

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

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

Adresa:

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

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

Uzávěrka čísla 3-4/2022 dne 1. 11. 2022, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 10. 2022

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Grafická úprava V. Chvála. Ilustrace Miroslav Huptych. Ilustrace jsou výřezy z benefičního kalendáře Labyrint světa a ráj srdce pro děti úplňku. Celý kalendář je možné si prohlédnout na Miroslav Huptych – [Kalendář pro Děti úplňku](#) a objednat na www.komensky400.cz 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/ABAO08/84989>

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

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

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



OBSAH

Editorial	91
<i>Vladislav Chvála: Co všechno sem patří?</i>	<i>91</i>
Pro praxi	94
<i>Eva Křížová: Udržitelnost jako nové téma medicíny a zdravotnictví</i>	<i>94</i>
Teorie	104
<i>Mark McKergow: SFBT 2.0: Nová generace krátké terapie zaměřené na řešení již dorazila</i>	<i>104</i>
Věda krátce.....	119
<i>Radkin Honzák: Přinesl covid hikikomori?.....</i>	<i>119</i>
<i>Spiritualita v medicíně.....</i>	<i>121</i>
<i>I viry mají svoje uši. Viry jsou sice mrňavé, ale velice zdatné.</i>	<i>123</i>
<i>Smí věda dělat všechno, co umí? A neměla by raději dělat, co je třeba?.....</i>	<i>124</i>
<i>Mikrobiom a deprese (výtah článku).....</i>	<i>127</i>
<i>Tolerance nejistoty u lékařů: významné a opomíjené téma.....</i>	<i>130</i>
Etika a spiritualita	132
<i>Magdalena E. Ježková: Spirituální zakotvení jako faktor zdraví – osobní kazuistika</i>	<i>132</i>
Úvahy, eseje	138
<i>Radkin Honzák: Úvaha o agresi a válkách a také o nepříteli</i>	<i>138</i>
<i>Stanislav Komárek: Enantiidromie – co jen to může být?</i>	<i>141</i>
<i>Jan Poněšický: O řádu života</i>	<i>144</i>
DISKUSE	148
<i>Tomáš Jiran: Do vlastních řad</i>	<i>148</i>
<i>Anketa – Jaký význam má sebezkušenost získaná v psychoterapeutickém výcviku pro lékaře?.....</i>	<i>151</i>
Recenze	158
<i>Veronika Dvořáčková: Důstojnost v medicíně</i>	<i>158</i>
<i>Vladislav Chvála: Co se to s našimi dětmi děje?.....</i>	<i>161</i>
<i>Radkin Honzák: Sebevražda – od zločinu a hříchu k nemoci</i>	<i>164</i>
<i>Radkin Honzák: Anatomie úzkosti.....</i>	<i>166</i>
<i>Radkin Honzák: Pravda může posloužit pouze tehdy, když je na ni příjemce zralý</i>	<i>167</i>



Politika, Koncepce	168
<i>David Skorunka: Kudy vede cesta do evropské psychosomatické medicíny?</i>	<i>168</i>
<i>Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP má nový výbor.....</i>	<i>180</i>
Akce.....	182
<i>RODINA A PSYCHOSOMATIKA</i>	<i>182</i>
<i>Sebezkušenostní skupina 1.1. 2023-31.12.2023.....</i>	<i>184</i>
<i>1.olomoucká psychosomatická konference.....</i>	<i>184</i>
<i>Psychiatrické diagnózy pro fyzioterapeuty, lékaře a další odborníky 31.3.2023 13:00 - 17:30.....</i>	<i>185</i>
Inzerce a informace	186
Literární koutek	187
<i>J.A. Komenský: Labyrint světa a ráj srdce.....</i>	<i>187</i>
Pokyny pro autory	192



EDITORIAL



1 LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

VLADISLAV CHVÁLA: CO VŠECHNO SEM PATŘÍ?

Při pohledu na obsah nového dvojčísla Psychosomu si může čtenář položit otázku, co všechno sem patří? Od pohledu Evy Křížové na udržitelnost medicíny, přes úvahy o významu kladení otázek v SFBT (na řešení zaměřená krátká terapie) Marka McKergowa v překladu Tomáše Zídka, až po novinky z oblasti mikrobiomu a jeho vlivu na naše chování a prožívání je to velké rozkročení. A to jsem přeskočil doslova osobní zpověď o významu víry a spirituality pro vlastní lékařskou praxi z pera Magdaleny E. Ježkové i výborné eseje tří autorů Honzáka, Komárka i Poněšického. Když k tomu přidáme anketu na téma jak lékaři, kteří prošli tréninkem v psychoterapii, vnímají význam sebezkušenosti a bohatou diskusi, může se zdát, že do bio-psycho-

sociálně orientované medicíny, tak jak ji část odborné veřejnosti rozvíjející psychosomatický přístup v medicíně chápe, patří úplně všechno. Od mikrobiomu, přes biologické obory, k psychologii a lingvistice až po ekologii a kulturu, jejíž je medicína také součástí, všechno. Že je to příliš velké sousto? Ano, je.

Vedle toho se jeví pokusy o vymezení psychosomatické medicíny jakkoli zúženým pohledem, ať už jen tzv. „lékařské psychosomatiky“ (bez psychologů a fyzioterapeutů), nebo naopak pouze psychoterapeutické medicíny, nebo jen prizmatem alternativních metod Východu nebo Západu (akupunktura, ajurvéda, šamanismus, homeopatie, osteopatie, Steinerova antroposofie apod.) jako pouhé části



velkého celku. Moc bych přál psychosomatickým lékařům, aby si udrželi otevřeně hledí a čerpali ze všech těchto oblastí.

Dlouho jsme při prosazování psychosomatického přístupu v medicíně argumentovali tím, že taková medicína bude pro stát levnější. Ale ukázalo se, že při rozděleném zdravotním a sociálním pojištění v našem systému se to nemusí na nákladech projevit tak výrazně jako v Německu. A navíc, možná že nakonec je čas lékaře dražší, než kdejaký přístroj nebo lék.

Ale jakmile si položíme otázku udržitelnosti, která je dnes v mnoha oborech lidské činnosti aktuální, pak se může jevit vzdělávání lékařů v psychosomatickém přístupu jako něco velmi progresivního, něco, co rozhodně do medicíny 21. století přirozeně patří. A nejde jen o nehorázně velké množství toxického odpadu z medicínských provozů nebo důsledky masivního užívání medikamentů na stav životního prostředí. Jde o samozřejmé využívání přirozených prostředků pro obnovování a udržování zdraví. A v tom má své místo psychoterapie i fyzioterapie jako prostředky zvýšené reflexivity celé populace, pozitivní vztah ke zdravému způsobu života a zdravým mezilidským vztahům. Zatím se zdá, že čím je společnost bohatší a lidé pohodlnější, tím nezdravěji žijí a tím více tzv. civilizačních chorob je postihuje. Dokážeme to zvrátit jen větší medicínskou péčí a stálým zvyšováním nákladů na nové léky a techniku? Nebo narazíme i tady na meze trvalé udržitelnosti?

Překlad textu Marka McKergowa, popisujícího vývoj v oblasti krátké na řešení orientované terapie (SFBT), která pod taktovkou Steva deShazera vzrušovala rodinné terapeuty v osmdesátých a devadesátých letech, má zde také své místo. NA této krátké terapii bylo založeno také

Středisko komplexní terapie v Liberci, protože se tento postup zdál pro psychosomatické pracoviště nejvýhodnější. Naši lékaři se nedovědí během studií nic o významu otázek, a mnozí nikdy nezjistí, jak vlastně otázky na pacienta a jeho stonání působí. Nechávací tak ležet ladem to nejcennější, co ve své klinické praxi potřebují, totiž právě otázky. Neboli dovednost, jak se ptát. V českých zemích má rodinná terapie docela významný vliv i v medicínské praxi, díky výcvikům, které několik institutů poskytuje také lékařům. Autor, s jehož svolením překlad vznikl, nechává stranou fakt, že na krátkou terapii plynule navazovala technika narativní terapie s externalizací v devadesátých letech. Ta sice byla primárně zaměřena na práci rodin s dětmi s enkoprézou a nykturií, ale dobře se hodí v psychosomatické klinické praxi i s dospělými. Přesto je dobré si připomenout i vývoj v samotné „na řešení zaměřené krátké terapii“ (SFBT) a nechat se inspirovat posuny v této technice.

Nepostradatelný autor Psychosomu Radkin Honzák hodně čte. Díky němu dnes máme bohatou rubriku Věda krátce, ale také několik recenzí. Stále nám chybí vhodné kazuistiky, které by ilustrovaly psychosomatickou praxi. K atestaci chodí zatím málo lékařů. Doufejme, že až jich bude více, bude i více závěrečných kazuistik k publikování. Ještě méně je těch lékařů, kteří jsou ochotni se podělit o své spirituální zkušenosti. Tentokrát se tomu vystavila kolegyně Magdalena E. Ježková. Doprovází ji osobní reakce lékaře Radkina Honzáka a kněze Karla Satorii. Věřím, že i když nám často zkušenosti s touto oblastí chybí, bude jich snad přibývat ve prospěch našich pacientů.

Dramatický vývoj ve světě podmínil i autory úvah. Čtenáře potěší trojice našich stálých autorů: Honzáka, Komárka a Poněšického. Pokud jste si všimli náplně nového lékařského oboru lékařské



psychoterapie, pak vás může zajímat malá anketa na téma: sebezkušenosti lékařů získané v psychoterapeutickém výcviku. Zeptali jsme se proto, že vedení České lékařské komory vůbec nemá poňtí, oč jde. Proto také v obsahu nového vzdělávání lékařské psychoterapie plnohodnotný psychoterapeutický výcvik, a zvláště sebezkušenost chybí. Přes Kubka a Mrozka to prostě neprošlo.

Snad čtenáře zaujmou recenze, kterých je tentokrát víc než jindy. A možná se nechají získat pro některou z recenzovaných knih. Určitě nevynechte reportáž Davida Skorunky z vídeňské konference EAPM, kterou v závěru trochu srovnává s naší českou a oblíbenou libereckou konferencí. Naposledy ji organizoval náš

liberecký tým už ve spolupráci s týmem dobřichovickým. Protože to byla naše 10. konference, rádi předáváme její organizaci mladším kolegům.

Ilustrace v tomto čísle jsou výřezy z benefičního kalendáře Labyrint světa a ráj srdce pro děti úplňku. Celý kalendář je možné si prohlédnout na (<https://www.huptych.cz/n/kalendar-pro-deti-uplnku>) a objednat na <https://komensky400.cz>. Možná tím uděláte radost nejen autorovi ale i někomu blízkému.

Všem našim čtenářům přejeme odpočinek na konci tohoto plodného roku a pokud možno nové naděje do roku dalšího.

Vladislav Chvála



PRO PRAXI



2 LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

EVA KŘÍŽOVÁ: UDRŽITELNOST JAKO NOVÉ TÉMA MEDICÍNY A ZDRAVOTNICTVÍ

ABSTRAKT: Udržitelnost života obecně, přežití lidstva a planety, ale i udržitelnost současných civilizačních výdobytků, mezi něž v Evropě patří i rozvinuté zdravotnictví, je globální výzvou. Udržitelnost je novou veřejnou agendou, novým tématem ve vzdělávání od mateřských po vysoké školy, novým občanským projevem, ale nesnadno řešitelným politickým tématem. Diskurs o zelené ekonomice znamená ohled na úsporu zdrojů a recyklaci v každém bodě podnikatelského či hospodářského řetězce. Politicky je udržitelnost nejpregnantněji vyjádřena v dokumentu OSN (Cíle udržitelného života). Udržitelnost znamená především přehodnocení našich dosavadních přístupů, které jsou energeticky, finančně, materiálově i materiálně velmi náročné, přispívají ke znečištění životního prostředí, a ne vždy vedou k žádoucím efektům. Týká se i medicíny a zdravotnictví jako celku. Udržitelnost bývá příliš často interpretována jen v environmentálním slova smyslu, ale zejména ve zdravotnictví má kromě ekologické dimenze také finanční a morální stránku. Tento příspěvek se ale zaměřuje na to, jak v české a evropské medicíně a zdravotnictví rezonuje téma ochrany životní přírody, ekologické odpovědnosti a environmentální udržitelnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA: Udržitelnost, zdravotní péče, medicinalizace



SUMMARY: KŘÍŽOVA, E.: SUSTAINABILITY AS A NEW AGENDA IN MEDICINE AND HEALTHCARE, PSYCHOSOM 2022; 20 (3-4), PP. 94-103

Sustainability of global life, mankind and the planet is the central focus in the ecological debate. Moreover, also the sustainability of modern advancements like modern medicine and health care is a global challenge. Sustainability is a new public agenda, new education theme on the whole scale of educational settings, new civic engagement and a political task with no simple solutions. The discourse on green economy primarily means reduction in use of resources in each moment of the production and consumption cycle. The most significant political document is represented by the United Nations 19 goals of sustainable development. Sustainability requires a fundamental revision of our current behaviours and practice, that are resource intensive, contaminating and not always effective in terms of achievement the stated goals. The debate is also inevitable in medicine and health care. Sustainability is too often considered in environmental terms but especially in health care it also involves sustainability in financial and moral terms. This paper focuses on environmental dimension and how this is reflected in medicine and health care in The Czech Republic and European context.

KEY WORDS: Sustainability, health care, medicalization

UDRŽITELNOST JE ROZUMNÝ POŽADAVEK

Jednou z klíčových globálních výzev je udržitelnost života na Zemi. Nejde jen o udržitelnost života obecně, přežití lidstva, fauny, flóry a planety, ale i o udržitelnost současné kvality života a současných civilizačních výtahů, mezi něž v Evropě patří tekoucí pitná voda, rozvinuté zdravotnictví, bezplatné školství, rovnost lidí a veřejná doprava. Udržitelnost je zcela nepopíratelně novou veřejnou agendou, novým tématem ve vzdělávání od mateřských po vysoké školy, novým občanským projevem, a nesnadno řešitelným politickým tématem. Tento diskurs je viditelný v ekonomice a podnikání, ve změnách životního způsobu, hovoří se o zelené ekonomice (www.unep.org), což má znamenat ohled na úsporu zdrojů, životní prostředí, snížení emisí a recyklaci v každém bodě podnikatelského či hospodářského řetězce, hovoří se o i zelené sociální práci (Papadimitriou 2020), což představuje zohlednění ekologických aspektů v této odborné činnosti. Udržitelnost má mnoho dimenzí, v tomto příspěvku se zaměřuji

pouze na udržitelnost ve vztahu k medicíně a zdravotnictví v environmentálním slova smyslu, nikoli na udržitelnost těchto institucí ve smyslu finančním či morálním.

Politicky je požadavek udržitelného rozvoje nejpregnantněji vyjádřen v dokumentu OSN Cíle udržitelného života, který Česká republika přijala spolu se všemi členskými státy Organizace spojených národů v roce 2015. Tento aspekt znamená, že v každé oblasti ekonomiky, politiky i soukromí máme pomyslet na to, jaké dopady bude mít naše jednání pro uchování života, pro zátěž životního prostředí v podobě např. uhlíkové stopy apod. Podle výzkumu IPSOS z r. 2018 figurují u české veřejnosti právě zdraví a kvalitní život a pitná voda a kanalizace na prvních dvou místech v důležitosti agendy udržitelného rozvoje (Nejdůležitější rozvojové cíle pro Čechy..., 2018). Otázka, kterou si v tomto příspěvku kladu, je, jak je toto téma, prokazatelně klíčové pro udržení civilizace a života,



reflektováno v českém a evropském prostředí medicíny a zdravotnictví. Za tímto účelem jsem provedla rešerši literárních

a internetových zdrojů a snažila se najít na svou otázku odpověď.

JAKÝ VZTAH MÁ MEDICÍNA A ZDRAVOTNICTVÍ K EKOLOGII?

Vztah medicíny a zdravotnictví k životnímu prostředí je bohatý a oboustranný. Až dosud byla věnována pozornost primárně tomu, jaký dopad na lidské zdraví má znečištění vzduchu, vody a půdy různými kontaminanty, jinými slovy bez pochybností je přijímáno, že zhoršené životní prostředí má negativní dopad na lidské zdraví, což vede k nástupu či urychlení mnoha zejména civilizačních chorob, které následně medicína v moderně organizovaném zdravotnictví léčí. Moderní společnosti mají vybudované instituce kontrolující nebezpečně vysoké úrovně této zátěže, nicméně jak píše Ulrich Beck v Rizikové společnosti (Beck, 2004, s. 28), rizika jsou zde ireverzibilně

stále přítomna, kontrolujeme jen jejich hladinu a pokoušíme se stanovit limitní hranici škodlivosti. Epidemiologie a statistika zdravotního stavu přichází s mnoha důkazy o kratší střední délce života v krajích ČR, které jsou více průmyslově zatížené a ekologicky poškozené, jako je Moravskoslezský, Ústecký a Karlovarský kraj (Zdravotnická ročenka ČR 2019, s. 8). Je kontrolován únik škodlivých látek při různých náhlých nehodách, ať již jde o úniky výparů při požárech, přítomnost sinic v koupacích vodách či jiná rizika pro zdraví. Obvykle to znamená, že se sleduje pouze prokazatelně zdraví škodlivá koncentrace, což neznamená plnou absenci znečištění.

JAK JE TO ALE V OPAČNÉM SMĚRU? EXISTUJE NĚJAKÝ VLIV MEDICÍNY A ZDRAVOTNICTVÍ NA PŘÍRODU? V ČEM SPOČÍVÁ?

Již u zmíněného U. Becka vnímáme úzkou propojenost ekologické a medicínské roviny, knihu v originále vydal v roce černoobylské katastrofy. Beck upozorňuje, že v důsledku působení medicíny se proměňuje zdraví člověka a populace, jež můžeme chápat jako část přírodní reality v tělesnosti člověka. O dalších dopadech se teprve začínáme bavit. Jedním z civilizačně adekvátně ošetřených témat je ochrana přírody před škodlivými látkami, které se dostávají do odpadu při poskytování zdravotní péče ať již ve zdravotnických, sociálních zařízeních či při léčení v domácím prostředí. Že je v medicíně a zdravotnictví mnoho rizik, je potvrzeno zvláštním způsobem nakládání s odpadem. Tato oblast je velice důkladně ošetřena legislativně Zákonem o odpadech,

mnoha zdravotnickými zákony, např. Zákonem č. 378/2007, o léčivech, Zákonem č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví, Zákonem č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů, Zákonem č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, a v případě radioaktivních látek i Atomovým zákonem (Metodika SZU pro nakládání s odpady ze zdravotnických, veterinárních a jim podobných zařízení, 2016, dále Metodika).

Zdravotnický materiál patří mezi nebezpečný materiál. Kromě biologického a mechanického rizika jde o chemicky a radioaktivně kontaminovaný odpad. Jeho součástí jsou prošlá, nevyužitá léčiva, cytostatika a odpad z cytostatických přípravků, radioaktivní materiál



používaný při diagnostice i radioterapii a odpadní amalgám ze stomatologické péče. Metodika zmiňuje dva důležité body: první obecně platnou zásadou je minimalizace odpadu. Všude se tedy máme snažit o to, aby odpadu vznikalo co nejméně. Druhým bodem je otázka odpadu vznikajícího v domácnostech. Na rozdíl od odpadu vznikajícího ve zdravotnických zařízeních, s nímž je, dle dostupných informací, nakládáno velmi regulovaným a kontrolovaným způsobem, toto neplatí pro oblast zdravotní péče a léčení v domácnosti. Metodika zmiňuje, že „...V současné době nakládání s odpady z této činnosti není věnována dostatečná pozornost, i když péče poskytovaná pacientům v domácím prostředí se stále zvyšuje... Pravděpodobně reálné řešení v každodenní praxi bude velmi obtížné, protože bezpečné nakládání s odpady ze zdravotní péče není společností dostatečně akceptováno, chybí povědomí o odpovědnosti za snížení zdravotních a ekologických rizik při nakládání s nebezpečnými odpady“ (Metodika, 2016, s. 57).

