému myšlení, tak jako ten předchozí?²

Existuje mnoho dalších příkladů, které dokládají skutečnost, že ve stavu hypnózy se nějak mění vztah mezi myslí a tělem. Jeden z velmi razantních příkladů je hypnotická anestezie, ve které lze dělat nejenom malé, ale i velké chirurgické zákroky. Kromě jiného je na tom zajímavé, že hypnotická anestezie nijak nerespektuje anatomii nervového systému či nervových zakončení. Vznikne prostě na místech těla, kam ji hypnoterapeut navodí (Kratochvíl, 1986), (Weitzenhoffer, 2000). Příkladem je tzv. „rukavicová anestezie“, která je přítomna v místech imaginární navlečené rukavice a končí ostrou hranicí na místě, kde imaginární rukavice končí. Přijde mi zde zajímavé zmínit Freudovo zjištění, že hysterické obrny neznají anatomii. To, co je paralyzováno, odpovídá představě „hysterika“ o své končetině (Chertoc & Stengers, 1993).

Uvedl jsem těchto pár příkladů toho, že vztah a komunikace mezi „tělem a myslí“ se v hypnotickém stavu dramaticky mění, čeho pak lze využít k terapeutickým účelům³. Je to důležité pro uchopení těch kazuistik, které uvedu níže. Někakým způsobem myšlenkového uchopení, žel však ne úplného pochopení.

Co je to ideodynamická (ideomotorická) hypnóza?

Je to jeden z kvalitativně specifických způsobů klinické práce s hypnózou.⁴

² O zvětšení prsů za pomoci hypnózy referuje i Stanislav Kratochvíl ve své knize: Klinická hypnóza, Avicenum, 1990, str. 233-234,

³ Níže se zmíním o tom, že tato dichotomie je chybná, zavádějící a překonaná...

⁴ K tématu ideomotorické či ideodynamické hypnózy jsem se dostal v rámci výcviku Ericksonovské psychoterapie a hypnoterapie, který pořádala The Milton H. Erickson Foundation, Phoenix, Arizona, USA, ale naštěstí v Německu, nemusel jsem do USA (mám fobii z létání), abych se osobně setkal



Tato část celého tohoto textu je podle mého názoru zásadní pro uchopení kazuistik, které budou následovat.

Již zmíněný André M. Weitzenhoffer ve své knize *The Practice of Hypnotism* tomu věnuje pár desítek stran, na kterých se zabývá zejména historií vývoje zkoumání ideodynamického fenoménu (začíná někdy již v roce 1818). Klíčovými slovy zde jsou vrozené či získané automaticity a spinální i kortikální reflexy, tedy nevědomé či mimovolní chování, které lze za jistých okolností vyvolat. Současně je zde řeč o tom, že lidské chování je z velké míry determinované nevědomými a mimovolenými reflexy, i když může na první pohled vypadat jako ryze vědomé a volní. Myslím, že velmi dobrým příkladem je chůze. Na chůzi se vědomí a vůle podílejí pouze tím, že se vědomě a volně rozhodujeme, kam půjdeme, popřípadě jakým tempem, ale samotný akt chůze je instinktivní automatický mechanismus, u kterého nemáme žádné vědomé tušení, jak probíhá. Ví snad někdo vědomě, jak drží rovnováhu? (Podobných příkladů je celkem dost.)

Weitzenhoffer v podkapitole o ideodynamickém fenoménu zmiňuje instrukce (jsou to spíše instrukce, než sugescie), které používal ve svých experimentech s ideodynamickým fenoménem. Svým subjektům říkal: „*Nech, aby se dělo, cokoli se bude dít, bez starosti o to, jestli to je nebo není ta správná věc*“, a „*nezkoušej (vědomě) věci dělat a také se nepokoušej (vědomě) zasahovat do věcí, které se dějí*.“ „*Laboratorní testování toho, jestli uvedené instrukce budou mít predikovaný efekt či nikoli, by neměla být nijak složitá věc*.“ (Weitzenhoffer, 2000) Není.

s nejvýznamnějšími osobními žáky Miltona H. Ericksona, kteří byliými učitelé. Téma ideomotorické hypnózy přinesl Ernest Rossi, jméno kterého se v tomto článku ještě několikrát objeví a kterého já z několika důvodů považuji za nejvýznamnějšího Ericksonova žáka./

⁵ Absolutně a neopakovatelně brilantním mistrem v zužitkování reflexivních či automatických vzorců chování pro vyvolání hypnotického stavu byl Milton H. Erickson (1901-1980), nejspíše nejuspěšnější psychoterapeut dosavadní historie psychoterapie (umím si představit, že s tímto tvrzením mnoho kolegů souhlasit nebude, ale to je jiný příběh).

Ideodynamický fenomén je tedy možnost vyvolat automatické a mimovolní druhy chování a je jednou ze zásadních hypotéz fungování hypnotických jevů.⁵

Snad je z uvedeného citátu Weitzenhofferových instrukcí zřejmé, jak moc se tento přístup liší od tradičního autoritativního přístupu práce s hypnózou, který byl nebo dosud je založen na přímých direktivních sugescích typu „*Vaše hlava přestane bolet!*“, v lepším případě „*Vaše hlava bude klidná a čistá!*“, nebo na kladení otázek subjektu v hypnóze a vyžadování verbální odpovědi. V prvním případě docházelo často k substituci symptomu, tedy hlava třeba přestala bolet, ale objevil se jiný, nový symptom, v případě druhém subjekty fabrikovaly falešné vzpomínky na traumatické události. V obou případech, pokud vůbec k nějakému zlepšení došlo, bylo zlepšení krátkodobé a dočasné. To je důvod, proč mnoho psychoterapeutů, třeba také včetně Freuda či Junga, hypnózu opustilo. A například Jung také řekl: „*Vzdal jsem se hypnotické terapie právě z tohoto důvodu, nechtěl jsem vnucovat svou vůli pacientům. Chtěl jsem, aby léčivý proces vyrůstal zevnitř pacientovy vlastní osobnosti, ne z mých sugescí, což by mělo beztak jenom dočasný efekt.*“ (Rossi & Cheek, 1988)

„*Chtěl jsem, aby léčivý proces vyrůstal zevnitř pacientovy vlastní osobnosti.*“ To je velmi důležitá myšlenka v kontextu tohoto článku. Za dob Junga neexistoval jiný než direktivní autoritativní přístup k práci s hypnózou. Za autora a průkopníka nedirektivních a nepřímých přístupů lze rozhodně považovat Miltona H. Ericksona.⁶

Skvělým příkladem pro jeho techniku zužitkování (v tomto případě chůze) je kazuistika, která je uvedena v českém vydání jedné z jeho knih (kde spoluautorem je Ernest Rossi): *Hypnotická psychoterapie*. Kniha případových studií. Emitos, Brno, 2010., na stranách 101-103

⁶ Milton Erickson započal svou fascinující kariéru psychoterapeuta a hypnoterapeuta postupně někdy kolem roku 1940. Některé roky ale trvalo, než se jeho práce stala známou řekněme napříč světovou psychoterapeutickou komunitou, a to



E. Rossi a D. Cheek ve své zmíněné rozsáhlé monografii uvádějí – kromě historických a teoretických poznámek – množství klinických příkladů práce s ideomotorickým přístupem práce s hypnózou, přičemž mluví především o ideomotorickém signalizování. Jeden krátký, stručný a základní příklad za všechny citujeme (zkráceno):

*„Implikovaná instrukce je nástroj ke zpřístupnění a facilitování projevů vnitřních zdrojů, které nejsou pod volní kontrolou. Implikovanou instrukci lze považovat za obecný, permissivní a nedi-
rektivní přístup, který pacientovi umožňuje prozkoumávat a prožívat jeho léčivé potenciály. Skládá se ze tří částí:*

1. Na čas vázaný úvod: Jakmile (nebo: Ve chvíli, kdy apod.).

2. Implikovaná sugesce spouští u pacienta nevědomý proces vnitřního hledání, vaše nevědomí nalezne kořen vašeho problému.

3. Behaviorální (ideomotorická) odpověď, která signalizuje, že implikovaná sugesce byla úspěšná či dosažena: některý z vašich prstů se zvedne (nebo hlava přikývne, nebo ruka klesne apod.)“

Toto je nejstručnější možný příklad práce s ideomotorickým signalizováním. V této podobě pochopitelně nefunguje zcela obecně. Mnohdy je zapotřebí komplexnější přístup, který vyžaduje znalost a schopnost používat různé ericksonovské nepřímé sugesce (vazby, terapeutické dvojné vazby, sugesce, které pokrývají

zejména díky jeho osobním žákům, a to primárně Jeffovi Zeigovi a samozřejmě ještě víc díky Ernestu Rossimu, který ve spolupráci s Ericksonem dal dohromady 12 knih (tři z nich máme i v češtině). Zeig ještě v Ericksonově době napsal jen jednu (a pak až v roce 2014 druhou, máme ji v češtině k dispozici pod názvem *Indukce hypnózy. Postup vyvolání hypnotického stavu podle Milтона H. Ericksona*. Emitos 2016), O to více však přednášel po celém světě. Erickson sám publikoval velké množství článků, ale pouze pro americké relevantní časopisy. V nich popsal více kazuistik než jakýkoli jiný psychoterapeut v historii. Nicméně, **úplně**

všechny možné reakce v daném kontextu, někdy i metafory, různé druhy implikací atd.). Zde není prostor a také není cílem tohoto článku se zabývat detaily různých ericksonovských formulací. Zájemce odkazují na ericksonovskou literaturu, ze které už naštěstí máme i v češtině k dispozici reprezentativní texty.

Z uvedeného příkladu je snad jasné, že od terapeuta nepřicházejí žádné direktivní, na symptom či symptomy zaměřené sugesce, ale pouze facilitace hledání a využití vnitřních léčivých zdrojů pacienta. Tudíž celé terapeutické dění, včetně potvrzení či potvrzování léčivých kroků mimovolními motorickými signály, vychází zevnitř pacienta, jak si to přál třeba Jung, což jsem zmínil výše.

A to je základní princip ideomotorické hypnózy.

Autorův postup je zhruba následující (s případnými obměnami podle reakcí klienta):

- Na prvním hypnoterapeutickém sezení mluvím s klientem o rozdílech mezi vědomou a nevědomou myslí, přičemž o nevědomí mluvím jako o evolučně velmi staré a moudré části lidské mysli, která je kromě jiného nositelem sebe-léčivých procesů. Sdělím, že v naší kultuře, která klade tak velký důraz na racionalitu, je nevědomí zatlačeno do úzadí a že prvním úkolem hypnotické práce je vytvořit pro nevědomí dostatečný prostor, aby mohlo dělat svou instinktivní práci. (Erickson často, i když ne vždy, mluvil se svými pacienty o

první ucelená publikace, která zásadně přispěla k šíření Ericksonovy práce i mimo Spojené státy, vyšla až v roce 1973. Sepsal ji Jay Haley, jeden z nejvlivnějších psychoterapeutů historie, tehdy ještě člen Mental Research Institute, Palo Alto. V češtině vyšlo již druhé vydání této knihy pod názvem *Neobvyklá psychoterapie Milтона H. Ericksona* (kterou jsem přeložil). Jung umírá v roce 1961, tudíž není divu, že nebyl s prací Milтона Ericksona obeznámen.



- rozdílech mezi vědomím a nevědomím; samozřejmě jde o úplně jiné chápání nevědomí, než je obvyklé u psychoanalytických či psychodynamických přístupů.)
- Požádám klienta, aby se pohodlně usadil a zvedl předloktí tak, že lokty se budou opírat o opěrky křesla, s pohodlně uvolněným zápěstím.
 - Pak klienta požádám, aby si vybral nějaký bod, na který se zatím bude dívat, (Je to samozřejmě instrukce z tradiční indukční techniky, tedy fixace očí, ale důraz na to zatím implikuje, že pak přijde něco jiného.)
 - Potom klienta požádám, aby nechal všemu volný průběh, že může být zvědavý, co se bude dít, ale aby vše nechal plynout, aniž by do dění zasahoval vůlí (viz výše citované formulace André Weitzenhoffer).
 - „A ve chvíli, kdy necháte všemu volný průběh, začne si vaše nevědomí utvářet svůj prostor, který potřebuje ke své vnitřní instinktivní práci“ (časová vazba, implikace).
 - „Jakmile si vaše nevědomí začne vytvářet svůj prostor pro svou instinktivní vnitřní práci, začne zcela reflexivně tíha ve vašich víčkách narůstat svým tempem a svým způsobem tak, jak je to pro vás individuálně jedinečné“ (opět časová vazba a implikace).
 - „Pokojné a uvolněné zavření očí (ideomotorická odpověď) je signálem od vašeho nevědomí, že je připravené začít (pokračovat) ve své vnitřní instinktivní práci.“
 - „Jakmile vaše nevědomí začne dělat svou vnitřní instinktivní práci (na dalším utváření svého prostoru, na tématech, která jsou nyní na řadě), začnou se objevovat automatické, mimovolní, obvykle drobné pohyby vašich rukou (časová vazba, implikace a ideomotorická odpověď).“
 - „A každý z těch pohybů, který se objeví, je vnějším signálem dalšího vnitřního instinktivního sebe-
- léčivého pokroku...“ (ideomotorická odpověď, potvrzení transového dění).
- Předloktí klienta někdy rychleji, někdy pomaleji, klesá automatickými spontánními pohyby směrem dolů; pohyby jsou někdy velmi drobné, někdy větší.
 - „A ve chvíli, kdy obě vaše ruce klesnou na vaše nohy nebo opěrky křesla a zůstanou již bez pohybu, bude to signálem od vašeho nevědomí, že pro tentokrát dokončilo svou vnitřní instinktivní práci“ (časová vazba, implikace, ideodynamická odpověď).
 - „A potom si vaše nevědomí vezme ještě tolik vnitřního času, kolik potřebuje k tomu, aby každou léčivou změnu, každý pozitivní pokrok uložilo, ukotvilo, zakořenilo přesně tam ve vašem já, ve vašem organismu, kam to patří, čímž se to stane přirozenou součástí vašeho já a vaše nevědomí to bude při další příležitosti rozvíjet, prohlubovat a utvářet další důležité změny...“ (posthypnotická sugesce).
 - „A jakmile bude všechno tímto způsobem dokončeno, v jedné chvíli, a to právě v té chvíli, ani dřív, ani později, se úplně samy od sebe otevrou vaše oči (časová vazba, implikace, ideomotorická odpověď).“

Celý tento proces trvá obvykle něco mezi 45 až 90 minutami. Nikdy v žádném případě nezasahuji do tempa, kterým věci probíhají. Je to jenom a pouze věcí klientova „nevědomí“ (samozřejmě ne, jak nevědomí chápe psychoanalýza, ale třeba jak jej vnímal a popsal Milton Erickson⁷).

Chci jednoznačně zdůraznit, že výše popsaný postup není žádný návod, žádná kuchařka, žádný manuál! Je to pouze příklad logiky a souvislostí ideomotorického hypnotického sezení. S některými klienty to probíhá podobně, s jinými to probíhá úplně jinak, jak uvidíte v následujících kazuistikách.

⁷ Milton Erickson chápal a definoval nevědomí jako tu nejzdravější součást lidských bytostí,

s obrovským léčivým potenciálem, jak prokázal svou prací a nesmírně velkým počtem kazuistik.



KAZUISTIKY

Příběh první

Před několika lety mne kontaktovala v té době 25letá mladá žena, která hned při prvním setkání řekla, že jsem její poslední naděje. Trpěla totiž hlubokými depresemi od 15 let. (Moje hypotéza o původu jejích potíží je, že měla matku, která měla extrémně nutkavou potřebu řekněme pořádku, s různými rituály. Například hrníčky musely být vždy na správném místě, ve správném pořadí, tak jak to ona stanovila. Když něco bylo trochu jinak, hned bylo zle. Tvrdou rukou prosazovala, aby dcera dávala všechno tam, kam určila matka. A měla na dceru extrémní nároky i v jiných oblastech, třeba co se školy týče. Pokud dcera nepřinesla ze školy jedničku, bylo zle, což se kromě jiného výrazně podepsalo na velmi nízkém sebevědomí klientky. Žila prakticky od narození v extrémně stresujícím prostředí, což nejspíš přispělo k jejím depresím a následně k somatickým potížím.) Navštívila několik psychiatrů, kteří jí předepsali antidepresiva, navštívila také nějaké psychoterapeuty, obojí bez zlepšení. Nutno také dodat, že neměla měsíčky. Gynekologové stanovili diagnózu polycystická ovaria. Řekli jí, že nikdy „normální“ cestou neotěhotní. Je celkem zajímavé, že pokaždé, když začala brát antidepresiva, tak měsíčky dostala, ale jenom jednou, a v dalších měsících už nikoli. Když jsem si vyslechl její příběh, bez váhání jsem jí nabídl terapii za pomoci hypnózy, jednak proto, že jiné psychoterapeutické snahy nepřinesly žádné zlepšení, a také proto, že hypnóza „umí“ ovlivnit také tělo. (Že jsme pořád zatím zvyklí u člověka oddělovat mysl a tělo, je velká chyba. Metaforicky řečeno jsou to dvě strany téže mince. Tělo a mysl představují jeden celek.) S hypnózou souhlasila a k mému opravdu velkému překvapení první hypnotické sezení trvalo sedm hodin. Během této doby se děly různé spontánní pohyby, kdy se jistým způsobem „bila“ do oblasti dělohy. Ano, sedm hodin je jistě velmi nestandardní. Co je ale standardní? Milton Erickson říkal, že každý člověk je jedinečný a že pro každého svého pacienta vymyslel jinou teorii

osobnosti a jinou terapii. V tomto případě prostě klientka na úvod terapie potřebovala sedm hodin k tomu, aby se událo, co se udát mělo. Nezasahoval jsem do toho, protože jsem toho přesvědčení, že „nevědomí“, které v hypnóze dostane prostor pro spuštění sebe-ozdravných procesů, „velmi přesně ví“, co dělá a že je potřeba to nechat plynout, aby proběhlo všechno, co v té chvíli proběhnout má, úplně do konce a není věcí terapeuta do toho procesu zasahovat. Zmíním také, že po té první hypnóze dostala měsíčky. Pak zatím ještě ne pravidelně. Setkávali jsme se jednou týdně a každá další hypnóza, během níž také plakala nebo se smála, nebo vydávala různé zvuky a také se ještě občas bila do oblasti dělohy, nebo si hladila prsa (říká se tomu ideomotorický fenomén, a jistě jsou kolegové, kteří by v tom viděli nějakou symboliku), byla kratší a kratší, až jsme se dostali na takových obvyklých 90 až 60 minut. Postupně byla čím dále, tím méně depresivní, začala mít pravidelné měsíčky a – přibližně po půl roce hypnotické psychoterapie, bez jakékoli další somatické, gynekologické léčby, přišla do sezení s tím, že je těhotná!!! (Byla a je vdaná.) Je to velmi malá a útlá žena, s úzkou pánví a gynekologové jí přesvědčovali o tom, že nikdy nemůže porodit obvyklou cestou, že jediné řešení je císařský řez, což se jí nelíbilo. Měli jsme pak ještě nějaká čtyři hypnotická sezení, která byla metaforicky zaměřena na „moudrost ženského těla“. Následně porodila zcela spontánně a hladce, když byla sama na záchodě porodnice, bez jakékoli externí pomoci a bez jakýchkoli komplikací, zdravou holčičku. Po nějakých přibližně dvou letech otěhotněla znovu a tentokrát porodila zdravého chlapečka. Jelikož jsem s ní pořád v kontaktu už 10 let, tak vím, že žádné deprese se nikdy nevrátily a že má zcela pravidelný hormonální cyklus.

Příběh druhý

Navštívila mne přibližně padesátiletá žena, s neurologickou diagnózou torticollis spastica. Jde o stav, kdy člověk má do různé míry vytočenou hlavu na jednu či



druhou stranu a není schopen hlavu narovnat. Moje klientka měla snad tu nejtěžší formu, kdy měla hlavu vytočenou o 90 stupňů, bradu měla nad svým levým ramenem. Musela se pohybovat bokem, jelikož jinak před sebe neviděla. Těžko si představit, jak obtížný takový život je. A s tím chodila do práce, pracovala na vysoké manažerské pozici a pracovala roky až 16 hodin denně. Absolvovala veškerou dostupnou medicínskou léčbu, které ale moc není. Obvyklá neurologická léčba a ani fyzioterapie nepomohly. Současná medicína nezná ani příčinu tohoto stavu. Moje hypotéza je, že v tomto případě to byl důsledek dlouhodobé extrémní pracovní zátěže, ale je to pouze hypotéza.

Doporučil ji ke mně právě jeden fyzioterapeut, který umí přemýšlet psychosomaticky. Pacientku by asi těžko napadlo, že by jí mohl pomoci psychoterapeut. Nicméně přišla. Po krátkém úvodním rozhoru jsme se pustili do první hypnózy. Velmi zajímavé bylo, že hned v té první hypnóze se jí hlava na chvíli narovнала, z čeho se dojetím rozplakala. Nicméně, pochopitelně to po prvním sezení nevydrželo. Při tom, jak extrémně těžkou torticollis měla, jsem tušil, že to bude relativně na dlouho. Byl to však signál, že to půjde. Od té doby jsme se setkávali jednou týdně. Pracovali jsme specifickou formou hypnózy, která umí spustit sebeléčivé procesy (podobně jako v případě té mladé ženy s tou gynekologickou diagnózou). A tato forma práce s hypnózou je vždy spojena s tělesnými projevy (u každého klienta o něco či více odlišných). V případě této klientky její tělo v hypnóze vykazovalo velmi intenzivní projevy. Neumím to nazvat jinak než *hypnotická spontánní auto-gymnastika* nebo *auto-hypno-fyzioterapie* (v hypnotické terminologii se tomu říká ideomotorická či ideodynamická hypnóza). V každém sezení pracovala jiná část jejího těla. Někdy jenom ruce, někdy jenom hlava, ale většinou celé tělo, úplně celé tělo. Myslím opravdu celé tělo, přičemž v každém sezení to byly různé části těla, v nejrůznějších pozicích a kombinacích. Tělo se dostávalo do nejrůznějších pozic a do nejrůznějších pohybů, místy by šlo říci, že do zcela nečekaných, neobvyklých, někdo by

u některých fyzických poloh a pohybů řekl až bizarních.

Jeden příklad za všechny. Poté, co vstoupila do hypnózy, v křesle samozřejmě, se její nohy zvedly do vodorovné polohy, trup se předklonil a ruce se natáhly dopředu, rovnoběžně s nohama. Pak se její ruce i nohy začaly třást, dlaně i chodidla se vytáčela ze strany na stranu, trup se chvílemi narovnal, pořád s rukama i nohama nataženými před sebe, poté se trup zase předklonil s hlavou ke kolenům a hlava byla při tom narovnaná, nicméně v nějakých intervalech se vytáčela zleva doprava.

Myslím, že je důležité říci, že tyto ideomotorické projevy se ve své podobě nikdy neopakovaly, v každém sezení probíhaly různě.

Po každém sezení referovala o mírném zlepšení, i když jsem já ta zlepšení ne vždy viděl. Šlo o to, že pociťovala postupně stále jiné pocity v těch svalech, které držely její hlavu tak extrémně vytočenou, i když v některých sezeních hlava vůbec „nepracovala“, ale pracovaly různé svalové skupiny jejího těla. A pak se už začaly objevovat změny, které byly i pro mne viditelné, její hlava se po centimetrech narovnávala, i když ideomotorické dění probíhalo pokaždé jinak – v mnoha sezeních vůbec neobsahovalo pohyby hlavy, v některých ano. Bylo jasné, že její nevědomí patrně vědělo, jakým způsobem a v jakém pořadí v té *auto-hypno-fyzioterapii* se mají různé svalové skupiny zapojovat. Já jsem do toho nijak nezasahoval kromě toho, že jsem ji uvedl do hypnózy a řekl, že její nevědomí bude pracovat přesně na tom, co je tentokráte na řadě. Sezení trvala něco mezi 60–90 minutami, poté se celé tělo zklidnilo a ona vystoupila z hypnózy. Po přibližně 6 měsících měla hlavu plně narovnanou, nikdo zvenku by nepoznal, že byla v tak těžkém stavu. Je tomu už 6 let, a jelikož jsem měl možnost být s ní v kontaktu, tak vím, že normální poloha její hlavy trvá.