Metodika dále dodává (ibid, s. 63), že v případě samošetřování/samoléčení pacienta v jeho domácím prostředí bez spoluúčasti odborného zdravotnického pracovníka „je poskytovatel zdravotních služeb povinen poučit pacienta o způsobu nakládání s odpadem a o jeho bezpečném uložení tak, aby nedošlo k ohrožení jeho zdraví, zdraví členů rodiny, veřejného zdraví a poškození životního prostředí. Pacient je povinen s odpadem naložit v souladu s tímto poučením“. Ošetřující lékař by měl pacienta poučit, kam nebezpečný odpad odevzdat k odstranění,

např. prostřednictvím zdravotnického zařízení.

Můžeme shrnout, že na úrovni zdravotnických a sociálních zařízení je problematika nakládání s nebezpečnými odpady z hlediska bezpečnosti brána velmi vážně, je ošetřena mnoha závaznými normami a kontrolována veřejnými institucemi včetně Ministerstva životního prostředí v některých případech. Nepokrytou oblastí je zdravotnický odpad vznikající v domácím prostředí. Zde platí, že lékárny jsou povinny přebírat prošlé či nevyužité léky a léčivé přípravky a prostředky. Otázka je, jak důkladně toto lidé dělají. Při nakládání s nebezpečným odpadem jde tedy primárně o zajištění bezpečnosti, řeší se otázka, co s již vzniklým odpadem, ale nutno připomenout zásadu odpadového hospodářství č. 1, a to minimalizovat vznik odpadu. Máme tedy účinná řešení pro likvidaci vzniklého odpadu, méně se zabýváme tím, aby toho odpadu vzniklo méně – je to zřejmě proto, že recyklace je zde velmi komplikovaná a musí se hledat nová technologická řešení.

Přes důkladné čištění odpadu ale chemické látky z léčiv, které jsou vylučovány těly, zůstávají v koloběhu vody a jsou dokonce v pitné vodě (Grabic, 2013, 22-25), což představuje riziko pro člověka i celé ekosystémy. Týká se to také antikoncepčních hormonálních přípravků, léků proti bolesti apod. Čistící procesy již tedy nestačí na likvidaci všech zbytků vzniklých při současném standardu medicíny a zdravotnictví.

JE TÉMA UDRŽITELNOSTI V MEDICÍNĚ A ZDRAVOTNICTVÍ REFLEKTOVÁNO?

Ukazuje se, že otázku ekologické odpovědnosti již plně neřeší starost o správnou likvidaci nebezpečného odpadu a že téma vyžaduje kromě zajištění

bezpečnosti a ochrany zdraví při nakládání s rizikovým materiálem a rizikovým zdravotním odpadem, což je spíše prakticko-technická otázka, i hlubší reflexi,



v níž budou medicína a zdravotnictví identifikovat samy sebe jako oblast přispívající k ekologické zátěži a jako oblast, v níž snaha o udržitelnost znamená, tak jako všude v jiných oblastech, změnu dosavadního přístupu ke zdraví, nemoci a léčbě. Je to činnost spojená se sebereflexí. K sebereflexi nestačí přírodní vědy, zde je důležité hledisko společenských a humanitních věd.

V dokumentu Cíle udržitelného života OSN se v cíli 3, zaměřeném na zdravotnictví, usiluje „zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku“. To je velmi neurčité a může znamenat mnohé, stejně tak obrat k prevenci a podpoře zdraví, jako pokračování současného trendu záchrany a prodloužení života v podstatě za každou cenu.

Udržitelnost bývá příliš často interpretována jen v environmentálním slova smyslu a v souvislosti s ohrožením vnější přírody. Např. ekologické sdružení Arnika vydalo stručný dokument s názvem Ekologicky odpovědné zdravotnictví – Stručný průvodce zdravotních sester možnostmi, jak přispět ke snížení dopadů nemocnic na zdraví a životní prostředí (2006). Zde už se diskurs posouvá ke snaze o **snížení množství odpadu**, neboť radí, jak nahradit škodlivé materiály bezpečnými. „Vedle nadměrné spotřeby energie a přírodních zdrojů či nedostatečného třídění odpadu ve zdravotnictví je problémem také značné rozšíření pomůcek z PVC, latexu nebo výrobků s obsahem rtuti. Používání problematických látek ve zdravotnictví může negativně působit i na zdraví zaměstnanců, zdravotní sestry nevyjímaje“ (Ekologicky odpovědné zdravotnictví. 2006: s. 1).

Další obsahově velmi významný příspěvek byl publikován v r. 2019 v dvouměsíčníku Braunoviny obchodní společnosti Aesculap, člena vedení Skupiny B. Braun v ČR a SR. V rozhovoru o vztahu

životního prostředí a zdravotnictví zmínil jednatel společnosti dr. Lukeš korektně a realisticky ekologické dopady moderního zdravotnictví na životní prostředí. Kromě konkrétních příkladů je ale jeho rozhovor cenný v tom, že za největší prostor pro zlepšení mezi českými zdravotníky považuje „vnímání této problematiky. Jde o to, aby byl každý otevřený novým nápadům a uvědomil si, že jeho činnost má nějaké negativní dopady“ a dále, že i „...sebenemší změna může vést k velkému snížení vyprodukovaného odpadu“ (Zdravotnictví a ekologie, 2019, s. 8-9).

Nejnovější příspěvek (spíše okrajového dopadu) následuje až z r. 2021 a jeho autorem je ekologický zemědělec, který vidí „mezi zemědělstvím a medicínou ...velmi silnou paralelu. ...Jsem přesvědčený, že v zemědělství je třeba sázet na prevenci úplně stejně jako v péči o zdraví“ (Zídek 2021).

Ukázkou reflexe vztahu mezi životním prostředím, nemocemi a léčbou je i pojem klinická ekologie. Jde s největší pravděpodobností o terminologickou inovaci environmentální medicíny (medicíny životního prostředí). Důraz je kladen nikoli na zkoumání prostředí, ale na léčbu onemocnění vznikajícího vlivem zevního prostředí (Nelson et al 2019). „Kliničtí ekologové léčí nemocné trpící alergiemi na některé složky potravin nebo na chemické látky v ovzduší, například na pesticidy, výfukové plyny, sloučeniny síry nebo astmatem, migrénami a jinými bolestmi hlavy, kožními vyrážkami a ekzémy, žaludečními a zažívacími obtížemi, kašlem, únavou a revmatoidní artritidou. ... Podle výsledků krevních a jiných testů vám klinický ekolog doporučí dietu a změnu ve způsobu života, což vám pomůže vyhnout se škodlivinám vyvolávajícím obtíže.“ (<https://www.abecedazdravi.cz/slovník-zdravi/klinicka-ekologie>).



Z rešerše českých zdrojů je patrné, že několik málo autorů se již začalo snažit toto téma představit, nicméně jde o sporadické příspěvky bez kontinuity a dynamiky. V zahraničí je téma reflektováno daleko systematictěji a vážněji.

British Journal of Clinical Pharmacology publikoval v r. 2022 výzvu vědců z oblasti experimentální medicíny (Fisk et al 2022). Upozorňuje, že v lékové oblasti a zdravotnictví se můžeme domnívat, že tyto sektory neprodukují emise. Ale možnou hrozbou pro veřejné zdraví a ekosystémy, která znepokojuje, je ekologické znečištění způsobené léky a jejich metabolity. Farmaceutické znečištění a antimikrobiální resistance jsou největšími výzvami pro farmaceutický průmysl a úřady pro ochranu životního prostředí (ibid 3013). To vyžaduje nejprve uznání a pochopení problému. Mělo by vést k optimalizaci užívání léků, personalizované medicíně, odpovědnému nakládání s odpadem a důkladné výchově a osvětě pacientů. Britští autoři používají k vyjádření farmakologicko-ekologické odpovědnosti termín ecopharmacostewardship (ibid). Čekají nás nové etické volby mezi variantami léků? Bude mít v preskripci přednost lék s menším odpadem (např. plastu)? A jak integrovat ekologické preference pacientů? Mnoha pacientům to může ležet na srdci, jak ekologicky odpovědnou medicínu užívají. Jsou vůbec ekologické dopady v současné rutinní klinické medicíně brány v úvahu, tážou se autoři v samém závěru podobně jako já.

Z další rešerše vyplývá, že se již organizují skupiny lékařů usilujících o minimalizaci ekologické stopy vzniklé léčením. Asociace Doctors for Greener Healthcare sdružuje evropské lékaře usilující o transformaci zdravotní péče tak, aby došlo k snížení dopadu zdravotní péče na životní prostředí (<https://noharm-europe.org/issues/europe/doctors-greener-healthcare>).

Vzniká mezinárodní síť zelených a zdravých nemocnic (Green and healthy hospitals-[Global Green and Healthy Hospitals \(GGHH\)](https://www.greenhospitals.net/)) s podobným záměrem: snížit ekologický dopad a podporovat veřejné zdraví a zdravé životní prostředí (<https://www.greenhospitals.net/>).

Obojí zaštiťuje logo asociace Health care without harm (noharm-europe.org).

V r. 2022 vydali manuál k dekarbonizaci zdravotnictví ve francouzštině a vlámsštině, k již existující verzi v angličtině, řečtině, španělštině, portugalštině a italštině. Tento manuál ukazuje, jak integrovat klimatické požadavky do plánování zdravotní péče a jak vyvíjet ekologicky odpovědné zdravotnictví. Je dostupný pouze pro členy sítě. Členem mohou být nemocnice, zdravotnická zařízení různých typů (včetně jednotlivých ordinací lékařů, laboratoří, lékáren, výzkumných center, stomatologie a pečovatelských domů) či asociace nemocnic, akademická pracoviště nebo případně celé zdravotnické systémy. Členství zavazuje k plnění alespoň dvou cílů. Cílů je formulováno 10 a zahrnují management, nákup, energie, odpady, léčiva, dopravu, stravování, vodové hospodářství, provoz budov, chemikálie, doplnkem je přihlášení k politice 2020 Health Care Climate Challenge. Členové vykazují svou činnost do online systému.

10 cílů:

1. Na úrovni vedení: přihlášení k tomu, že zdravé životní prostředí je prioritou.
2. Nákup bezpečných a ekologicky šetrných výrobků a materiálů.
3. Úsporné nakládání s energií a podpora čistých a obnovitelných zdrojů.
4. Snaha o snížení objemu odpadu a ekologicky šetrnou a bezpečnou likvidaci zdravotnického odpadu.
5. Bezpečná a účinná distribuce léčiv.



6. Zdokonalení dopravy s ohledem na životní prostředí.
7. Nákup zdravých a ekologicky pěstovaných potravin pro nemocniční a závodní stravování.
8. Snížení spotřeby vody a dostupnost pitné vody.
9. Podpora zdravé a ekologicky šetrné výstavby nemocničních areálů.
10. Náhrada škodlivých chemikálií bezpečnějšími alternativami.

Tato globálně působící síť čítá více než 1500 členů ze 75 zemí reprezentujících sdružené zájmy cca 60 000 nemocnic a zdravotnických zařízení (<https://noharm-global.org/issues/global/global-green-and-health-hospitals>)

MÁME HOVOŘIT O ZELENÉ MEDICÍNĚ A O TOM, CO TO ZNAMENÁ PRO PSYCHOSOMATIKU?

O zelené medicíně se již mluví, byť se volí opatrnější komparativ „zelenější“, „greener medicine“. Hovoříme-li o zelené ekonomice, zelené sociální práci, je možné touto barvou i v medicíně a zdravotnictví symbolicky vyjádřit, že je téma udržitelnosti bráno vážně. Otázka ovšem je, co by měla znamenat. Často se na prvním místě zmiňuje prevence jako řešení, ale medicinalizovaná prevence nemusí být vždy ekologická vzhledem k produkci odpadu, ekonomickým nákladům, kontrole populace a potenciálním změnám v lidském organismu. Hovoří se např. o preventivním užití léků proti Alzheimerově nemoci (Křížová, 2021), což je pouze jeden z mnoha příkladů, kam dnešní medicína směřuje. Prevence je sice žádoucí, ale je otázkou, zda je ve své medicinalizované podobě v souladu s udržitelností života a lidského zdraví, neboť obsahuje rostoucí potřebu preventivně nasazovaných léčiv, postupů a v důsledku toho vyšší závislost jedince na medicíně spojenou

V její evropské sekci představují nejvyšší angažovanost německé a francouzské organizace, ale symbolickou účast v menším počtu zde má mnoho dalších evropských zemí, včetně ČR, zastoupené Nemocnicí Neratovice (<https://noharm-europe.org/content/europe/our-members>). Nejvýznamnějším dokumentem je Doporučení pro zelenější humánní medicínu z pohledu evropské lékové legislativy (Stenuick 2022). Akcentuje potřebu učinit farmaceutický průmysl ekologicky odpovědným, posílit hodnocení environmentálních rizik v humánní medicíně a podporovat zelenější medicínu, odpovědné užívání léků a redukci farmakologického odpadu.

s nezbytnou kontrolou, omezeními a ekonomickými výdaji.

Daleko závažnější je důsledný návrat k hodnotám, politice a strategiím podpory zdraví, jak byla formulována v 80. a 90. letech minulého století. Zde došlo, podle mého soudu, k odklonu. Podle podpory zdraví má být zdraví zohledňováno všemi sektory, a to v současné době není. Máme velmi mnoho znalostí, ale neuplatňujeme je (ochrana spánku např.). Otevřená zůstává otázka alternativní medicíny, pokud užívá ověřené, bezpečné a přírodní postupy zejména k léčbě dyskomfortu a drobných zdravotních potíží, popřípadě někdy i psychosomatických potíží.

Pro psychosomatiku je snaha o prosazování udržitelnosti i v medicíně dobrou zprávou, neboť se její úsilí o trvanlivější řešení zdravotních potíží odstraněním příčin, nikoli projevů, dostává do silného proudu spolu s dalšími směry, které se snaží vyrovnávat slabá místa



technologické biomedicíny provozované v ekonomicko-administrativním zdravotnickém systému, který musí vše přepočítávat. Naléhavost a nezbytnost tohoto proudu je, bez přehánění, dostatečně legitimizovaná a to na nejvyšších úrovních politiky a ekonomiky, i na úrovni každodenního všedního života velkých skupin lidí a komunit (Kolářová 2021). **Psychosomatická medicína není nutně celkově levnější, co se týče finančních prostředků, protože je náročná na terapeutův čas, ale vyhovuje**

požadavkům udržitelnosti, jestliže vede k trvalejším výsledkům, snížení medikace, snížení spotřeby ekologicky nevhodného zdravotnického materiálu a celkovému snížení zdravotnického odpadu (zvýraznění editor). Má potenciál být ekologicky odpovědná vzhledem k vnějšímu i vnitřnímu přírodnímu prostředí, rozumím tím tělesnost člověka, která je méně zatěžována chemickými produkty a více léčena slovem, vztahem, prožíváním a myšlením.

ZÁVĚR

Tento příspěvek chce poukázat na již existující aktivity a snahy reagující na výzvu k ekologické odpovědnosti medicíny a zdravotnictví s cílem udržitelnosti. Položila jsem si tři otázky a hledala na ně odpovědi. Co se týče nebezpečného zdravotnického odpadu, je více řešena jeho likvidace než snaha jej minimalizovat. Není dostatečně řešena likvidace odpadu vznikajícího při zdravotní péči v domácím prostředí a sebeléčení. Iniciativy za více ekologicky šetrné zdravotnictví již vznikly na evropské půdě a jsou aktivní. V českém prostředí je téma reflektováno sporadicky a pouze ve vazbě na zahraniční inspiraci.

Zelená či zelenější medicína je z hlediska udržitelnosti nezbytnou perspektivou budoucnosti. Bude znamenat ohled na vnější životní prostředí i vnitřní přírodu v člověku (jeho tělesnosti) a to v mnohém a širokém slova smyslu: od rehabilitace podpory zdraví, úsilí o redukci nadbytečné a zbytečné léčby, podpory nefarmakologických (Jirkovská, 2022) a psychosomatických přístupů k možné nové debatě o nekonvenční medicíně, jež také ve

svých některých směrech skýtá určitou asistenci modernímu zdravotnickému systému a může být cestou, jak snížit konzumaci léků, lékové závislosti a kontaminaci přírody lékovými zbytky. Podle Telce (2018): „komplementární a alternativní medicína může někdy souviset s ekologicky šetrnými výrobky či ekologickým zemědělstvím podle veřejného práva. Část této medicíny, která je založena na přírodním lékařství, souvisí s pojetím životního prostředí a lidskou úctou k přírodě.“ Medicína by se ale musela otevřít interdisciplinární a intersektorální spolupráci.

Snaha o udržitelnost znamená především přehodnocení našich dosavadních přístupů, které jsou energeticky, finančně, materiálově i materiálně velmi náročné, přispívají ke znečištění životního prostředí, a ne vždy vedou k žádoucím efektům (např. prodloužení zdravého života). Znamená velice často změnu přístupů, postojů směrem k šetrnosti a úspornosti. Týká se i současné medicíny a zdravotnictví a jejího mentálního nastavení.

Eva Křížová, ETF UK, Katedra sociální práce, krizova@etf.cuni.cz



Do redakce přišlo 9.9.2022
 Zařazeno k tisku po recenzi 15.10.2022
 Střet zájmů není znám

ZDROJE:

1. Beck, U. Riziková společnost. Slon, Praha. 2004.
2. Ekologicky odpovědné zdravotnictví. 2006. Arnika. https://arnika.org/download/77_fb8e0d9a88bdb27e2e2do293001fbdob (staženo 25.8.2022).
3. Fisk, M. et al. Sustainable medicines development and use: Our collective responsibility for action to mitigate the natural world crisis Br J Clin Pharmacol. 2022;88:3013–3015.
4. Grabic, R. Léky v odpadních vodách jsou časovanou bombou- 22-25 https://old.jcu.cz/veda-a-vyzkum/popularizace-vedy-a-vyzkumu/veda-z-mnoha-pohledu_fin.pdf. In „Univerzita, věda z mnoha pohledů“, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2013.(staženo 12. 9. 2022).
5. Jirkovská, B. Nefarmakologické cesty k lepšímu životu s demencí. Česká alzheimerská společnost, Praha 2022.
6. Kolářová, Marta. V souladu s přírodou: politika životního stylu, udržitelnost a soběstačnost. Praha: Karolinum (SLON). 2021.
7. Křížová, I. Nadějný lék na Alzheimeru by mohl být dostupný i v Česku. V ideálním případě do konce příštího roku. Lidové Noviny 22. 6. 2021.
8. Metodika SZU pro nakládání s odpady ze zdravotnických, veterinárních a jim podobných zařízení. SZU Praha. 2016. <http://szu.cz> (staženo 25. 8. 2022).
9. Nejdůležitější rozvojové cíle pro Čechy: Zdraví, kvalitní život a voda. IPSOS, Euroskop, 19. 7. 2018 (<https://euroskop.cz/2018/07/19/nejdulezitejsi-rozvojove-cile-pro-cechy-zdravi-kvalitni-zivot-a-voda/>) (staženo 12. 9. 2022)
10. Nelson, D. H., Prescott, S. L., et al. Clinical Ecology-Transforming 21st-Century Medicine with Planetary Health in Mind. Challenges 10(1) 2019.
11. Papadimitriou, E. Defining green social work. Social Cohesion and Development, 2020, 15 (1), 139-152.
12. Stenuick, J.-Y. Recommendations for greener human medicines in the revision of the EU general pharmaceutical legislation. HCWH Europe. 2022.
13. <https://www.unep.org/regions/asia-and-pacific/regional-initiatives/supporting-resource-efficiency/green-economy> (staženo 13. 9. 2022)
14. Telec, I. Lékárenská zdravotní péče v komplementární a alternativní medicíně. Publikováno 5. 12. 2018. <https://zdravotnickepravo.info/lekarenska-zdravotni-pece-v-komplementarni-a-alternativni-medicine/>. (staženo 13. 9. 2022).
15. Zdravotnická ročenka České republiky 2019. UZIS ČR 2020. www.uzis.cz (staženo 13. 9. 2022).
16. Zdravotnictví a ekologie: Je třeba se zamyslet. O vztahu životního prostředí a zdravotnictví s doktorem Jiřím Lukešem. Braunoviny 4, 2021. s. 6-9. https://www.braunoviny.cz/sites/default/files/braunoviny_4_2021_final_nahled.pdf (staženo 13. 9. 2022)
17. Zidek, T. Zemědělství a medicína jsou si v mnohém podobné 3..5..2021 <https://www.countrylife.cz/zemedelstvi-a-medicina-jsou-si-v-mnohem-podobne> (staženo 25. 8. 2022).



Autorka



Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., absolventka sociologie a doktorského studia na FF UK. Od r. 1990 působila v oboru sociologie a lékařské etiky na 3. a 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Nyní vyučuje na Evangelické teologické fakultě UK, kde vede Katedru sociální práce. Zabývala se transformací českého zdravotnictví, právy pacientů a nekonvenční medicínou. Je autorkou celé řady článků v renomovaných zahraničních časopisech a knih (Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví, Rovnost ve zdraví v ČR, Proměny lékařské profese z pohledu sociologie, Alternativní medicína v ČR, SOS Sociologie pro pomáhající profese, Zdraví, kultura, společnost).



TEORIE



3 LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

MARK MCKERGOW¹: SFBT 2.0: NOVÁ GENERACE KRÁTKÉ TERAPIE ZAMĚŘENÉ NA ŘEŠENÍ JIŽ DORAZILA

ABSTRAKT

Tento dokument se snaží popsat vývoj v oblasti krátké terapie zaměřené na řešení (SFBT) za minulé desetiletí. Usuzují, že jsme již viděli příchod jakési nové formy SFBT, silně zaměřené na popisy a mající ještě jednodušší formu než původní SFBT vyvinuté Stevem de Shazerem, Insoo Kim Berg a kolegy. Tato nová forma je stále jednoznačně SFBT z hlediska priorit a zaměření původních předchůdců, ale také vynechává mnoho prvků, které byly během počátečního vývoje převzaty z předchozích tradic rodinné terapie a krátké terapie. Název „SFBT 2.0“ je navržen proto, aby pomohl zabránit záměně s dřívějšími formami a zároveň zachovat, že se nejde o novou terapii, ale o důležitý vývoj stávající praxe.

KLÍČOVÁ SLOVA: SFBT, na řešení zaměřená krátká terapie, krátká terapie, systemické otázky

¹ Center for Solutions Focus at Work, UK. Překlad Tomáš Matjaž Zídek, Ústav filosofie a religionistiky, Univerzita Karlova, Praha, Česká Republika



MCKERGOW, M. SFBT 2.0: THE NEXT GENERATION OF SOLUTION FOCUSED BRIEF THERAPY HAS ALREADY ARRIVED, PSYCHOSOM 2022; 2(3-4), PP.104-118

This paper seeks to describe developments in the field of solution-focused brief therapy (SFBT) over the past decade. I suggest that we have already seen the arrival of a new form of SFBT, heavily focused on descriptions and of an even simpler form than the original SFBT developed by Steve de Shazer, Insoo Kim Berg and colleagues. This new form is still distinctly SFBT in terms of the priorities and focus of its original predecessors, but it also omits many elements that were taken from earlier traditions of family therapy and brief therapy during its initial development. The name "SFBT 2.0" is designed to help avoid confusion with earlier forms while maintaining that it is not a new therapy but an important development of existing practice.

KEY WORDS: SFBT, solution-focused brief therapy, systemic therapy

ÚVOD

V krátké terapii zaměřené na řešení (SFBT) je často kladena otázka „Jak byste poznali, že se stal zázrak?“ To není totéž jako otázka na způsob, jak zázrak uskutečnit – spíše náhled do budoucnosti a zkoumání změn, které zázrak způsobil v každodenním životě. Vede to ke konverzaci o všímání si změn, spíše než k touze po nich od nuly – ke zjištění, že změna již probíhá jako předchůdce, na kterém můžeme dále stavět.

Domnívám se, že změny v naší vlastní praxi jsou stále patrnější. V tomto článku tyto změny nastíním a řeknu, proč si myslím, že ukazují, že již jdeme novým směrem. Tento dokument jako takový není výzvou k akci. Nenavrhuji novou formu SFBT, snažím se vyjasnit a formulovat to, co se děje, a navrhuji, že je čas, abychom tento vývoj uznali a využili, než abychom předstírali, že jsme všichni stále na stejné vlně z počátků 90. let. Tyto nejnovější verze jsou již v tisku, ale nejsou jasně

označeny jako nové. To, že pod stejným praporem existují různé formy SFBT, může způsobit zmatek mezi nováčky, a dokonce mezi zkušenějšími praktikujícími, kteří pod stejným názvem vidí různé myšlenky a metody.

Protože tyto novější verze jsou stále nezařaditelně SFBT, nebylo by vhodné snažit se jim dát nové jméno. Nyní je však rozdíl dostatečný na to, abychom je začali rozlišovat. Na způsob označování nových verzí softwaru navrhuji, aby „SFBT 2.0“ byl pracovní název.

V tomto článku se budu snažit popsat inovace a rozdíly mezi SFBT 2.0 a tím, co bychom mohli nazvat SFBT 1.0, tedy „původní“ verzí. Ani to není snadné ostře vymezit, jelikož Steve de Shazer při mnoha příležitostech trval na tom, že „neexistuje žádná ortodoxie“. Tyto rozdíly jsou však stále větší a důležitější a hrozí, že naše oblast bude ještě více matoucí.

SFBT 1.0

SFBT se postupně vynořila během druhé poloviny 80. let z rozsáhlého programu

empirického výzkumu v Brief Family Therapy Center (BFTC), v Milwaukee pod



vedením Steva de Shazera, Insoo Kim Berg a kolegů. De Shazer a Berg byli velmi ovlivněni přístupem krátké terapie Institutu duševního výzkumu (MRI), v Palo Alto, a rozhodli se tento přístup rozvíjet ve svém vlastním centru. Oddaný MRI John Weakland, opravdu zůstal supervizorem i blízkým přítelem Steva de Shazera až do jeho smrti v roce 1995. Jak uvidíme, toto pozadí je důležité pro pochopení způsobu, jakým je jazyk zpočátku používán v SFBT.

Během první poloviny osmdesátých let tým z BFTC rozvinul své nápady ohledně krátké terapie, přičemž Steve de Shazer vydal dvě knihy (S de Shazer, 1982, 1985), které stavěly na myšlence hledání vzorců a rozvíjení nápadů založených na Ericksonských metodách (např. „technika křišťálové koule“) tvorby intervencí, které byly považovány za „univerzální klíče“ k řešení případů. První stopy SFBT, jak ji známe, se objevily v klíčovém článku z roku 1986 (de Shazer et al., 1986) a konsolidovaly se v knize z roku 1988 *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy* (de Shazer, 1988). Gale Miller, angažovaný v BFTC jako pozorovatel/výzkumník, strávil čas v centru v roce 1984 a znovu od roku 1989 říká (McKergow, 2009), že praxe se během této doby výrazně změnila:

Mějte na paměti, že v roce 1984 nedělali terapii zaměřenou na řešení, dělali něco velmi podobného Stevově první knize (de Shazer, 1982) – nazval jsem to ekosystémová terapie. Avizovala to Palo Alto Group (Institut pro výzkum duševního života)... [V roce 1989] jsem zjistil, že je to již velmi odlišné místo. Bylo vidět, že udělali dramatický posun směrem k praxi zaměřené na řešení: odlišné druhy předpokladů, mnohem méně systémové, mnohem méně času na vytváření intervencí, mnohem méně času na mapování tras nebo problémů, bylo to mnohem

více se soustředěné na řešení a fluidní (str. 79).

Mnoho praktikujících po celém světě si vzpomíná, že svou praxi zaměřenou na řešení začali přečtením „Clues“, které obsahovaly hlavní ingredience SFBT (i když ne se stejnou vyvážeností prvků – mnohem větší důraz je kladen na hledání výjimek, přičemž rozhovory o hypotetickém řešení jsou vyhrazeny pro případy, kdy nelze najít žádné výjimky). Steve de Shazer pokračoval v sepsání dvou knih, v nichž bylo méně „jak na to“, byly spíše pokusem přidat do svých zjištění určitou intelektuální přísnost (de Shazer, 1991, 1994). Začátkem 90. let se tento přístup začal prosazovat na mezinárodní úrovni a vytvoření Evropské asociace pro krátkou terapii (EBTA) v roce 1994 poskytlo praktikujícím místo, kde se mohli shromažďovat, sdílet poznatky a rozvíjet.

Vývoj v průběhu 90. let 20. století až do roku 2000 zahrnoval větší zaměření na výzkum (a vytvoření výzkumného protokolu EBTA ve snaze zajistit určitou jasnost toho, co se pro výzkumné účely počítá jako SFBT), a aplikaci myšlenek SFBT v dalších oblastech terapie a života (školy, organizace, sociální práce, věznice atd.). Během prvního desetiletí 21. století byly publikovány stovky výzkumných studií (Macdonald, 2011) a v roce 2011 byla uspořádána autorská sbírka Cynthiou Franklin a publikována prostřednictvím Oxford University Press (Franklin, Trepper, McCollum, & Gingerich, 2011). Druhá kapitola této knihy (Trepper et al., 2011) nese název „Solution Focused Brief Therapy Treatment Manual (Terapeutický manuál pro krátkou terapii zaměřenou na řešení, pozn. překl.) a poskytuje dobrý popis toho, co bychom mohli nazvat „klasickou SFBT“.

- Změna před sezením
- Cíle (nejlépe malé)



- Zázračná otázka
- Škálování
- Hledání výjimek
- Otázky na zvládnání (pokud je to vhodné/potřebné)
- Přestávka, komplimenty na silné stránky a zdroje
- Domácí úkol (buď úkol navržený klientem, nebo experiment navržený terapeutem)

Toto shrnutí bude sloužit jako základ pro to, co bude následovat. Nemyslím si, že je na něm jako na obecném prohlášení něco kontroverzního.

VZNIKAJÍCÍ VÝVOJ

Během roku 2000 až do roku 2010 došlo v oblasti SFBT k zajímavému vývoji, který podle mého názoru rozšiřuje a mění klasický terapeutický manuál SFBT 1.0 uvedený výše. Mnohé z těchto událostí, bez přílišných ceremonií, zmiňují Shennan a Iveson (2011) a samozřejmě jsou popsány i v dalších pracích týmu BRIEF a dalších autorů (Iveson, George, & Ratner, 2011; Iveson & McKergow, 2016; Ratner & Yusuf, 2015; Ratner, George a Iveson, 2012). V některých případech se však obávám, že autoři nevynaložili dostatečné úsilí na odlišení vlastních inovací od zavedené praxe. Rozdíl bych shrnul takto:

- Od akčního jazyka k jazyku popisnému.
- Od otázek k „místnostem“ a „nástrojům“.
- Od cílů k nejlepším nadějím/společným projektům.
- Preferované budoucnosti a škály – stejné otázky, různé cíle.
- Od výjimek k případům – jasnější zaměření na diskuse o minulosti a současnosti.
- Ztráta kocoviny z rodinné terapie.
- Ukončení sezení – žádné úkoly nebo dokonce kroky, více oceňující shrnutí.

Podívejme se postupně na každý z nich.

OD AKČNÍHO JAZYKA K JAZYKU POPISNÉMU

Od prvních dnů si krátká terapie dle MRI modelu cenila konkrétních popisných sdělení (viz Weakland & Fisch, 1992, shrnutí z posledního dne, kde se také uvádí, že Steve de Shazer se v roce 1972 zúčastnil krátkého terapeutického workshopu MRI). Model MRI, který je skutečným bořičem paradigmat v oblasti duševního zdraví, spočívá v tom, že se na takové problémy nepohlíží jako na něco „uvnitř“ pacienta, ale jako na nějaký výsledek komunikačních vzorců mezi klientem a jeho okolím. Zaměření na

konkrétní popisné sdělení je způsob, jak přestat být vtahován do interních psychologických hypotéz a místo toho se zaměřit na interakce – kdo co dělá, s kým, kdy a v jakém pořadí. To je v MRI modelu klíčem k nalezení způsobů, jak lze narušit vzorec, který udržuje problematický stav a otevření dveří tomu, aby se stalo něco jiného, a to navržením behaviorální intervence. Jakmile se stane něco jiného, může být klientovi doporučeno, aby toho udělal více, aby podpořil nový a lepší vzorec chování.



Toto zaměření na konkrétní jazyk je přeneseno do SFBT 1.0. De Shazer a další vědomě pojmenovali svůj stěžejní článek „Brief Therapy: Focused Solution Development“ po dřívějším příspěvku MRI (Weakland, Fisch, Watzlawick, & Bodin, 1974) jako způsob, jak ukázat, že tyto dva přístupy byly propojeny. Tento konkrétní detail je však nyní mnohem více o tom, co klient chce den po zázraku, co funguje a tak dále, než o vzorci problému. Celkový záměr vyhnout se psychologickým hypotézám a zaměřit se na specifika stále přetrvává, stejně jako snaha zaměřit se na shromažďování sdělení s cílem navrhnout intervence nebo zadat úkoly.

Pokud se nyní podíváme na nedávný „deskriptivní obrat“, který popsali Shennan a Iveson, je zde stále zaměření na konkrétní popisné sdělení. Nyní však není na terapeutovi, aby vymýšlel detaily intervence, je mnohem více na klientovi, aby mluvil, poslouchal a reagoval. Úroveň detailů je ještě větší než dříve – například případ „mazlení“ od Ivesona a McKergowa (2016), kde popis pětisekundového mazlení trvá stejný počet minut. (Čtenáři s bystřejším zrakem si možná všimli, že název jejich článku *Brief Therapy: Focused Description Development* (Krátká terapie: vývoj zaměřeného popisu pozn. prekl.) vědomě reflektuje oba články zmíněné v předchozím odstavci opět jako počtu vyvíjejícímu se přístupu.)

Zde se mění cíl terapie. Terapeut se nesnaží shromažďovat informace kvůli návrhu intervencí. Úlohou terapeuta je spíše pomoci klientovi rozšířit detailnost jeho popisů, které se pak stále více a více obohacují drobnými specifiky, jež se mohou snadno nabízet jako kroky pro klienta. Jakmile klient bude mluvit,

řekněme, o dni po zázraku, terapeut bude povzbuzovat podrobnější rozhovor o klientovi a jeho okolí (velmi vědomý otisk MRI modelu půl století zpět), ale ohledně podrobností o tom, co klient chce, spíše než o problémových vzorcích. K tomu mohou pomoci některé velmi jednoduché otázky, jako např.

- Jaké by byly první drobné znaky, kterých byste si všimli, že se začíná dít [X]? Co dále?
- Kdo by byl první, kdo by si všiml, že se děje [X]? Čeho by si všimli, když by poznali, že se děje [X]? Co dále?

Všimněte si, že [X] zde nemusí být něco konkrétního – může to být prosté zopakování nejlepších nadějí, nebo dokonce jen „toto“ z rozhovoru. Tyto otázky pomáhají vykreslit věci podrobně, dokonce i z velmi zamlžených a nejasných výchozích míst.

Role terapeuta se tedy mění z třídíče detailů (aby zjistil relevantní detaily pro návrh intervence) na expandéra detailů (aby pomohl klientovi ponořit se do jeho popisů preferované budoucnosti, minulosti a přítomnosti). Slovní zásoba se posouvá od „dělat“ k „všímání si“. Zdá se, že Steve de Shazer a Insoo Kim Berg byli součástí tohoto posunu již v roce 1992 ve svém článku „Doing Therapy: A post-structural revision“ (de Shazer & Berg, 1992), kde diskutují myšlenku posunu gramatiky během sezení s klientem. Možná však v té době ještě nechápali všechny důsledky tohoto posunu. Tato nová role také vstupuje do hry v mnoha dalších změnách, o kterých budu mluvit níže.



OD OTÁZEK K „MÍSTNOSTEM“ A „NÁSTROJŮM“

Otázky byly vždy jádrem SFBT. Původní videa produkovaná BFTC ukazující Steva de Shazera a Insoo Kim Berg při práci jsou opatřena titulky, aby diváci měli přehled o tom, co se při sezení děje. Názvy jsou „Zázračná otázka“, „Škálování“ a tak dále. Důraz je kladen na otázky. Nyní dokonce existují knihy shromažďující obrovské množství „SF otázek“, dokonce i knihy jako „1001 SF otázek“ (Bannink, 2010), jako by samotná otázka mohla být zaměřena na řešení. (Jakoukoli otázku lze položit nesčetnými různými způsoby a pouze některé z nich mohou být SF.)

Samozřejmě otázky jsou důležitým prvkem praxe SF. Smyslem těchto otázek však není jen to, aby byly položeny – jde o to, začít nebo stavět na částech rozhovoru/sezení. Zázračná otázka a jediná odpověď mohou znamenat drobný pokrok, ale skutečný potenciál spočívá v tom, co se stane potom – rozšíření odpovědí do popisů během rozhovoru.

Zázračná otázka nebo otázka na škálování není jen otázka, ale začátek mnohem delšího rozhovoru. Proto dává smysl zaměřit se na tyto části konverzace spíše než na samotné otázky jako na samostatné prvky. Takže konverzace o „preferované budoucnosti“ je zázračná otázka a zároveň veškeré následné doplnění týkající se prvních drobných znaků toho, že se

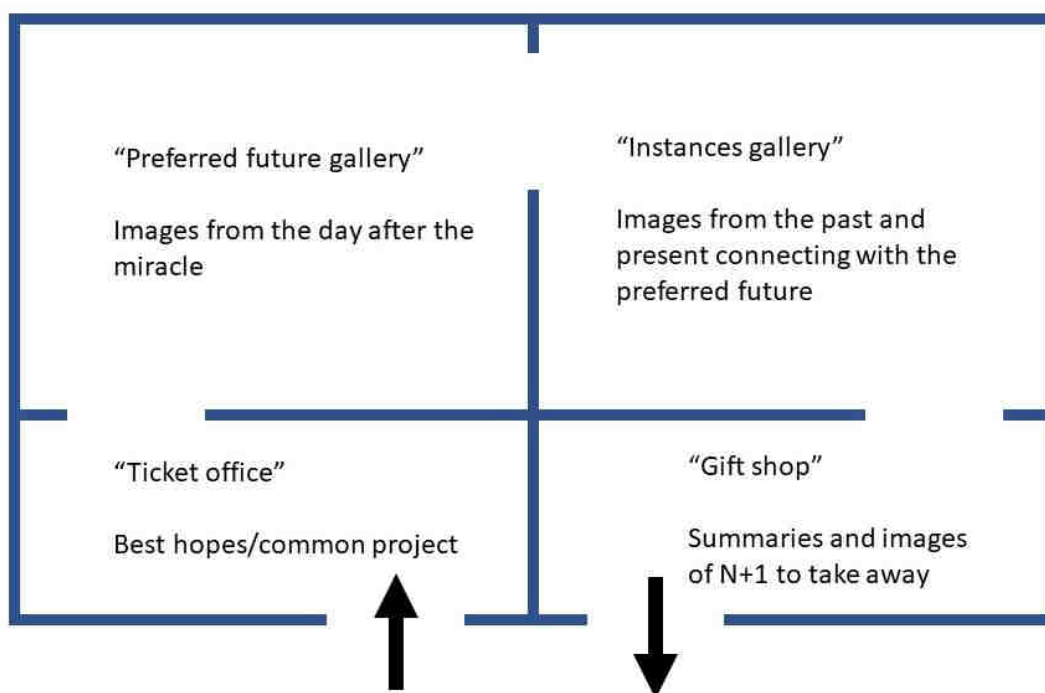
zázrak stal, kdo jiný by si toho mohl všimnout, čeho by si všiml, co se stane potom, jaký rozdíl to přináší, pro koho a tak dále.