Ještě slova klientky:



„Po několika letech přežívání s diagnózou torticollis spastica a hledání čehokoliv, co by mi pomohlo, když standardně používané injekce botoxu v mém případě nezabíraly, jsem na doporučení fyzioterapeuta našla léčbu hypnózou. Stačilo několik sezení a po velmi dlouhé době jsem začala hýbat hlavou! Můj zdravotní stav se po každé návštěvě malinko zlepšil a postupně jsem se vrátila zpět k normálnímu životu. Na ulici se za mnou už nikdo neohlíží a ti, kteří vědí, čím vším jsem prošla, říkají, že by nikdy nevěřili, kdyby na vlastní oči neviděli, co hypnoterapie dokáže.“

Příběh třetí

Přišla 22letá mladá žena s tím, že má obrovský strach z bakalářských státnic. Ten jsme zvládli ve dvou sezeních. Nicméně když mi o sobě povídala, řekla, že trpí těžkou migrénou už od tří let věku. V době, kdy jsem ji poznal, měla těžké migrenózní záchvaty prakticky každý víkend. Úporné, řekl bych až kruté bolesti hlavy a zvracení. Mohla pouze ležet v posteli, v zatemněné místnosti. Tak, jak to u lidí s migrénou bývá. Měla jednu drobnou výhodu, někdy se jí navzdory těm silným bolestem povedlo usnout. Občas měla těžký záchvat i v týdnu. A hlava ji bolela v podstatě bez přestání, každý den, i když to nebyl migrenózní záchvat a ta „běžná“ každodenní bolest hlavy byla obvykle zásadně mírnější, než když měla záchvat. Někdy ale i ty každodenní bolesti hlavy byly silné. Léčila se samozřejmě neurologicky, dostávala silné léky, ale ty měly poměrně malý účinek.

Nabídl jsem jí, že bychom to mohli zkusit za pomoci hypnózy. Souhlasila. Domluvili jsme si jako takovou pomůcku škálu, na které by označila sílu bolesti hlavy, nula až deset, kde nula znamenala žádnou bolest a deset bolest maximální. A pustili jsme se do hypnoterapie. Sezení jednou týdně trvalo vždy přibližně 60 minut. Pracovali jsme technikou již výše popsané ideodynamické hypnózy. Pohyby pouze v rukou u této klientky byly mírné, nicméně signalizovaly probíhající nevědomý proces. Stávalo se, že klientka přišla do sezení s bolestí hlavy na úrovni 7,

tedy značně silnou, nicméně navzdory tomu do hypnózy vstoupila a po hypnóze byla bolest na úrovni 2. Pracovali jsme spolu přibližně půl roku. Za ten čas se výrazně snížila četnost migrenózních záchvatů (tak jednou za měsíc či za 6 týdnů), a pokud se záchvat dostavil, jeho průběh byl značně mírnější. A ta předtím každodenní bolest hlavy vymizela úplně, tudíž kvalita života klientky se značně zlepšila. Byl jsem s klientkou občas v kontaktu přibližně po dva roky, než se přestěhovala do jiného města. Po tuto dobu zlepšení trvalo.

Příběh čtvrtý

Tento příběh bude asi nejkratší z uvedených.

Na doporučení mne navštívila 40letá žena s těžkým astmatem. Trápilo ji několik let. Byla na kortikoidech, jak celkově, tak lokálně, tedy pomáhala si inhalátorem. Celková léčba kortikoidy moc nezabírala, inhalátor vždy na chvíli ano. Sama by nevěděla, že lze astma ovlivnit psychoterapií, a to zejména hypnózou. Dozvěděla se to od svého syna, který byl mým žákem. V prvním setkání jsme v zásadě jenom krátce pohovořili o jejím životě, aniž bych usiloval o zjištění nějakých možných příčin či okolností, které by mohly přispět k rozvinutí astmatu. Samozřejmě je nutné s klientem navázat vztah, který je primárně o vytvoření důvěry, než začneme pracovat s hypnózou (vztah postavený na důvěře se někdy formuje snadno a rychle, někdy to trvá déle). V tomto případě to šlo rychle a záhy jsme se mohli pustit do ideodynamické hypnoterapie. Setkávali jsme se jednou týdně, každé sezení trvalo něco mezi šedesáti až devadesáti minutami. Někdy v polovině práce přestala používat inhalátor a po sedmi sezeních astmatické potíže vymizely. Vysadila kortikoidy. Viděl jsem ji pak ještě dvakrát, v rozestupu dvou měsíců, abychom se podívali, že remise skutečně trvá a že může být bez léků. Byla po celou tu dobu bez astmatu a bez léků. Při těch dvou „kontrolních“ návštěvách jsme ještě pokaždé udělali „posilující“ hypnózu, když už jsme se viděli osobně,



nicméně klientka byla zdravá... Měl jsem o ní opět nějaké dva roky informace od

jejího syna, který ke mně chodil do výcviku. Po tu dobu zlepšení trvalo.

ÚVAHY K MECHANISMU ÚČINKU

Ernest Rossi v jedné ze svých knih cituje Ericksona: „*Indukce a udržování (hypnotického) transu vytváří specifický psychologický stav, ve kterém pacient může reasociovat a reorganizovat své vnitřní psychologické obsahy, složitosti a zůžitkovat své vlastní možnosti způsobem, který odpovídá jeho vlastnímu individuálnímu prožívání. Terapie rezultuje ze specifické vnitřní resyntézy pacientova prožívání a chování, kterou pacient – (nevědomě) – formuje sám. Je pravda, že přímá sugesce může ovlivnit pacientovo prožívání a chování, a vyústit v symptomatické uzdravení, přinejmenším dočasně. Nicméně takové „uzdravení“ je pouze reakcí na sugesci, a nezahrnuje reasociaci a reorganizaci pacientových myšlenek, vzpomínek a chápání světa, které jsou zásadní pro skutečné uzdravení*“ (Rossi E. , 1986).

To je jinými slovy a trochu složitěji vyjádřená úvaha, o které je řeč v tomto článku výše, tedy že uzdravení přichází z pacientova „nitra“, a ne od nějakých přímých direktivních sugescí „zvenku“ od (hypno) terapeuta. Jinými slovy Erickson to myslí následovně: Transový stav (a nejenom hypnotický, i když zde je řeč o hypnóze) umožňuje, aby v pacientově organismu (mysli/těle) došlo k zániku nepřírodných, „nemocných“ asociací, propojení různých aspektů prožívání/myšlení/vidění sebe, vztahů i světa, a ke vzniku nových, přirozených, zdravých asociací, díky autosanačním procesům, které jsou organismu vlastní. K tomu se ještě dostanu v dalším odstavci. Teď tady na tomto místě chci zdůraznit, že zde komentovaný přístup vede k systémovému, a ne k symptomatickému uzdravení

pacienta. To je velmi zásadní argument pro všechny, kdo – právem – odmítají (klasickou, direktivní) hypnózu, protože symptomatické „uzdravení“ je jednak dočasné, jednak symptomatické zaměření lineárních direktivních sugescí třeba nějaký symptom „odstraní“, ale často jeden symptom zmizí a místo něj se objeví jiný. Pokud v organismu dojde k systémové změně, žádná substituce symptomu se nekoná! A ideodynamická hypnotická práce systémové změny evidentně „umí“!

Nyní pár slov k autosanačním (sebeo-zdravným) procesům.

Ernest Rossi svou již zmíněnou knížkou *The Psychobiology of Mind-Body Healing* začíná kapitolou, kterou nazval *Placebo efekt: Odmítaný základní kámen léčení těla myslí*. Zmiňuje zde jednoho ze svých prvních učitelů, Bruno Klopfera, který se zabýval rorschachovskou diagnostikou pacientů u rychlé či pomalé progresse onkologických onemocnění. Klopfer byl či je považován za génia rorschachovské diagnostiky. O své práci napsal tři ceněné knihy.¹ Zmiňuji ho zde proto, že byl kolegou lékaře Philipa Westa, který byl lékařem jistého pana Wrighta, pacienta v terminálním stadiu lymfatického sarkomu, s metastázami snad ve všech orgánech těla. Klopfer tohoto pacienta také rorschachovsky diagnostikoval a Rossi ve své citované knize Klopferův nález uvádí. Ten, řečeno velmi ve zkratce, říká, že pan Wright měl „plovoucí“ ego, tedy ego, které pohotově a ochotně reagovalo na vnější podněty (sugesce).

¹ Rorschachův test považuji za jediný smysluplný psychologický test, tedy pokud to někdo opravdu umí. Neskromně řeknu, že jsem býval velmi dobrým „rorschachistou“. Nicméně, dnes to ke své práci nepotřebuji. Navíc Rorschachův test ztratil v

internetovém věku svou cenu, jelikož si kdokoli na internetu může najít obrázky na Rorschachových tabulích, včetně „správných“ či „kvalitních“ odpovědí, čímž test ztrácí na vypovídající hodnotě



Příběh, kazuistika pana Wrighta je jádrem celé první kapitoly citované Rossiho knihy. Celá první kapitola je věnována placebo efektu.

„Pan Wright prožíval naději, protože se dozvěděl, že nemocnice, ve které ležel, je jedna ze stovky nemocnic, kde měly probíhat klinické zkoušky nového léku na rakovinu. Lék se jménem Krebiozen. Pan Wright neměl být zahrnut mezi pacienty, u kterých se měl zmíněný lék testovat. Šlo totiž o to, že kritérium pro výběr pacientů pro klinické zkoušky bylo tři až šest měsíců očekávání života. Panu Wrightovi dávali maximálně dva týdny. Když se pan Wright dozvěděl, že Krebiozen dorazil do „jeho“ nemocnice, jeho entuziasmus neznal hranic. Prosil o to, aby mu byl Krebiozen byl podáván tak intenzivně, jelikož v něm viděl svou záchranu, že se jeho lékař navzdory tomu, že pan Wright nesplňoval kritéria pro klinické zkoušky, rozhodl mu lék podávat. Lékař pana Wrighta vzpomíná, že první injekci testovaného léku mu podal v pátek. Očekával, že v pondělí ho najde definitivně umírajícího nebo mrtvého. K jeho velkému překvapení to bylo úplně jinak. Nenašel pana Wrighta na smrtelné posteli, ale vesele se procházejícího po oddělení, v živých konverzacích se sestřičkami či jinými pacienty, kteří byli ochotni naslouchat příběhu o zlepšení jeho zdravotního stavu. V průběhu toho víkendu jeho tumory tály jako sněhové koule na horké peci, a zmenšily se na polovinu původní velikosti. Jeho lékař spěchal se podívat na další pacienty, kterým Krebiozen v ten pátek aplikoval, ale ani u jednoho z nich nenašel žádné zlepšení, v některých případech spíš zhoršení. Pouze pan Wright vykazoval neuvěřitelné zlepšení, aniž by dostával nějakou jinou léčbu, jelikož jeho stav už byl rezistentní vůči jakékoli jiné léčbě, jako třeba ozařování. Následně pan Wright dostával injekci Krebiozenu třikrát týdně, jak to bylo v protokolu klinických zkoušek, k velké radosti pacienta. V průběhu následujících deseti dní bylo možné pana Wrighta propustit z jeho smrtelné postele, jelikož byl úplně zdravý! Však v následujících dvou měsících se v novinách a časopisech, které pan Wright četl,

objevovaly články, říkající, že Krebiozen se ukazuje jako zcela neúčinný. Pan Wright začal ztrácet veškerou naději a po dvou měsících úplného zdraví se jeho zdravotní stav zhoršil do terminální podoby, jaká byla před tím, než začal dostávat Krebiozen, tedy do terminálního stavu. Po následné hospitalizaci mu jeho lékař řekl, že není potřeba, aby ztrácel víru díky tomu, co vše si přečetl, a že Krebiozen kromě těch negativních zpráv vykazuje i slibné výsledky. Také mu řekl, že nová, dvakrát silnější varianta Krebiozenu, je na cestě do jejich nemocnice. Poté pan Wright začal být opět velmi optimistický a nadšený. Lékař pak začal panu Wrightovi podávat injekce „nového, dvakrát silnějšího Krebiozenu“. Až na to, že to, co mu podával, byl obyčejný fyziologický roztok. Uzdravení pan Wrighta bylo v tomto případě ještě dramatictější než v prvním případě. Tumory „roztály“, voda na plicích zmizela a pan Wright byl v té době obrazem úplného zdraví. Fyziologický roztok mu byl aplikován ještě párkrát ambulantně. Jeho úplné zdraví vydrželo dva měsíce, do doby, kdy se v tisku objevila finální zpráva o klinických zkouškách Krebiozenu, která říkala, že tento lék se ukázal jako absolutně neúčinný. Poté se zdravotní stav pana Wrighta rychle zhoršil do terminální podoby, byl ještě hospitalizován, ale po dvou dnech umřel.“ (Rossi E. , 1986, stránky 3-7) (Překlad trochu zkrácen.)

Samozřejmě že dočasné úplné uzdravení pana Wrighta, když mu jeho lékař podával pouze fyziologický roztok, je věcí placebo efektu. Stejně tak, jak sice ještě dostával klinicky zkoušený lék, který se ale ukázal jako zcela neúčinný.

Nicméně medicína zná případy různých „zázračných“ uzdravení, žel jim nevěnuje pozornost, kterou by si zasloužila. Jsou nepochybně výsledkem placebo efektu.

Nu, Leon Chertok o placebo efektu říká následující: „Placebo efekt je dobře známý. Když zkoumáme účinnost léku, porovnáváme ji vždy s účinností produktu, který je zbaven vši účinností fyziologické, ale je podáván nemocným, jako



by šlo o lék. Je statisticky dokázáno, že také „placebo“ bude mít léčebný účinek.² Pacienti se uzdravují bez zjevné příčiny, protože věří, že dostali nový a účinný lék. Placebo efekt je dobře znám, ale uplatňuje se v lékařské vědě pouze způsobem negativním, jako efekt parazitní, který nelze zaměňovat se „skutečným“ efektem, který hledáme. Naopak, přinejmenším v našich zemích, je málo výzkumů zaměřeno tak, aby medicína mohla mít z této možnosti užitek. Jako by šlo o „špatný“, „iracionální“ způsob uzdravení. Zatímco technickému pokroku v medicíně se věnuje obrovské úsilí, žádné úsilí se nekládá do formování lékařů v „umění“ vztahu, pro to, aby z nich byli nejlepší léčitelé. Vše se děje tak, jakoby uvědomění fenoménu, který nám nabízí realita, uvádělo do nebezpečí rozumové ideály medicíny. Jako kdyby znamenalo hrozbu záměny mezi lékařem a šarlatánem. Racionalita a iracionalita jsou zde nerozlučně spjaté. Lékař se považuje za racionálního, protože omezuje svou činnost na faktory, o kterých si myslí, že jim rozumí a kontroluje je, ale je iracionální, a to v té míře, v jaké z obavy, aby se nezesměšnil, odmítá zajímat se o to, čemu nerozumí a nesnaží se to integrovat empiricky a pozorně do své praxe. Co se týče sugescí, pravděpodobně úzce spojené s placebo efektem, té je také přisuzován především smysl negativní. Freud hovořil ke svému subjektu o „vlivu bez dostatečného logického zdůvodnění“ a snažil se vysvětlit tento vliv pomocí fenoménu přenosu. Od dob Freuda se psychoanalytici snažili především bránit proti obvinění, že působí sugescí, a definovali tedy sugesci pejorativně. Tak, jako je špatný způsob uzdravovat placebo, je sugescie špatný způsob jak uzdravit, změnit druhého. Stejně jako je placebo výsměchem, který dovoluje žít šarlatánům, je sugescie spojována se lží a násilím.“ (Chertoc & Stengers, 1993)

² Při klinických zkouškách nelze ani u skupiny, která dostává předpokládanou účinnou látku, placebo efekt vyloučit.

³ Neumím se zde vyhnout alespoň krátké zmínce o Hansovi Selyem, kterého lze zřejmě považovat

Placebo efekt a ideodynamická hypnóza jsou, jak to vidím já, dvě stránky téže mince. Oba v lidském organismu spouští autonomní autosanační procesy, které, jak jsme viděli na uvedených kazuistikách, umí mít ohromnou sílu. Liší se pouze ve způsobu, jakým jsou spouštěny.

Zatím nevíme, jak probíhá „překlad“ mentálních procesů na léčivé procesy biologické či fyziologické.³ Víme pouze empiricky a klinicky, že to existuje a funguje. Ernest Rossi se ve své již několikrát zmíněné monografii *The Psychobiology of Mind-Body Healing* pokouší hypotetizovat, jak by tento „překlad“ mohl fungovat. Rossi totiž předtím, než vystudoval psychologii, vystudoval farmacii, a tudíž měl odpovídající bio-fyziologické vzdělání. Svou zmiňovanou monografii uzavírá pěti kapitolami: 6) Přehled komunikace mysli a těla; 7) Modulace autonomního nervového systému mysli; 8) Modulace endokrinního systému mysli; 9) Modulace imunitního systému mysli; 10) Modulace neuropeptidového systému mysli (Rossi E., 1986, stránky 99-182).

Tyto kapitoly jsou napsány zejména biologickým, fyziologickým a anatomickým jazykem. Samozřejmě že v tomto článku není prostor reprodukovat je detailně. Ve stručnosti – Rossi za centrum „překlada“ psychických informací do informací biologických považuje hypotalimicko-limbický systém, a ještě přesněji, hypotalamus jako takový. Hypotalamus má svými různými jádry vazby jak na vyšší kortikální funkce, tak na autonomní nervový systém (sympatikus i parasympatikus), na endokrinní systém prostřednictvím hypofýzy a také na systém imunitní i neuropeptidový (neurotransmitterový). Jednotlivá jádra hypotalamu se svými specializovanými neurony jeví být na sobě nezávislá, každé má svou funkci, nicméně celkově regulují celé vnitřní fyziologické dění lidského těla. Hypotalamus integruje sensorické, emoční i kognitivní

za zakladatele moderní psychosomatiky a který ve své celkem rozsáhlé knize *Život a stres* (Obzor, Bratislava, 1966) zejména biologickým a fyziologickým jazykem formuluje procesy, kterými ať už mentální nebo fyzický stres negativně působí na lidský organismus a vytváří patologické změny



procesy s fyziologií těla. Rossi mluví o dvou typech hypotalamických neuronů, které se specializovaly jako „překlada- telé“ mentálních informací do informací biologických. Dostávají bio-elektrické impulzy z neokortexu (ale také z hippo- kampu, amygdaly a talamu), na jejichž základě „vypouštějí“ nebo stimulují tvorbu některých hormonů či neuro- transmitterů, čímž ovlivňují somatické tkáně. Existence těchto neuroendokrin- ních „překladatelů“ mentálních infor- mací do informací somatických je základ- ním důvodem pro konceptualizaci psy- chobiologie jako větve informační teorie a empirické vědy.

Je samozřejmě nesporné, že každý men- tální či psychický proces či děj má svůj bio-chemicko-elektrický korelát v mozku. V různých částech mozku. Již zmíněný Hans Selye ve své knize Život a stres postuloval somatické negativní, patogenní důsledky akutního silného nebo dlouho trvajícího stresu jako důsledek neuroen- dokrinních procesů. Tento stres je možné nahlížet jako „změněný stav vědomí“, tedy trans, jak se tomu říká. V tomto pří- padě ale jde o trans devalvující, tedy de- struktivní. Hypnotický trans (a jiné formy transových stavů, které používají ša- mani/léčitelé u přírodních národů, ale také „léčitelé“ západní civilizace, jako je třeba holotropní dýchání, ať už na to pohlíží, kdo chce, jak chce) je transem konstruktivním, léčivým. Klaus Grawe ve své monografii uvádí, citují: *„Terapeut má ale důležité technické možnosti, jak pacientovi zprostředkovat prožívání po- zitivních stavů. A to je důležité právě pro ty pacienty, kteří takové stavy téměř ne- znají. Znamenitou metodou je hypnóza. V hypnotickém stavu transu může tera- peut pacienta nechat prožít pocity uvol- nění, blaženosti, jistoty nebo velké síly, které by pacient jinak neprožil. Pro mnoho pacientů je již samotná*

zkušenost, že se vůbec mohou cítit tak dobře, velmi pozitivní a její účinek pře- trvává i po skončení hypnózy. Skutečnost, že terapeut dokáže uvést pacienta do takto příjemného stavu, z něj v paciento- vých očích dělá velmi kompetentní vzta- hovou osobu.“ (Grawe, 2007) Zde bych autora Neuropsychoterapie, navzdory tomu, že se v této knize aspoň trochu mluví o hypnóze, což považuji za velmi pozitivní, trochu poopravil. Jednak paci- ent či klient musí ještě předtím, než na hypnózu dojde, vnímat vztah s terapeu- tem jako velmi pozitivní. A pak také že hypnotický stav je, nebo může být mno- hem komplexnější a navozovat systé- mové změny, jak bylo zmíněno výše, tedy nejen nějaké uvolnění, pocity jistoty apod. Kvalita terapeutického vztahu je základ veškerého možného úspěchu. A pak, při ideodynamické práci s hypnózou může dojít k výše popsaným procesům a výsledkům.

Jak jsem zmínil někde na začátku tohoto článku, do dnešních dnů nevíme přesně, co to vlastně hypnotický (ale i jiný pozi- tivní) trans je. Já sám si to pro sebe defi- nuji tak, že v kvalitním pozitivním hypno- tickém transu (nebo při placebo efektu) přebírají regulující funkce mimo-vě- domé, mimo-racionální autonomní pro- cesy, které jsou díky zmíněným biologic- kým mechanismům schopné iniciovat autosanační potenciály organismu (který je jednotou těla a mysli, tedy žádná dichotomie). Tyto autosanační procesy jsou zřejmě evolučně významně starší než vyšší kortikální funkce, proto je potřeba „vypnout“ racionalitu a vědomí, abychom k nim získali přístup. Budiž řečeno, že toto je zkratkovitá, zjednodušená formu- lace.

Nicméně kéž bychom uměli nastartovat autosanační procesy organismu v jejich plné síle u každého pacienta/klienta.



CITOVANÁ LITERATURA

1. Braid, J. (1843). *Neurypnology: or the rationale of nervous sleep considered to animal magnetism.* . London: Churchill.
2. Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie.* Praha: Portál.
3. Holmes, T. (1978). *Life situations, emotions and disease.* (Elsevier BV) doi:[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(78\)70891-1](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(78)70891-1)
4. Chertoc, L., & Stengers, I. (1993). *Hypnóza – narcistická rána.* Hradec Králové: Konfrontace.
5. Chertok, L. (1986). *Nepoznaná psychika.* Praha: Avicenum.
6. Kratochvíl, S. (1986). *Experimentální hypnóza.* Praha: Academia.
7. Rossi, E. (1986). *The Psychobiology of Mind-Body healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis.* N.Y.: W.W. Norton and Company.
8. Rossi, E. (1989). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis.* (Sv. Volume II.). Irvington Publishers,.
9. Rossi, E. L., & Cheek, D. B. (1988). *Mind-Body Therapy. Ideodynamic Healing in Hypnosis.* New York, London: W.W.Norton and Company.
10. Stengers, I., & Chertoc, L. (1993). *Hypnóza – narcistická rána.* . Hradec Králové: Konfrontace.
11. Weitzenhoffer, A. M. (2000). *The Practice of Hypnotism. Second Edition.* John Wiley and Sons.