Chris Iveson mluví o metafoře „umělecké galerie“ pro terapeutický rozhovor. Tato umělecká galerie má řadu „místností“ s různými věcmi, na které se můžete dívat a zkoumat. Tyto místnosti mohou zahrnovat (obrázek 1):

- Pokladna (Ticket office, pozn. prekl.) – získání nejlepších nadějí od klienta, „vstupenka“ pro pokračování v práci.
- Galerie preferované budoucnosti (Preferred future gallery, pozn. prekl.) – soubor obrázků nebo popisů preferované budoucnosti pro klienta a jeho příbuzné (nesprávné slovo) s těmito splněnými nejlepšími nadějemi
- Galerie případů (Instances gallery, pozn. prekl.) – sada obrázků, případů v minulosti nebo současnosti, které se pojí s touto preferovanou budoucností (kterou lze sestavit pomocí stupnice od 1 do 10)
- Dárkový obchod (Gift shop, pozn. prekl.) – poslední místnost, která může obsahovat sérii obrázků nebo obrázků N+1, menších částí nebo znaků na cestě k pokroku.



A solution-focused art gallery



Obrázek 1

Umělecká galerie zaměřená na řešení (podle Chrise Ivesona)

Podobně jako Galerie případů, zmiňuje Adam Froerer z Mercer University místnost zdrojů (Froerer, 2017), kde se shromažďují různé prvky ze života klientů poukazující na jejich zdroje. Smyslem této metafory není to, že každá místnost musí být navštívena v daném pořadí, aniž by bylo povoleno se vracet zpět. Naopak – i když je zde jednoznačně naznačen směr cesty od vchodu k východu, během sezení může klient a terapeut strávit více času v jedné místnosti než v jiné, mohou se vrátit a něco znovu navštívit nebo možná objevit něco jiného, čeho si předtím nevšimli a tak dále. Toto není recept, ale návod na něco, co bude nevyhnutelně individuální cestou.

Tyto „místnosti“ pomáhají praktikujícímu sledovat, kde jsou a co se děje v konverzaci. Obecně je dobré chvíli zůstat v jedné místnosti a neběhat zběsile z jedné

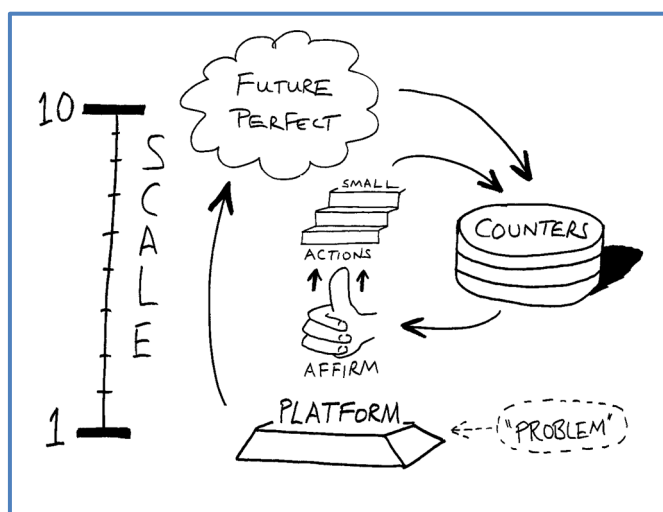
místnosti do druhé. Pokud se během rozhovoru o preferované budoucnosti objeví zajímavý a relevantní „případ“ (více o tomto konceptu později), terapeut si ho poznamená a půjde ho navštívit později, než aby se okamžitě odklonil, a ztratil nit rozhovoru o preferované budoucnosti. Terapeut a klient se mohou pohybovat z místnosti do místnosti společně a v případě potřeby se vracet. Klíčovým rozdílem je zde maximálně využít každou „místnost“ nebo fázi, spíše než skákat mezi místnostmi (tendenci, kterou pozorují u mnoha úplných začátečníků v SFBT, kteří, jak se zdá, chtějí aplikovat všechny otázky najednou!).

Tento vývoj předznamenala práce Jacksona a McKergowa (2002, 2007) na „nástrojích řešení“. Ta byla pokusem najít větší jednotky konverzace, než jsou otázka/odpověď, aby pomohli učícím se



praktikujícím a koučům udržet si přehled. Jackson a McKergow se pokusili dát těmto nástrojům výstižné názvy, jako

„Future Perfect“ (preferovaná budoucnost) a „Counters“ (včetně případů a také relevantních zdrojů) (obrázek 2).



Obrázek 2

Nástroje řešení (od Jacksona a McKergowa, 2002)

Tyto termíny se ne vždy dobře překládají do jiných jazyků, ale za posledních deset let ukázaly svoji stálost a pomáhají praktikujícím vytěžit z konverzace, kterou vedou, co nejvíce (tím, že se jich budou držet), než aby skákali do jiných konverzací,

když klient nabídne lákavé sousto. Výhodou je také to, že tento koncept neukládá správné pořadí nástrojů, které mají být použity, což poskytuje odborníkovi flexibilitu v rámci snadno přenosného rámce.

OD CÍLŮ PO NEJLEPŠÍ NADĚJE/SPOLEČNÝ PROJEKT

Dlouho se diskutuje povaha cílů v SFBT. V počátcích, bylo zaměření na (malé specifické behaviorální) cíle způsobem, jak se obecně odklonit od psychologických hypotéz a přejít k nějakému druhu diskuse o tom, co si klient přeje. Myšlenka „orientované na cíl“ byla užitečným znakem k odlišení od jiných „vhledově orientovaných“ nebo „hlubokých“ praktik. Emergentní povaha SFBT však přináší to, že proces není ukončen, když jsou klientovy cíle nezbytně splněny, ale když je klient spokojen tak, že může pokračovat ve svém životě pod vlastní taktovkou – ať už je to spojeno s jeho původními cíli či ne.

Posun směrem k tomu, že se začneme ptát na „nejlepší naděje“ klienta, jak to

dělá BRIEF a další, je krokem od cílů. Cíl je konkrétní věc, která má být splněna (případně do určitého data). Naděje je něco v budoucnosti, něco žádoucího, a přesto nepřítomného (zcela) v tuto chvíli. Tímto je i nejlepší naděje, jen ambicióznější a možná i hůře uskutečnitelná. (Tím se ihned odlišuje od důvodů pro příchod na terapii, ty jsou obvykle v minulosti a nežádoucí.)

Odpovědi na nejlepší naděje, a takové odpovědi nemusí přijít okamžitě, jsou způsobem, jak definovat téma nebo povahu společného projektu. Harry Korman (Korman, 2004) popisoval definování „společného projektu“ – společného mezi klientem a terapeutem – na kterém se



oba dohodnou, že budou chvíli pracovat. Ostatní včetně Michaela Hjertha (in Klingenstierna, 2001) a Jackson & McKergow (2002) popsali tuto fázi jako „platformu“, místo, kde se má stát, když společná práce začíná. Je dobré si připomenout počáteční řeč, kterou Steve de Shazer používal ve svých pozdějších letech: „Neexistují žádné záruky, ale udělám, co budu moci, a doufám, že vy také.“ (Dívající se na klienta, aby získal nějakou kladnou reakci.) Toto nabízí jasnou dohodu – budu s vámi pracovat na vašich nadějích a bude to vyžadovat práci nás obou.

Toto není stanovení cílů. Je to název nebo téma pro práci, které lze okamžitě uvést do praxe položením zázračné otázky nebo škálováním, abychom se mohli pustit do další fáze rozhovoru. Ponechává to vše otevřené změnám a evoluci, jak se věci vyvinou. Jsou-li stanoveny cíle a poté na nich lpíme, i malé cíle nás mohou dostat do vězení s neočekávaným vývojem, což znamená, že to, co bylo původně rozumným cílem, se nyní změní buď ve snadnou procházku, nebo v nespílitelný sen.

PREFEROVANÁ BUDOUCNOST A ŠKÁLOVÁNÍ – STEJNÉ OTÁZKY, RŮZNÉ CÍLE

Diskuse o „preferované budoucnosti“ (den po zázraku, který se obvykle stane ten den v noci) a otázky na škálování dlouho byly a nadále jsou ústředními prvky praxe SF. S přechodem od shromažďování informací kvůli navrhovaným intervencím k vytváření bohatých a podrobných popisů se však mění i cíle těchto metod. Takže terapeut má trochu jiný pohled, když vstupuje do těchto diskusí.

Spíše než naslouchání vzorcům chování, které by se mohly zesílit a opakovat, se

praktikující více zabývá tím, že pomáhá klientovi rozvíjet a obohacovat jeho popisy, zejména pokud jde o interakce. Kdo bude dělat co, v reakci na koho, s jakými drobnými rozpoznatelnými znaky? Všimněte si, jak blízko se to zdá původní myšlenke detailního jazyka z MRI, ale má to jiný cíl. Účelem není rozlousknout celý případ „aha“ momentem, spíše jde o postupné budování detailu, které klienta na konci jaksi nechává na jiném místě – i když se nevyskytne žádný konkrétní „aha“ moment.

OD VÝJIMEK K PŘÍPADŮM – JASNĚJŠÍ ZAMĚŘENÍ NA DISKUSE O MINULOSTI A SOUČASNOSTI

Možná že klíčovým prvkem na začátku SFBT bylo umění nacházet a konstruovat výjimky – situace, kdy se problém měl stát, ale nestal, nebo se stal jen částečně. Opravdu, v roce 1988, kdy byly vydány „Clues“, to byla hlavní strategie pro terapeuta – zázračná otázka a preferovaná budoucnost byly diskutovány pouze v případě, že se nenašly žádné výjimky. Idea byla taková, že existence těchto výjimek

ukázala, že nejenže problém není nevyhnutelný (jak se klientovi často jevil), ale také to, že klient by mohl chytrým jednáním a pozorováním tyto výjimky cíleně generovat. Tím se otevřely dveře ke kontrole a následné redukci problematického chování s klientem, který držel svůj osud pevně v rukou.

Původní myšlenka hledání výjimek – situace, kdy se problém nevyskytuje nebo



se vyskytuje méně – zahrnuje vše kromě toho, kdy se problém vyskytuje v nejhorší podobě. Toto je velmi široká kategorie! V dnešní době je mnohem obvyklejší, že se terapeut nejprve pustí do rozhovoru o preferované budoucnosti, který umožní jinou a lépe definovanou alternativu – „případy“ této preferované budoucnosti, které se zcela nebo částečně odehrávají, nebo minulé události, jež předjímají tuto preferovanou budoucnost. To dává mnohem jasnější zaměření na události, které se netýkají pouze absence nebo omezení problému, ale souvisejí s nejlepšími nadějemi a preferovanou budoucností popsanou klientem. Je to cílenější dotaz, a proto může do konverzace vnést bezprostředně užitečné a relevantní myšlenky. Ostatní (kolegové pozn. prekl.) mohou tyto různé prvky označovat jako „části

lepšího“ (na rozdíl od „částí odlišného“) – a samozřejmě, abychom o tom mohli diskutovat, potřebujeme určité pochopení toho, co „lepší“ v kontextu znamená.

Jedním ze způsobů, jak zahájit takovou konverzaci, je použít klasickou otázku „na stupnici od 1 do 10“, kde 10 je preferovaná budoucnost nebo zrealizované nejlepší naděje (není potřeba úplné znění zářačné otázky, abychom vyvolali klienty zmíněné nejlepší naděje). Klient chvíli přemýšlí a pak může říct „3“ nebo cokoliv jiného. Samozřejmě, další část rozhovoru je „jak to, že jste na stupnici 3 a ne níže?“ – opět klasická SF práce, která se v podstatě nezměnila, kromě nového zaměření na vytváření bohatých popisů spíše než na snahu záměrně pobízet klienta k akci.

ZTRÁTA KOCOVINY Z RODINNÉ TERAPIE

Krátká terapie dle MRI modelu byla vyvinuta stejným týmem z MRI, který vyvinul rodinnou terapii před několika lety (v 50. a 60. letech 20. století). Tato skupina si zvykla na uspořádání a vybavení rodinné terapie – speciální terapeutickou místnost vybavenou jednosměrným zrcadlem, tým terapeutů sedící za zrcadlem (klientem neviděný), telefon pro komunikaci s terapeutem v místnosti s klientem. Běžná rodinná terapie spočívala v tom, že vedoucí terapeut provedl sezení s klientem (možná byl vyzván kolegy, aby položil určité otázky) a poté nechal klienta samotného, zatímco se stáhl do týmové místnosti za zrcadlem. Tam následovala debata o tom, kdo si čeho všiml, jaký druh intervence by mohl být vhodný a jak by mohl být klientovi „prodán“ jako užitečný. Terapeut se poté vrátil ke klientovi a předal mu zprávu na konci sezení, včetně intervence.

Nápad poskytovat komplimenty klientovi se poprvé objevil jako strategický krok

pro tyto zprávy na konci sezení. Někdo si všiml, že vyslovovat klientům komplimenty o nich samotných, o jejich dosavadních řešeních situací, o jejich užitečných silných stránkách a kvalitách generovalo u klientů „ano“ – klienti souhlasili s těmito užitečnými body, a tak byli více nakloněni přijmout intervence terapeutů.

Pokud budeme pokračovat ve zkoumání nové role terapeuta jako podporovatele (elicitor v originále pozn. prekl.) podrobných popisů spíše než tvůrce intervencí, pak následují některé klíčové body:

1. Tým už není potřeba. Rozhovor je pro klienta, aby ho slyšel, a samotný terapeut je toho součástí. Představa, že ostatní sledují, skryti před zraky, se zdá nejen nákladná, ale také poněkud strážidelná.
2. Není tedy třeba přestávky, protože odpadá tvorba intervence a není s kým se poradit. Původní



definice z výzkumu EBTA z roku 1997 zahrnovala přestávku jako jeden ze šesti prvků, které značily, že terapie je správně „zaměřena na řešení“. Časy se změnily.

3. Není stejná potřeba souvislé palby komplimentů jako předehra k prodeji nějakého druhu intervence. To neznamená, že komplimenty jsou zakázány – spíše se jejich účel mění v potenciální přerámování (reframing v originále pozn. prekl.) obtíží a normalizaci výzev a lze je použít kdykoli během sezení.
4. A samozřejmě nedochází k žádné intervenci. Někteří (včetně BRIEF) by dokonce řekli, že jakákoliv konverzace o možných akcích a dalších krocích je zbytečná – klient něco udělá, pokud to uzná za vhodné, a pokud to nebude považovat za vhodné, nemá smysl se na to ptát. Já osobně, pracuji v korporátním prostředí, mohu se tedy klienta stále ptát na

jeho úvahy o možných dalších malých krocích – idea je taková, že je velmi normální dohodnout se v těchto kontextech na krocích do té míry, že někteří lidé předpokládají, že pokud nevyjádřili souhlas s dalšími kroky, pak nemají dělat nic, což není dojem, který chci zanechat. Zaměřujeme se obvykle na to, abychom jim pomohli soustředit se na *malé* kroky, u kterých je mnohem pravděpodobnější, že budou uskutečněny, než na velké kroky, a proto je pravděpodobnější, že přinesou změnu. Cokoliv, toto je nyní nanejvýš lehká závěrečná otázka pro klienty, spíše než komplexní intervence s házením mincí, předstíráním, formulováním úkolů na prvním sezení nebo odlišným jednáním každý druhý den v týdnu a všemi dalšími aspekty, které se objevily v strategické příručce pro rodinnou terapii.

UKONČENÍ SEZENÍ – ŽÁDNÉ ÚKOLY ANI KROKY, VÍCE OCEŇUJÍCÍ SHRUTÍ

Právě jsme viděli, že konec sezení ztratil mnoho z charakteristik, které byly v počátcích považovány za nepostradatelné. Vytrácí se rituál přestávek, komplimentů, i úkolů. Musíme však věci nějakým způsobem zakončit. Tady praktikující mohou využít oceňující shrnutí – ukazují tím, že naslouchali, a nabízí klientům možnost slyšet některé věci, které říkali znovu, možná v jiném pořadí. Jedním ze způsobů, jak přidat další detaily, které mohou klientům pomoci podívat se na menší (a tedy proveditelnější) detaily, je zapojit je do popisu drobných znaků, když (N+1) bylo dosaženo.

Dalším způsobem, jak je zapojit do jakési diskuse o krocích, aniž bychom o krocích

mluvili, je škálovat důvěru klientů. Evan George (George, 2017) nedávno psal o třech způsobech, jak používat škály spolehlivosti na konci sezení:

- Důvěra, že dokážete dosáhnout pokroku ve svých nejlepších nádejích (škála 1–10, po níž následuje diskuse o tom, co pomáhá být tak vysoko). To může být užitečné zejména na konci prvního sezení.
- Důvěra v zachování změn, které jste provedli (škála 1-10, opět následovaná diskusí o tom, co pomáhá, aby věci byly tak vysoko a možná ještě výš). To může být



užitečné, když se terapie chýlí ke konci.

- Důvěra v udržení změny a dosažení „dostatečně dobrého“. Tento koncept „dostatečně dobrého“ může být užitečným způsobem, jak měřit pokrok, nikoli z hlediska dosažení 10, ale spíše podle aktuální zkušenosti klienta.

Jedním z dalších aspektů ukončení sezení v SFBT 2.0 je ještě jasnější závazek nabídnout klientovi rozhodovací pravomoc,

zda by mohlo být další sezení a kdy by pro něj mohl být vhodný čas. Můžeme tedy očekávat méně: „prosím domluvme si sezení na příští úterý“ a více „doufám, že to pro vás bylo užitečné... chtěli byste se vrátit a pokračovat v naší společné práci?“. Steve de Shazer vždy říkal, že terapie by měla zabrat tolik sezení, kolik je potřeba, a ani o jedno navíc, takže bychom měli klientovi pomoci rozhodnout se, zda a kdy se chce vrátit. A pokud si myslí, že už to stačí, pak je to důvod k mírné oslavě.

ZÁVĚR

Na závěr bychom mohli shrnout podobnosti a rozdíly mezi SFBT 1.0 a SFBT 2.0 následovně:

Souhrnná tabulka

SFBT 1.0	SFBT 2.0
Zůstává stejné	
Zaměřte se na to, co klient chce	Zaměřte se na to, co klient chce
Radikální přijetí toho, co klient říká	Radikální přijetí toho, co klient říká
Zázračné otázky a škály	Zázračné otázky a škály
Konkrétní detaily, pozorovatelné popisy	Konkrétní detaily, pozorovatelné popisy
Otázky na zvládnání (pokud je to vhodné/potřebné)	Otázky na zvládnání (pokud je to vhodné/potřebné)
„Co se zlepšilo?“ pokračování	„Co se zlepšilo?“ pokračování
Vypadá jinak	
Zaměřte se na otázky	Zaměřte se na kusy konverzace: „místnosti“, „nástroje“
Otázky k získání informací pro úkoly	Otázky pro vytvoření popisů klienta



Bezproblémové (problem-free v originále pozn. prekl.) povídání	Přímo do „nejlepších nadějí“
Cíle (nejlépe malé)	Nejlepší naděje, změny, které nejlepší naděje přinesou všem dotčeným
Výjimky (z problému)	Případy (záležitostí spojených s nejlepšími nadějemi/preferovanou budoucností)
Komplimenty na konci sezení	Oceňující shrnutí během sezení, bez komplimentů na konci
Přestávka a zpráva při ukončení sezení	V případě potřeby/přání nabídka možnosti dalšího sezení

Zdá se mi, že i když mají tyto dva sloupce mnoho společného, jak explicitně, tak implicitně, existuje dostatek podstatných rozdílů, aby bylo možné je rozlišovat. Zejména role praktikujícího je zcela odlišná, od někoho, kdo by se mohl považovat za zručného mistra vymýšlení úkolů, k někomu, jehož úlohou je pomáhat klientům rozšířit jejich popisy toho, co chtějí. Z dřívějšího pohledu ke změně dojde po sezení, kdy klient odejde a udělá něco jinak (nebo se na něco dívá jinak). Z nového pohledu se důležitá změna děje přímo při sezení, během rozhovoru.

To neznamená, že SFBT 1.0 je špatná, chybná, zastaralá nebo něco podobného. Jsou lidé, kteří ji právě teď aplikují a mají se svými klienty dobré výsledky. Nicméně pokud máme pokročit v SFBT, zdá se, že

musí být jasné, co děláme a co neděláme. Mám podezření, že mnoho praktikujících právě teď pravděpodobně dělá něco z každého sloupce. Současná situace, kdy se vše výše uvedené děje pod stejnou hlavičkou, mi nepřipadá jako šťastné místo pro praktikující, studenty, nebo dokonce výzkumníky. Existuje počáteční výzkum (Shennan a Iveson, 2011) který indikuje, že to, co nazývám SFBT 2.0, je stručnější – a tedy lepší z hlediska estetiky krátké terapie – než zavedenější verze. Existují také zkušenosti – jak moje za několik let, tak i ostatních – že tato novější verze SFBT je efektivní, účinná a ještě elegantnější než předchozí verze. To se samozřejmě musí vyzkoušet. Ale nebude možné to vyzkoušet, pokud ji nebudeme rozlišovat hned od počátku.

Zdroje

1. Bannink, F. (2010). *1001 Solution-Focused Questions*. New York: WW Norton.
2. de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. Guilford Press
3. de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: WW Norton.
4. de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: WW Norton.
5. de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: WW Norton.
6. de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. New York: WW Norton.
7. de Shazer, S., & Berg, I. (1992). DOING THERAPY: A POST-STRUCTURAL RE-VISION*. *Journal of Marital and Family Therapy*.



8. De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. Brief therapy: focused solution development., 25 *Family process* 207–221 (1986).
9. Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Gingerich, W. J. (2011). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford University Press.
10. George, E. (2017). Scaling up our practice. Retrieved April 17, 2017, from <https://www.facebook.com/BRIEF.SolutionFocus/posts/10155063623559976?pnref=story>
11. Iveson, C., George, E., & Ratner, H. (2011). *Brief Coaching: A Solution Focused Approach*. London: Routledge.
12. Iveson, C., & McKergow, M. (2016). Brief Therapy: Focused Description Development. *Journal of Solution Focused Brief Therapy*, 2(1), 1–17.
13. Jackson, P. Z., & McKergow, M. (2002). *The Solutions Focus: The SIMPLE way to positive change* (First edition). London: Nicholas Brealey.
14. Jackson, P. Z., & McKergow, M. (2007). *The Solutions Focus: Making Coaching and Change SIMPLE*. Nicholas Brealey.
15. Klingenstierna, C. (2001). *Lösningfokuserad gruppterapi vid långtidssjukskrivning-en jämförande studie med deltagare sjukskrivna mer än sex månader. (Solution-focused group therapy with long term sickness absence - a comparative study with participants on sick leave more than six*. Uppsala, Sweden.
16. Korman, H. (2004). The Common Project. Retrieved November 24, 2015, from <http://www.sikt.nu/wp-content/uploads/2015/06/Creating-a-common-project.pdf>
17. Macdonald, A. J. (2011). *Solution-focused therapy: Theory, research & practice (second edition)*. Sage Publications.
18. McKergow, M. (2009). Gale Miller: The man behind the mirror behind the mirror at BFTC. *InterAction-The Journal of Solution Focus in Organisations*, 1(1), 78–88.
19. Ratner, H. and Yusuf, D. (2015). *Brief Coaching with Children and Young People: A Solution Focused Approach*. Routledge
20. Ratner, H., George, E., & Iveson, C. (2012). *Solution Focused Brief Therapy: 100 Key Points and Techniques* (Vol. 8). Routledge.
21. Shennan, G., & Iveson, C. (2011). From solution to description: Practice and research in tandem. In C. Franklin, T. S. Trepper, E. E. McCollum, & W. J. Gingerich (Eds.), *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (pp. 281–298). Oxford: Oxford University Press.
22. Trepper, T. S., McCollum, E. E., deJong, P., Korman, H., Gingerich, W. J., & Franklin, C. (2011). Solution-Focused Brief Therapy Treatment Manual. In C. Franklin, T. S. Trepper, W. J. Gingerich, & E. E. McCollum (Eds.), *Solution Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (pp. 20–38). Oxford University Press.
23. Weakland, J. H., & Fisch, R. (1992). Brief Therapy - MRI style. In S. H. Budman, M. Hoyt, & S. Friedman (Eds.), *The First Session in Brief Therapy* (pp. 306–323). Guilford Press.
24. Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13(2), 141–168.

McKergow, M. (2016.) SFBT 2.0: The next generation of Solution Focused Brief Therapy has already arrived, *Journal of Solution Focused Brief Therapy* vol 2 no 2 pp 1-17

Překlad: Tomáš Matjaž Zídek, Ústav filosofie a religionistiky, Univerzita Karlova, Praha, Česká Republika



Do redakce přišlo 8. 11. 2022 (po uzávěrce)

Do tisku zařazeno se souhlasem autora textu, který byl v originále uveřejněn v Journal of Solution Focused Brief Therapy vol. 2 No 2 pp. 1-17

Souhlas autora:

Hi Tomáš,

*Thanks for getting in touch and for seeking to clarify this. I think there is nothing to worry about. First of all **the articles are produced under a Creative Commons licence and can be reproduced as long as the link to the original is properly cited**. Second, the author retains the copyright, and I am very happy to give you permission to publish the translation.*

Please send a link when it is published so we can help to share. Thank you!

Cheers,

Mark



VĚDA KRÁTCE



4 LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

RADKIN HONZÁK: PŘINESL COVID HIKIKOMORI?

Co je to covid, víme všichni až příliš dobře.

Hikikomori je japonský termín označující jedince, kteří se z různých důvodů vyhýbají lidské společnosti.

Podle průzkumu japonského vládního úřadu z roku 2010 se počet hikikomori pohybuje okolo 700 tisíc. Velký nárůst počet hikikomori zaznamenal během pandemie covidu-19. Dle úřední definice je hikikomori člověk, který se ve svém domově (často jen pokoji v domě svých rodičů) izoluje od lidské společnosti na dobu delší než šest měsíců. Většinou nemají jiný psychopatologický problém. Podle posledních údajů je tam však stále častější sociální fobie a příznaky OCD okruhu, které jsou relativně dobře léčitelné po přerušení izolace.

Publikace shrnující problematiku. **Saito Tamaki: Hikikomori. Adolescence without end. Univ. Massachsets Press, 2013.** Autor se věnuje odloučení delší dobu a název „hikikomori“ je jeho vynálezem.

Autor vydal knihu v japonštině v roce 1998, pak ji dodatečně přepracoval a v předmluvě k poslednímu vydání zdůrazňuje, že se nejedná o specificky japonský fenomén, ale že je to jev rozšířený po světě a jen v důsledku rozličných kultur se projevuje jinak. Na Západě jsou to především mladí bezdomovci.

Většina postižených jsou na počátku introverti. Chlapci, často prvorození, byli hodnoceni jako „hodní“ a dívky „nevyžadující mnoho péče“. Většina z nich neměla „rebelující fázi“ během adolescence. Někteří byli výstavním vzorem střední



školy, někteří vynikali ve sportu. Není zde jasně definovaná premorbidní osobnost, až na to, že jde o osobnosti nezralé. Co je však nápadné, většinu hikikomori (do angličtiny překládání jako withdrawal a do češtiny jako odloučení) tvoří muži narození v rodinách, kde jsou vysoce vzdělaní rodiče ze střední a vyšších sociálních tříd.

Často je zde těžce pracující otec, který nemá čas na rodinu a hyperprotektivní matka. Není výjimkou, že i nejbližší příbuzní patří k workoholikům a tak podvědomě vyvíjejí tlak ve smyslu „výkonu“ jako nejcennější hodnoty na dítě a adolescenta.

Velmi často je prvním krokem opuštění školy. Jakmile se jedinec ocitne na nějakou dobu ve stavu odloučení, je cesta zpět velmi obtížná. Postižený se uzavírá ve svém pokoji, ve dne spí a v noci je aktivní ve virtuální realitě, občas v tuto dobu vychází, aby nakoupil. Odloučení vede k tenzi v rodině a nezřídka k projevům agrese a násilí. Někdy se u jedinců v odloučení objevují obsesivně kompulzivní symptomy, někdy strach z lidí (anthropofobie) a léčení je pak o to složitější. Trvání odloučení je různě dlouhé, nejdelší, které zmíněný autor poznal, trvalo déle než 10 let.

Pro okolí včetně vlastní rodiny se tito mladí lidé jeví jako líní a bez zájmu o práci a tak velmi často dochází ke konfliktům, které se mohou týkat i anamnestických skutečností. Zajímavé je, že odloučení lidé se nenudí (na rozdíl třeba od Oněgina), přestože pokud nespí, celý den nic nedělají.

Neštěstím je, že ačkoliv by tady mohly být instituce pro léčbu, že tu prakticky nejsou. Rodiny se snaží řešit situaci po svém. Zvenčí není na koho jiného se obrátit než na psychiatra, který ale zaujímá také odtažené stanovisko s tím, že „se nejedná o chorobu“. Další komplikace vychází z

toho, že je nezbytné, aby dotyčný jedinec chtěl něco dělat. A metodologický problém vychází ze skutečnosti, že nejde o specifický problém jedince, ale o široce založenou sociální patologii, která ve svých důsledcích postihuje rodiny. Psychiatři by mohli být nápomocní, ale dosud se jejich společenství nedopracovalo k žádnému konsenzu.

Odloučení není formou osobního „výstřelku“, který odezní. Také s jeho klasifikací jsou problémy, nelze ho klasifikovat jako určitý „syndrom“, spíše jde o syndrom procházející celou společností. Po celou dobu více než deset let nemá autor pocit, že by postižených jedinců ubývalo, spíše jich mírně, ale trvale přibývá.

KAZUISTIKA

Padesátiletý muž, bezdětný, osamoceně žijící několik let bez partnerky, trpící idiopatickým střevním zánětem, který byl po léčbě na gastroenterologii úspěšně zvládnut a pacient byl několik posledních let bez příznaků. Po covidovou dobu pracoval dva roky z domova, jediný osobní kontakt udržoval se svým bratrem, což mu vyhovovalo. Nyní musí začít docházet do práce (jeho oddělení je jediné z celého komplexu, které toto vyžaduje, protože vedoucí má osobní problémy, které řeší tímto způsobem), což ho denervuje, protože nesnáší věčné diskuse „o ničem“. Patrně ani požadavek na pracovní režim s příchody a odchody a dodržení pracovní doby.

Nástup do práce a zatím (kdovíjak) úspěšně skrývané nepřátelské postoje vůči vedoucí vedou k nárůstu anxiózně depresivní symptomatologie a předrážděnosti v zaměstnání, střevní obtíže se zatím projevují jen funkčně (průjmy při důležitých jednáních a nutnost v takových případech odejít z domova bez snídaně). Pracovní neschopnost se nejeví jako řešení, protože by byl bez problémů



nahrazen (nabídka pracovních sil tohoto typu je větší než poptávka), navíc svou práci má rád a je dobře placen.

Současně bilance středního věku, partnerku nemá, děti nemá, svůj život cítí jako nenaplněný, během pobytu doma se znovu rozvinuly OCD příznaky, kontroluje zamykání dveří (před několika lety byl byt vykraden, ale kontrolních příznaků se zbavil). Interpretaci, že rozvoj OCD uspíšila izolace, protože člověk je tvor sociální a potřebuje „lidi“, přijímá přinejmenším ambivalentně.

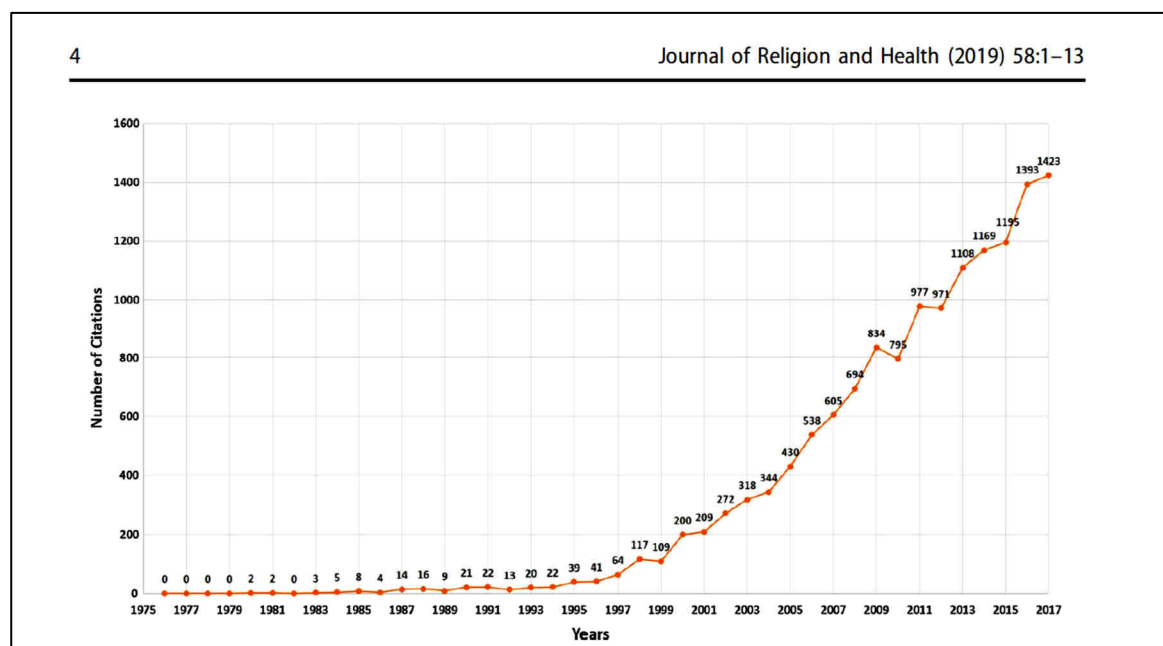
Do redakce přišlo 30. 6. 2022
Konflikt zájmů není znám.
K tisku zařazeno 24. 10. 2022

Podle mě patří do skupiny lidí, jimž práce z domova vyhovovala víc než práce v jednom prostoru, a je otázkou, jak se k těmto osobám (je jich podle odhadů okolo 25 %) posudkově postavíme. Je to výzva jak k diagnostice, tak k terapii. Můj pacient se cítí v pasti a obávám se, že somatická choroba to vyřeší. Ačkoliv mohl ode mne mít neschopnost (v nejhorším případě až do důchodu a mezitím hledat místo), dosáhne důchodu přes gastroenterology v důsledku řady chronických somatických problémů.

SPIRITUALITA V MEDICÍNĚ



Zájem o vliv spirituality a religiozity na zdravotní stav stále stoupá, jak dokládá graf znázorňující počet citací takových prací:



Není pochyb o tom, že toto číslo v posledních letech významně narostlo, protože obecně platí, že po každé katastrofě spiritualita i religiozita v postižené oblasti narůstá a tentokrát byl (a je) pandemií covidu postižen v podstatě celý svět.

Spiritualita je vnitřní dynamický aspekt humanity směřující k nalezení účelu a konečného smyslu vlastního života, dosažení transcendentu a nalezení svého vztahu se všemi a se vším na světě. Spiritualita je vyjadřována prostřednictvím víry, tradice, hodnot a praktikování. Religiozita v podobě náboženství je hledání těchto významů v kontextu organizovaného společenství. Spirituální péči se rozumí uvědomění si spirituálních potřeb pacientů a zařazení jejich syčení do standardní péče o těžce nemocné.

Vzhledem k tomu, že evidence based medicine vyžaduje tvrdá data, je velmi záslužný článek T. A. Balboniho a spolupracovníků přinášející metaanalýzu prací na toto téma otištěných od ledna 2000 do dubna 2022. Z 8946 článků obstálo v přísných kritériích 371 prací. Kromě všech metodických kritérií byl finální soubor podroben Delphské metodě. Ta je expertní, resp. prognostická metoda skupinového hledání řešení. Spočívá v tom, že skupina expertů vytváří odhady a prognózy nezávisle na sobě, přičemž výstupy posléze shrnuje prostředník. Ty pak distribuuje pro další kola. Používají se standardizované dotazníky posílané i elektronickou poštou. Postup se opakuje tak dlouho, dokud nedojde k přibližné shodě účastníků (tak to říká Wikipedie a není proč o tom pochybovat).

Jejím výsledkem bylo celkem osm shod vztahujících se k závažným onemocněním podpořených seriózními důkazy:

- spiritualita je významnou potřebou většiny těžce nemocných pacientů;
- spirituální potřeby jsou všeobecné;
- spirituální péče je pacienty často vyžadována;
- spirituální péče je málokdy požadována na zdravotnicích;
- spiritualita hraje roli v závažných lékařských rozhodnutích;
- spiritualita je do léčebné péče zřídka zařazována;
- nenaplněné spirituální potřeby jsou spojeny s horší kvalitou života;
- poskytování duchovní péče je spojeno s lepšími výsledky u pacientů na konci života.

Z výsledků prověřených publikací plynou tyto zásadní požadavky:

- 1) je žádoucí, aby se spiritualita stala nedílnou součástí péče o vážně nemocné;
- 2) je žádoucí, aby se spiritualita stala součástí výcvikových programů osob, které budou pečovat o těžce nemocné pacienty;
- 3) je žádoucí zařadit specialisty spirituálního působení do týmů pečujících o těžce nemocné.

Zdroj: Balboni T. A. et al.: Spirituality in serious illness and health. JAMA, 2022;328(3):184-197

Praha 14. srpna 2022

Radkin Honzák



I VIRY MAJÍ SVOJE UŠI. VIRY JSOU SICE MRŇAVÉ, ALE VELICE ZDATNÉ.



Viry patří k nejmenším mikroorganismům, jsou daleko menší než bakterie. Je jich známo něco přes deset tisíc druhů a předpokládá se, že je jich mnohem víc. Jsou všude. Někaký poetický vědec je pojmenoval „jmelím na stromu života“, protože se samy neuživí ani nerozmnoží, Potřebují – podobně jako jmelí strom – nějakou buňku, jejíž energie využívají. Když se jim daří, v buňce se namnoží, pak ji doslova výbuchem roztrhnou a putují do dalších buněk, které využívají stejným způsobem. Pokud jim v tom imunitní systém nezabrání, propuká touto cestou virové onemocnění.

Podobně jako bakterie jsou viry hodné a špatné. Tenhle text je o hodném viru, který se jmenuje bakteriofág a napadá a ničí bakterie. Zblízka vypadá jako nějaké kosmické zařízení připravené ke startu, s několika nohama, válcovitým tělem nad nimi a krystalovou špičkou, která obsahuje to nejdůležitější – dědičnou hmotu, která se v těle napadené bakterie rozmnožuje.

Vědci z University of Maryland Baltimore County vedení profesorem Ivanem Erillem sledovali, jak se chová bakteriofág, který napadá bakterie z rodiny Caulobacterales. Tyto bakterie jsou dvojího typu: zaprvé jsou to pohyblivé buňky rojové („plavci“) a za druhé stabilně usazené buňky stonkové („stonkaři“). Plavci mají na těle drobné řasy zvané pili a dlouhý bičík, který jim umožňuje pohyb, a tak se bakterie mohou setkávat a pářit se. Stonkaři sedí na povrchu buněčných struktur

a co se týče rozmnožování, čekají na plavce, nebo se dělí sami.

Bakteriofág může napadat pouze plavce, na stonkaře nemá. Zato má čidla, která ho upozorňují, že se bakterie rozmnožují tím, že se dělí. Bakterie pro vytvoření pili a bičíku potřebují protein zvaný CtrA. Tento také rozhoduje o tom, zda se bakterie bude dělit ve dvě stejné, nebo zda z jedné buňky vzniknou dvě rozdílné. Mnoho studií ukazuje, že bakteriofág má vazebná místa, kterými se k CtrA připojuje, a tak do buňky bakterie proniká.