O AUTOROVI:

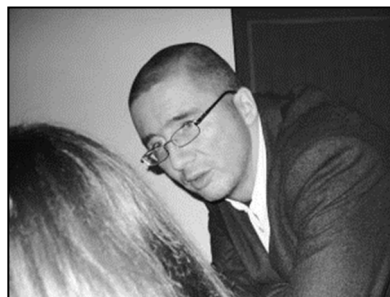
PhDr. Juraj Barbarič, klinický psycholog a komunikační psychoterapeut. Má 30 let klinické praxe, 7 let ve dvou psychiatrických zařízeních a 3 roky jako konsiliář ve fakultní nemocnici. Poté byl od roku 1996 v privátní praxi. Radikálně inspirován hypnotickou i nehypnotickou psychoterapií Milтона H. Ericksona a jeho blízkých kolegů z MRI Palo Alto, dále pak systemickou terapií a ještě později postmoderními narativními kolaborativními dialogickými přístupy Harlene Anderson a samozřejmě Jaakka Seikkuly. Kromě samotné klinické praxe se s velkým zájmem zabývá teorií vědy, epistemologií a s tím souvisejícími změnami vědeckých paradigmat. Sám se identifikuje jako součást radikálního konstruktivismu a sociálního konstrukcionismu, tedy neobjektivistických náhledů na vnímání dění kolem nás.

Do redakce přišlo 6.3.2024

K tisku zařazeno 12.4. 24 po recenzích a úpravách

Konflikt zájmů není znám

Redakce děkuje recenzentům i autorovi za výbornou spolupráci



VĚDA KRÁTCE



ILUSTRÁČNÍ FOTO PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE 2017

VZTAHY S PEČUJÍCÍMI DOSPĚLÝMI POSKYTUJÍ NÁRAZNÍK PROTI DEPRESI, ÚZKOSTI, BEZ OHLEDU NA NEPŘÍZNIVÉ ZÁŽITKY Z DĚTSTVÍ

Studie Kolumbijské univerzity zjistila, že pozitivní vztahy s rodiči a dalšími dospělými během dětství jsou spojeny s lepším duševním zdravím v dospělosti, bez ohledu na vystavení nepříznivým zážitkům z dětství.

Zjištění publikovaná v časopise JAMA Psychiatrie 27. prosince 2023 naznačují, že intervence podporující podpůrné vztahy s dospělými během dětství by se mohly vyplatit ve zdraví populace mladých dospělých a snížit sociokulturní riziko duševních poruch, jako je deprese a úzkost

„Pro děti je extrémně důležitým faktorem odolnosti vřelý, pečující vztah s rodičem, pečovatelem nebo jiným dospělým,“ řekla hlavní autorka studie Sara VanBronkhorst, MD, MPH, z Kolumbijské univerzity. „Naše studie ukazuje, že děti, které mají alespoň jeden pozitivní, oddaný vztah mezi dospělým a dítětem, mají menší pravděpodobnost, že budou později v životě zažívat depresi, úzkost a vnímaný stres.“

Studie se snažila vyřešit významnou mezeru ve výzkumu tím, že se zaměřila na marginalizovanou mládež, u které je pravděpodobnější, že zažijí více nepřízně



osudu, a získala přehled o sociokulturních faktorech, které by posílily jejich odolnost v průběhu života.

Výzkumníci hodnotili nepříznivé zážitky z dětství (ACE) ve třech bodech během dětství. Tyto zkušenosti mohou zahrnovat věci, jako je fyzické nebo emocionální týrání, zanedbávání, duševní onemocnění pečovatele, smrt nebo uvěznění a násilí v domácnosti.

Měřili také sedm sociokulturních faktorů spojených s odolností, které zahrnovaly sociální vztahy (mateřskou vřelost a přátelství) a zdroje smyslu (familismus a rodinnou religiozitu). Výsledky duševního zdraví byly měřeny během mladé dospělosti a zahrnovaly generalizovanou úzkostnou poruchu, depresivní poruchu, poruchu užívání návykových látek a vnímaný stres.

„Rodiče, se kterými pracuji, vidí, jak se jejich děti potýkají s problémy, chtějí si vytvořit pozitivní vztahy, ale tolik jim v tom brání,“ řekla Sara VanBronkhorst. „Měli bychom jim pomáhat s rodičovskými kurzy a rodinnou terapií. Umíme vzdělávat učitele i členy komunity. Měli bychom se však také zabývat většími, strukturálními intervencemi, které by mohly snížit zkušenosti s nepřízní osudu, a příčinami stresu, jež narušují vytváření vazeb mezi dospělými, které mohou děti před stresem ochránit.“

„V této studii jsme chtěli potvrdit, že odolnost nelze redukovat na individuální atributy, se kterými se člověk může narodit,“ dodal Dr. Duarte. „Odolnost je proces. Aby se děti a pečovatelé mohli zapojit do tohoto procesu, potřebují přístup ke zdrojům ve svém prostředí, které podporují silné, vnímavé vztahy a smysluplné zážitky.“

Primární zdroj: Sara B. VanBronkhorst, Eyal Abraham, Renald Dambreville, Maria A. Ramos-Olazagasti, Melanie Wall, David C. Saunders, Catherine Monk, Margarita Alegría, Glorisa J. Canino, Hector Bird, Cristiane S. Duarte. Sociocultural Risk and Resilience in the Context of Adverse Childhood Experiences. *JAMA Psychiatry*, 2023; DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.4900



PĚT FAKTORŮ, KTERÉ ZAJISTÍ, ŽE DÍTĚ PROSPÍVÁ



ILUSTRACNÍ FOTO

Existují základní zdroje, které každé dítě potřebuje, aby mělo co nejlepší šanci vyvinout se ve zdravého, dobře fungujícího člověka.

Každému se může zdát jasné, že dítě potřebuje 1) péči, 2) spánek, 3) jídlo, 4) stimulaci a 5) bezpečí, ale „*nikdo se na to nijak zvlášť nezaměřil nebo neupřednostnil důležitost těchto potřeb během vývoje plodu a v prvním roce života, aby se zlepšily kritické vývojové výsledky,*“ řekla Joan Luby, vedoucí týmu, který se věnoval výzkumu a spoluautorka práce. Základní environmentální podpora pozitivního vývoje mozku a kognitivních funkcí v prvním roce života. „*Faktor prospívání poskytuje pevný základ pro zdravý vývoj. V primární péči se podceňuje, jak tvárný je mozek,*“ dodala.

„*Novinkou je dát je všechny dohromady a přemýšlet o nich jako o konstelaci věcí, které jsou nezbytné a důležité pro to, aby dítě mohlo prospívat,*“ řekl Barch, Ph.D., proděkan pro výzkum, profesor

psychologie a věd o mozku v Arts & Sciences a profesor psychiatrie Gregoryho B.

Studie je součástí probíhajícího výzkumu WashU o tom, jak psychologické a sociální faktory v raném vývoji ovlivňují biologické procesy a mění mozek. A je to součástí změny myšlení v oblasti vývoje dítěte, protože vědci zjistili, že velká část našeho zdraví není jen geneticky předurčena, ale je silně ovlivněna psychosociálním prostředím. Lidský mozek při narození stále prochází rychlým vývojem a vědci se snaží porozumět faktorům prostředí, které tento vývoj utvářejí.

Studie 232 kojenců a jejich matek se zaměřila na pozitivní faktory v prostředí v období plodu a v prvním roce života, které zlepšují vývoj mozku, minimalizují negativní chování a zvyšují kognitivní výsledky. Účastníci byli hodnoceni na základě indexů sociálního znevýhodnění začínajících v děloze a bylo také vypočítáno skóre T-faktoru v raném věku. Když se kojenci přiblížili věku 3 let, byli



přehodnocení na sociální, emocionální a kognitivní vývoj spolu s použitím magnetické rezonance ke skenování struktury mozku.

Výsledky jasně ukázaly, že T-faktor je silný: Dokonce i kojenci pocházející z nepříznivých podmínek a prostředí s

nedostatečnými zdroji mohou mít zdravý vývoj, pokud prospívají Thrive 5 ("Thrive 5" je pět podmínek, které zajistí, že dítě v prvním roce života bude mít to, co potřebuje pro zdravý vývoj. Mezi tyto podmínky patří stimulace prostředí, výživa, bezpečnost v sousedství, pozitivní péče a pravidelné cirkadiánní rytmy a spánek.)

Původní zdroj: Joan L. Luby, Max P. Herzberg, Caroline Hoyniak, Rebecca Tillman, Rachel E. Lean, Rebecca Brady, Regina Triplett, Dimitrios Alexopoulos, David Loseille, Tara Smyser, Cynthia E. Rogers, Barbara Warner, Christopher D. Smyser, Deanna M. Barch. Basic Environmental Supports for Positive Brain and Cognitive Development in the First Year of Life JAMA Pediatrice, 2024; DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.0143

NOVÁ STUDIE MŮŽE ROZŠÍŘIT OBRAZ DŮSLEDKŮ NEPŘÍZNĚ OSUDU V DĚTSTVÍ



Výzkumný tým zkoumal souvislost mezi nepříznivými zážitky z dětství a rizikem problémů s duševním zdravím v pozdějším životě. Vědci zjistili, že riziko duševních chorob v pozdějším věku u těch, kteří v dětství zažívají významnou nepřízeň osudu, lze částečně vysvětlit faktory sdílenými členy rodiny, jako je genetika a prostředí. Několik předchozích studií

ukázalo, že lidé, kteří zažili různé typy nepříznivých zážitků z dětství, mají vyšší riziko, že budou později v životě trpět psychiatrickým onemocněním.

Nyní nová studie z Karolinska Institutet, která používá speciální typ výzkumného designu dvojčat, může potvrdit souvislost, ukázat jasný vztah mezi dávkou a



odezvou a zároveň rozšířit obraz. Vědci nyní mohou ukázat, že existují také významné genetické a environmentální faktory, které hrají roli a přispívají k duševním chorobám.

Výzkumníci použili tři různé kohorty švédského registru dvojčat, který zahrnoval více než 25 000 jedinců. Dvojčata odpovídala na velký webový dotazník a odpovídala na otázky týkající se různých typů nepříznivých zážitků z dětství, včetně násilí v rodině, emocionálního zneužívání nebo zanedbávání, fyzického zanedbávání, fyzického týrání, sexuálního zneužívání, znásilnění a trestných činů z nenávisti. Kromě toho byly informace o psychiatrických poruchách dospělých získány ze švédského registru pacientů.

Identifikací dvojčat, která uváděla různé zkušenosti se zneužíváním, když vyrůstala ve stejné rodině, a následným sledováním těch, kteří později obdrželi psychiatrickou diagnózu, byli vědci schopni rozlišit, do jaké míry je zvýšené riziko způsobeno samotným zneužíváním a kolik je způsobeno genetikou a prostředím.

Původní zdroj: Hilda Björk Daniélsdóttir, Thor Aspelund, Qing Shen, Thorhildur Halldorsdottir, Jóhanna Jakobsdóttir, Huan Song, Donghao Lu, Ralf Kuja-Halkola, Henrik Larsson, Katja Fall, Patrik K. E. Magnusson, Fang Fang, Jacob Bergstedt, Unnur Anna Valdimarsdóttir. *Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes.* JAMA Psychiatry, 2024; DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2024.0039](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0039)

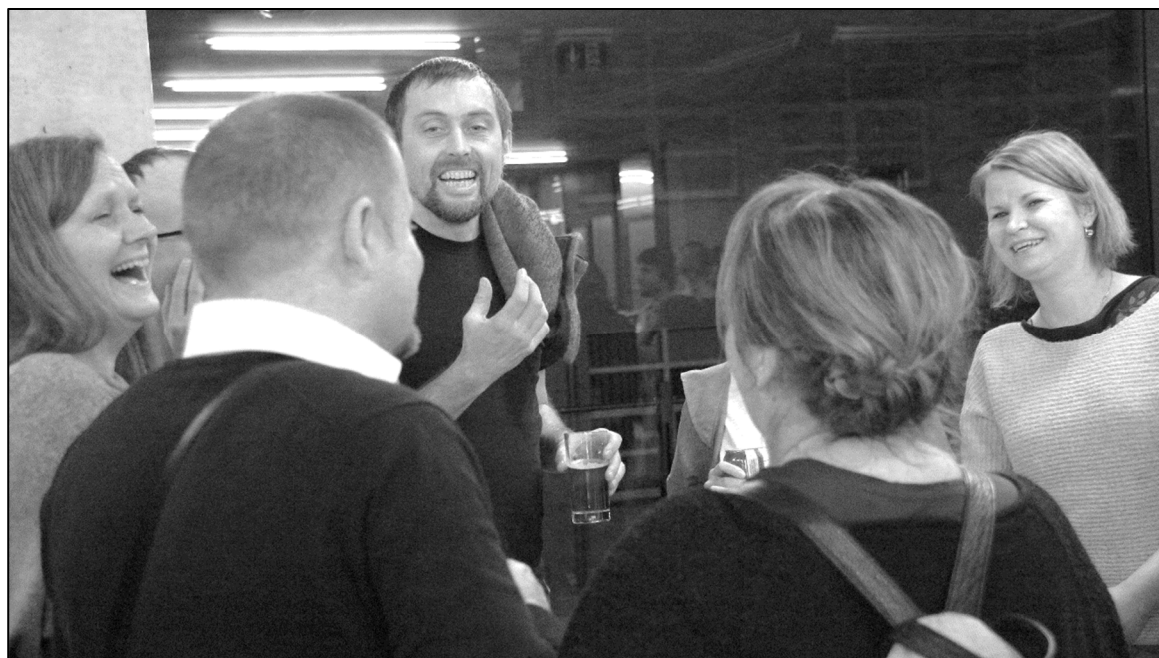
„Většina předchozích studií o dopadech nepřízně osudu v dětství na duševní zdraví nedokázala tyto věci zohlednit. Nyní můžeme ukázat, že zvýšené riziko problémů s duševním zdravím po nepříznivých zkušenostech z dětství lze částečně vysvětlit faktory sdílenými členy rodiny, jako jsou genetické faktory nebo faktory v dětském prostředí,“ říká Hilda Björk Daniélsdóttir.

Tvrdí, že toto zjištění by proto mělo vést ke zdravotnickým intervencím, které by řešily rizikové faktory v rámci celé rodiny, nejen postiženého dítěte nebo dětí. Čím více různých typů nepřízně osudu v dětství jednotlivci zažívali, tím vyšší bylo riziko, že později v životě obdrží psychiatrickou diagnózu.

Výzkumníci mohou také ukázat, že sexuální zneužívání a znásilnění v dětství, stejně jako zkušenost se třemi nebo více typy nepřízně osudu, byly zážitky nejsilněji spojené s budoucími problémy s duševním zdravím. To je také důležité vědět při léčbě ohrožených dětí a jejich rodin.



ZLEPŠENÍ NÁLADY SNIŽUJE ZÁNĚT U CROHNOVY CHOROBY



ILUSTRÁČNÍ FOTO, KONFERENCE 2017

Nový výzkum ukazuje, že intervence, které zlepšují náladu, mohou snížit úroveň zánětu u lidí se zánětlivým onemocněním střev o 18 procent ve srovnání s neprovedením žádné intervence do nálady.

Výzkumníci provedli rešerši ve více než 15 000 článcích a hledali všechny randomizované kontrolované studie u dospělých s IBD, které měřily hladiny zánětlivých biomarkerů a testovaly intervenci nálady (například intervence ke snížení deprese, úzkosti, stresu a úzkosti nebo ke zlepšení emoční pohody).

Přezkoumali a analyzovali data z 28 randomizovaných kontrolovaných studií zahrnujících více než 1 700 účastníků, aby zjistili, zda intervence zaměřené na výsledky nálady ovlivňují úroveň zánětu u IBD. Zjistili, že psychologické terapie,

včetně kognitivně behaviorální terapie (KBT), terapie přijetím závazku a snižováním stresu založeném na všímavosti, měly nejlepší výsledky na zánět u IBD ve srovnání s antidepresivy a cvičebními intervencemi. Intervence, které měly větší pozitivní vliv na náladu, měly větší vliv na snížení zánětlivých biomarkerů. Tato zjištění naznačují, že mechanismem, který je základem účinku psychologických a sociálních intervencí na zánět u IBD, by mohlo být zlepšení nálady.

Jednotlivé analýzy zánětlivých markerů specifických pro IBD odhalily malé snížení C-reaktivního proteinu a fekálního kalprotektinu po zásahu do nálady. To naznačuje, že léčba, která zlepšuje náladu, má příznivé účinky na generický zánět i na biomarkery specifické pro onemocnění.

Originál: Natasha Seaton, Joanna Hudson, Sophie Harding, Sam Norton, Valeria Mondelli, Annie S.K. Jones, Rona Moss-Morris. Do interventions for mood improve inflammatory biomarkers in inflammatory bowel disease?: A systematic review and meta-analysis. eBioMedicine, 2024; 104910 DOI: 10.1016/j.ebiom.2023.104910



Diskuse



ILUSTRAČNÍ FOTO, MAREK O. VÁCHA NA KONFERENCI V R. 2017

MAREK O. VÁCHA: DOČETL JSEM RADKINA A RYCHLE CHCI ŘÍCT: TOHLE NENÍ MODLITBA!

K TEXTU R. HONZÁKA: MODLITBA V LÉČEBNÉ PÉČI (PSYCHOSOM 3-4/2023)

To je naprosté nepochopení toho, co modlitba je – je to častá otázka novinářů: „Co vám modlitba dává?“ ve smyslu, že modlitba je jedna z mnoha terapeutických technik mírnící agresi, navozující vnitřní klid etc. Pak je ale modlitba na úrovni čaje z heřmánku, dvojky bílého, cvičení na jógamatce, nebo marihuanové cigarety. Zeptejte se Jeremiáše po pás v bahně v cisterně, co mu dává jeho víra.

Produktem modlitby přece není uklidnění nebo zmírnění agrese nebo rychlejší uzdravení. Bůh nedává něco, ale se. Kdo by čekal od modlitby zvýšení stavu konta, tělesné uzdravení nebo podobně, tak se zcela mýlí s podstatou. Modlitba naopak často ZHORŠÍ psychickou pohodu – čím

jsem blíže Bohu, tím mi večer víc vstupují do mysli moje výbuchy hněvu daného dne, cítím se víc provinile a nekomfortně v Boží blízkosti. Produktem modlitby je Duch svatý! („oč spíš váš nebeský Otec dá Ducha svatého těm, kdo ho prosí!“)

Takto přece Frankl popisuje rozdíl mezi psychoterapií a náboženstvím, psychoterapii jde o uzdravení duše a v náboženství o spásu duše, kněz se při svátosti smíření stará o bolesti duše stejně jako chirurg, píše Frankl. A Eckhart to shrnuje vztekle a sarkasticky:

„Věz, hledáš-li něco svého, Boha nikdy nenalezneš, protože nehledáš výhradně Boha. Hledáš něco s pomocí Boží a



chováš se, jako kdybys chtěl udělat z Boha svíci a pak s ní něco hledal. A když člověk nalezne to, co hledal, nakonec tu svíci zahodí. Přesně to děláš. Hledáš-li něco s pomocí Boží, i kdyby to bylo cokoli, není to nic, ať už je to prospěch, odměna nebo niternost. Jdeš za ničím, proto také nic nalezáš.“ (Mistr Eckhart. Kázání. Upravil a přeložil Josef Quint. (2019) překl. Vilém Konečný, Martin Mrskoš, Petr Snášil. Horus. Brno. str. 30)

Kdo vnímají modlitbu jako jednu z dalších terapií, jsou mimoběžní s celou dlouhou židovskokřesťanskou tradicí. Že vztah s Bohem proměňuje mě, a že jako vedlejší efekt někdy přichází klid duše, že občas dochází k zázračnému uzdravení nebo ke vzkříšení Lazara, je druhá věc. Ale o to přece nejde!

Veškerá přímluvná modlitba je otevření dveří, nic víc, a velké postavy modlitby nás učí neradit Bohu, co má dělat. Maria v Káně říká „nemají vína“ a nedodává další rady a postřehy, co by bylo dobré udělat. Rovněž Marie a Marta vzkazují „ten, kterého máš rád, je nemocen“ a

neintervenují ve smyslu, že by slavný rabbi mohl využít svých kontaktů a konexí a oslovit místní specialisty. V obou případech pak přichází řešení, které není z tohoto světa.

Tu studii o pacientech po kardiologické operaci jsem četl kdysi dost podrobně a je pro mě až legračně americky nechápající, co je to modlitba, pro jiné by byla asi až za hranici rouhání. Domluvení formulace byla „za úspěšnou operaci a rychlou, zdravou rekonvalescenci bez komplikací“ a teď se Bože ukaž! Bůh jako automat na kávu opravdu takto nefunguje, a kdo by myslel, že ano, tak může dělat tyto studie a jinak je mimo rámec křesťanství. Hledáte nic, a nic naleznete.

Pozdravy všem!

Dodávám už jako poznámku pod čarou – škoda, že neexistovaly ty tříleté sebepoznávací psychoterapeutické kurzy, co stojí půl miliónu, před dvěma tisíci lety – Jidáš by nemusel dopadnout tak blbě.

V Praze 5. 1. 2024 Marek O. Vácha



ÚVAHY, ESEJE



ILUSTRACNÍ FOTO, Z KONFERENCE 2017

VLADISLAV CHVÁLA: ODKUD A KAM KRÁČÍ ČESKÁ PSYCHOSOMATIKA

Pojem psychosomatika byl v minulosti nadužíván i zavrhován. Cesta k obnovení respektu nebyla snadná. Jsme pamětníci, kteří byli šťastnou shodou okolností u toho, a můžeme proto svědčit. Pamatuji si údiv pánů profesorů vědeckého poradního sboru Ministerstva zdravotnictví, když jsme jim začátkem devadesátých let s kolegy nabízeli možnost rozšířit vzdělávání lékařů o psychosomatickou teorii a praxi. „Pánové, myslíte si, že byste něco takového v některém z vašich oborů potřebovali?!“ reagoval udiveně předsedající pan profesor, internista. Nedočkal se pozitivní odpovědi.

Ani diskuse mezi námi, psychosomatice oddanými lékaři, po dvě desetiletí nevedla k rozhodnutí, jak naplnit ideu biopsychosociálního pojetí medicínské praxe dle WHO v systému našeho

zdravotnictví. Přes deklarované přijetí Engelova modelu zdraví a nemoci už v r. 1977, medicína byla a je stále více bio-bio-bio. Máme se jen scházet a naříkat na poměry? Změnit rovnou celé vzdělávání na LF? Nebo začít organizovat místa pozitivní deviace? Nejprve menší odbornou společnost a od ní pak šířit vzdělání do medicínské praxe? Na to už pouhá psychosomatická sekce psychiatrické společnosti nemohla stačit. Než jsem souhlasil s jejím převzetím po doc. Bašteckém, představil jsem výboru psychiatrické společnosti projekt, jak postupně dosáhnout vzdělávání lékařů v psychosomatickém přístupu. A získal jsem souhlas.

Do deseti let jsme pak postupně tento plán realizovali. Spolu s doc. Beranem jsme získali ředitele IPVZ MUDr. Malinu pro zavedení kurzu Základní



psychosomatické péče. Díky Jiřímu Šavlíkovi jsme později našli podporu některých politiků, hlavně Borise Šťastného. A protože jsem měl koncepci oboru připravenou v šuplíku, nečekanou nabídku z MZ („*kydž nám do 3 dnů dodáte náplň oboru, dáme ho do vyhlášky o nastavbových oborech*“) jsme dokázali využít. Tak se stala psychosomatická medicína nastavbovým oborem ve vyhlášce z r. 2013 k překvapení všech. Založení nové odborné společnosti ČLS už bylo jen logickým krokem.