Nový článek ukazuje, že mnoho fágů závislých na přívěsku, tedy bičíku, má ve své DNA místa, na která se může připojit protein CtrA, tzv. vazebná místa. Fág, který má vazebné místo pro protein produkovaný jeho hostitelem, je neobvyklý, říká vedoucí laboratoře profesor Erill. Ještě překvapivější je, že Erill a první autor článku Elia Mascolo, Ph.D. student v Erillově laboratoři, pomocí podrobné genomické analýzy zjistili, že tato vazebná místa nejsou jedinečná pro jediný fág nebo dokonce jedinou skupinu fágů. Mnoho různých typů fágů mělo vazebná místa CtrA – ale všechny vyžadovaly, aby jejich hostitelé měli vlákna nebo bičíky, aby je infikovali. Nemohla to být náhoda, rozhodli se.

Protože fágy mohou infikovat pouze rojové buňky, je v jejich nejlepší zájmu vybuchnout ze svého hostitele pouze tehdy, když je k dispozici mnoho rojových buněk k infekci. Schopnost monitorovat hladiny CtrA „byla během evoluce



několikrát vynalezena různými fágů, které infikují různé bakterie“, říká Erill. Když vzdáleně příbuzné druhy vykazují podobnou vlastnost, nazývá se to konvergentní evoluce – a naznačuje to, že tato vlastnost je rozhodně užitečná. „Předpokládáme, že fágů monitorují hladiny CtrA, které během životního cyklu buněk stoupají a klesají, aby zjistili, kdy se z rojové buňky stává stonková buňka a stává se továrnou na rojení,“ říká Erill, „a v tu chvíli buňky prasknou, protože poblíž bude mnoho rojů, které by se mohly infikovat.“

Vědci předpokládají, že tuhle vlastnost bude možné využít při vývoji nových antivirotik.

Zdroj: Elia Mascolo, Satish Adhikari, Steven M. Caruso, Tagide deCarvalho, Anna Folch Salvador, Joan Serra-Sagristà, Ry Young, Ivan Erill, Patrick D. Curtis. **The transcriptional regulator CtrA controls gene expression in Alphaproteobacteria phages: Evidence for a lytic deferment pathway.** *Frontiers in Microbiology*, 2022; 13
DOI: [10.3389/fmicb.2022.918015](https://doi.org/10.3389/fmicb.2022.918015)

SMÍ VĚDA DĚLAT VŠECHNO, CO UMÍ? A NEMĚLA BY RADĚJI DĚLAT, CO JE TŘEBA?



SYNTECKÉ EMBRYO S MOZKEM A TLUKOUCÍM SRDCEM, VYROSTLÉ Z KMENOVÝCH BUNĚK

Vědecký tým v Cambridge vedený profesorkou Magdalenou Zernickou-Goetzovou vytvořil umělý plod myši z jejích kmenových buněk, bez použití spermií a vajíček. Použili tři typů buněk, každý pro jiný systém; z jednoho se vyvíjely tělesné orgány, z dalšího výživu poskytující žloutek a z posledního placenta. Tým dosáhl toho, že zárodek (embryo) má pracující srdce a základy mozku. Výsledky byly publikovány v prestižním časopise Nature: <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05246-3>

Kmenové buňky mají schopnost vyvinout v jakýkoliv typ dospělých buněk a jejich studium slibuje řešení řady onemocnění, jehož podstatou je, že buňky postižené tkáně odumírají. Kmenové buňky spolu vzájemně komunikují jak pomocí chemických signálů, tak mechanicky a jsou schopné samy tvořit vše podstatné pro strukturu tkáně. Jak je vidět, jsou schopné vytvořit umělého jedince.

Nepochybuji, že to, co nám nabízejí kmenové buňky, představuje úžasný pokrok v medicíně. Otázka je, zda bude koho



lécit. A zda na to budou finanční prostředky. Populační imploze (opak exploze) postupuje v Evropě systematicky a odvíjí se od rozpadu rodiny. K tomu dochází v důsledku vysoké zaměstnanosti žen, odsouváním těhotenství až do krajních let, sexuálně nabitou reklamou a adorací konzumu, vynikající ekonomickou situací umožňující rozvod těch manželství, pro něž rodina představovala kromě citové a reprodukční hodnoty rovněž ekonomickou stabilitu. „*Blahobyť vytváří citovou chudobu, která je horší než chudoba finanční, a nelze ji vyřešit penězi*“, uvedla ve své studii Melanie Phillips (Phillips M: *America's Social Revolution*. London, Civitas The Sunday Times, 2001).

Nejsou k dispozici funkční prorodinné programy, naopak, dosavadní sociální podpora státu má za následek snadnější odchod jednotlivých členů od rodiny. Příspěvky na děti vedou k nárůstu populace nižší ekonomické úrovně s nižším intelektuálním potenciálem, zatímco matek s VŠ vzděláním ubývá. Státy nadále tímto způsobem investují, místo porodnost podporujícího odpočtu daní na dítě. To, že stav populace v ČR je stabilní, není již řadu let dáno českou natalitou, ale přistěhovalectvím. To ale většinou nepředstavuje „brain drain“ ze zemí, jichž se to týká.

Za pár dní půjdou děti do škol. Ptejme se, kolik z nich má jen jednoho tatínka a jednu maminku, kteří žijí v pohodě v jedné domácnosti, kolik z nich má sourozence? Děti, které nemají možnost vyrůst ve stabilní rodině, nemají pevný základ, ani vzor a je otázka, nakolik budou za pár let ještě méně než dnešní generace ochotné zakládat funkční rodiny. Umělý život to nevyřeší.

Překlad z Featured Genetics Neuroscience 27. srpna 2022

Shrnutí: Výzkumníci vytvořili modelová embrya z myších kmenových buněk, které už mají tlukoucí srdce, mozek a základ pro další orgány. Nový model poskytuje budoucím výzkumníkům nový způsob, jak vytvářet a zkoumat nejranější fáze vývoje.

Vědci z University of Cambridge vytvořili modelová embrya z myších kmenových buněk, které tvoří mozek, tlukoucí srdce a základy všech ostatních tělesných orgánů – novou cestu k obnovení prvních fází života.

Tým vedený profesorkou Magdalenou Zernickou-Goetzovou vyvinul model embrya bez vajíček a spermií a místo toho použil kmenové buňky – hlavní buňky těla, které se mohou vyvinout v téměř jakýkoli typ buňky v těle.

Vědci napodobili přirozené procesy v laboratoři tím, že vedli tři typy kmenových buněk nalezených v raném vývoji savců do bodu, kdy začnou na sebe vzájemně působit. Vyvoláním exprese konkrétní sady genů a vytvořením jedinečného prostředí pro jejich interakce byli vědci schopni přimět kmenové buňky, aby spolu „mluvily“.

Kmenové buňky se samy organizovaly do struktur, které procházely po sobě jdoucími vývojovými fázemi, až jim tloukla srdce a základy mozku, stejně jako žloutkový váček, kde se embryo vyvíjí a získává živiny v prvních týdnech. Na rozdíl od jiných syntetických embryí modely vyvinuté v Cambridge dosáhly bodu, kdy se začal vyvíjet celý mozek včetně přední části.

Toto je další bod ve vývoji, než dosud bylo dosaženo v jakémkoli jiném modelu odvozeném z kmenových buněk.



Tým tvrdí, že jejich výsledky, které jsou výsledkem více než desetiletého výzkumu, jenž postupně vedl ke stále složitějším strukturám podobným embryu, a které byly dnes zveřejněny v časopise *Nature*, by mohly pomoci výzkumníkům pochopit, proč některá embrya selhávají, zatímco jiná se vyvíjejí ve zdravé těhotenství. Kromě toho by výsledky mohly být použity jako vodítko pro opravu a vývoj syntetických lidských orgánů pro transplantaci.

„Náš model myšního embrya vyvíjí nejen mozek, ale také tlukoucí srdce, všechny složky, které tvoří tělo“, řekla Zernicka-Goetz, profesorka vývoje savců a biologie kmenových buněk na katedře fyziologie a vývoje v Cambridge:

„Je neuvěřitelné, že jsme se dostali tak daleko. To byl sen naší komunity po celá léta a hlavní těžiště naší práce po desetiletí, a nakonec jsme to dokázali.“

Aby se lidské embryo úspěšně vyvíjelo, musí existovat „dialog“ mezi tkáněmi, které se stanou embryem, a tkáněmi, které spojí embryo s matkou. V prvním týdnu po oplodnění se vyvinou tři typy kmenových buněk: jedna se nakonec stane tkání těla a další dva podporují vývoj embrya.

Jeden z těchto typů extraembryonálních kmenových buněk se stane placentou, která spojuje plod s matkou a poskytuje kyslík a živiny; a druhý je žloutkový váček, kde embryo roste a odkud získává živiny v raném vývoji.

Mnoho těhotenství selže v okamžiku, kdy si tři typy kmenových buněk začnou navzájem vysílat mechanické a chemické signály, které embryu říkají, jak se má správně vyvíjet.

„Tolik těhotenství selhává v této době dříve, než si většina žen uvědomí, že jsou

těhotné,“ řekla Zernicka-Goetz, která je také profesorkou biologie a biologického inženýrství na Caltech. „Toto období je základem všeho dalšího, co po těhotenství následuje. Pokud se to nepovede, těhotenství selže.“

Během posledního desetiletí skupina profesorky Zernicka-Goetz v Cambridge studovala tato nejranější stadia těhotenství, aby pochopila, proč některá těhotenství selhávají a některá jsou úspěšná.

„Model embrya kmenových buněk je důležitý, protože nám poskytuje přístup k vyvíjející se struktuře ve fázi, která je před námi normálně skrytá kvůli implantaci malého embrya do matčiny dělohy.“

Zernicka Goetz dodala: „Tato dostupnost nám umožňuje manipulovat s geny, abychom pochopili jejich vývojové role v modelovém experimentálním systému.“

Aby vědci řídili vývoj svého syntetického embrya, dali dohromady kultivované kmenové buňky, představující každý ze tří typů tkání ve správných proporcích a prostředí. Šlo o to podpořit jejich růst a vzájemnou komunikaci, aby se nakonec samy sestavily do embrya.

Vědci zjistili, že extraembryonální buňky signalizují embryonálním buňkám chemickými signály, ale také mechanicky neboli vzájemným dotykem, čímž řídí vývoj embrya.

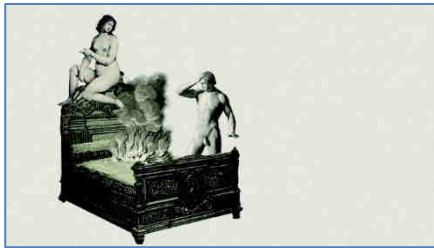
Amadei, G., Handford, C. E., Qiu, C. et al. Synthetic embryos complete gastrulation to neurulation and organogenesis. *Nature* (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05246-3>

RH

Do redakce přišlo 28. 8. 2022



MIKROBIOM A DEPRESE (VÝTAH ČLÁNKU)



Jde o metaanalýzu 26 vybraných klinických prací.

Střevní mikrobiom je významnou součástí našeho metabolismu. Předpokládá se, že ve střevě žije něco kolem 10¹⁸ druhů mikroorganismů, převážně anaerobních bakterií. Střevní mikrobiom je odpovědný za střevní peristaltiku, zpracování potravy a vstřebání živin. S mozkem komunikuje obousměrně a nepochybně ovlivňuje celou řadu dějů, především stres, úzkost a depresi.

Deprese představuje významný zdravotní problém a je popisována jako snížení a zhoršení emočního naladění, ztráta sebejistoty a apatie. Deprese je důsledkem mnohočetných interakcí od individuální genetiky až po faktory prostředí. Velká depresivní porucha patří k nejčastějším zdravotním problémům světa a podle údajů WHO postihuje přibližně 350 milionů lidí. Dosavadní nálezy ukazují, že střevní mikrobiom ovlivňuje centrální nervový systém přes mechanismy neurogeneze, nervové přenosy, funkci mikroglie a řízení behaviorálních funkcí ve stresu. Tyto děje ukazují na význam mikrobů. Při depresi je také dysregulace neuroendokrinních a neuroimunitních mechanismů. Významnou roli sehrává zánět. Více než 20 % pacientů se zánětlivými střevními poruchami (IBD – Inflammatory Bowel Diseases) trpí depresivními obtížemi a poruchami spánku.

Studie zaměřené na vztahy mikrobiomu a CNS jsou šlágrm posledních let.

Nicméně do budoucna musí být více propracované. Ať už jde o vztahy mikrobiomu a CNS, nebo o účinky probiotik, včetně jejich nežádoucích účinků. Ani dosavadní studie u hlodavců nejsou dostatečně přesvědčivé.

Následuje omáčka, co všechno je potřeba; výsledkem je, že v této chvíli je potřeba všechno. Poté jsou nabídnuty tři stránky údajů, jak autorka a spol. procedili zachycených 2984 pramenů až na metodicky čistých závěrečných 26. (Zajímavé je, že chybí přehledný článek Capuco A, et al., Gut microbiome, dysbiosis and depression. Current pain and headache reports, 2020;34:36. To je můj přídavek.)

Po povinné vatě o prosívání příspěvků přichází diskuse. Ta zahajuje tím, že ve střevě máme něco přes 100 bilionů mikrobů. Je tedy apriori jasné, že v tomto kvantu je těžké se orientovat. Znovu jsou uvedeny všechny funkce mikrobů s přídavkem udržení nepropustnosti střevní stěny. Jestliže je narušena tato bariéra, pronikají do organismu nežádoucí látky (alternativci mluví o „děravém střevu“, my vznešení máme termín „leaking gut“). V posledních letech je studován vliv dysbiózy na zdravotní stav a na mozkové funkce, potažmo na emoce a kognitivní funkce, což je podloženo obousměrným spojením. Přestože souvislost dysbiózy a deprese je známá, je třeba ještě sestavit míru a směr kauzality, co tedy je první a co důsledek. U hlodavců vede transplantace stolice depresivních jedinců k rozvoji



deprese. Na druhé straně, hlodavci ve stresu mají celkové snížení střevního mikrobiomu.

Mikrobiom a deprese. Jakékoliv změny ve složení mikrobiomu vedou ke zvýšení koncentrací liposacharidů (LPS) z membrán mikrobů. LPS mají prozánětlivý účinek. Zvýšená produkce cytokinů působí na zakončení bloudivého nervu, který v mozku působí na hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osu (HPA). Další teorie uvádí, že zánětlivá reakce ve střevech vyvolá zánětlivou odpověď v CNS. Ta pak aktivuje mikroglie, které zvyšují kynureninovou cestu metabolismu tryptofanu a snižují tak hodnoty serotoninu, nehledě k neblahým účinkům metabolitů kynureninu. V humánních studiích se prokazuje vliv mikroflóry na depresi. Použití probiotik má příznivý účinek na mozkové procesy. Nicméně jsou potřebné další studie, zejména ke zjištění nežádoucích účinků. Při běžném provozu organismu i při stresu jsou bakterie významnými řídicími mechanismy směřujícími různými cestami k neurogenezi, nervovým přenosům (=neurotransmise) a dalším.

Citlivým duším doporučuji následující odstavec přeskočit. Existuje test nuceného plavání (FST – Forced Swimming Test), kdy se myš hodí do válce s vodou. To nebohé zvíře se nějakou dobu snaží plavat a dostat se ven, když ale zjistí, že to je na nic, zaujme nehybnost (immobility period), kdy v souladu s Archimedovým zákonem vystrčí jen čumáček nad vodu a jinak zůstává pasivní. Tato fáze nehybnosti se považuje za projev zoufalství, a tedy za ekvivalent deprese. Myši se tímto způsobem trápí z nejrůznějších důvodů, nejčastěji ke zkoušení antidepresiv, která by měla imobilní interval zkrátit. Vědci zjistili, že myši s odstraněním střevního mikrobiomu (GF = Germ Free) mají kratší periodu imobility, jinými slovy jsou aktivnější a méně depresivní. (Můj dodatek k tomu: GF myši jsou mnohem

šmejdivější, v novém prostředí přestane běžná myš po patnácti minutách pátrat po okolí, zatímco GF pobíhají ještě po hodinu.)

Mikrobiom depresivních lidí vykazuje jiné charakteristiky než zdravých. Převládají v něm Firmicuti, Bacteriodeti a Aktinobakterie. Počítá se však také s individuální reakcí genomu a mikrobiomu. Významné jsou zánětlivé procesy. Při nich stoupá koncentrace neurotransmiterů a objevují se změny v psychice. Do mozku ale přichází celá řada dalších signálů: cytokiny (=interleukiny), antibiotika, signály ze zakončení bloudivého nervu a další.

Zánět a deprese. Lidé trpící různými zánětlivými procesy trpí častěji depresí. Zhoršení stavu u nemocných s IBD vede ke zhoršení deprese, což ukazuje na dysregulaci osy mikrobiom – CNS. Ve hře jsou nepochybně také cytokiny. Nastupuje circulus vitiosus, kdy jedno zhoršení podmiňuje druhé a vice versa. K posílení negativních vlivů zánětu mohou dále přispívat genetické faktory, další patogeny a mechanismy stresu spuštěného zevními vlivy. K tomu nesprávné stravovací zvyklosti s vynecháním potřebných živin a nedostatek aktivního pohybu (aerobní cvičení, chůze). To vše zhoršuje depresi. Stresové vlivy ovlivňují negativně mikrobiom a ten zase působí neblaze na mentální i tělesné funkce. Je žádoucí řešit jak depresi, tak zánět, pokud se obě poruchy vyskytnou společně. U IND stoupá prevalence depresí a obojí působí oxidativní a nitrosativní stres.

Některé typy diet mohou zlepšit průběh deprese, příkladem je dieta středomořská. Složení stravy výrazně ovlivňuje endokrinní, imunitní i trávicí systém. Jedna studie zjistila, že západní typ diety přispívá k dysbióze. Vysokotuková strava vede nejen k obezitě, ale také k dysbióze s dalšími negativními důsledky tohoto



stavu. Příslušnou úpravou diety a přidáním probiotik můžeme ovlivnit jak depresi, tak úzkost, uvádí jedna klinická studie. Zjištění další studie naznačují, že laktobacily a zánět mohou být odlišně spojeny s poruchou nálady prostřednictvím mozkových mechanismů, které jsou základem sebehodnocení a kognitivní empatie. Více laktobacilů je spojeno s lepší náladou a zánět se snížením nálady a empatie.

O prospěšnosti středomořské diety existuje množství studií, které však nejsou dostatečně velké, aby mohly být považovány za závazné. Navíc není vyloučen placebo efekt z očekávaného zlepšení při změně stravy. Nicméně všechny dosaďadní studie zatím nedokazují, že by dysbióza byla hlavním příčinným faktorem vzniku deprese. Četné studie v rámci demografického výzkumu zdůraznily, že výsledky v oblasti zdraví a úmrtnosti u ženatých a vdaných osob jsou lepší než u svobodných, a to zejména v případě mužů. Tato studie naopak upozorňuje na zvýšené riziko partnerů, kteří žijí nezdravým stylem a tak se navzájem negativně ovlivňují udržováním poruch v rodině.

Následují dvě stránky stručných výpisů ze zásadních klinických studií. Čtyři z nich prokazují na pozitivní korelace mezi psychickým zdravím a mikrobiomem ve smyslu zdravý mikrobiom – méně

depresí, jedna práce přináší negativní výsledky a jedna zpochybňuje výsledky dosavadních studií.

Literatura také zdůrazňuje význam individuální odolnosti/nezodolnosti (resilience), jejíž dobrá úroveň posiluje imunitu. Mechanismy pravděpodobně spočívají v absenci stresové odpovědi na řadu zátěžových situací. Odolnost se pravděpodobně váže k určitému imunofenotypu. Ten však není konstantní, a tak se z méně odolných lidí mohou stát osoby vzdorující všem nepřízním a bohužel tenhle proces může běžet i naopak.

Až poznáme lépe všechny mechanismy vzájemného působení, budeme moci sestavit optimální stravovací strategie a také se vyhnout molekulám, včetně léků, které mikrobiom poškozují. Zdá se, že protizánětlivá medikace je výhodná nejen u IBD, ale také u depresí. Je vhodné ovlivnit nejen behaviorální projevy, ale také zánětlivé děje. Jeden ze závěrů zní (verbatim): Although promising, gut microbiome have a long way to go.