Vedle psychosomatické sekce PS ČLS svůj zájem o psychosomatickou problematiku už několik let projevovali také lékaři organizovaní ve Sdružení pro psychosomatiku. Pro vznik odborné společnosti ČLS jsme získali podporu asi 200 kolegů, lékařů, psychologů a fyzioterapeutů se zájmem o rozvoj psychosomatiky a v r. 2014 jsme požádali o přijetí Společnosti psychosomatické medicíny do ČLS JEP. Bez trvalé podpory nejzkušenějších Radkina Honzáka, Jiřího Šimka, Jiřího Šavlíka, nebo Jana Poněšického bychom si nejspíš nebyli troufli. Přijetí nové odborné společnosti podpořil profesor Benda, rentgenolog, jistě hlavně díky své ženě Marcela Bendové, brněnské klinické psycholožce. Profesor Svačina ve vedení ČLS nám navrhl prozatímní členství. To řádné jsme museli nadvakrát obhajovat na plénu ČLS. Stáli jsme i o podporu lékařské komory, tu jsme však nezískali a dodnes nemáme. V jejím vedení panovala skepse k zavádění psychosomatiky („*vždyť celá naše medicína je bio-psycho-sociálně orientovaná, proto další vzdělávání není třeba*“).

Neznalost problematiky nám často stála v cestě. Museli jsme překonávat překážky i při zřizování akreditační komise pro psychosomatickou medicínu MZ. Ale podařilo se to trpělivým jednáním a hledáním možného konsensu. Znamenalo to také vymezovat se vůči různým pop-

formám psychosomatiky a alternativním metodám, které by naši činnost zdiskreditovaly.

Nebylo snadné získávat respekt k bio-psycho-sociálně pojaté praxi touto prací „zdola“ bez podpory akademické obce, bez finančních prostředků, proti vůli ČLK, bez zájmu zdravotních pojišřoven, jen s mírnou podporou úředníků MZ. Na lékařských fakultách nejsou katedry psychosomatiky, není prostor ani čas na další rozšiřování výuky. Stranou zájmu je výuka tzv. nelékařských oborů, lékařské psychologie, etiky, nebo filosofie tak, jak se kde podařilo proměnit původní katedry filosofie. Radkin Honzák tak deset let „kazil“ studenty medicíny na 1.LF na půdě Oddělení lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatiky. Na 3. LF se podařilo zřídít Ústav lékařské etiky Jiřímu Šimkovi, který dnes vede Marek O.Vácha. Na 2. LF se tématu statečně věnuje Ingrid Strobachová. V Brně se podařilo díky Marcela Bendové přidat k názvu Ústavu lékařské psychologie také psychosomatiku. Tady také nabídli kurzy komunikace povinně všem studentům LF. Heroický výkon! Na LF v Hradci Králové se téma postupně a nesnadno prosazuje díky Davidu Skorunkovi, dnes už také docentovi. V Plzni se studentům v tomto směru věnuje Jiří Beran.

Bio-psycho-sociálně orientovaný výzkum je mnohem obtížnější než jen ten biologický. Prakticky nemáme lůžková pracoviště, kde by se dalo stážovat. Ta, která vznikala, brzy čelila bezprecedentním útokům, nebo se pro náročnost takové práce neudržela (Ostrov n. O., Šternberk, Bílá Voda). Nemáme síť pracovišť a bez cílené podpory ministerstva neexistovala koncepce jejich zakládání. Ta vznikají spontánně podle místních možností a nadšení jednotlivců. Práce je všude dost, ale podmínky si musí každý vybojovat sám.



Po Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, které vzniklo jako „porucha ve zdravotnictví“ už v září r.1989, založili kolegové podobná pracoviště v Jablonci n. N., v Hradci Králové a v Dobřichovicích. V Praze díky podnikateli Aleši Voverkovi a Martinovi Jarolímkovi otevřela skupina nadšenců Psychosomatickou kliniku, kterou dnes vede Jaroslav Kabát, původně excelentní chirurg. Psychosomatické centrum Praha otevřela s týmem lékařů a psychologů také praktická lékařka Michaela Ročňová. V Praze působí na neurologii zaměřené psychosomatické pracoviště TULSIA. V oblasti psychosomatické fyzioterapie si skvěle vede tým Centra komplexní péče Jany Týkalové v Dobřichovicích i v Praze. V České Lípě získal oficiální prostor na psychosomatiku zaměřený stacionář díky Ivě Švarcové (původně neuroložka). V Ostravě působí zdatně v oblasti psychosomatiky pediatrička Bára Branna. Michal Kryl, který založil a vedl výborného lůžkové oddělení ve Šternberku, přešel do Olomouce, kde také působí v akademické sféře. V Olomouci vzniká v rámci fakultní nemocnice psychosomatické pracoviště, jehož vedením je pověřena gynekoložka Lenka Hansmannová. Propagaci psychosomatiky se tam věnuje Eliška Sovová, profesorka kardiologie. Pořádá přednášky pro veřejnost a studenty LF na toto téma.

Skupina vzdělaných odborníků je v okolí Plzně. Lékaři v Havlíčkově Brodě se schází na balintovské skupiny, které jsou výbornou formou supervize. Tradici této dopomoci lékařům, kterou zavedl maďarský lékař Michael Balint emigrovaný za války do Anglie pro praktické lékaře, k nám přinesli významný alkohololog Jaroslav Skála a klinický psycholog Jiří Růžička z konference v Lindau na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let. U nás metodu atypicky rozvíjeli především psychologové. Dnes se nám tato praxe velmi

dobře hodí pro práci s náročnými psychosomatickými pacienty. Naši lékaři se s ní seznamují už během povinné přípravy k nástavbové atestaci z psychosomatiky.

Další skupina lékařů se schází už 5 let v Praze Šárce v prostorách psychosomatického stacionáře Psychosomatické kliniky. Organizují přednášky s psychosomatickými tématy. Mnozí zůstávají také na Balinta vedeného lékařkou a psychoterapeutkou Romanou Hronovou. Zorganizovali vícedenní setkání v Přešticích ke sdílení a výměně zkušeností ze svých ordinací.

Právě takové místně dostupné aktivity jsou pro vývoj psychosomatiky důležité. Všichni se můžeme jednou za 2 roky sejít na celostátní psychosomatické konferenci v Liberci, v Olomouci nebo jinde. Každý rok v červnu je vynikající setkání kolegů lékařů a psychoterapeutů, kteří se věnují psychosomatice na tradiční Čejenské konferenci na Psychosomatické klinice v Praze. V Olomouci navázali na tradici šternberských konferencí a snad se jim bude na akademické půdě dařit organizovat další. Výborné konference jsou každý leden v Dobřichovicích. Ani nestačí všechny pozitivní aktivity vyjmenovat. Zkrátka, za těch posledních deset let se toho v oblasti psychosomatiky u nás vykonalo velmi mnoho. A je třeba zdůraznit, že je to zásluha celé řady lidí díky společnému úsilí na půdě SPM ČLS JEP a v jejím dosahu.

Psychosomatika je lékařským klinickým oborem. Přitom bio-psycho-sociální přístup je nezbytné prosazovat ve všech oborech medicíny. Naším záměrem nebylo izolovat tento přístup, ale naopak rozšiřovat ho všude tam, kam se psychosomatictí pacienti obracejí o pomoc. Od vzniku SPM ČLS v r. 2014, jsme upravili náplň vzdělávání. Základní psychosomatickou péči IPVZ jsme doplnili spolu s ministerstvem zdravotnictví o další povinné i



nepovinné kurzy. Díky doc. Beranovi jsme udrželi kontinuitu subkatedry psychosomatiky na IPVZ, kde psychiatřka a psychoterapeutka Alena Večeřová Procházková stále organizuje kurz Základní psychosomatické péče. Přednáší zde řada našich erudovaných odborníků. Nástavbovou atestaci postupně získávají další lékaři nejrůznějších oborů. Určitě toto vzdělávání zaslouží novou revizi ve směru větší dostupnosti. Zejména možnosti praxe je jeho slabým místem.

Bio-psycho-sociálně pojatá péče vyžaduje kromě lékařů také další odborníky. Lékař může udělat dobrou práci, když k biologickým faktorům přidá porozumění psychologickým a sociálním faktorům. Ale pokud bude třeba prohloubit reflexi pacienta v těchto oblastech, bez psychologa a psychoterapeuta se neobejdeme. Pozoruhodné možnosti pro komplexní přístup v psychosomatice přináší fyzioterapeuti.

Ověřili jsme, že nejvýhodnější pro léčbu komplikovaných psychosomatických pacientů je práce v multioborových týmech. To byl hlavní důvod, proč jsme od začátku stáli o rovnocennou spolupráci mezi těmito obory. A po zkušenostech z jiných výborů OS, jsme od začátku prosadili, aby zástupci všech, kdo mají v praxi úzce spolupracovat, měli své zastoupení ve výboru. Navrhli jsme, aby byla převaha lékařů, ale aby i psychologové a fyziologové měli ve výboru své zástupce. Ještě stále podle stanov SPM volíme vždy 3 somatické lékaře, 2 psychiatry, 2 klinické psychology a 2 fyzioterapeuty. Je to v rámci celé ČLS nezvyklé. Ale dosud se nám toto složení vyplácelo. Přestože jde o obor

lékařský, vliv naší legislativní činnosti může sahat k organizaci vzdělávání psychologů i fyzioterapeutů. A ten vliv může být vzájemný. Možná jsme tím poněkud předběhli dobu. Anebo jsme sáhli vedle? To se zřejmě teprve ukáže.

Dlouho jsme usilovali o zavedení kódů psychosomatické péče do Seznamu výkonů, protože pokládáme za nezbytné, aby byla hrazená ze solidárního pojištění. Jinak hrozí, že se těchto náročných pacientů ujmou nejrůznější pop-psychosomatici, nabízející „snadné uzdravení“ za přímou platbu¹. Opakovaně jsme po několik let navrhovali dohodovací komisi pět kódů pokrývajících naši práci. Bylo to neprůchodné. Schválení prvního kódu za výkon lékaře v psychosomatice na konci minulého roku pokládáme za dobrý začátek hrazené psychosomatické péče tak, aby ji mohli poskytovat erudovaní lékaři ve své běžné praxi. Už v r. 2016 jsme společně s praktickými lékaři vytvořili první doporučený postup pro léčbu psychosomatických pacientů. Ten byl v minulém roce novým týmem pod vedením MUDr. Martina Seiferta aktualizován a více sladěn s evropskými normami. Ke konci roku vznikl úplně nový doporučený postup v souvislosti s nově zavedeným lékařským výkonem.

Až potud náš vývoj se zpožděním kopíroval vývoj psychosomatické medicíny v Německu. Tam se její organizace ujali tradičně především internisté, u nás kupodivu spíše lékaři z chirurgických oborů. Díky dlouhé historii je německá psychosomatika zakořeněna v psychoanalytických teoriích, v KBT a relaxačně-

¹ Slibovat těmto pacientům snadné uzdravení v kampaních na internetu, jako jsme nedávno viděli (Cesta Psychosomatického Uzdravení) může sice vést k snadnému zisku, ale určitě ne k zaručenému uzdravení. V konečném efektu vedou takové kampaně spíše k diskreditaci psychosomatiky než k její propagaci.

Víme, že podstatnou složkou psychosomatické léčby je terapeutický vztah, jak popsal M. Balint. Ten nelze vytvořit s tisíci pacienty najednou. To bude vždy limitem dobré psychosomatické léčby, i když nemusí jít v naprosté většině běžných lékařských ordinací o psychoterapii.



imaginativních metodách. My jsme spolu s Ludmilou Trapkovou rozvíjeli psychosomatický přístup především na půdě rodinné terapie, kterou pokládáme za zlatou cestu k psychosomatickému příznaku. Rodinný terapeut má před sebou vždy tělesné, psychologické i sociální jevy. Našimi výcviky v rodinné terapii psychosomatických poruch prošlo více než 260 zdravotníků, lékařů i psychologů a dalších pomáhajících profesí.² Tak se stalo, že je naše česká scéna do značné míry ovlivněna rodinnou terapií. Když jsme se prof. Loeva z univerzity v Řezně ptali, jaké místo má rodinná terapie v psychosomatické v Německu, odpověděl, že „*Rodinná terapie je psychosomatikou budoucnosti*“. Z teorie rodinné terapie vychází také naše práce s časovou osou, jak jsme nazvali metodu získávání bio-psycho-sociální anamnézy. Tímto kurzem prošlo za 30 let více než 1000 kolegů. Je možné, že jsme ovlivnili a možná také poněkud „deformovali“ celkové proporce a důrazy pro běžné lékařské praxe směrem k rodinně-terapeutickému chápání zdraví a nemoci oproti tomu, jak je to dnes na evropské scéně běžné.

Jak tedy vidíme další vývoj psychosomatické medicíny u nás? Naším cílem nebylo učinit z psychosomatiky exkluzivní skupinu lékařů. Pacientů s psychosomatickými příznaky je tolik, že je třeba dosáhnout zvýšení kompetence většiny lékařů. A to nepůjde jinak než zavedením psychosomatické problematiky do pregraduálního vzdělávání všech oborů a podporou rozvoje psychosomatických sekcí v jednotlivých odborných společnostech ČLS JEP, jako se to stalo před léty v Německu. To je ale běh na mnohem delší trať. První kilometry jsme už uběhli. Dnes

můžeme svědčit, že bio-psycho-sociální přístup lékařů nechybí jen pacientům, ale i lékařům samotným. Náš úkol se naplní, až se „*z kamene stavitelem zavrženého se stane kámen úhelný*“, a bio-psycho-sociální pojetí se stane samozřejmou součástí základů celé medicíny a výzkumu.

Poslední dramatický vývoj v SPM svědčí o tom, že je načase promyslet kroky dalšího vývoje. Co nám chybí, je síť krajských pracovišť. Potřebujeme lůžková pracoviště a stacionáře, kde by bylo možno získávat zkušenosti. Je zřejmé, že důležité jsou místně dostupné organizace pro lékaře, psychology a fyzioterapeuty, kteří se věnují psychosomatické, spolupracují a nemohou neustále jezdit na společné několikahodinové akce přes celou republiku. Proto potřebujeme lokální buňky, jaké vznikly např. v Praze, v Havlíčkově Brodě, v Liberci. Další budou jistě v Olomouci, Ostravě, Brně a všude tam, kde se psychosomatické daří. Nedává smysl, aby každá taková skupina byla samostatnou OS. Vždyť pracujeme na společném díle. A jak propojit lékařskou práci s psychologem, když se nepodařilo dosáhnout toho, aby byly obě profese vzdělávány pod stejným zákonem č. 96/2004, a ještě i společně s fyzioterapeuty, jejichž práce s tělem je často pro naše pacienty velmi výhodná, to je otázka. Mají mít v rámci SPM své sekce? Mají být nelékaři jen služebníky nás lékařů? Nejsou to v psychosomatické vůči pacientům rovnocenní partneři? To jsou otázky, na které bude hledat odpovědi už mladší generace. Držíme vám palce.

V Liberci 9.5.2024

Text neprošel jazykovou korekturou

² Od roku 1997 jsme v průběhu 27 let otevřeli sedm běhů Výcviku rodinné terapie psychosomatických poruch, ve kterém jsme opět dbali na promyšleně mezioborové složení studentů. Tým lektorů byl složen ze dvou lékařů

a dvou psychologů. Metodologickou stavbu výcviku jsme popsali, Trapková, L., Chvála, V.: Liberecký výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch. *Psychoterapie* 2016; 10 (2), 126-139.





ILUSTRACNÍ FOTO: IVA ŠVARCOVÁ A JAN PONĚŠICKÝ NA KONFERENCI 2017

JAN PONĚŠICKÝ: MEDICÍNSKÉ MYŠLENÍ V PSYCHOTERAPII A PSYCHOSOMATICE

Mapa nemůže nahradit skutečnost, je jen, a ne vždy, spolehlivým vodítkem, jak se v ní vyznat. Jak by bylo krásné, kdyby se mapa s tím, co zobrazuje, perfektně shodla! V medicíně to tak dokonce bývá. Představa zpětné vazby a homeostázy se kryje např. s vlivem snížené koncentrace hormonů štítné žlázy na zvýšenou produkci thyreotropního hormonu v hypofýze, který ji aktivuje, a naopak jejich zvýšená koncentrace činnost hypofýzy tlumí. Tento materialisticko-kauzální mechanismus je blízký medicínskému myšlení a prosazuje se i v psychiatrii, psychosomatiice a psychoterapii. V Německu to byli hlavně lékaři, kteří to aplikovali např. na model vzniku a léčby posttraumatické poruchy osobnosti (U. Sachse). Arousal, trvající aktivace, která opakovaně navozuje situaci panické hrůzy (flash backs) spojují se stálou aktivací amygdaly v mozku a jeho neschopnost trauma zpracovat.

Terapie, podobná lékařskému postupu, skoro jako evidence based medicine předpisuje kroky jak v terapii postupovat.

Podobná situace existuje ohledně psychoterapeutického modelu zvnitřněných vzorců interpersonálního chování. Tato představa se má krýt se synaptickými neuronálními spojeními v mozku a s jejich korekcí novými interpersonálními zkušenostmi. To rezonuje s teorií učení, která je základním principem KBT, např. tzv. schematerapie.

Biologické pojetí člověka bylo v posledních letech vystřídáno neuronálním výkladem. Zjednodušeně řečeno je podstatou člověka mozek. Tak např. píše neuropsychoterapeut Roth, že náš limbický systém (místo aby napsal člověk) přijme v psychoterapii jen to, co je uspokojivější než to dosavadní (vedení života).



V psychosomatické medicíně se tradiční kauzální lékařský pohled hodí pro výklad vlivu stresu a distresu na vznik funkčních tělesných symptomů. Intenzivní či chronický stres má za následek zvýšenou produkci adrenalinu a kortizolu, aktivaci sympatického vegetativního mozku systému s následkem narušení imunity, zvýšení krevního tlaku i tělesného napětí, vedoucí např. ke svalovým bolestem a vyčerpání. Poněkud těžší je vysvětlit, jak může zklamání v lásce způsobit bolesti srdce. I zde se snaží mnozí lékaři psychoterapeuti, např. prof. M. Ermann, hledat spojení mezi lokalizací reprezentace srdce v mozku s centrem pro bolest. A ještě těžší je si představit, že celé naše tělo je oduševnělé (Poněšický, 2021) a reaguje na různé situace např. dle naší tělesné paměti. Avšak jak porozumět např. 44letému pacientovi, který subjektivně žije v pohodě se svým mladším a též svobodným bratrem u maminky a trpí již několik let střídavě intenzivní nevolností s pocitem na zvracení? Zde je terapeut odkázán na svou intuici, zamyšlení, co pacient žije a co nežije, co mu chybí, aniž si to uvědomuje, z čeho mu může být nevolno. Snaží se motivovat jej, aby přemýšlel, zda svůj život žije opravdu a uspokojivě, s vysvětlením, že musí něco podstatného ve svém životě změnit a neusilovat o další vyšetření či nové medikamenty. Tady je medicína založená na důkazech v koncích, ovšem tak se může cítit i terapeut, který trvá na objektivní psychoterapii a nespokojí se s tím, že má k dispozici jen svoji subjektivní představu např. o tom, jak vypadá smysluplný život.

V této souvislosti lze navázat na „momenty setkání“ během psychoterapie, které mají dle D. Sterna mutativní efekt. Dle mého názoru jde o novou a naplněnou zkušenost otevřenosti a spojení ve vzájemném porozumění. To plně souhlasí s mou charakteristikou účinku psychoterapie, s tím, že psychoterapeut

pracuje na obranách, které dosud nemožnými autentickou interakci, v níž může pacient zažít laskavý autentický vztah a odvážit se změny chování. Nejde jen o nevyřčené hostilní impulzy či sexualitu, nýbrž o připuštění touhy po láskyplném blízkém kontaktu, což vyžaduje velkou odvahu. To však znamená, že i psychoterapeut sám bude pracovat během tohoto psychoterapeutického procesu na svých obranách, které zamezují blízkost a autentické setkání. Tím může být například snaha vidět pacienta skrze určitou teorii, či vůbec jako více či méně zajímavý objekt jeho profesionálního zájmu. Jindy může mít i on sám strach z příliš úzkého a osobního kontaktu, či nevydrží klientovu zlobu nebo nevděčnost apod. Sebekriticky musím dodat, že i zde částečně jde o logické kauzální myšlení. To však odpovídá mému hybridnímu obrazu o člověku coby deterministické zvykové bytosti, jež je však obdařena i auto-poetickou schopností a svobodnými kreativními možnostmi.

Ještě vzdálenější medicínskému biologicky či neuronálně materialistickému myšlení je spirituální přístup k pacientovi. V terapii jde o setkání myslí a jejich vzájemnou komunikaci. Na klienta působí nejen kvalita vztahu k němu, nýbrž i nevyřčené myšlenky o něm, které ovlivňují jeho zdraví. Působíme na něj dokonce i telepaticky, když (a jak) na něj myslíme či se za něj modlíme. Toto, nebo i terapii dotykem lze jen částečně zdůvodnit zvýšenou produkcí oxytocinu, serotoninu a endorfinů. A jak si lze vyložit energetické působení na pacienta? Sám jsem to blahodárně několikrát zažil po seminářích se Stanislavem Kratochvílem.

Za 50 let mého působení jsem zažil již několik obrátů: pryč od bezduché medicíny, pak zase obrát k tělu, ke vztahovosti a intersubjektivitě, k systemickému myšlení a nyní obrát ke spiritualitě. Jak se tomu všemu otevřít a to propojit, je-li to vůbec

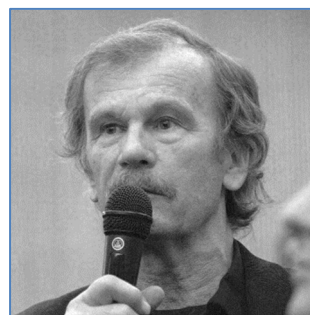


možné? Vracíme se, nyní na současné vědecké úrovni, k představě, že existuje vedle materiálního světa i duchovní neviditelný svět, který sice s hmotou našeho těla komunikuje, ale uchovává si svoji nezávislost? Odpověď přenechám další generaci neurovědců, psychoterapeutů a psychosomatiků. Na ně se obracím citátem z talmudu, který hraje i v psychoterapii velmi důležitou roli:

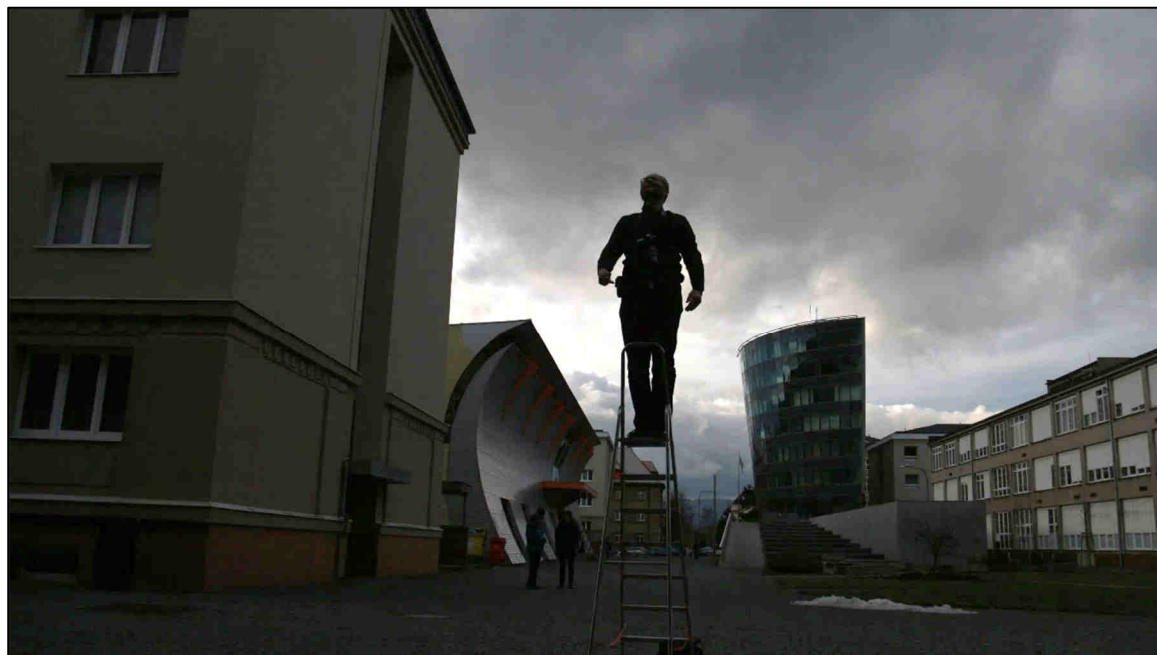
- Dávej pozor na své myšlenky, neboť se vkradou do tvých slov.