Zdroj: LIMBANA T., KHAN F., ESKANDER N. (AUGUST 23, 2020) GUT MICROBIOME AND DEPRESSION: HOW MICROBES AFFECT THE WAY WE THINK. CUREUS 12(8):E9966. DOI 10.7759/CUREUS.9966

22. října 2022

RH



TOLERANCE NEJISTOTY U LÉKAŘŮ: VÝZNAMNÉ A OPOMÍJENÉ TÉMA



Za stejných přesně definovaných fyzikálních a dalších životně důležitých podmínek se lidský organismus chová, jak chce. Platí to ve zdraví, tím spíše v nemoci. Medicína je proto profesí zatíženou vysokou mírou nejistoty, počínaje znalostí konkrétního zdravotního stavu pacienta, v jeho optimální léčbě a také míry pacientovy spolupráce. S touto nejistotou se každá a každý z nás srovnává svým jedinečným způsobem. Svou roli hrají osobnostní charakteristiky, závažnost situace, klinická zkušenost, ale také zařazení v týmu či samostatná aktivita. To vše a mnoho dalších faktorů se podílí na míře tolerance nejistoty.

Nejistota s sebou zákonitě přináší zvýšené napětí až stres, starosti a u mnoha lidí úzkost, strach, pocit bezmoci a někdy i beznaděje. Řada prací dokazuje, že se významně podílí na rozvoji syndromu vyhoření. Je proto nanejvýš žádoucí zmapování této problematiky a zavedení preventivních i kurativních opatření. Je to významné i proto, že nejistí lékaři, kteří tuto nejistotu špatně snášejí, se s tím většinou skrývají jako s nežádoucí slabostí a ztrátou profesionální kompetence.

Autorský tým oslovil celkem 2172 lékařů sdružených v Massachusetts General Physician Organisation, což je jedna z největších lékařských organizací v USA. Respondenti odpovídali na 18stránkový

po internetu zasílaný dotazník (cca 30 minut) a jejich odpovědi byly placené – za ztracený čas – podle délky praxe od 166 do 833 US dolarů, návratnost byla proto vysoká, a to 93 %. Tolerance nejistoty byla zjišťována jedinou otázkou: „Nejistotu týkající se mé péče o pacienty vnímám jako znepokojující (disconcerting).“ Míru znepokojení zachycovali respondenti na patnáctibodové škále. Tu pak statistici porovnávali s řadou dalších údajů, mezi jinými i s Maslach Burnout Inventory (MBI), měřící úroveň vyhoření.

Vyhořelých bylo podstatně více u těch, kteří špatně tolerovali nejistotu ve srovnání s těmi, kteří to zvládali dobře: 49,4 % vs. 23,5 % ($p < 0,001$). Stejně významné pak byly rozdíly v jednotlivých okruzích MBI; ti nejistí méně rádi chodili do práce, měli horší situaci v kariérní oblasti, byli méně uspokojováni v práci a měli vyšší míru vyčerpání. Tím se potvrzuje souvislost nejistoty se syndromem vyhoření

Z dalších podstatných a pro praxi jistě zajímavých výsledků uvádím: nižší tolerance nejistoty byla u žen (OR = 1,23), u lékařů pracujících v první linii, tedy u praktiků (OR = 1,56), dále souvisela s délkou praxe, ti s delší měli OR = 0,99, absence zkušeného rádce u těch, kteří měli



kratší praxi (OR = 1,25) a konečně u syndromu vyhoření (OR = 3,06).

Autoři zdůrazňují souvislost vyhoření a pohody s mírou tolerance nejistoty, doporučují větší péči lékařům méně zkušeným a s kratší praxí a dále těm, kteří se věnují pacientům s širokým spektrem obtíží a poruch, tedy praktickým lékařům. Co nebylo v textu uvedeno a co považuji za důležité, je neagresivní a podpůrná

forma supervize formou balintovské skupiny...

ZDROJ: SIMPKIN BEGIN A., ET AL.: FACTORS ASSOCIATES WITH PHYSICIAN TOLERANCE OF UNCERTAINTY. AN OBSERVATIONAL STUDY. J. GEN INTERN MED, 2021;37(6):1418-1421

Radkin Honzák



ETIKA A SPIRITUALITA



5. LABYRINT SVĚTA A RÁJ SVĚTA. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

MAGDALENA E. JEŽKOVÁ: SPIRITUÁLNÍ ZAKOTVENÍ JAKO FAKTOR ZDRAVÍ – OSOBNÍ KAZUISTIKA

Helen Flanders Dunbar(ová), absolventka teologické fakulty a významná osobnost psychosomatické medicíny, považovala náboženství za sjednocující sílu v osobním životě a silně akcentovala jeho vliv na uzdravování i osobnostní rozvoj.

V posledních zhruba deseti letech jsem si prošla konverzí, pod duchovním vedením rozvinula svou osobní spiritualitu, zakotvila se v křesťanské tradici a přijala v katolické církvi křest. V době těsně po křtu jsem byla frekventantkou dvouleté sebezkušenostní skupiny pod vedením MUDr. Aleny Procházkové-Večeřové a MUDr. Radkina Honzáka a i vzhledem k tomu, že

je to můj osobní zájem, myslím, že mám tuto dobu dobře reflektovanou. Při ohlédnutí zpět si jsem jistá, že započatá a žitá cesta osobní víry je tím nejlepším prostředkem k (mému) plnohodnotnému dospělému (rozuměj zralému) a zdravějšímu životu.

Proto nabízím svou osobní kazuistiku pro umožnění vhledu do možných osobnostních proměn. Nevím, zda je má cesta univerzálně platná nebo přenositelná do života jiných lidí. Tento text není návodem, jak řešit problémy osobní nebo našich pacientů. Jeho ambicí je položení otázek „Co pro mě znamená spiritualita?“ „Kde čerpám energii pro svůj život?“, popř. „V



jaké podobě patří spirituální témata do rozhovoru (věřícího) psychosomatického

lékaře s pacientem?“ u čtenářů tohoto textu.

VÝCHODISKA

Mé hodnotové zakotvení se mimo rodinu formovalo nejvíce ve skautském oddíle. Ten se ve svých myšlenkových základech odkazoval ke křesťanství a vedl všechny své členy k službě světu: /ekologická témata, nebýt lhostejný k bezpráví/bližním /být přítelem všech lidí/ i sobě samému /neublížovat si, všestranný rozvoj/. Život jednotlivce vztahuje ke společenství a k hodnotám, které nás přesahují, ale pro přijatelnost v českém prostředí je nenávě Bůh, ale nejvyšší pravda a láska.

Potřebu životní opory nezávislé na lidech jsem poprvé silně pocítila v době, kdy jsem byla hospitalizována s desetiměsíční dcerou čtyři týdny na oddělení dětské ortopedie, kde probíhala distrakce pro subluxaci kyčle (dolní končetiny dítěte byly přes závaží postupně roztahovány do abdukce tak, aby došlo ke správnému zakloubení).

V nemocnici se akcentovalo mé úzkostně-depresivní ladění, nezralost a nesamostatnost. Sáhla jsem si na velkou úzkost a obavy o zdraví dítěte hospitalizovaného i druhé dvouapůlleté dcery, které jsem bez varování zmizela a ona mě při návštěvách odmítala. Úzkost budilo poznání, že život nemám ve svých rukách, že mé plány a nalinkovaný čas nemusí dojít naplnění. Navenek jsem myslím působila jen emočně labilně, vše jsem si introvertně odžívala sama v sobě a vytěsňovala činnost.

Nekontrolované emoční výbuchy ale následovaly pocity viny za selhání, za to, že nejsem schopná být dobrou matkou ani člověkem, nedokážu být svým dětem oporou a sobecky mám strach hlavně o sebe. V té době jsem nebyla schopna tento svůj

vnitřní stav nikomu sdělit. Styděla jsem se za něj.

Při hospitalizaci mi docházelo, že to celá sama nezvládnou, stále neschopna přiznat cokoli i svému nejbližšímu podporujícímu okolí. Někdy v těchto dnech jsem poprvé zažila pocit „nejsi tady na to sama“. Tam někde na nemocničním lehátku jsem se rozhodla, že jestli Bůh existuje a já mohu o pomoc požádat vyšší moc, zkusím to. Druhou variantou byla pro mě v tu chvíli těžce představitelná psychiatrická péče.

Začala jsem se intuitivně modlit, text modlitby Otčenáš jsem znala z divadelní role a postupně jsem dále přidávala prosby hlavně za zdraví svých dětí a své.

Distrakční léčba končila artrografií, která měla rozhodnout o tom, zda dcera bude potřebovat ortopedickou operační repozici (ta ve mně budila obrovský strach), nebo zda se bude pokračovat v konzervativní terapii. Když dceru v analgosedaci odváželi na vyšetření, snad poprvé v životě jsem pocítila hluboký pokoj. Že bude dobře a že zvládnou vše, co bude potřeba. Dcera po vyšetření pokračovala v konzervativní léčbě.

Mé úzkosti, emoční labilita a pocity viny trochu oslabily, ale rozhodně nezmizely a provázely mě ještě řadu let. Nevztahovaly se jen ke zdraví mých blízkých, při nízkém sebevědomí bylo důvodů k jejich častému vzplanutí hodně.

V intuitivní modlitbě, prosbám za východisko z aktuálně řešených situací, jsem pokračovala každodenně. Trvalo mi dva roky, než jsem byla schopna jít a zeptat se



na to, kdo je Bůh, katolického kněze. V mé původní rodině se na církve a víru hledělo jako na nástroj moci a manipulace lidmi, vertikální rozměr života se příliš nepřipouštěl. Musela jsem si vyargumentovat řadu předsudků, které jsem měla s vírou a s katolickou církví spojených.

Absolvovala jsem kurz základů víry a dále individuální vedení v duchovní cestě. Přijala jsem nejprve srdcem a až v druhé řadě rozumem, že Bůh je osoba, která je tajemstvím, jež nejsme schopni plně pochopit, a zároveň tím, kdo nás ve všech situacích přijímá a má rád právě takové, jací jsme. Umí odpustit a zcela odpouští naše provinění vůči sobě, vůči druhým i vůči hodnotám, které nás přesahují. A že cestou osobní víry je toto v plnosti přijímat.

Do mého života začal postupně víc a víc proudit klid a vyrovnanost. Postupem času se obrousily ostré hrany viny, za to, jak ubližuji svému okolí. Získala jsem náhled na to, kým nechci být, a sílu odevzdat a odpustit si selhání. A je jich snad čím dál méně. Víc tuším, co to je láska. Co asi znamená milovat, přijímat druhého bez podmínek a chtít dobro druhého. Každý den se ji učím dávat lidem okolo sebe. Žiju, že život je dar ve svém hlubokém smyslu, který si ale běží tak, jak on chce; já ho mohu trochu posunout směrem, který mi přijde dobrý, ale události, co mě potkají, nemám ve svých rukách. Ty jsou v rukách Božích a ten to s námi myslí dobře. Žiju, že unést v klidu se dá vše. Tak, jak o tom svědčí osobní příběhy věřících v těžkém prostředí totalitních režimů, ve vězení, nevléčitelně nemocných... Už se nebojím budoucnosti, ať přinese cokoliv.

Velmi mě nese každodenní osobní modlitba, čtu duchovní literaturu (fascinující

jsou pro mne texty na pomezí teologie a psychologie – o ctnostech, neřestech, svědomí – a to od středověkých mistrů i současných autorit a dále křesťanská mystika), vyhledávám duchovní rozhovory. Do kostela na mši chodím ráda – je mi velmi často kompasem, jak lépe rozlišovat, co je dobré. Nedostávám jasné odpovědi na to co si myslet nebo jak žít, spíš podněty k promýšlení, co já sama považuji za správné, a informaci, jak se k dané konkrétní situaci staví křesťanská tradice. A setkávám se při ní s Tím, který nás přesahuje a záleží Mu na každém z nás. Pokud mě tíží má selhání, navštěvuji svátost smíření (zpověď), kde formuluji a odevzdávám přešlapy, kterých jsem si vědoma. Z ní poté odcházím lehčí a většinou s úsměvem na rtech. Navštívila jsem vícedenní duchovní cvičení v klášteře. Čas věnovaný ztišení, ohlédnutí, bytí sama se sebou.

Můj život zdaleka není procházkou růžovou zahradou, jak by se z výše uvedeného mohlo zdát. Řeším řadu osobních problémů, jsem matkou tří školních dětí, v září 2020 jsem na zelené louce otevřela svou vlastní ambulanci praktické lékařky.

Delší dobu trpím nespavostí, která má zcela jistě psychosomatický základ. Pro úplnost doplňuji, že jsem si to po dlouhém čase dovolila a poslední měsíce užívám na podporu spánku malou dávku trazodonu. Jinou farmakoterapii jsem nikdy neužívala. Řadu problémů nejsem v současné době schopna vyřešit, a je tedy potřeba je hlavně unést.

Víra a zakotvení v Bohu, křesťanské spiritualitě, mi ale přináší sílu, pokoj, vyrovnanost, možná statečnost, občasně hlubokou klidnou radost. A já věřím, že i trochu štěstí a ochrannou ruku ve všem, co zrovna dělám.



ZÁVĚR

Je tomu právě 10 let od doby hospitalizace mé dcery na ortopedii. Zcela jistě bych dnes byla někým jiným než v době hospitalizace, i kdybych cestu víry neobjevila. Já jsem ale za ni každý den vděčná. Za možnost podělit se s Tím, který mě přesahuje, o starosti všedních dní, i třeba o potíže mých pacientů. Za možnost poděkovat za vše dobré, co život přináší. Každý den se něco najde. Necítím se na všechno dění sama. Cítím se bezvýhradně přijímaná. Toto vše většinově neodvím od postojů svých blízkých a nekladu tak na ně přemrštěné nároky. Den za dnem odhaluji, kým chci být a postupně se mi odkrývá cesta, kudy jít.

Svou zkušeností potvrzuji výsledky studií, které ve svém textu Některé psychosomatické aspekty spirituality a religiozity (PSYCHOSOM 2021; 19 (2)) zprostředkovává MUDr. R. Honzák: Víra je významným zdrojem zklidnění, naděje a životního smyslu. A dále tamtéž: Věřící a

spirituálně založení jedinci lépe snášejí nepřízeň osudu, mají více pozitivních emocí, spokojenosti se svým životem a pocity štěstí. Jejich výhodou je naděje, optimismus, vědomí životního smyslu, lepší sebevědomí a to, co bychom dnes označili jako vnitřní lokus kontroly.

Opakuji z úvodu, nevím, jestli je má cesta přenositelná nebo terapeuticky univerzálně platná. Svou spiritualitu slovně ve své práci nedeclaruji a ani nikoho ze svých pacientů nekonfrontuji s duchovními otázkami. Občas mám pocit, že by podobné zakotvení některým i pomohlo, ale nevím, jak otevřít, a také si myslím, že to do ambulance praktické lékařky (zatím) spíše nepatří.

Při otvírání psychosomatických otázek jsem ale přesvědčena, že osobní spiritualita své místo má. A proto nabízím část svého příběhu.

Do redakce přišlo 9.8.2022
K tisku zařazeno 15.10.2022
Konflikt zájmů není zájmů není znám

Autorka:

MUDr. Magdaléna E. Ježková (*1982), absolventka 2. lékařské fakulty.



Založila jsem Henotes s.r.o. (řecky jednota) a od roku 2020 provozuji vlastní ambulanci praktické lékařky v Dobříši. Jsem členkou Společnosti psychosomatické medicíny, ráda studuji psychosomatické texty, účastním se vzdělávacích akcí a jsem absolventkou sebezkušenostní skupiny katedry Psychosomatiky IPVZ. Jsem matkou 3 dětí, skautkou a ráda jezdím na koloběžce. Kontakt: lekar@praktikdobris.cz, tel. 737 882 600.



KOMENTÁŘE:

Věřím na příběhy. Život každého z nás je příběh, ať už ho žije Cyrano, Kolumbus, nebo hrdina Čapkova Obyčejného života, je tu příběh Jobův i Kainův, je tu příběh o tom, jak Einstein dostal nápad a příběhy o tom, k čemu všemu jeho nápady vedly. Je tu příběh Kristův.

Znám příběh, který – pokud se nestal – je dobře vymyšlený (spíš to bude ta druhá alternativa). Zbožný muž přišel do nebe a sám Bůh ho uvítal a zeptal se ho, zda má nějaké přání. Muž pravil, že by ho zajímala stopa jeho života. Bůh mu ji ukázal a muž konstatoval, že jde o dvojici stop.

„Ty druhé jsou moje“, řekl Bůh.

„Ale v nejtěžších chvílích mého života ty druhé stopy nevidím. Tys mě opustil!“

„Mýlíš se, synu, v těch chvílích jsem tě nesl.“

Každý jdeme svou cestou života, hledáme a nalézáme: vědomosti, peníze, moc, radosti, ale také bezmoc, utrpení, úzkost, depresi a beznaděj. Se všemi těmito druhotnými zkušenostmi přichází vyšší poznání, otevřenější stav mysli, který někdo objeví a někomu zůstane utajen a zahrnut řadou bezvýznamností.

Magdalena se propracovala ke spiritualitě v těžkých chvílích úzkostí. Připomeňme, že i Kristus trpěl úzkostí v zahradě Getsemanské. Její prosba ale nebyla oslyšena, ať už to přičteme stavu jejího dítěte, zručnosti lékařů či dobrotě Boží. To hlavní, co s sebou tyhle chvíle přinesly, bylo otevření spirituální oblasti psychického života. V příběhu Magdina života se objevil nový rozměr, který s neobyčejnou pokorou a kázní kultivovala.

Profesoři Baylorovy univerzity v USA Paul Froese a Christopher Bader napsali v roce 2010 zajímavou knihu s názvem: *America's four Gods* (Čtyři Bohové Ameriky). Ta kniha vznikla v době, kdy Amerika, tedy USA, byla ještě dost vnějškově spirituálně orientovaná. První, absolutně většinový Bůh, je něco jako šerif. Něco jsi provedl, tady máš za ucho! Druhý nejvíce rozšířený je Bůh vyšlý z víry černých otroků: Tady na zemi zlo zůstává nepotrestáno, ale potom!!! Třetí, distanční, je něco jako mořská želva, která snese vajíčka a dál se o to nestará a odplouvá. Čtvrtý je Bůh laskavý, který dobře ví o našich slabostech, a proto umí odpouštět.

Hlásím se k tomu čtvrtému a myslím, že s ním mám dobré vztahy, protože mi občas řekne: „Vole, cos to zas udělal za kravinu?!?“ a já se zamyslím nad svým počínáním. Myslím, že jsme s Magdalenou jedné víry, protože od okamžiku, co jsme se poprvé jako spolek navzájem neznámých lidí potkali, jsem z ní cítil pevnost, sílu a energii.

Jsem poctěn, že k jejímu příběhu jsem směl připojit pár řádků. Spirituální rozměr nás obohacuje sám o sobě i v setkávání s pacienty a pomáhá nám (určitě) a jim také, pokud nabídka k tomuto otevření přijmou.

29. 6. 2022

MUDr. Radkin Honzák CSc.



Magdalena, šťastná to žena, si objevila základ integrity, totiž princip. Kontakt s Ním jí umožňuje neztrácet se v peripetiích a smysluplně, tedy i radostně, prožívat každou aktualizaci života.

Principem jejího života je Princip. Je Živý, protože je to Život sám. Je vždy a všude k nalezení, především ale hic et nunc se jí dává slyšet: Dobře, že jsi.

18. 7. 2022

Mgr. Karel Satoria OCSO, katolický kněz



ÚVAHY, ESEJE



6. LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

RADKIN HONZÁK: ÚVAHA O AGRESI A VÁLKÁCH A TAKÉ O NEPŘÍTELI

Přirozený stav je válka všech proti všem. Thomas Hobbes

Osudem a možno říci pracovní náplní mýtů je padat.

Padl mýtus o hodných opičkách, když Jane Godallová zjistila, že kmeny šimpanzů mezi sebou krvelačně válčí, přičemž nejčastějším důvodem je teritorium nebo únos samic. Nejsou to jenom bezprostřední reakce, ale „takticky“ vymyšlené válečné výpravy.