- Dej si pozor na svá slova, neboť ta se uskutečňují v tvých činech.
- Dávej si pozor na své jednání, neboť se z něj stanou zvyklosti.
- Dej si pozor na své zvyky, neboť ony utvářejí tvůj charakter.
- Dej si pozor na svůj charakter, neboť ten se stane tvým osudem.

J. Poněšický, 30. 3. 2024



JAKUB MEDAL: ZÁPISKY A ÚVAHY K SEXUOLOGICKÉMU SYMPOZIU 2023 V ČESKÉM KRUMLOVĚ



ILUSTRAČNÍ FOTO Z KONFERENCE 2017

V poslední květnový pátek a sobotu 2023 jsem se zúčastnil symposia pořádaného Českou společností pro sexuální medicínu v Městském divadle v Českém Krumlově. Sexuologie je nástavbový obor v rámci lékařského specializačního studia a je možné ho započít, pokud má lékař základní atestaci z psychiatrie, gynekologie a porodnictví, urologie, vnitřního lékařství nebo endokrinologie a diabetologie.

Program byl rozdělen do 7 sekcí, konkrétně sekce gynekologická, urologická, sekce slovenské sexuologické společnosti, sexuální medicína jako obor, parafilie a sexuální násilí, reprodukční medicína a varia. Ač problematika byla nesmírně široká, stejně jako již zmíněné základní vzdělání lékařů, psychologů a dalších odborníků, pro celé symposium bylo společné uvažování v modelu biomedicinském. Že to tak bude, jsem tušil, přesto jsem doufal, že alespoň u přednášek, kde hlavním tématem bude problematika genderové identity či asistované

reprodukce, se minimálně formou diskuse rozšíří pohled a bude se uvažovat v modelu bio-psycho-sociálním. Nestalo se tak, přestože např. poselství přednášky Dr. Trojana („Sexuolog v době politické korektnosti“) bylo v rozporu s poselstvím přednášky Dr. Tomeše („Péče o nebinární klienty“). Dr. Trojan zastával názor, že nebinární lidé potřebují zejména péči psychiatrickou a ne sexuologickou. (Z mého pohledu naprosto logicky – jde o problém s vlastní identitou, spojený s tím „kdo vlastně jsem“ a nemá smysl nerozvázněně tlačit hormony či operovat, mnohem smysluplnější je pomáhat psychologickými prostředky s jednotlivcem či s rodinou, přispívat k psychosexuálnímu zrání a většímu pochopení sebe sama a nechat plynout čas.) Naproti tomu Dr. Tomeš se (hrdě) hlásil k sexuologické péči o nebinární lidi včetně prezentace managementu hormonální a chirurgické léčby. Tady hrozí, že někdo, kdo „nevím kým je“ se s „pomocí“ odborníků stane někým, kým „si myslel, že chce být“, aby



pak se zděšením zjistil(o?a?), že „ví, že není tím kým zrovna je“ nebo že stále „neví, kým vlastně je“).

Jsou kongresy/konference/sympozia k tomu, aby si každý odprezentoval „to své“ a bez ohledu na dost zásadní rozdíly v pohledech na závažnou problematiku spokojeně odešel na společenský večer? Nebo k tomu, aby odborníci diskutovali složitá témata a optimálně si sami pozvali nejen např. dermatoveneroložku k odprezentování novinek v oblasti sexuální přenosných onemocnění (což bylo glosováno jako „ještě že jsme tohle neslyšeli před společenským večerem, ale až v sobotu dopoledne“), ale třeba i odborníky na partnerskou/vztahovou problematiku či odborníky pracující v modelu bio-psycho-sociálním? Snad se ví, že takoví existují – přineslo by to podle mého mnoho zajímavého – otázkou ale je, jestli si tou psychologií a hrou systémových sil máme komplikovat model biomedicínský a jestli vlastně je vůle k širšímu pohledu.

Vysloveně šokován jsem byl přednáškou „Real doll a virtuální realita – nový rozměr sexuality (Naughty Harbour)“, která dostala nejvyšší časovou dotaci z celé konference – 40 minut! Ve zkratce: šlo o představení soukromé společnosti, která se věnuje prodeji silikonových panen a provozuje privát, kde je možné s těmito „kráskami“ získávat „zážitky“. Že taková společnost existuje, je možné díky tomu, že existují lidé, kteří využívají jejích služeb – je to sice symptom, ale zákon nabídky-poptávky je silný. Ale jak se to může stát, že tato společnost dostane prostor na lékařském sympoziu??? (Pozn.: nešlo o prezentaci potenciálního využití u skupin, kde by to možná z psychiatrického pohledu mohlo být přínosné (sexuální delikventi?), ale o legitimizaci „nové moderní doby“ s argumenty typu, že toto není nevěra, že je možnost si tím zpříjemnit chvíli spolu s partnerem/partnerkou a zkrátka a dobře naplnit si dosyta své

fyziologické potřeby, na což máme plné právo.). No, právo máme.

V sekci přednášek věnovaných metodám asistované reprodukce byly prezentovány neuvěřitelné možnosti, kterými disponuje technologická biomedicína. Jak se např. vybírá jedna spermie, která je pak vpravena injekčně do vajíčka v rámci metody ICSI (intracytoplasmic sperm injection). Taky se mluvilo o tom, že základem pro zvrát v klesající porodnosti je, aby partneři měli sex. Že to má hodně co dělat s PARTNERSKÝM VZTAHEM, to nezaznělo. Sex je tak sexuology samými redukován na biologickou úroveň (jak to už v biomedicínském modelu obecně holt je) a od vztahovosti odštěpen. Přijde mi škoda vnímat tak neuvěřitelný fenomén, jakým je sexualita, jenom skrze biologické proměnné – spermie, vajíčka, nestojící penis, suchá vagína, soulož jako pud, který je potřeba naplnit nebo díky kterému se dá zbavit stresu. Díky technologiím/farmakoterapii se nakonec někde funkční spermie i vajíčko najde a spojí, penis se postaví, vagína zvlhčí, pudy se ukojí, ale přemýšlí dnešní sexuologie o tom, co je smyslem lidské sexuality? Proč je tak příjemná? Proč penis nestojí nebo je vagína suchá? Proč nelze sex redukovat na zasunutí klíče do zámku s vyvrcholením jako extází pro oba zúčastněné ve smyslu ukojení každého z nich jako jednotlivce?

Zkusím v pár řádcích popsat, jak vnímám sexualitu já, přičemž vycházím ze zdrojů, které jsou uvedeny níže – primárně z rozhovoru s D. Pastirčákem. Sexualita je nádhernou a obrovskou silou, která je darem pro toho druhého partnera (není tedy naše pro naplnění našich potřeb, ale je věnována jako to nejhlubší intimní propojení partnerovi/partnerce). Když si to člověk uvědomí a naučí se tuto sílu „divokého mustanga“ ovládnout – pak se stane teprve svobodným, do té doby je v zajetí své sexuality a pod rouškou



svobody a nevázanosti to může lidi odnášet někam, kde vůbec být nechťeli. Je to cesta, kterou se z kousku muže a z kousku ženy narodí nový život – zní to vlastně jako zázrak. Taky je to cesta, po které když partneri věrně kráčí, tak je jejich odevzdávání tomu druhému odměňováno v podobě té nádherné síly. Ponižování nebo povyšování v zralé sexualitě není zapotřebí.

V sexualitě může člověk zažít to nejkrásnější, ale i to nejhroznější. Když PARTNERSKÝ VZTAH stojí na pevných základech, sexualita funguje ruku v ruce s tím. Přemýšlím, o kolik farmak a technologií méně by bylo zapotřebí, kdyby lidé pracovali na svém (psycho)sexuálním zrání. O kolik méně pohlavně přenosných onemocnění by bylo. O kolik méně z nerozvážené vášně počatých dětí by se narodilo (o kolik těžší to pak mají, když třeba vyrůstají pouze s jedním rodičem nebo ve střídavé péči či v klimatu dennodenních hádek a konfliktů?) a o kolik více nových životů by bylo počato na bázi pevného PARTNERSKÉHO VZTAHU, kde by děti mohly zažívat stabilitu a podporu v emoční regulaci a v objevování světa? O kolik méně gender-nejistých dětí by se obracelo na sexuology/organizace s žádostí o hormonální a chirurgické změny? A taky o kolik méně úzkostí/depresí/jiných psychosomatických poruch a o kolik více vzdělanosti a lidského štěstí by bylo? Klíčem je dle mého pevný PARTNERSKÝ VZTAH – který nepadá z nebe, ale na kterém je potřeba pracovat, studovat vzájemně psychologicky orientovanou literaturu, diskutovat o svých rodinách/vzorcích, které si partneri nesou ze svých primárních rodin, plně prožívat a vyladit se emočně i v zátěžových situacích. Kolik

lidí studuje k dosažení své profesní odbornosti a kolik se věnuje studiu jak žít partnerství a rodičovství? Toto je dle mého preventivní medicína 21. století – pomáhat lidem budovat zralé a pevné partnerské vztahy, skrze které se vši odpovědností, ale i s radostí a láskou přivedou na tento svět nové životy. Jak píše Chvála a Trapková, lepší svět nestojí na tom, jak si dospělí budou naplňovat své potřeby a svá práva, ale na tom, jak se dospělí budou chovat k dětem (včetně způsobů, jakými se děti dostávají na svět – problematika adopce dětí homosexuálními páry, surogátního mateřství atd.).

Poznámka: Nejde mi o devalvací biomedicíny s farmakoterapií a technologiemi – jistě má v mnoha případech své opodstatnění a je skvělé, že ji máme. Jde mi o ukázkou toho, že jednak to nestačí, je to redukce (oproti bio-psycho-sociálnímu modelu, který uznává i WHO za optimální model přístupu k lidskému zdraví/nemoci), jednak může být biomedicína nadužívána/zneužívána s cílem ekonomického profitu, k čemuž indicie bohužel jsou.

Zdroje:

1. Daniel Pastirčák: V pornografii si mnoho lidí nájde cestu, ako si uľaviť z pocitu zlyhania, prázdnoty a frustrácie. Ale paradoxne, po úľave prichádza ešte väčšie prehĺbenie prázdnoty. | Tlakový hrniec (podbean.com)
2. Publikace – LIRTAPS, o.p.s., Chvála a Trapková, Institut rodinné a psychosomatické medicíny



JIŘÍ BERAN: Z HISTORIE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY U NÁS



DOC. JAROSLAV BAŠTECKÝ NA 11. PSYCHOSOMATICKÉ KONFERENCI V ZÁŘÍ 2006

(Věnováno památce doc. MUDr. Jaroslava Bašteckého, CSc., 18. 6. 1936 – 11. 4. 2007)

V roce 1975 byla založena doc. MUDr. Jaroslavem Bašteckým, CSc., a doc. MUDr. Zdeňkem Bolelouckým, CSc., nejprve komise, později sekce pro studium psychosomatiky, z níž vznikla sekce pro psychosomatiku České psychiatrické společnosti ČLS JEP (Baštecký, Boleloucký 1980) a nakonec s názvem sekce psychosomatické a behaviorální medicíny Psychiatrické společnosti ČLS JEP. V roce 2014 se sekce přeměnila v samostatnou Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP. Sekce od počátku pořádala

každoročně pracovní schůze a celostátní konference.

Rovněž v roce 1975 byla založena obdobná komise při České společnosti pro studium vyšší nervové činnosti (Baštecký, Boleloucký 1980). Později po této linii vznikla Společnost psychosomatických integrací, nyní Společnost pro výzkum stresu ČLS JEP. V počátečních desetiletích mezi oběma zmíněnými panovala intenzivní spolupráce při pořádání odborných akcí. V 90. letech se



psychosomatické problematice věnovala také Nadace pro prevenci stresu a behaviorální medicínu působící ve Státním zdravotním ústavu, Centrum hygieny práce a nemocí z povolání, reprezentovaná doc. RNDr. Milanem Horváthem, CSc.

První česká monografie věnovaná psychosomatickým otázkám vyšla v roce 1993 (Baštecký J., Šavlík J., Šimek J.)

Psychosomatická společnost ČLS JEP pokračuje v pořádání vědeckých schůzí a konferencí, vydává řadu let časopis *Psychosom*¹.

Vzdělávání v psychosomatické medicíně probíhalo od 80. let pod katedrou psychiatrie IPVZ nejprve formou odborných stáží, na jejichž programu se podílela řada odborníků a psychosomaticky zaměřených pracovišť v Praze a mimo Prahu např. ze Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, založeného v roce 1989 (Baštecký, Beran, Boleloucký 2002).

V roce 2005 byla katedře psychiatrie dána možnost udělovat diplom odborné způsobilosti v oboru psychosomatická medicína. V následujících letech získaly odbornou způsobilost v psychosomatické medicíně na katedře psychiatrie IPVZ více než tři desítky odborníků. Podmínkou přistoupení kandidáta k ověření příslušných znalostí tehdy mimo jiné např. bylo ukončení akreditovaného psychoterapeutického vzdělání. Na katedře psychiatrie od roku 2009 probíhal dvouletý cyklus psychosomaticky zaměřených přednášek, vedený MUDr. Vladislavem Chválou (Kurz základní psychosomatické

péče). V roce 2015 vznikla v IPVZ samostatná subkatedra psychosomatické medicíny. V roce 2016 se psychosomatická medicína stala nástavbovým oborem pro lékaře různých klinických oborů (Beran, 2018). Nástavbovou atestaci složilo několik desítek lékařů a lékařek. Specializační příprava se řídí příslušným Vzdělávacím programem. Vedoucím subkatedry psychosomatické medicíny je doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Psychosomatická medicína dospěla od roku 1975 do nynější podoby, srovnatelné s vyspělými evropskými zeměmi.

Literatura

Baštecký J., Boleloucký Z.: Současný stav a perspektivy psychosomatiky. *Československá psychiatrie*, 76,1980, č. 4, str. 217–223.

Baštecký J., Beran J., Boleloucký Z.: Postgraduální výuka psychosomatické a behaviorální medicíny v České republice. *Praktický lékař* 82, 2002, č. 11, str. 699–701

Beran J.: *Psychosomatika: Sborník 65 let IPVZ, 1953 – 2018*. vydal Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha 2018, 207 s.



¹ PSYCHOSOM® vydává LIRTAPS o.p.s. ve spolupráci s psychosomatickou sekci PS a později i se SPM ČLS JEP (pozn. red.)



SPOLEČENSKÁ RUBRIKA



DOC. PHDR. MARCELA BENDOVÁ, CSc. NA PSYCHOSOMATICKÉ KONFERENCI V LIBERCI

RADKIN HONZÁK: ZA MARCELOU BENDOVOU

Když mám vzpomínat na docentku PhDr. Marcelu Bendovou, Csc., nemohu pominout historii, protože oba jsme začali kutat na psychosomatice hluboko v minulém tisíciletí.

České zdravotnictví má pohnuté dějiny. Pouštění žilou nebylo vzácností v padesátých letech minulého století, jak uvádějí seriózní učebnice. Pavlovská medicína s chytrým mozkem a hloupým podkořím přetrvávala v některých artefaktech ještě na počátku našeho století. Psychosomatika byla ještě v roce 1982 oficiálními místy odsouzena jako reakční pavěda. Seriózní psychosomatické myšlení sice navazovalo na některé tradiční kořeny, rozvíjelo se ale pozvolna a obtížně.

Byli to především psychologové a psychiatři vesměs připojení k nějakému rozsáhlejšímu komplexu ve funkci konziliářů, kteří viděli u nemocných, o něž pečovali, že biologická léčba není zdaleka schopna vést k uzdravě. Marcela Bendová, tehdy ještě pod jménem Ždímalová sloužila při porodnici v Brně sídlící na Ovocném trhu.

Potkali jsme se spolu poprvé na Psychofarmakologické konferenci v Jeseníku v šedesátých letech minulého století a zaměření ke společnému cíli nás velmi brzy sblížilo, přestože já netančím, zatímco ona tohle velice ráda provozovala. Ve vznikajícím psychosomatickém hnutí vymizela rivalita mezi psychiatry a psychology, k čemuž tehdy bylo nutné úsilí a



určité sebezapření z obou stran a v tom stmelujícím aspektu byla Marcela jedničkou. Viz její publikace: *Spolupráce psychologa s porodníky a gynekology-40 let vzájemné spolupráce* (2008). Navíc v Brně byla hybatelkou psychosomatického hnutí a sdružovala kolem sebe kolegyně z různých vesměs konziliárních míst.

Spojení mezi Prahou Brnem, Kroměříží, Bratislavou a Pezinkem tak dostávalo pevnější obrysy. K této ose přibyl na konci osmdesátých let významně Liberec, ale to ještě nebylo zdaleka vyhráno. Marcela se věnovala především psychosomatickým aspektům v gynekologii a porodnictví, se svými názory na pelipatie se shodla s pražskými kolegy a publikovali vydatně na tohle téma – mezi gynekologickými pacientkami častým problémem. Další její oblastí byla péče věnovaná pacientkám s karcinomem. Ta se časem stala jejím centrálním tématem a v tom směru byla i její habilitační práce. Ta byla souhrnem projektu: *Komplexní péče o nemocné s gynekologickým karcinomem vč. jejich psychosociální rehabilitace a optimalizace kvality života*, který proběhl v letech 1994–1997.

Zcela ojedinělým a geniálním nápadem byla telefonická konference s pacientkami s karcinomem ovaria a jejich rodinami, která probíhala v době, kdy se jinde o něčem takovém začínalo uvažovat, nebo dokonce ještě ne. Psychoterapeutická práce s rodinou byla velmi užitečná, pomohla odstranit některé škodlivé předsudky a mýty (někteří manželé se obávali nákazy a oddělovali si příbory, takže se dozvěděli skutečnosti i možnost pomoci bez pocitu ohrožení) a Marcela zůstávala se svými pacientkami až do jejich posledních chvil.

Po šťastném seznámení se svým budoucím manželem, profesorem Karlem Bendou, se začala věnovat také pacientkám s lymfologickými problémy. Organizačně byla velice zdatná a energická a kurzy, které pořádala pro postižené a jejich partnery a partnerky, znamenaly pro nemocné úžasnou pomoc. Viz: *Kvalitní spolupráce pacienta – významný faktor v léčbě nejen lymfedému* (2009).

Na Masarykově univerzitě zakotvila napřed svými přednáškami a semináři o komunikaci a konečně se jí podařilo vybudovat samostatný Ústav psychologie a psychosomatiky při lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Odtud



pochází řada publikací o psychosomatice obecně, lymfologické problematice i gynecologii a porodnictví.

Její velkou láskou byl kocour, který byl sice rozmazlený, ale nebyl žárlivý, jak jsem seznal, když jsem při společné práci u nich v pokojíčku pro hosty (původně pro služky, ale ty už zmizely) několikrát nocoval. Kocour směl všechno a ze všeho nejraději si brousil drápky o nábytek. Marcela občas poňukávala, že je rozená v Raku a je tím pádem plachá, ale měla naopak extrémní lunární sílu, která zmůže často víc než ta agresivní marsovská. Pro psychosomatiku toho udělala hodně a také pro tabuizované téma

komunikace v medicíně, protože v tom je vždy s lékaři jistá patálie. Na konferencích vynikala nejen brilantními příspěvky, ale svým osobním charismatem, byla vždy tam, kde se něco kvalitního dělo.

Marcela i já jsme začali chybět na konferencích a kongresech, nejprve se mezi nás položil čas, pak Covid a teď vím, že i brána do psychosomatického nebe, kde hraje jazz a hodně se tancuje.

Marcelko, sbohem a nashledanou!

Radkin

V Praze 8. května 2024



POLITIKA, KONCEPCE



ILUSTRÁČNÍ FOTO. ÚČASTNÍCI 17. KONFERENCE V R. 2017

Významným oddílem tohoto čísla Psychosomu bude nepochybně Politika, Koncepce. K desátému výročí založení Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP se dosavadní předseda výboru, že to je nevědecká společnost a on musí „zachránit psychosomatickou medicínu pro vědu“¹. Přidal se ke skupině nespokojených lékařů a postavil se do jejich čela². Měli bychom tedy mít dvě odborné společnosti pro psychosomatiku, které se budou navzájem napadat z nevědeckosti? Má být i nadále ve stávající SPM ČLS místo pro všechny, kteří se věnují pacientům s převažujícími somatickými symptomy, které často souvisí s jejich psychickým stavem a se vztahy, ve kterých žijí? Je zde místo nejen pro lékaře, ale i pro klinické psychology a

fyzioterapeuty? Nevíme. Záleží to na jednání prezidia ČLS JEP. Ale diskusi uvnitř samotné SPM ČLS bychom se neměli vyhýbat. Té ovšem brání samotní zakladatelé nové společnosti, když nedali souhlas k uveřejnění své žádosti o přijetí nové OS, ani podpůrného dopisu pěti kolegů, ani zdůvodnění, proč se domnívají, že je nezbytné založit novou odbornou společnost. A také odmítli přijít diskutovat o svém návrhu na 20.celostátní konferenci psychosomatické medicíny. Jejich rozhodnutí respektujeme.

PSYCHOSOM® slaví 20 let od svého založení a 10 let od svého uznání médiiem zařazeným na seznamu vědeckých recenzovaných periodik RIV. Sdružuje všechny vědecky orientované proudy v bio-

¹ Doložitelná citace z jednání s prof. Svačinou ze dne 14. 3. 2024.

² Doložitelná informace.



psycho-sociálně orientované medicíně. Chce si i nadále ponechat svou nezávislost. Proto i k této krizi se stavíme otevřeně a nabízíme uveřejnění stanovisek všem stranám. Nakonec uvedeme jen ta oficiální prohlášení, ke kterým nám jejich autoři udělili svůj souhlas. Ostatní budou jistě k dohledání v materiálech příslušných subjektů. Činíme tak především proto, aby si mohli čtenáři sami udělat obrázek o tom, co se to vlastně stalo. MUDr. Čecha zastupují významní právníci v čele s JUDr. Tomášem Sokolem, kteří důrazně upozorňují na jeho osobnostní práva a na robustní sankce, kterým PSYCHOSOM případně může čelit. Doufáme, že práva jednoho z účastníků nebudou narušovat právo našich čtenářů na informace a svobodu slova, které je nám ústavou zaručeno.³

Za vysvětlení ještě stojí, jak se do tohoto příběhu zamotalo jméno Jana Hnízdila, dlouholetého vášnivého propagátora psychosomatiky, žáka Jiřího Šavlíka. Hnízdil nepochybně hrál svou roli na poli medializace psychosomatických onemocnění (viz např. Mým marodům). V 90. letech s Jiřím Šavlíkem připravili návrh na legalizaci psychosomatické medicíny, se kterým sice neuspěli, ale byl to Jiří Šavlík, který osobně získal pro projekt politika Borise Šťastného. Ten nakonec významně pomohl jednání prolomit. Další vývoj až po zařazení psychosomatické medicíny jako nastavbového oboru byl prací mnoha dalších kolegů, lékařů, psychologů a fyzioterapeutů, kteří založili Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP před 10 lety a probojovali postupně cestu k přijetí také prvního kódu lékařského výkonu psychosomatické intervence. Časem se z Jana Hnízdila stala nepřehlédnutelná mediální hvězda. Takové

postavení často vede k „vyjadřování se ke všemu“. Většinu psychosomatických příznaků lze jen stěží vyložit jednoduše. Snadná řešení v psychosomatice jsou sice lákavá, ale s ohledem na legitimní psychologické obrany pacientů, málo častá. Tak vedlo Hnízdilovo zjednodušující pojetí psychosomatiky až k její stigmatizaci, na kterou jsme při oficiálních jednáních často naráželi („Á, vy jste ti hnízdlouci?!“), a zhoršovalo se to stále více s konfrontačním charakterem jeho vystupování vůči většinové bio-medicíně. Nechtěně se tak Jan Hnízdil stal symbolem hranice, kam až námi organizovaná vědecky podložená psychosomatická medicína nemůže směřovat.⁴ Z druhé strany jsme pod naši střechu nepřijali skupinu kolegů zastávajících metody alternativní a komplementární medicíny právě proto, abychom zůstali na poli vědecké medicíny. Těžko zazlívat členům výboru, že byli zaskočení, když se z médií dověděli o spolupráci bývalého předsedy s Janem Hnízdilem. Nakonec se sice vysvětlilo, že šlo „jen o koupi prostor bývalého Hnízda zdraví“, ale informace způsobila hodně škody. Změnám ve výboru to dodalo rozvodovou dynamiku, i když šlo o něco jiného. Z materiálů skupiny lékařů, kteří se rozhodli založit novou OS, je vidět, že i jim jde o psychosomatiku jako takovou a můžeme se jen ptát, proč jim nestačí stávající organizační struktura a proč o svém záměru a potřebě nechtějí diskutovat na půdě desetileté SPM ČLS.

Socioložka Eva Křížová k tomu píše: *„Jsem překvapená, jak přetrvává posedlost pojmem vědeckost a přivlastňování si jen jedině= správné vědeckosti a označování těch druhých za nebezpečné. To už tady bylo tolikrát, je to tak stejné. Byť může být iniciativa rozumná, jak píše*

³ Vydání tohoto čísla bylo omezeno předběžným soudním opatřením ze dne 30.4. s podmínkou vyloučení jistého textu, který proto

nepublikujeme až do soudního ověření jeho pravdivosti

⁴ Se zněním této části textu byl Jan Hnízdil seznámen a souhlasí.



doc Šimek, je z ní silně patrná snaha po monopolizaci psychosomatiky lékaři – má tedy lékařská psychosomatika být jednak jiná a jednak vědecktější, a nakonec ta jediná správná.“

A jeden z nejvědecktější orientovaných psychosomatických lékařů, MUDr. PhDr. Pavel Čepický k tomu poznamenává: *„Vzali to hoši za špatný konec – začínají novou společností. Oni si ji prosadí, stanou se předsedou a členy výboru, napíší si to na dveře svých ambulancí, budou se se starou společností přetahovat o kompetence – třeba kdo může a kdo nemůže mluvit do náplně atestace atd.“* Je to jeden z hlasů, který se snaže lékařů „vyčistit psychosomatiku“ (Od koho? Od psychoterapeutů?) nijak nediví. Přes naše letité přátelství vždy kritizoval jak Psychosom, tak naši (patrně předčasnou) snahu integrovat lékaře, psychology a fyzioterapeuty do péče o pacienty.

Tomu by odpovídal také hlas Jiřího Šimka, který situaci vidí jen jako konflikt dvou neústupných členů výboru SPM. Když shrnu diskusi s ním o projednávaném návrhu založit novou psychosomatickou společnost, říká: *„Proč by neměla být další společnost? Ti lékaři chtějí mluvit mezi sebou svým jazykem. Schází se už léta a mají dojem, že jim v tom SPM brání...“* A brání?

V těchto diskusích jsem si uvědomil, že na deseti libereckých konferencích, které jsme za 20 let zorganizovali, se vždy našla malá skupinka nespokojených lékařů, kterým se zdály referáty i diskuse o pacientech příliš „psychologizované“. Ale slyšeli jsme je a měli svým postojem vždy vliv na programy dalších konferencí. Později založili Sdružení pro psychosomatiku a rádi se scházeli. Tady bych viděl linii vývoje k „šárecké“ skupině. Proč by však měla být vylučovaná, nebo být lepší či horší, než jiné skupiny věnující se psychosomatiice? Jde tedy o psychosomatiku, nebo o moc? Nebo ještě o něco jiného?

Vývoj si nepochybně najde svou cestu. Mělo by nám jít o to, aby proces štěpení názorů nenadělal více škody než užítku. Přátelské vztahy vůbec nevylučují rozdílné názory, jak lze vidět v postojích k situaci u doc. Jiřího Šimka nebo jmenovaného Pavla Čepického. Podstatné je jediné: Podaří se udržet respekt, který si naše komunita v rámci zdravotnictví vybuodovala? Nebo se vzájemnými boji jen oslabíme a vypadneme všichni ze hry? Jak že to říkal ten Svatopluk?

V. Chvála 24.4.2024, korigováno 9.5.2024



JAROMÍR KABÁT: VLASTNĚ MĚ CELÁ TA SITUACE CELKEM ŠTVE...

Současný vývoj vede k zamyšlení, co vlastně charakterizuje psychosomatickou identitu dnes? Je možné se koncepčně posunout za odkaz na psychosociální zaměření v rámci velmi obecného biopsychosociálního modelu a terapeuticky za aplikaci klasické psychoterapie na psychosomatické klinické obrazy?

Nebo současné dění naopak směřuje znovu k oddělování psychologických, biologických a sociálních faktorů, které úzce souvisí se starým dualismem?

Opakuje se u nás situace z doby přesně před 50 lety, kdy Mitscherlich (1973) ve svém článku „Understanding psychosomatics: a stepchild of medicine“ shrnuje napjatý stav v tehdejší psychosomatice popisem dvou zcela odlišných přístupů: „psychosomatické medicíny“ – vědecké, která vychází z výzkumu stresu a farmakopsychologie, a hermeneutické, jejímž cílem je rozvíjet „přírodní vědu o člověku jako prožívajícím subjektu“?

Klasická přírodověda byla a je vědecky velmi úspěšná, ale stěží může nabídnout kauzálně účinnou terapii pro psychosomatická onemocnění. Současný stav výzkumu biopsychosociálních vztahů je nerosvratelně komplexnější a spolehlivější, než byl před padesáti lety. Dnes je jisté, že na vzniku, udržování a léčbě nemocí všeho druhu se v žádném případě nepodílejí pouze biologicko-organické, tedy genetické, imunologické, zánětlivé, degenerativní a další procesy, ale jednoznačně také psychosociální, biografické, vztahové, sociokulturní a subjektivní faktory. Proto je tak důležitá multimodalita léčby realizovaná v důsledné týmové práci, v atmosféře vzájemné důvěry a spolupráce lékařů, fyzioterapeutů, psychologů...



J.KABÁT NA 17.KONFERENCI

Má snad užší vymezení psychosomatické medicíny působit vědečtěji, protože systematické zohlednění subjektivní zkušenosti pacienta i lékaře a dalších osob zapojených do léčebného procesu není dost vědecké? Nebo má ponechat možnost odkazovat se na biopsychosociální model, ale jen s diagnostickým a terapeutickým zaměřením vlastního oboru, nadále podle vzoru: „Lčím především organické onemocnění, ale jsem si vědom, že psychologické a sociální aspekty nemoci jsou také důležité.“

Základním principem psychosomatiky je integrace. Přístup rozdělující psychosomatiku na „vědečtější“ a „ostatní“, kam patrně patří i alternativní postupy, může posílit bariéry mezi odborníky. Odborná veřejnost může vnímat tento rozkol jako nejasnost nebo nedostatek jasné definice v teoretickém nebo konceptuálním rámci psychosomatiky. Může vyvolat dojem nejednoznačnosti, neschopnosti dohody a co je nejabsurdnější, neschopnosti mezioborové spolupráce.

V lepším případě může být impulzem k vývoji v psychosomatice, který přinese nové perspektivy a otázky, zpochybňující stávající stav.



Řešení bude asi vyžadovat intenzivní dialog, interdisciplinární spolupráci a otevřenost pro revizi a aktualizaci

konceptuálních rámců. Snad o něj budou všichni zúčastnění stát.

18. 3. 2024

ZPRÁVA REVIZNÍ KOMISE SPM ČLS KE KRIZI Z 22. 1. 2024

Po neúspěšném jednání o stylu vedení, složil předseda MUDr. Pavel Čech funkci a spolu s dvěma místopředsedy odešli z výboru. K tomu se vyjádřila revizní komise SPM ČLS pro výbor SPM ČLS už 22. ledna 2024 takto:

Výbor SPM ČLS se řídí stanovami SPM a ČLS JEP. Jeho funkcí je vést SPM v obdobích mezi jednotlivými shromážděními členů OS, které jsou nejvyšším orgánem organizační složky. Odstoupení vedení výboru v mezidobí komplikuje situaci. Výhodnější by bylo svolat shromáždění členů SPM a tam přednést zprávu o činnosti a dát své funkce k dispozici, tak aby nebyla narušena kontinuita práce výboru SPM. Shromáždění členů má být zorganizováno do 3 měsíců od jeho vyhlášení, což by vyšlo do termínu připravované konference. Pokud se rozhodne většinou hlasů výbor SPM pro jiné řešení, je třeba zvážit a zajistit:

1. Odstoupení 3 členů výboru je třeba oznámit členům SPM a vedení ČLS
2. Zbývající členové výboru by měli navrhnout řešení:
 - a. Pokud neodstoupí další členové, bylo by schůdnější řešit situaci kooptací, a to podle posledních voleb.
 - b. Pokud by výbor přestal být usnášeníschopný, musely by se navrhnout nové volby a se schválením vedení ČLS je připravit a realizovat. To je ještě dost práce. Do té doby by měl výbor pracovat (v demisi) až do předání agendy novému výboru.
 - c. Do vyřešení je třeba zvolit ve výboru nového předsedu ze stávajícího týmu, který by vedl výbor do předčasných nebo řádných voleb.

Podle oborů odstupujících členů jde o 1 somatického lékaře, 1 psychiatra a 1 fyzioterapeuta. Kooptace by měla přednostně vyzvat zvolené kandidáty z posledních voleb a to jsou (jména vynechána): 2 somatictí lékaři, 1 psychiatr, ale za fyzioterapeuty nemáme zvoleného nikoho dalšího. Kooptace platí jen do dalšího svolaného shromáždění členů OS, kde mohou být dovoleni noví členové výboru.

Revizní komise SPM ČLS 22. ledna 2024



DOPIS PŘEDSEDY ČLS JEP VÝBORU SPM ČLS 21. 3. 2024

Věc: žádost o stanovisko k přijetí nové odborné společnosti do ČLS JEP

Vážení,

ČLS JEP obdržela žádost o založení nové odborné společnosti s názvem Klinická psychosomatika. K žádosti je přiložený seznam 58 osob – tím je splněna podmínka uvedená ve stanovách ČLS JEP, že OS musí mít minimálně 50 členů.

Nová společnost má být podle předložené žádosti „odborná a ryze medicínsky a vědecky pojatá“, což vyplývá z přiloženého cca jednostránkového odůvodnění, čím by se společnost měla zabývat. V ČLS JEP ale již existuje Společnost psychosomatické medicíny (SPM), někteří členové SPM si přejí být také členy nově vznikající OS Klinická psychosomatika. V rámci výboru SPM došlo k určitým nedorozuměním a nesrovnalostem, které momentálně sekretariát ČLS JEP projednává. O aktivitách existující SPM se lze přesvědčit na www.psychosomatika-cls.cz/.

Dovolujeme si vás tedy požádat o stanovisko, zda doporučujete / či nedoporučujete předsednictvu ČLS JEP, aby novou odbornou společnost schválilo. Prosíme vás o odpověď nejpozději do 30. 4. 2024, protože na květnové schůzi předsednictva ČLS JEP bychom rádi tuto záležitost projednali a rozhodli.

S díky a s pozdravem
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.
předseda ČLS JEP

ZDŮVODNĚNÍ K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ NOVÉ OS DO ČLS JEP Z 6.3.2024

Autor Zdůvodnění nedal souhlas s uveřejněním. Stejnými slovy odmítli udělit souhlas i autoři dopisu na podporu nové OS.

Žádost adresovaná P. Čechovi a dalším kolegům měla toto znění:

Vážení kolegové, kolegyně,

Obracím se na Vás v roli šéfredaktora Psychosomu s nabídkou a prosbou: Zmatky kolem žádosti o novou OS v ČLS po odchodu 3 členů výboru SPM ČLS dosáhly jistého vrcholu a jak doufáme, nastal čas pro vyjasňování. Hodně by pomohlo, kdyby si všichni mohli udělat v této věci jasno přímo z materiálů, které dosud nemohly být v úplnosti nikde publikovány. Od Vás máme dva texty, které vysvětlují záměr a důvody podání žádosti. Jsou v příloze tak, jak jsou připraveny pro publikování v Psychosomu 1-2/2024. Zvažte, zda i vy pokládáte tuto možnost za dobrý nápad, který může pomoci našim čtenářům porozumět Vašim záměrům a důvodům k založení nové OS. Osobně se domnívám, že otevřeně informační zdroje jsou nejlepší cestou k pochopení a spolupráci, která, ať už bude nová OS schválena nebo ne, nás, kdo se věnujeme psychosomatické medicíně, v budoucnosti stejně čeká. Vaše dva texty mohou být zařazeny do oddílu Politika, koncepce, která je pravidelnou rubrikou Psychosomu. Úvod k ní v tomto čísle přikládám pro Vaši představu



a přiložím raději i úvodník celého čísla, kde o krizi také píšu. Můj záměr je být k tématu co nejvíce neutrální, i když patrně chápete, že jsem zde ve dvoj- nebo trojroli a sám osobně bych dal přednost zachování jedné OS. V tomto směru však na mém přání jen málo záleží, věc nerozhoduji. Psychosom byl dosud především nezávislý prostor pro vyjádření všech stran a pro diskusi nad složitým tématem psychosomatiky.

S pozdravem V. Chvála, šéfredaktor

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ S PREZIDENTEM ČLS PROF. SVAČINOU

Přítomni: Prof. Svačina, p. Šenderová, vedoucí sekretariátu, MUDr. M. Ročňová, MUDr. V. Chvála

K jednání dal podnět V. Chvála z pozice předsedy revizní komise SPM ČLS. Tématem je rozkol ve výboru a odchod 3 členů výboru SPM a informace, že odcházející předseda žádá ČLS o založení nové psychosomatické společnosti.

Jednání probíhá v přátelské a věcné atmosféře, trvá cca 45 min.

1. Zahajuje prof. Svačina informací, že MUDr. Čech s ním jednal ve jménu „záchrany psychosomatické medicíny pro vědu“ před SPM, která je prý „nevědecká a tolerující alternativní medicínu“. Přinesl minulý týden podpisy 58 lékařů, kteří sdílejí jeho obavy a chtějí také vědeckou psychosomatickou medicínu. Prof. Svačina si „proklepl“ stávající členy výboru SPM a „kromě jakési viscerální terapie“ u jednoho člena výboru „nic podezřelého nenašel“. Postoj MUDr. Čecha je mu sympatický, věda je důležitá a u SPM to podle Čecha není jasné. Obdržel také dvoustránkový pdf dokument od doc. PhDr. Daniely Stackeové, Ph.D., ve kterém líčí SPM jako skupinu alternativních lékařů. O dr. Chválovi sice píše, že má zásluhu na založení společnosti, ale „ta jeho psychosomatika je taková jen klinická“ (formulace nejsou přesné). „I ona z pozice skutečné vědy vidí, že založení vědecké společnosti je nezbytné.“¹ Sám prof. Svačina má jisté pochybnosti o nezvyklém způsobu voleb do výboru SPM (lékaři i nelékaři), což ale s ohledem na bio-psycho-sociální pojetí psychosomatiky obhajujeme a zdůrazňujeme, že konflikt nebyl mezi lékaři a nelékaři, ale mezi lékaři. Nelékaři ve výboru nedominují, ale jsou užiteční komplexnímu pohledu na problematiku.
2. Jsme zaskočeni vývojem, byli jsme připraveni popsat sled událostí, který vedl k odchodu 3 členů z výboru SPM. V předloženém seznamu podporovatelů nové OS vidíme jen na první pohled několik kolegů, kteří se věnují alternativní medicíně.
3. Popisujeme sled událostí, které rozkolu předcházely, jak se to jeví zbývajícím členům výboru a revizní komise.
4. Informujeme o přípravách konference.
5. Informace o Psychosomu.
6. Prof. Svačina sděluje, že schvalování žádosti bylo zatím odloženo a že osloví výbory SPM, PS, IPVZ a další, aby se k tomu vyjádřili. ČLS nestojí o dublování odborných společností, ale kdyby na tom dostatečné množství lékařů trvalo, jednat musí.

Zapsal V. Chvála 14. 3. 2024, kontrola M. Ročňová, na vědomí prof. Svačina

¹ Žádost o možnost publikovat tento text nebyla autorkou vyslyšena



DOPIS ČLENŮM SPM ČLS K SITUACI (9. 3. 2024)

MUDr. Vladislav Chvála

Odborná Společnost psychosomatické medicíny v rámci ČLS JEP vznikla teprve v r. 2014, abychom prosazovali bio-psycho-sociální přístup ve zdravotnictví. Na rozdíl od většiny trendu stále více zužovat ohnisko odborného zájmu ve většině OS ČLS, naším zájmem bylo úhel pohledu maximálně rozšiřovat. Proto jsme do naší OS zahrnuli také další odborníky, psychology, psychoterapeuty i fyzioterapeuty už od úrovně výboru SPM ČLS, což bylo v celé ČLS nezvyklé, ale velmi užitečné.

Rozvoji medicíny mohou bránit zkostnatělé struktury. Účinnou obranou je důsledně demokratické vedení odborných společností, konkurence myšlenek, diskuse a volby nových členů do vedení OS. Předávání volantu novému výboru není snadné. Přes dobrou vůli se může stát, že si všichni v novém týmu neseďnou, a nakonec někdo funkci složí a práce nechá. Taková krize postihla nový výbor SPM ve 2. roce vládnutí, přestože jako celek nadělali spoustu práce. S pocitem nevděku po velkém výkonu odešel předseda a oba místopředsedové, Pavel Čech, Michal Kryl a Daniela Stackeová. Je jich škoda. Ve výboru tak zůstalo šest řádně zvolených členů. Atmosféra se pročistila a práci výboru to prospělo. Mohou samozřejmě kooptovat někoho z dalších zvolených členů SPM a dovést výbor k řádným volbám. Až potud nevidím ani jako bývalý předseda, ani z pozice revizní komise SPM ČLS problém. Dobře vím, jak moc zatěžující je dobrovolná a neplacená práce ve výboru SPM.

Zmatky nastaly v momentě, kdy předseda, který složil funkci a odešel z výboru, začal zakládat novou odbornou lékařskou společnost a pro ni získávat lékaře z řad SPM, aniž by svůj projekt diskutoval, představil členům SPM a dal tak najevo, že nejde jen o trucpodnik, ale o dobrou cestu, jak rozvíjet psychosomatickou medicínu ve prospěch celé komunity těch, kdo se o její rozvoj už mnoho let starali. Nerad bych se mýlil, ale utajování, kabinetní jednání, lanaření lékařů do nové společnosti, to všechno mi připadá jako nekolegiální krok. Možná se dočkáme společné diskuse nad novým projektem během konference v Liberci, která ostatně má tentokrát opravdu příznačné téma: Kam kráčíš, psychosomatiko? A třeba se ukáže, že dvě odborné společnosti pro psychosomatickou medicínu jsou více než jedna, ale na štěpení se mi zdá náš spolek příliš mladý. Zatím bych moc doporučoval všem našim členům: spolehněte se na zvolený výbor a dělejte všechno, co prospěje bio-psycho-sociálnímu pojetí psychosomatiky v našem zdravotnictví v rámci této naší SPM ČLS JEP.

MUDr. Vladislav Chvála, bývalý předseda SPM, předseda revizní komise SPM ČLS



ZÁPIS SCHŮZKY RK SPM ČLS ZE DNE 18.3.2024

Přítomni: V. Chvála, J. Týkalová, J. Kabát

Členové revizní komise SPM ČLS se sešli, aby jednali o krizi, která nastala po odchodu 3 členů výboru v únoru t. r. Navzdory výzvě předsedy RK v osobním dopise všem členům výboru ze dne 22. 2. 24, aby se zdrželi vzájemných útoků², došlo naopak k jejich eskalaci po zjištění, že odcházející předseda zakládá novou OS. Situaci paradoxně vyostřil dopis výboru členům, ve kterém se snažili informovat členy OS o situaci, protože se na výbor obracela řada členů OS s dotazy, co se to děje. Následně odstupující předseda poslal členům svou verzi, i když už neměl mít přístup k databázi členů. Výsledkem takových vzájemných útoků může být jen poškození zájmů OS, tedy postup proti znění stanov.

Situace SPM ČLS, která slaví tento rok 10 let od svého vzniku, byla vždy křehká. Stabilita mezioborové spolupráce v lékařské společnosti je závislá na vzájemné úctě a respektu jak somatických lékařů s psychiatry, tak klinických psychologů a fyzioterapeutů. Ti všichni se totiž podílejí na léčbě psychosomatických pacientů. Záruka vědeckého přístupu v psychosomatice byla dána zakotvením vzdělávání v IPVZ a nástavbovou atestací, když většina lékařských fakult zatím nevěnuje bio-psycho-sociálnímu pojetí nemoci velkou pozornost. SPM se musela jasně distancovat od alternativních postupů v léčbě, a na druhou stranu motivovat akademickou obec k orientaci na psychosomatická témata, podporovat publikace o práci s psychosomatickými pacienty v odborných médiích, pořádat konference a vzdělávání. O to smutnější byla pro nás zpráva, že odstupující předseda jako argument ve snaze zdůvodnit žádost o založení nové OS označil naši OS za nedostatečně vědeckou, doslova že „musí zachránit psychosomatiku pro vědu“, a to nikoli ve svobodné a žádané diskusi na odborné akci OS, ale v rámci stížnosti na OS, kterou dosud jako předseda sám vedl. Motivy takového jednání nám nejsou jasné, ale jsme si jisti, že poškozují zájmy naší OS.

Atmosféra nedůvěry, a nedostatek demokratických postupů, které byly podle nás příčinou krize výboru SPM, se tak přenesly mezi členy SPM ČLS a zpochybnily desetiletou snahu všech, kdo usilovali o etablování solidní psychosomatické medicíny v našem zdravotnictví. V atmosféře vzájemného boje se každé slovo může stát granátem. Nelze požadovat přátelské vztahy a současně pomlouvat ostatní členy vedení ČLS, vyhrožovat si právníky.

Diskutovali jsme o všech událostech, které vedly k této krizi, a na základě pečlivého uvážení připomínáme, že:

1. SPM ČLS JEP stojí na demokratických principech a všichni členové se řídí jejími stanovami.
2. SPM ČLS JEP zvolila cestu rozvoje vědecky podloženého bio-psycho-sociálního přístupu v psychosomatice kultivováním vztahu mezi lékaři všech profesí, klinickými psychology a fyzioterapeuty, z nichž nikdo se nevyvyšuje nad ostatní, protože se vzájemně respektujeme a potřebujeme.

² Cit. „Čeho bychom se mohli obávat, by byly případné vzájemné výčitky, které by jedna nebo druhá skupina mohla produkovat ke své obhajobě směrem k členům SPM. Nikoli změny ve výboru, ale tyto výčitky a výklady toho, co se stalo, by se mohly stát jádrem dalšího štěpení SPM, což by nemělo dobré důsledky, tak před tím chci varovat. Obracej se na mě jednotliví členové, mj. třeba doc. Beran s údivem nad dvěma dopisy, které jako člen SPM dostal, a vyjádřil obavy o další osud psychosomatiky.“



3. Všechny kroky, které zvyšují nedůvěru mezi členy navzájem, a tím spíš mezi členy OS a výborem jsou proti zájmům naší OS.
4. Konflikty mezi členy mají být řešeny vzájemnou diskusí a případně supervizí a ne zakládáním nových OS.
5. Aktivita jakýchkoli místních skupin lékařů, členů OS, je vítána a podporována.
6. Výbor SPM po odchodu předsedy a dvou místopředsedů by měl dokončit započaté práce (konference) a připravit předčasné volby.
7. Rozhodnutí o vzniku nové OS s totožným předmětem zájmu není na výboru SPM. Pokud mají kolegové důkazy, že jim členství v SPM ČLS neumožňuje informovat ostatní, shromažďovat se a organizovat místní nebo celostátní akce, nebudeme jejich cestě k nové OS bránit.
8. Lékaře, kteří žádají o založení nové OS se stejnou náplní, vybízíme, aby využili plánované 20.celostátní konference v Liberci ve dnech 20–22. 6. k diskusi o tom, v čem bude nová OS vědecktější a lepší, co přinese nového pro psychosomatickou medicínu, tím spíš, že bohužel letos odpadla plánovaná akce v Přešticích.
9. RK SPM bude informovat o svém jednání prof. Svačinu a vedení celé ČLS.

MUDr. Vladislav Chvála, MUDr. Jaromír Kabát, PhD., Mgr.Mgr. Jana Týkalová

VYJÁDŘENÍ DOC. J. BERANA, VEDOUcíHO SUBKATEDRY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY IPVZ

Stanovisko, které si vyžádal předseda ČLS JEP prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., od doc. MUDr. Jiřího Berana, CSc., jako od vedoucího subkatedry psychosomatické medicíny IPVZ. Adresováno prof. Svačinovi, dne 20. 3. 2024. Svolení k uveřejnění

Vážený pane předsedo,

s nápadem na založení „Odborné společnosti Klinické Psychosomatiky ČLS JEP“ mne seznámil tehdy již bývalý předseda Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP MUDr. Pavel Čech. Okamžitě jsem vyjádřil svůj nesouhlas se zakládáním této odborné společnosti.

Sám název Klinická psychosomatika je nesmyslný. Psychosomatická medicína přeci je klinickým oborem. Cíle, které si navrhovaná společnost stanovuje, jsou totožné s těmi, které si již na počátku dala Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP a které postupně realizuje. Vznik nové odborné společnosti nedává smysl. Společnosti psychosomatické medicíny (SPM) se podsouvá zcela neoprávněně „propojení s alternativní scénou“ a odklon od vědeckých základů.

SPM vždy byla otevřená pro všechny pracovníky ve zdravotnictví. Není důvod vyčleňovat lékaře a zakládat pro ně samostatnou odbornou společnost. To by bylo přímo proti základní myšlence psychosomatické medicíny, která vychází z obecně akceptovaného bio-psycho-sociálního modelu a usiluje o jeho integraci do klinických oborů. Tento požadavek platí pro všechny pracovníky ve zdravotnictví, netýká se jen lékařů.



Současná situace vznikla v důsledku sporů mezi několika jedinci. Dobré jméno psychosomatické medicíny by nemělo být těmito spory pošpiněno.

Na základě výše uvedeného založení Odborné společnosti-Klinická psychosomatika ČLS JEP zásadně nedoporučuji.

S úctou

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.
Vedoucí subkatedry psychosomatiky IPVZ

DOC. MUDR. JIŘÍ ŠIMEK: STANOVISKO K NÁVRHU NA VYBUDOVÁNÍ SPOLEČNOSTI KLINICKÉ PSYCHOSOMATIKY, NOVÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY.

Stanovisko na výzvu P. Čecha předkládá doc. Šimek. Souhlas s uveřejněním z 2.4. 2024

Souhrn: Návrh na vybudování Společnosti klinické psychosomatiky má v současné době dva motivy. Jedním je realistická potřeba mladých lékařů diskutovat a organizovat psychosomatický přístup z ryze lékařského pohledu. Druhým motivem jsou osobní spory ve stávající Společnosti psychosomatické medicíny. Proto doporučuji s ustanovením Společnosti klinické psychosomatiky vyčkat, až se emoce zklidní. Mezitím může být vybudována organizační struktura Společnosti klinické psychosomatiky, a až se v obou společnostech prokáže schopnost vzájemné spolupráce, bude moci být Společnost klinické psychosomatiky přijata jako řádný člen ČLS JEP.

Stanovisko:

Psychosomatika vznikla ve třicátých letech dvacátého století jako mezinárodní hnutí v medicíně, jehož cílem bylo porozumět psychologickým a sociálním faktorům uplatňujícím se při rozvoji a v průběhu somatických onemocnění. Nejdříve byla snaha nalézt psychické příčiny somatických chorob. V průběhu šedesátých a sedmdesátých let převládlo ve vědecké medicíně multifaktoriální pojetí vzniku chorob, příkladem může být vymezení rizikových faktorů aterosklerózy. V tomto kontextu se v psychosomatické medicíně rozvinul koncept predisponujících faktorů. V závěru dvacátého století převládl koncept bio-psycho-sociálního přístupu. Jeho cílem je aktivně rozpoznávat psychologické a sociální faktory v rozvoji a průběhu chorob a hledat cesty, jak s nimi pracovat v rámci medicíny postavené na vědě.

V Čechách a na Slovensku se psychosomatický přístup v medicíně rozvíjel od konce sedmdesátých let minulého století. Od počátku byl programově navázán na světové psychosomatické hnutí. V jedenadvacátém století začal mezi českými lékaři narůstat zájem o psychosomatický přístup v medicíně. To vyvolalo potřebu organizace psychosomatického hnutí a vedlo posléze ke vzniku Společnosti psychosomatické medicíny. Poslání SPM vystihuje citát z textu Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče: „Rozvíjí jak odbornou stránku tohoto oboru, tak usiluje o lepší integraci



psychosomatické péče do systému českého zdravotnictví.“ (Čech, P., Kryl, M., Stackeová, M., ČLČ 2023, 162, č. 6, s. 238-247.)

Přijetí Společnosti psychosomatické medicíny do České lékařské společnosti JEP nebylo snadné, bylo potřeba překonat existující předsudky vůči psychosomatickému hnutí jako málo vědeckému. Společnosti psychosomatické medicíny přinesl tento odklad mnoho dobrého. Jasně deklarovala vědeckost svého přístupu, a nepřijala jako své členy léčitele, kteří vědecký základ medicíny nepřijali, ani lékaře, kteří vědecký základ medicíny zpochybňovali.

Zhruba před pěti lety se objevila skupina mladých lékařů, pro které bylo oficiální pojetí psychosomatické medicíny v SPM příliš široké. Začali se scházet a rozvíjet vlastní užší pojetí, ve kterém převládá jazyk somatické medicíny. Hlavním tématem je, jak jednat s psychosomatickými pacienty v ordinacích somatických lékařů i bez hlubších znalostí psychotherapeutických konceptů. Převážné části lékařů je úplné psychotherapeutické vzdělání prakticky nedostupné, mohou ale svým pacientům účinně pomáhat, když porozumí jejich problematice a naučí se vhodným způsobem s nimi zacházet. Proto má rozhodnutí lékařů vytvořit vlastní společnost racionální základ. Spolupráce dvou společností, jedné ryze lékařské a druhé s širším pojetím, by mohla být pro lékařskou společnost vysoce užitečná.

Mezitím se rozvinul ve vedení Společnosti psychosomatické medicíny osobní spor, který vedl k odchodu tří členů z výboru. V tuto chvíli není nutné soudit a hledat viníky. Můžeme zůstat u konstatování, že málo konstruktivní spory mezi dvěma společnostmi by poškodily dobré jméno České lékařské společnosti JEP. Společnost klinické psychosomatiky je možné organizačně připravit, její přijetí do ČLS JEP bude vhodné odložit, až obě společnosti prokážou, že jsou schopny racionální spolupráce. Podobně jako před časem Společnosti psychosomatické medicíny může odklad pomoci i Společnosti klinické psychosomatiky, aby lépe definovala své vlastní poslání.

STANOVISKO VÝBORU PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP K PŘIJETÍ NOVÉ ODBORNÉ SPOLEČNOSTI S NÁZVEM KLINICKÁ PSYCHOSOMATIKA

Zpracoval výbor PS na základě dotazu prof. Svačiny, kterému je stanovisko adresováno. Souhlas s uveřejněním ze dne 3.5.2024

Vážený pane předsedo,

Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP se na jednání dne 3.4.2024 zabýval Vaší žádostí o stanovisko k přijetí nové odborné společnosti do ČLS JEP s názvem Klinická psychosomatika.

Po diskuzi se členové výboru PS ČLS JEP shodli na tom, že nedoporučují předsednictvu ČLS JEP přijetí nové odborné společnosti.

Členům výboru PS ČLS JEP nejsou známy srozumitelné důvody, proč by při existenci stávající Společnosti psychosomatické medicíny měla vznikat společnost nová de facto se shodným odborným zaměřením a neznáme obdobný precedens u jiných odborných společnostech ČLS JEP.



Jsme toho názoru, že neshody vznikající uvnitř společností, což je jev zcela přirozený, nelze jednoduše řešit založením společnosti nové. Doporučujeme Společnosti psychosomatické medicíny, aby se vypořádala se svými vnitřními konflikty pomocí nástrojů, které jsou obsaženy v platných stanovách ČLS JEP.

S pozdravem
Za výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP
MUDr. Simona Papežová

STANOVISKO SPOLEČNOSTI VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP K PŘIJETÍ NOVÉ ODBORNÉ SPOLEČNOSTI DO ČLS JEP

Souhlas s uveřejněním 30.4.2024

Vážený pane profesore, výbor Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP se na poslední schůzi usnesl, že vzhledem k ne zcela jasnému poslání nepodporuje vznik další psychosomatické společnosti.

S úctou
doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc. předseda SVL ČLS JEP
11.4.2024

STANOVISKO SPM ČLS JEP K PŘIJETÍ NOVÉ ODBORNÉ SPOLEČNOSTI DO ČLS JEP

Souhlas s uveřejněním z 29.4.2024

Vážený pane profesore,

Již existující Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP je odbornou, medicínskou a zároveň interdisciplinární společností, jejímiž členy jsou kromě klinicky působících lékařů různých specializací také psycholožky/psychologové a fyzioterapeutky/fyzioterapeuti, kteří spolupracují v různých zařízeních systému zdravotní péče. Členskou základnu SMP ČLS JEP většinou tvoří lékaři a lékařky, mnozí z nich s dalším psychoterapeutickým vzděláním nebo nástavbovou atestací z psychosomatiky nebo s obojím.

Členové SPM sdílí zájem o psychosomatickou medicínu založenou na bio-psycho-sociálním modelu zdraví, nemoci a léčby opírající se o vědecké poznatky z různých oblastí poznání. Mezi členy SPM ČLS JEP jsou i kolegyně/kolegové, kteří působí v akademické sféře, kde se zejména na lékařských fakultách podílejí na výuce doposud zanedbávaných témat např. komunikace s pacientem a jeho rodinou, prevence a zvládání syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví, psychoterapie a rodinná terapie v medicíně, lékařská etika, základy psychosomatické medicíny apod. Někteří členové SPM ČLS JEP se podílejí ve



spolupráci se subkatedrou psychosomatiky IPVZ na zajištění před atestačního vzdělávání v oboru psychosomatická medicína.

SPM ČLS JEP je jednou z mnoha národních odborných společností, jež jsou členy interdisciplinární, vědecké Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM). V posledních letech někteří kolegové reprezentovali SPM v EAPM, působili a působí v roli národního koordinátora, podíleli se na přípravě mezinárodní konference EAPM a také na některých konferencích v minulosti aktivně vystoupili. EAPM oslovila SPM ČLS JEP s dotazem, zdali bychom měli zájem pořádat mezinárodní konferenci EAPM v Praze, ale prozatím z organizačních důvodů výbor tuto nabídku nepřijal, plánuje ujmout se pořadatelství v budoucnosti.

SPM ČLS JEP se z velké části zabývá agendou a potřebami lékařské části členů společnosti. Jedním z důkazů je také přijetí psychosomatického kódu 09170. Nejedná se o zásluhu současného výboru ani žádného jednotlivce, ale o úspěch systematické několikaleté práce současného i minulých výborů.

Členové výboru SPM se podíleli na vzniku doporučených postupů Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky (2015) a Funkční a perzistentní tělesné potíže – psychosomatický přístup (2023) a Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče (2023). Na všech těchto doporučených postupech spolupracovala většina členů výboru ve spolupráci s dalšími odborníky v oboru.

Návrh na vytvoření nové odborné společnosti – Klinická psychosomatika ČLS JEP byl pro nás překvapivý. Skupina několika lékařů, kteří jsou jádrem skupiny předkládající žádost, v minulosti chtěla založit lékařskou sekci v rámci SPM. Žádost jim byla opakovaně zamítnuta s tím, že mohou kdykoliv přijít na výbor SPM a předkládat své podněty a návrhy. Před volbami do výboru v roce 2022 byli aktivně vyzýváni předchozím výborem a předsedou SPM ke kandidatuře do výboru a tím přímé a demokratické možnosti ovlivňování činnosti SPM. Této možnosti využil jen jeden, skončil na nezvolené pozici a nyní, když byl vyzván ke kooptaci, odmítl. Aktivity těchto členů při organizaci vzdělávacích akcí jsme jako výbor velmi vítali a podporovali.

Deklarované cíle nové odborné společnosti-Klinické psychosomatiky ČLS JEP předkládané naším bývalým kolegou MUDr. P. Čechem se v ničem neliší od hlavní agendy stávající SPM ČLS JEP. Po celou dobu existence SPM ČLS JEP má hlavní cíle:

1. Rozvíjení oboru
2. Systematické postgraduální vzdělávání – před-atestační příprava
3. Podpora vzdělávání na dalších úrovních (pregraduální, kontinuální – různé další doplňkové kurzy apod.)
4. Publikace + výzkum
5. Organizace celostátní konference v Liberci
6. Organizace vědeckých dnů, dalších odborných akcí
7. Spolupráce s dalšími odbornými společnostmi
8. Kontakt/spolupráce se zahraniční psychosomatickou komunitou
9. Kontakt a spolupráce s patientskými organizacemi
10. Administrativní, „politická“ a osvětová agenda
11. Vyjednávání s úřady/institucemi (zdravotní pojišťovny)



12. Přijímání nových členů
13. Řešení etických záležitostí
14. Práce s veřejností – povědomí o psychosomatické medicíně podobně jako je podpora gramotnosti týkající se duševního zdraví

Na závěr bychom ještě rádi zdůraznili několik věcí.

Vítáme jakékoli aktivity, které přispějí k rozvoji psychosomatické medicíny u nás a posílí její pozici tak, jako je to v některých evropských zemích. Dovedeme si představit a jsme spolu s mnoha kolegyněmi a kolegy zároveň schopni vytvářet podmínky pro spolupráci v SPM ČLS JEP se všemi, kdo mají zájem o rozvoj psychosomatické medicíny, ať už reprezentují klinickou či akademickou medicínu, fyzioterapii, psychologii, psychoterapii a rodinnou terapii. Jedním z hlavních cílů vzniku SPM ČLS bylo právě propojení a spolupráce mezi reprezentanty různých oborů, kteří se setkávají a měli by spolupracovat během komplexní terapie/péče o nemocné a jejich blízké v souladu z bio-psycho-sociálním modelem zdraví, nemoci a léčby.

Za nezbytné podmínky pro mezioborovou spolupráci v SPM ČLS JEP považujeme vedle reprezentace různých odborností otevřenou komunikaci, vzájemný respekt, důvěru a přátelskou atmosféru. Tyto podmínky, spíše než důraz na jednostranný jazyk jednoho oboru či oblasti poznání, podle nás umožňují spolupráci napříč specializacemi a odbornostmi.

Podle našeho názoru spolupráci znemožňují zákulisní a manipulativní jednání, pomluvy a nepravdivá tvrzení ze strany některých kolegů. Takové jednání tříští psychosomatickou komunitu a ohrožuje vše, co v rámci rozvoje psychosomatické medicíny u nás vytvořili během několika desetiletí mnozí pracovníci a respektovaní kolegové a kolegyně.

V případě vzniku nové společnosti Klinická psychosomatika ČLS JEP vnímáme jako velmi problematické rozdělení kompetencí mezi tyto dvě společnosti, obě reprezentující stejný obor. I pro instituce jako zdravotní pojišťovny by bylo matoucí, kdo má dávat vyjádření a nevíme, jak by se postupovalo, pokud by se stanovisko obou společností rozcházela. Pro žádný jiný obor není v ČLS JEP zastoupení dvěma odbornými společnostmi a tuto jasnou přehlednost, kdo zastupuje obor, si zaslouží i psychosomatická medicína.

Omlouváme se za poněkud delší vyjádření, ale vzhledem k událostem během posledních měsíců považujeme za nutné připomenout některé důležité skutečnosti a vyjádřit naše argumenty.

Založení společnosti Klinické psychosomatiky nedoporučujeme, apelujeme na spolupráci v rámci již existující SPM ČLS JEP.

22.4.2024

Za výbor SPM MUDr. Michaela Ročňová



OTEVŘENÝ DOPIS URČENÝ VÝBORU SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY K TÉMATU NEDÁVNO VZNIKLÉHO ROZPORU UVNITŘ VÝBORU.

Souhlas s uveřejněním ze dne 3.5.2024

23. dubna 2024

V nedávné době se ke členům Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP (dále SPM) dostala mailová korespondence týkající se krize uvnitř výboru, jejímž výsledkem byly změny v personálním obsazení výboru. Jako členové společnosti nejsme s obsahem sporu blíže seznámeni, nicméně z korespondence je zřejmé, že v současné době je mezi některými členy SPM rozkol a vznikly jakési dva "tábory", které mají potíže se spolu domluvit. V korespondenci je zmíněna mj. snaha o vznik nové lékařské společnosti pro psychosomatickou medicínu.

Všechny lékařské a odborné společnosti tvoří členové, kteří jsou z lidské podstaty heterogenní skupina lidí s pluralitními názory, a tudíž je přirozené, že se všichni na všem nikdy nemohou shodnout. Společnost psychosomatické medicíny není výjimkou. Soudržnost společnosti pak zajišťuje společné směřování a cíl, který je ukotvený ve stanovách společnosti.

Na obecné rovině se jako odborníci z oboru Psychosomatika můžeme shodnout na tom, že **PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA JE JEN "JEDNA"**. Logicky z toho lze usuzovat, že by proto **měla existovat jedna psychosomatická společnost**. Druhá věc je, co si konkrétně kdokoli pod psychosomatickou medicínou představuje, jak jí definuje, k jakým modelům se vztahuje. Každý může mít své preference, které jsou jemu osobně nejbližší.

Naše současná SPM se na svých webových stránkách prezentuje takto:

*"Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti JEP sdružuje odborníky z oblasti péče o zdraví. Především **lékaře, klinické psychology, fyzioterapeuty, výzkumníky, a další odborníky**, na základě bio-psycho-sociálního pojetí zdraví a nemoci. Základním východiskem společnosti není devalvace současné medicíny, ale její obohacení o psychické a sociální rozměry.*

*Česká medicína se zařadila k vyspělým zemím Evropy, když s více než dvacetiletým zpožděním uznala mezi respektovanými medicínskými obory také psychosomatickou medicínu vyhláškou o nástavbových atestacích v květnu 2013. V dubnu 2014 více než 200 odborníků, především z oblasti všeobecných a odborných lékařů, psychiatrie, psychologie a fyzioterapie, založilo v rámci České lékařské společnosti JEP Společnost psychosomatické medicíny, která si dala za cíl pečovat o rozvoj tohoto oboru v České republice. Z mnoha různých pojetí psychosomatiky prosazujeme **Engelovo bio-psycho-sociální pojetí zdraví i nemoci, jak bylo přijato WHO již v r. 1977.**"*

Tyto postoje považujeme za správné, a proto se nabízí otázka, proč by měla vznikat potřeba nové společnosti pro psychosomatickou medicínu. Pokud existuje například poptávka po vyšší specializaci, vyšší vědeckosti, širším zaměření apod., tak se nabízí vznik SEKČÍ uvnitř společnosti, nikoli založení společnosti jiné. Jsou-li současné rozpory ve vedení odrazem



touhy něco ve společnosti změnit, tak by bylo vhodné tyto potřeby pojmenovat a otevřeně diskutovat v rámci celé společnosti.

Podporujeme otevřenou diskusi problematických témat celé společnosti, která vedla ke sporům, aby se "vyčistil vzduch" a nevznikaly zákulisní spekulace. Tuto situaci považujeme jako výzvu celé SPM a byla by škoda, kdybychom na ní nedokázali odpovědět a společnost tímto rozpoltili. Jako příležitost ke společné diskusi se nabízí např. Psychosomatická konference v Liberci.

S pozdravem,

MUDr. Dominik Blažek
 MUDr. Alena Večeřová Procházková
 Mgr. Kateřina Beerová
 MUDr. Lenka Berská
 MUDr. Barbora Danielová
 Mgr. Jana Hanibalová
 PhDr. Václav Chytrý
 Mgr. Danuše Jandourková
 Mgr. Vendula Jirsová
 PhDr. Markéta Kačerová
 MUDr. Petr Kolátor
 MUDr. Petra Kopecká
 MUDr. Kateřina Košťálová

MUDr. Krystyna Kultanová
 Mgr. Marta Lebedová
 Mgr. Renata Léblová
 MUDr. Alexandra Martinčková
 MUDr. Jakub Medal
 Mgr. Radim Michalec
 MUDr. Petr Nevšimal
 Mgr. Šárka Seifertová
 Mgr. Tereza Süsová
 MUDr. Ingrid Šilhánková
 Mgr. Hana Šmejkalová
 Mgr. Petra Štiková
 Mgr. Miroslava Vlková

Podpisy pod peticí z řad členů SPM ČLS přibývají (info@psychosomatika-cls.cz)



ČESKÁ
LÉKÁŘSKÁ
SPOLEČNOST
J. E. PURKYNĚ



CZECH
MEDICAL
ASSOCIATION
J. E. PURKYNĚ

Vážený pan
MUDr. Pavel Čech
Mediimplant, s.r.o.
Na Bělidle 31
150 00 Praha 5

V Praze dne 14. 5. 2024
naše čj. 31 – 5/2024

Vážený pane doktore,

předsednictvo ČLS JEP obdrželo vaši žádost o založení nové odborné společnosti s názvem Klinická psychosomatika. Tuto žádost projednávalo opakovaně na svých zasedáních a na schůzi dne 7. 5. 2024 rozhodlo tak, že novou odbornou společností s názvem Klinická psychosomatika zřizovat nebude.

Je nám líto, že se nepodařilo záležitost kladně vyřešit, možná by jedna z dalších cest pro vaši zamýšlenou činnost mohla být řešena prostřednictvím sekce odborné společnosti.

S pozdravem a díky za spolupráci


ČESKÁ LÉKÁŘSKÁ SPOLEČNOST
J. E. PURKYNĚ, a.s.
Společná 400/31
120 00 Praha 2
S 1

JUDr. Petr Vacek, v.r.
právník ČLS JEP

Monika Šenderová, v.r.
ředitelka sekretariátu ČLS JEP



Otevřený dopis určený výboru Společnosti psychosomatické medicíny k tématu nedávno vzniklého rozporu uvnitř výboru.

AKCE



ILUSTRÁČNÍ FOTO, ÚČASTNÍCI 17.KONFERENCE

20. PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE

20. - 22. 6. 2024, LIBEREC

TÉMATA DOSAVADNÍCH LIBERECKÝCH KONFERENCÍ

- X. Psychosociální a duchovní limity biologické medicíny (16 – 18.9.2004)
- XI. Emoce a nemoc (21-23.9.2006)
- XII. Psychosomatická praxe (24-26.4.2008)
- XIII. Základní psychosomatická péče. Teorie a praxe (8-10.4.2010)
- XIV. Psychosociální a duchovní limity psychosomatické medicíny (16-18.9.2012)
- XV. Identita psychosomatické medicíny (16-18.10.2014)
- XVI. Psychosomatika v klinických oborech (9-11.6.2016)
- XVII. Dospělý a dětský pacient v psychosomatice (1-3.2.2018)
- XVIII. Nástroje psychosomatické léčby (28-30.5.2020)
- XIX. V čem se prolínají psychosomatika a psychoterapie? (16-18.6.2022)
- XX. Kam kráčíš česká psychosomatiko.... Právě teď



Kam kráčíš, česká psychosomatiko?

20. PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE

20. - 22. 6. 2024, Liberec

20. 6. 2024 (čtvrtek)

09.00 - 18.30 Registrace účastníků

10.00 - 10.30 Zahájení konference - Aula

Přivítání předsedkyně SPM ČLS JEP: MUDr. Michaela Ročňová
Slavnostní zahájení předsedou ČLS JEP: prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA.
Zdravice prezidentského páru konference: MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Chválová Trapková

10.30 - 12.00 Hlavní blok I. - Zvaní přednášející - Aula

10.30 - 11.15	doc. RNDr. Mgr. Alice Koubová, Ph.D., Ph.D. <i>Multisystémová resilience: Teorie a výzkumy v ČR</i>
11.15 - 12.00	PhDr. Ing. Martin Pospíchal, Ph.D. <i>Vliv psychiky na imunitní systém a nemoc</i>

12.00 - 12.30 Přestávka na konverzaci u kávy a občerstvení

12.30 - 14.00 Hlavní blok II. - Zvaní přednášející - Aula

12.30 - 13.15	prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D. <i>Chyby a omyly v chirurgii</i>
13.15 - 14.00	Bc. Clara Lewitová <i>Jaký mají smysly smysl?</i>

14.00 - 15.00 Oběd

15.00 – 16.30 Hlavní blok III. - paralelně - posluchárny č. 313-315

I. Psychosomatika v pediatrii

15.00 - 15.30	MUDr. Ingrid Šilhánková <i>Kam kráčíš, dětská psychosomatiko?</i>
15.30 - 16.00	MUDr. Barbora Branna <i>Psychosomatická konzultace, intervence a terapie</i>
16.00 - 16.30	MUDr. Denisa Creasy, Mudr. Kateřina Kraťulová, Mudr. Eva Šikolová, Mgr. Vendula Hakenová <i>Projekt integrativní pediatrie v nemocnici Hořovice</i>

II. Psychosomatika v neurologii a léčbě bolesti

15.00 - 15.30	prof. PhDr. Mgr. Lenka Krámská, Ph.D., PhDr. Lucia Hrešková, Ph.D., doc. MUDr. Zdeněk Vojtěch, Ph.D. <i>Multidisciplinární přístup k diagnostice a léčbě Psychogenních neepileptických záchvatů (PNES)</i>
15.30 - 16.00	PhDr. Alena Javůrková, Ph.D, PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D <i>Hypnoterapie u chronické neuropatické bolesti – model psychosomatického onemocnění</i>
16.00 - 16.30	MUDr. Kateřina Košťálová <i>Holistický přístup k léčbě chronické bolesti – zkušenosti z Nizozemí</i>



III. Psychosomatika v diabetologii a porodnictví

- 15.00 - 15.30 MUDr. Jana Švecová
Diabetes mellitus v psychosomatických souvislostech
- 15.30 - 16.00 MUDr. Jarmila Jirkovská, MUDr. Jozefína Štefánková, Ph.D, PhDr.
Blanka Jirkovská, Ph.D
Jaký je zájem o psychologickou péči v diabetologických ordinacích?
- 16.00 - 16.30 MUDr. Ludmila Lázničková
Od početí k porodu s celostním přístupem

16.30 - 17.00 Konverzace u kávy a občerstvení**17.00 – 18.30 Workshopy a kasuistická sdělení, paralelně****I. Zkušenosti s praxí - aula**

- 17.00 - 17.30 MUDr. Júlia Černožorská, Ph.D.
Jak se žije s chronickou ránou
- 17.30 - 18.00 Mgr. et Mgr. Veronika Víchová
Jízva na těle nebo na duši
- 18.00 - 18.30 MUDr. Veronika Procházková
Atopický poklus (kazuistika)

II. Workshopy - učebny č. 301-306

- 17.00 - 18.30 MUDr. Kateřina Košťálová
Psychoedukace jako základní stavební kámen léčby chronické bolesti
- 17.00 - 18.30 Mgr. Eva Hafoudhová, Matyáš Muller
Biosyntetická skupinová práce s tělem
- 17.00 – 18.30 PhDr. Markéta Gerličová, Ph.D.
Prevence syndromu vyhoření formou muzikoterapeutických přístupů
- 17.00 – 18.30 Mgr. Hana Bláhová, Mgr. Petra Garbová, Ph.D.
Psychosomatické smýšlení v dotyku a palpací
- 17.00 – 18.30 MUDr. Lenka Bachratá
HRV analýza není jen o stresu
- 17.00 – 18.30 PhDr. Lucie Vlček Pelková, Ph.D.
Symbols, sny, imaginace - cesta k psychosomatické celistvosti

20.00 – 24.00 Diskusní večer - Restaurace & Pizzeria Maškovka

Mariánská 285, Liberec – Staré město

21. 6. 2024 (pátek)**09.00 - 10.30 Hlavní blok IV. - Zvaní přednášející - Aula**

- 09.00 - 09.45 MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D.
Budoucnost psychosomatiky?
- 09.45 - 10.30 prof. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D
Za vším hledej terapeutický vztah...?

10.30 - 11.00 Konverzace u kávy a občerstvení

11.00 – 12.30 Hlavní blok V.- paralelně**I. Obecné aspekty psychosomatiky - Aula**

- | | |
|---------------|---|
| 11.00 - 11.30 | doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D.
<i>Z jakých důvodů a pro koho rozvíjíme psychosomatickou medicínu?</i> |
| 11.30 - 12.00 | MUDr. Daniela Šroubková
<i>Rizika vzniku a prevence syndromu vyhoření v léčbě psychosomatických pacientů</i> |
| 12.00 – 13.30 | MUDr. Michaela Ročňová
<i>Jak dlouho trvá léčba psychosomatického pacienta</i> |

II. Výuka, sebepoznání - posluchárna č. 315

- | | |
|---------------|--|
| 11.00 – 11.30 | MUDr. Petr Kolátor
<i>Zkušenost a sebezkušenost jako pilíře somatické a psychosomatické praxe</i> |
| 11.30 – 12.00 | MUDr. Alena Večeřová Procházková
<i>Zkušenost z vedení sebezkušenostních skupin pro lékaře na subkatedře psychosomatiky IPVZ</i> |
| 12.00 – 12.30 | prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA, MUDr. Barbora Branna
<i>Jak vnímají postavení psychosomatické medicíny studenti 4. ročníku Lékařské fakulty – svítá na lepší časy?</i> |

12.30 – 13.00 Společná fotografie**13.00 – 14.30 Oběd****14.30 – 16.00 Hlavní blok VI. – paralelně - posluchárny č. 313-315****I. Interdisciplinární spolupráce**

- | | |
|---------------|--|
| 14.30 - 15.00 | Mgr. Martina Lufferová, MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D.
<i>Od izolace k synergii</i> |
| 15.00 - 15.30 | Mgr. Pavel Horák a kol.
<i>Projekt Nebud' pod tlakem</i> |
| 15.30 - 16.00 | PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
<i>Hypnoterapie u IBD – model psychosomatického onemocnění</i> |

II. Hypnoterapie

- | | |
|---------------|--|
| 14.30 – 15.00 | PhDr. David Unger
<i>Hypnóza jako spouštěč terapie disociativní poruchy</i> |
| 15.00 – 15.30 | Mgr. et Mgr. Šárka Bezvodová
<i>Hypnóza a Simontonova metoda pro onkologické pacienty</i> |
| 15.30 – 16.00 | PhDr. Marie Pečená
<i>Hypnotické výlety s deskou na hlavě</i> |

III. Psychedeliky asistovaná psychoterapie + zkušenost ze zahraničí

- | | |
|---------------|--|
| 14.30 – 15.00 | MUDr. Jan Peychl, PhD.
<i>Kam kráčí psychedeliky asistovaná terapie?</i> |
| 15.00 -15.30 | MUDr. Karel Saur
<i>Práce s tělem a somatickým symptomem v ketaminem asistované psychoterapii</i> |



15.30 - 16.00 doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D., PhDr. Et Mgr. Adéla Holmanová
Zprávy z EAPM aneb co se děje v mezinárodní psychosomatické komunitě

16.00 – 16.30 Konverzace u kávy a občerstvení

16.30 – 18.00 Zkušenosti, workshopy – paralelně 1x blok a 5x workshop

I. Zkušenosti - aula

16.30 - 17.00 MUDr. Iva Švarcová
S grafem v ruce

17.00 - 17.15 MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová
Přestavení nového pracoviště psychosomatické medicíny v Olomouci

17.15 - 18.00 Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.
Kooperativní hypnoterapie s dětmi (práce s videoukázkou)

II. Workshopy - učebny č. 302-306

16.30 - 18.00 Bc. Clara Lewittová
Řekni mi, kde jsi doma, když ne v tobě samém? (Tomáš z Kempenu, 1380-1471)
Požadavky: Volné oblečení

16.30 – 18.00 PhDr. Leona Rajdlová Dyrehauge
Psychoterapeutická práce s dechem a imaginacemi u tělesných symptomů

16.30 – 18.00 Mgr. Marek Šmejkal
Kung Fu terapie – práce s tělesnými zdroji síly

16.30 – 18.00 PhDr. Ludmila Trapková Chvátlová, MUDr. Vladislav Chvátla
Bio-psycho-sociální přístup k genderové dysforii

16.30 – 18.00 Mgr. Roman Pešek, Mgr. Martina Lufferová
Nácvik asertivity v rámci skupinové KBT

18.00 – 18.30 Konverzace u kávy a občerstvení

18.30 – 19.00 Ocenění členů SPM

19.00 – 20.00 Koncert - Prostory TUL Liberec – Aula

20.00 – 23.00 Společenská večeře - Prostory TUL Liberec – Kantýna Husova

22. 6. 2024 (sobota)

09.00 - 10.00 Shromáždění členů SPM

10.00 – 11.30 Hlavní blok VII. - paralelně - posluchárny č. 313-315

I. Gynekologie

10.00 – 10.30 Prof. MUDr. David Pavlišta, Ph.D., Bc. Renata Desortová, MUDr. Michal Kníže, MUDr. Andrej Černý
Psychosomatika a onemocnění prsu



- 10.30 – 11.00 Mgr. Jana Černá, Dis.
Klinická psychologie v gynekologii
- 11.00 – 11.30 MUDr. Iva Staňová
Vaginální porod po císařském řezu - Mohou hrát roli psychosociální faktory při rozhodování zda родit císařským řezem?

II. Epigenetika, transgenerační perspektiva, relaxace

- 10.00 – 10.30 MUDr. Lenka Bachratá
Epigenetika – Jak dědíme vlastnosti svých předků
- 10.30 – 11.00 PhDr. Ingrid Strobachová
Psychosomatika a transgenerační přenos
- 11.00 – 11.30 Mgr. Mikulášková, Mgr. Pavel Horák, Ing. Mgr. B. Imrichová
Relaxace jako prevence

III. Napříč obory

- 10.00 – 10.30 Mgr. A., MgA., Bc. Kateřina Zachová; Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.; Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D; doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc¹
Pozitivní vliv arteterapie na celkový stav pacienta a její uplatnění v lůžkové adiktologické péči v ČR.
- 10.30 – 11.00 MUDr. Bc. Jakub Medal a kol.
Vztahová (ne)jistota a souvislosti se sexuálním chováním a partnerským životem u vysokoškolských studentů
- 11.00 - 11.30 Bc. Pavlína Hrdličková
Cíle ve fyzioterapii

11.30 – 12.00 Konverzace u kávy a občerstvení

12.00 – 13.30 Hlavní blok VIII. - Závěr – Zvaní přednášející – Aula

- 12.00 – 12.30 PhDr. Gražina Kokešová Kleinová
Naděje v paliativní péči
- 12.30 – 13.00 doc. MUDr. Jiří Šimek
Poslání a smysl psychosomatiky v 21. století
- 13.00 – 13.30 PhDr. Ludmila Trapková, MUDr. Vladislav Chvála
Jak dál s psychosomatikou?

13.30 – 14.00 Závěrečné slovo, dojmy

14.00 Ukončení konference



PŘIJEĎTE DO LIBERCE



NA 20.KONFERENCI PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY.
TO NENÍ KONFERENCE, TO JE SLAVNOST
PSYCHOSOMATIKY

LITERÁRNÍ KOUTEK



ILUSTRÁČNÍ FOTO ZE 17.KONFERENCE. MAREK O.VÁCHA

MAREK O. VÁCHA: TERAPEUTICKÝ EFEKT PŘÍMLUVNÉ MODLITBY

Otče můj, jestliže je to možné, ať mě mine tento kalich; avšak ne jak já chci, ale jak ty chceš. (Ježíš Kristus¹)

Někdy čtete studii, která ve vás, při veškeré vážnosti a úctě k pacientům, vyvolá záchvaty veselí. Pochopíte, že první, co je pro všechny lidi mimo církev a ve jménu lásky třeba udělat, je uklidit stůl. A pochopíte, jak naivní, pragmatické a prvoplánové mohou být představy pravděpodobně inteligentních lidí o tom, kdo to

Wakan Tanka je a proč se lidé modlí. Posuďte sami. Následující studie byla publikována v American Heart Journal v roce 2006 s názvem Studie terapeutického efektu přímluvné modlitby.

Pacienti v šesti amerických nemocnicích byli náhodně rozděleni do tří skupin.¹

¹ Mt 26,39

¹ Benson, H., Dusek, J. A., Sherwood, J. B., Lam, P., Bethea, C. F., Carpenter, W., et al. (2006) Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass



604 obdrželo přímluvnou modlitbu a bylo jim řečeno, že se za ně někdo možná modlí a možná nemodlí. 597 neobdrželo přímluvnou modlitbu a bylo jim rovněž řečeno, že se za ně někdo možná modlí a možná nemodlí. 601 obdrželo přímluvnou modlitbu a bylo jim řečeno, že se za ně někdo modlí. Přímluvná modlitba byla realizována po čtrnáct dní a začala noc před tím, než pacienti podstoupili operaci srdce a dostali bypass (CABG, Coronary Artery Bypass Graft surgery). Primární výsledek byla přítomnost komplikací třicet dní po CABG. Sekundární výsledek byla jakákoli mimořádná událost nebo smrt. Domluvené znění modlitby bylo „za úspěšnou operaci a rychlou, zdravou rekonvalescenci bez komplikací“. Výsledky studie jsou následující. U prvních dvou skupin, nejistých, zda přímluvnou modlitbu obdržely nebo neobdržely, se komplikace objevily u 52 % (315/604) těch, kteří přímluvnou modlitbu obdrželi, a 51 % (304/597) těch, kteří přímluvnou modlitbu neobdrželi.

Komplikace se ovšem objevily u 59 % (352/601) těch pacientů, kteří přímluvnou modlitbu obdrželi a věděli to. Mimořádné události a mortalita v rámci třiceti dnů po operaci byla u všech tří skupin stejná. Závěr – přímluvná modlitba neměla žádný efekt na výskyt komplikací po CABG, ovšem skupina, která obdržela přímluvnou modlitbu a věděla to, je asociována s vyšší incidencí komplikací. Nejednalo se přitom 94 o jen tak něco,

patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *Am Heart J.* 2006 Apr;151(4):934-42.

² Pearson, H., (2006) Study challenges prayers for the sick. *Nature*. Published online 31 March 2006. DOI:10.1038/news060327-16.

studie byla komentována i v samotném časopise *Nature*!² Komentář jakéhokoli katolického křesťana by byl velmi jednoduchý. Takto modlitba opravdu nefunguje.

Bůh opravdu není poloautomatický dodavatel stálého zdraví. Bůh není e-shop na dobro. Bůh není jak nádražní automat na energy drinky, vhodíš dvacetikorunu, a dostaneš křídla. Bůh není painkiller, záračná pilulka na bezbolestnost. Bůh není bezduchý vykonavatel našich příkazů. Už Francis Galton, bratranec Charlese Darwina, došel k závěru, že modlitba nefunguje, neboť spočítal, že vysocí církevní hodnostáři umírají v přibližně stejném věku jako příslušníci jiných profesí, jako například právníci, a že lodi vezoucí do zámoří misionáře se potápějí stejně často jako lodi vezoucí zboží nebo prostitutky.³ No ano. Takto modlitba skutečně nefunguje. A nikdo to ani netvrdí. Ale copak si lze vztah k (...) představovat tak naivně, tak prvoplánově?

Takováto představa náboženství by byla ještě mnohem primitivnější než všechny představy dávných šamanů. Ještě štěstí, že studie dopadla, jak dopadla. Což kdyby se procenta posunula ve směru uzdravení pacientů?

Jaký by byl svět, ve kterém by Bůh přímo vyslyšel každou modlitbu? Modlitba by se stala součástí standardní léčby *lege artis*, byla by zavedena do služeb hrazených zdravotními pojišťovnami, vznikne nový

<https://www.nature.com/news/2006/060327/full/news060327-16.html>

³ Cit. v Laland, K. N., Brown, G. R., (2003) *Sense and Nonsense: Evolutionary Perspectives on Human Behaviour*. Oxford. Oxford University Press, s. 39.



akreditovaný magisterský studijní obor pomáhajících profesí Modlitby za uzdravení, produkující ročně stovky vyškolených absolventů. Pravda, s různými studijními výsledky, a najdou se jistě i propadlíci, jimž modlitba v praktické části státnic na modelovém pacientovi nezačíná, jak má, nebo vůbec. Smolaři, kteří si v teoretické části vytáhnou špatnou otázku a nevzpomenou si včas na přesné znění zaklínadla za úspěšnou zdravou rekonvalescenci... jak to jen bylo dál? Ano, je to jak z Harryho Pottera, jenomže je to náš svět, na naší straně nádražních turniketů. Etické komise budou posuzovat případné negativní účinky nové terapie a pacienti budou s modlitbami podepisovat Informované souhlasy. Na VIP soukromých klinikách budou pracovat speciálně vyškolení modlitebníci, běžejší a lepší než jinde. Kolegové ze zdravotního práva budou dávat k soudu stížnosti pacientů na duchovní šlendrián okresních špitálů a budou se s nemocnicemi soudit o velké peníze. Státy se dostanou do ekonomických potíží, protože senioři, podpoření vroucími modlitbami, přestanou umírat. Nemocnice budou moci po dalším propracování modliteb za uzdravení zavřít, protože pacienti nebudou. Zkrachují pohřební služby. Počet lidí na Zemi drasticky vzroste. Modlitba se pak z nemocnic přelije do okolního světa. Tak se potom budou modlit i organizované skupiny fanoušků za výhru svého týmu v Lize mistrů a vyhraje ten klub, co bude mít nejvíc a nejvroucnějších přívrženců. Podobně v tenise se budou střetávat neklidné vlny modliteb fanoušků obou stran v přímluvách za jednu, nebo

druhou hráčku. Chudák Bůh. V ledním hokeji to vždycky prohrajeme, protože co zmůže našich statečných deset miliónů modlitebníků proti tsunami tří set dvaceti osmi miliónů modlitebníků z USA! Duchovní Thermopyly! Ta naše česká skupina modlitebníků se pak po zápase urazí na Pána Boha – copak není v evangeliu napsáno „proste, a dostanete“? No chápeme, že za soupeře se modlilo víc lidí a vroucněji, ale jak k tomu přijdeme? Přesně o tomto studie z American Heart Journal s impakt faktorem 4,153 je. Copak nikdo z přítomných nečetl knihu Jób? ptám se. Nebo evangelia s jasným vzkazem, že všichni, které Ježíš Kristus uzdravil, nakonec zemřeli, včetně vzkříšeného Lazara? Není známo nic o ukřižování, nikdo neslyšel nic o prvních křesťanských mučednících a o mučednících všech následujících staletí? I Ježíš sám se v Getsemanské zahradě modlí, aby jej, pokud možno, kalich minul. Ale dodává to veledůležité ne jak já chci, nýbrž jak ty. Bůh není Zóna ze Stalkera.

Ano, mám se modlit za nemocné, ale zároveň nemám Bohu poroučet, co má dělat a co nemá dělat, a přikazovat, koho ano a koho ne. Produktem modlitby není zvýšený stav mého konta ani vítězství oblíbeného fotbalového klubu ani nesmrtnost na této Zemi ani zdraví toho pacienta, na kterého prstem ukáže výzkumník, ani bezčasí věčného mládí pro všechny, nýbrž Duch svatý.⁴ Když se malinké dítě modlí za uzdravení oblíbeného morčete, chápu to. Když chtějí dospělí modlitbu kvantifikovat a změřit experimentálně její sílu na vybraném vzorku pacientů, chápu to už o

⁴ A tak vám pravím: Proste, a bude vám dáno; hledejte, a naleznete; tlučte, a bude vám otevřeno. Neboť každý, kdo prosí, dostává, a kdo hledá, nalézá, a kdo tluče, tomu bude otevřeno. Což je mezi vámi otec, který by dal svému synu hada, když

ho prosí o rybu? Nebo by mu dal štíra, když ho prosí o vejce? Jestliže tedy vy, ač jste zlí, umíte svým dětem dávat dobré dary, čím spíše váš Otec z nebe dá Ducha svatého těm, kdo ho prosí! (L 11,9–13).



něco méně. Studie tak přece jen něco pozitivního přinesla. Objasnila, jakým způsobem modlitba nefunguje, a připomněla, jaký Bůh není. Když umírá Lazar, Marie a Marta z evangelia vzkazují velmi jemně a citlivě: Ten, kterého máš rád, je nemocen.⁵ Nic víc. Žádné rady ani příkazy. Vývoj dalších událostí bude nenaplánovatelný. Ve srovnání s evangelijním „ten, kterého máš rád, je nemocen“ by zněl dnešní Martin a Mariin příkaz „za úspěšnou operaci a rychlou, zdravou rekonvalescenci bez komplikací“ jako sebevědomé poručnictví, jako až neslýchaná drzost.

Produktem modlitby je Duch svatý, vědomí, že mám tak milovat svět, jako i Bůh jej miluje, starat se, jako i Bůh se stará, a že mám pro svět a pro dobro lidí na něm žít a třeba i zemřít, jako i Kristus zemřel. S nadějí na vzkříšení, jako i Kristus byl vzkříšen. Na život věčný!

Text byl publikovaný v knize Marek O.Vácha: Wana Takan. Cesta, ISBN 978-80-7295-279-3 Zde publikován s výslovným souhlasem autora

⁵ J 11,3.



PSYCHOTERAPIE

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

www.psychoterapie.fss.muni.cz



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

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

Nezbytné položky:

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

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

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

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

Pokyny pro citování:

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