Tyto bitky přerostly pak v sedmdesátých letech minulého století ve skutečnou, čtyři roky trvající válku, označovanou jako „válka v Gombe“ (Tanzanie). Zní to trochu jako počátky české státnosti.

Původní klan šimpanzů se po smrti vůdce rozpadl do dvou skupin, Kaskela (ta původní) a Gahama (odštěpená), které se záhy rozrostly a začaly mezi sebou soupeřit. Nejprve šlo o klasické potyčky na hranicích teritoria. Záhy to přerostlo v dlouhotrvající konflikt, který začal tím, že parta útočnicků ze skupiny Kaskela napadla spokojeně se krmícího samce ze sousední skupiny v jeho teritoriu a ubila ho k smrti.

Nájezdy z Kaskely pokračovaly, skupiny útočily ze zálohy a v přesile (když útočníci nebyli v přesile, neútočili, což byla také strategie bratra Žižky). Když byl zabit



bojovníky Kaskely samec, který v původní nerozdělené skupině stál dost vysoko, ale pak přešel ke konkurenci, šimpanzi z Kaskely to oslavovali bubnováním, házením předmětů do vzduchu a radostnými pokřiky. Válka skončila po čtyřech letech, kdy byl zabit poslední samec ze skupiny Gahama a skupina Kaskela obsadila celé území. V Čechách takhle skončili Slavníkovci a Přemyslovci ovládli trůn na dlouhou dobu.

Stanislav Mihulka (<https://www.osel.cz/9876-brutalni-valku-simpanzu-v-gombe-pohanela-touha-po-moci-ambice-a-zarlivost.html>) je toho názoru, že brutální válku šimpanzů v Gombe poháněla touha po moci, ambice a žárlivost. Touha po moci je přirozená snaha vyšplhat se na sociálním žebříčku co nejvýš, protože agrese ve skupině se řídí zákonitostmi padajícího výkalu. Sedět na vrcholu je pochopitelně nejvýhodnější. Nicméně Mihulka zjistil, že vědecký tým, který vedl Joseph Feldblum z Dukeho univerzity, ve snaze zmapovat příčiny šimpanzí války zpracoval dlouhodobé poznatky Godallové a dospěl k závěru, že počátky války doutnaly již jedno desetiletí před jejím vypuknutím. Vedoucí samci rivalizovali již před rozpadem skupiny. Výsledkem války bylo, že ze skupiny Gahama zbyly všehovšudy tři samice. Jak se sluší na lidské poměry, „odpadlíci“ byli také – sice ne tak primitivně – zlikvidováni; například Trockij skončil s cepínem v hlavě. Takový nástroj šimpanzi neměli.

V národním parku Loango u Gabonů byl zaznamenán také útok šimpanzů na gorily. Strategie byla podobná. Když byli v přesile, vrhli se na skupinu goril, která se marně bránila a nakonec se dala na útek. Dvě gorilí mláďata, která nestačila utéct, šimpanzi zabili.

Zatímco na šimpanze to prasklo, o gorilách se ještě dlouho věřilo, že si při útoku

vystačí se symbolickým předváděním bez tělesného ublížení. Ale ve střední Africe, když se setkají agresivnější gorily z hor s mírumilovnějšími gorilami z nížin, dojde k projevům nepřátelství a nezřídká k boji.

Agresi máme reflexní, spuštěnou nebrzděnými impulzy z amygdaly: Když nám někdo šlápne na nohu nebo do nás strčí, oženeme se. Hájíme nejen tělo, ale i svůj osobní prostor. Dokonce – stejně jako naši příbuzní – teritorium. Zde fungují jenom emoce. Jedna z teorií rozvoje našeho druhu říká, že před třemi miliony let něco v naší galaxii vybuchlo tak, že radiace zasáhla celou galaxii. Jejím následkem mohla být mutace, která u člověka snížila tuhle reflexní agresi (i reflexní agresivitu), takže mohl začít vytvářet větší společenství než jednu tlupu, což mělo za následek lepší výkonnost.

Pak máme agresi predátorskou – to je tygr na lovu, kdy s emocemi významně kooperuje také kognitivní čili rozumová složka určující strategii, i když řada prvků jednání je instinktivních. Nicméně lovící tygr se musí orientovat a udělat řadu „výpočtů“, aby jeho jednání bylo úspěšné. U tygra se tato agrese uspokojí zabitím antilopy, u člověka se zaměřuje na jedince, majetek, území, ideologii, moc. Co se týče agresivity jakožto pohotovosti k agresi, je člověk snad na nejvyšším stupni pomyslného žebříčku, ačkoliv brutalita šimpanzů také není zanedbatelná.

Přesto jsou odborníci, kteří jsou toho názoru, že „agresivita“ jako taková není vlastností (trait) na rozdíl například od úzkostnosti. Na druhé straně je tu asi jedno procento populace s absencí strachu, pro které by odborníci rádi zavedli znovu pojem „psychopat“. Neznajíce strachu a jemu přiměřených pocitů, nemají v tomto směru žádnou empatii a mnoho prvků jejich jednání je vůči okolí agresivních, i když oni sami to za agresi nepovažují.



Typická je v tomto ohledu výpověď pachatelky, která se pokusila získat peníze v bance: „Já nechápu, proč ta ženská brečela a proč se třásla. Já jsem tedy měla revolver, ale chtěla jsem jen peníze a ona kolem toho spustila takovou scénu“. Takoví lidé zcela postrádají pocity lítosti nad čímkoliv, co udělali, chybí pocity viny, jakkoliv důsledky jejich činů mohou být tragické a z hlediska nezúčastněného hodnoceny jako hrůzné. Takový člověk naprosto klidně a chladně prohlašuje, že se necítí vinen, necítí ani potřebu se událostmi nějak zabývat. „Podívejte se na to reálně,“ řekl muž, který svou oběť ztloukl do bezvědomí. „On stráví pár měsíců v nemocnici a já budu pro tři stovky tvrdnout v kriminále celé roky. Kdybych ho chtěl zabít, byl bych ho podřízнул. Já jsem jen potřeboval prachy, no chápete to?“ Takhle racionalizují všechno své antisociální chování, eventuálně je zcela popírají a obviňují kdekoho jiného. Litovat dokážou jedině sebe a vinu nacházet pouze na okolí.

Psychopat má neobyčejně vyvinuté manipulativní schopnosti. Přesvědčivě předstírá své plány, do nichž vplétá ostatní osoby, je-li konfrontován se zcela odlišnou pravdou, dovede se z toho bleskově vylhat. Nic ho nevyvádí z míry, naopak, výsledkem řady navzájem si odporujících prohlášení je nakonec zcela zmatené okolí. Umí perfektně využít pravidla sociální psychologie, že při prvním setkání, ale později také, je vřelost hodnocena nejvýše ze sledovaných charakteristik a její předstírání mu vynáší. Působí důvěryhodně a ví, jak to maximálně zneužít.

Soudní znalec, který byl přítomen jednání, mi vylíčil, jak evidentní pachatel přesvědčil soudce, že jeho žena si obličej o zeď rozmlátila sama, aby ho poškodila a zničila mu pověst.

Agrese je jednání; ne jenom úvahy, ale činy. Přímá agrese je řev, zastrašování a

činy, nepřímá agrese se může projevit jako odmítnutí spolupráce. Agresivní afekt může být často vyvolán pocitem ohrožení. Agresivní pacienti bývají často frustrovaní, někdy si chtějí něco vynutit. Na místě jsou v takovém případě komunikační dovednosti a existuje i manuál, jak se chovat při napadení pacientem. Agrese pod vlivem psychotropní látky patří už do oblasti psychiatrie. Mně se nechtěně opěradlem křesla podařilo spustit poplachové zařízení a moc se mi líbilo, že ochranka napřed zdvořile zaklepala na dveře.

Významná je reakce napadeného. Klasický je příběh vlka číslo 13 z Yellowstoneho parku. Ve smečce, kterou badatelé sledovali, bylo jedno nejslabší mládě s označením vlče číslo 13. Jednou smečku napadl medvěd a vlci se dali na útěk. Vlče číslo 13 bylo poslední, a když už je medvěd doháněl, zastavilo, otočilo se a zaujalo agresivní postoj. Medvěd se snad lekl, protože se obrátil a odešel. Vlk s číslem 13 se později stal dlouholetým úspěšným vůdcem vlčí smečky.

Agrese válečná se odehrává pod nejrůznějšími ideologiemi, hesly a prapory, jednou s křížem, jednou se lvem, jednou s hvězdou. Jak řekl mistr tohoto umění, pruský generál Carl von Calauzewitz, válka je pokračováním politiky. (V tom se s ním shoduje i Eric Berne, který řadí válku do kategorie svých „her“.) A jak řekl jiný klasik: Po celé moderní dějiny Rusko buď ve válce je, nebo se na ni chystá. I pro nás ale platí: Si vis pacem, para bellum. V roce 1938 byly za podivuhodný dvacet let trvající rozhádaný slepenec zvaný ČSR ochotno položit životy statisíce mužů. Jsem si jist, že pokud by byla vyhlášena dnes mobilizace, chovali by se naši muži jinak, ač se mají v současné vlasti x-násobně lépe, než tomu bylo za první republiky. Stačí se podívat, kolik kompetencí přenechali občané státu a nakolik stát



intenzivně řídí naše životy od narození do smrti.

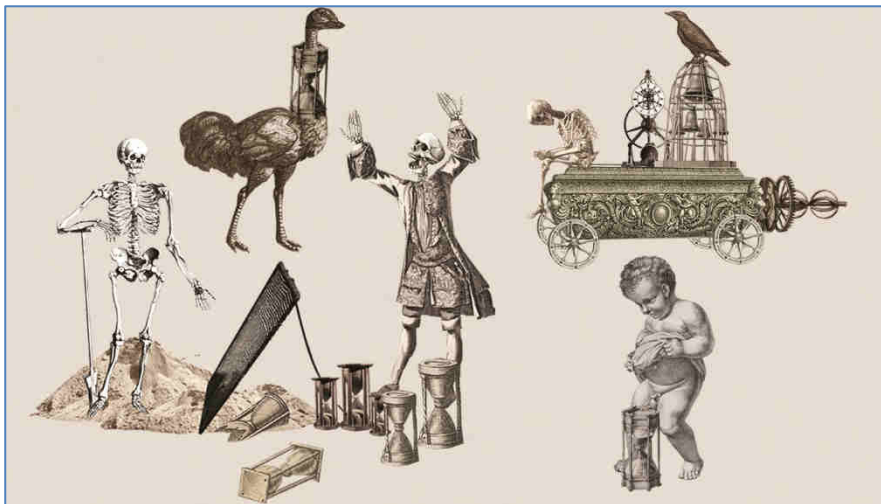
Agrese je intencionální s cílem ublížit nebo zničit, zaměřená na věci, na život, na hodnoty. Nacisté v Lidicích zničili i hřbitov, aby po vesnici nezůstalo ani památky. Při válce mezi státy nebo jinými velkými útvary je nejprve cíl své agrese upřesnit a zdůraznit rozdíl mezi „my“ a „oni“. My jsme dobří, oni jsou jiní a špatní (othering). Z vlastní populace je třeba udělat masu a provést „deindividuaci“ člověka. Splynutím s masou nastává u lidí i dehumanizace a v anonymitě jsou schopni brutálních činů, které by sami nikdy neudělali. S aktivitou vůdců a chytlavých myšlenkových konceptů nakvétají jako přesvědčení agresivní ideologie.

Z nepřítele je třeba udělat stvůru, jejíž likvidace bude požehnáním nejen pro nás, ale pro celou Zemi. Exemplárním příkladem je konečné řešení židovské otázky. Nicméně i v současné době je napadený národ označen jako méněcenný a řekněme si upřímně, že cílem Putina je dnes dobytí Ukrajiny a její rusifikace. Ukrajinci mají být podle Stalinoва vzoru rozstrkáni do různých oblastí a tam splynout s ruskou většinou nebo poruštěni doma.

Evropská unie, ani NATO, nejsou ideálními organizacemi. Buďme však rádi, že jsme v tomto klubu. Ti, kteří zažili srpen 1968, to ocení dvojnásobně.

Praha – 24. září 2022

STANISLAV KOMÁREK: ENANTIODROMIE – CO JEN TO MŮŽE BÝT?



Slovo „enantiodromie“ (řecky enanti-dromia) bývá do češtiny překládáno jako „protiběh“ a používá se v praxi poměrně zřídka. Je to škoda, protože jev jím označovaný potkáváme dnes a denně a

většinou si jej vůbec neuvědomujeme. Ne že by se jednalo o objev posledních let, právě naopak. Ač slovo samo pochází patrně až od Stobaia, pozdně antického autora, už na úsvitu řecké filosofie se s



úvahami na toto téma setkáváme, zejména u Hérakleita Efeského (6.–5. století př. Kr.), například: „*Studené se ohřívá, horké se ochlazuje, vlhké se vysušuje a vyschlé se zvlhčuje.*“ Nově pak pojem enantiodromie zavedl pro účely poznání dynamiky duševních procesů C. G. Jung. V české tradici mu odpovídá tak nejspíš přísloví „*Odříkaného chleba největší krajíc*“. Známy čínský diagram propletení principů jin a jang ukazuje, že v každém z nich je už zárodek toho opačného, či lépe řečeno každá věc a doba už v sobě nese semínka svého vlastního zániku.

V lidských záležitostech dochází k pravému opaku chtěného tím dříve, čím více se „tlačí na pilu“, s čím větší urputností se při uskutečňování cílů postupuje. Neustálým přiživováním jednoho konce polárního páru, který máme za jediný správný, vyvoláváme kdesi ve skrytu růst toho druhého. Někdy trvá celý proces staletí, jindy léta, ba i jen měsíce – tedy v záležitostech států či celých kultur, u lidských jedinců je tato změna „ode zdi ke zdi“ mnohdy ještě kratší. Nacistické Německo už po dvanácti letech dosáhlo toho, že namísto kýžené světovlády „nordického nadčlověka“ následovala jeho totální porážka a pes od něj kůrku nevzal. Sovětský svaz namísto ráje pracujících pro ně poměrně brzy vybudoval peklo, v zásadě nové otroctví. Po pádu komunismu nejvíce lákal volný trh, nejstrašnější nepřítel plánovaného hospodářství a největší kacířstvo pro marxistickou teorii, v raných „devadesátkách“ neustále vzývaný a připomínaný. Utažené viktoriánství vedlo nakonec k sexuální revoluci, která přerůstá před našima očima opět v nový puritanismus. I snaha inkvizice vyvrátit Dávla z kořene a odhalit jeho exponenty ve společnosti teprve zavedla skutečné ďábelskosti do praxe. V 19. století Evropa vtrhla do Afriky pod heslem poevropštění tohoto kontinentu – to se v

některých aspektech zdařilo a zdá se, že v 21. století půjde kyvadlo do opačné úvratí a hojnou imigrací dojde k afrikanizaci Evropy.

Leč nechme historických příkladů a poohlédněme se po minulosti zcela nedávné – poslední dva roky jsou bohatým skladištěm enantiodromií, často uskutečněných takřka v rekordním čase. Covidová kolektivní psychóza jich přinesla věru mnoho: touha po největší jistotě přešla v největší nejistotu, sofistickovaná proorganizovanost v dezorganizaci, přemrštěná úcta i k nejbizarnějším „právům“ jednotlivce v eklatantní neúctě i k těm základním, největší svoboda přešla skokově do bezpodmínečné poslušnosti rozkazů, možnost letět kdykoli na Kergueleny v nemožnost opustit i okres, touha udělat život bezpečným a klidným jej díky surrealistickým pravidlům učinila riskantním i pohnutým. Náhle se stala největší preopatrnost a největší zbabělost nejvyšší ctností, v pozdním podzimu 2021 by se Kubiš s Gabčíkem jevíli jako extrémně neodpovědní hazardéři, kteří kvůli jalové osobní ctižádosti a falešnému hrdinství ohrozili celý národ, lpí jim na rukou krev tisíců a po právu se jim nakonec stalo. Zdálo se, že medicínsko-průmyslový komplex se svým paternalistickým stylem uvažování převezme v západních společnostech natrvalo moc.

Ale netrvalo dlouho a kyvadlo se rozběhlo opačným směrem – přišel 24. únor 2022 a ruský útok na Ukrajinu. Pouhé zeslabení průběhu epidemie by k tomu nestačilo (když se jednou vytvoří kontrolní a potlačovatelský aparát, běží většinou setrvačností dlouho, aniž potřebuje skutečné podněty: v sovětském Rusku vrcholilo odhalování a likvidace „špiónů a sabotérů“ v roce 1937, kdy už tam dávno žánní nebyli). Heroismus, poplivaný nejen ve svých extrémních formách, ale i v náznacích drobné každodenní kuráže, najednou stoupl vysoko v ceně.



Osmdesáté výročí atentátu na Heydricha už se slavilo se vši pompou a parádou. Z Ukrajiny přišly tisíce a tisíce neočkovaných osob s rozmanitými viry a najednou to bylo jedno. Na kontinentě, kde jsme se předtím museli bát jeden druhého a fantazirovali o úplném vymýcení Smrti, se najednou zabíjejí, mrzačí a trýzní v zajetí (často bez nejbazálnější lékařské péče) desetitisíce mladých a zdravých lidí s teoreticky předlouhou životní expektancí a tatáž média, která nás předtím děsila náznakem sebemenší zdravotní nejistoty, o tom reportují bezmála v duchu sportovního fandovství a nadšení.

Vliv médií v enantiidromických obrazech je veliký, a to už od časů kazatelen a tištěných „oběžných listů“ dávných dob. V současnosti je samozřejmě zcela extrémní a věc je tím zajímavější, že v západní společnosti dnešního typu nejsou nijak centralizovaná, ba že v nich není ani mnoho výrazných osobností, jako třeba v novinářství 19. věku. Jedná se o anonymní sílu, která se sama, centrálně neřízena, jako táhnoucí hejno sledů formuje do víceméně jednotného proudu, byť rozhodujícím faktorem je míra sledovanosti, a tudíž rozrušení a zneklidnění prostřednictvím přinášovaných zpráv. K tomu patří i příklánění se k radikálním řešením situace, kterou chápou vždycky jako krajní. Jinak je to ale síla slepá, řekněme jako mořský příboj, který to, co před chvílí v

písku nakreslil, bez paměti následně maže. Stejná síla, která vynesla „virobarony“ ke slávě a klíčovému vlivu, je rychle opustila, když našla nový, zatím „neotahaný“ zdroj vzrušení. I tento aspekt světa, na médiích pouze mimořádně dobře patrný, zmíněný Hérakleitos znal: „*Svět je hrající si chlapec, dětské království...*“, zní jeden z možných překladů. Nelze si nezapomenout i na dalšího z dávných mudrců, Anaximandra, ještě o něco staršího: „*Z čeho je věcem vznik, to se jim stává i zánikem...*“

Trochu mě mrazí při pomyšlení, jaké cíle euroatlantská civilizace po dlouhá desetiletí sledovala (svoboda, mír, blahobyť, rovnost, neustálý růst, volnost pohybu, nenásilnost, dlouhý život) a k jakým koncům by podle naznačené logiky mohlo naše snažení, prováděné s obrovským úsilím, dojít. Naděje lidí po kousnutí do ovoce stromu poznání ve smyslu „budete jako bohové“, tolik šířená třeba Hararim, může skončit výsledkem „budete jako otroci“. Hodnota lidského života byla ještě včera „nekonečná“, nebude zítra náhle nulová?

Do redakce přišlo 19. 6. 2022.
Konflikt zájmů není znám.
Zařazeno k tisku 24. 10. 2022.



JAN PONĚŠICKÝ: O ŘÁDU ŽIVOTA



Proč pojednání o řádu života? Poněvadž se zdá, že se v dnešní době rozpadá, jako bychom se už nemohli o něco stabilního a pravdivého opřít. Souvisí s tím v širokém slova smyslu i stále častější výskyt psychosomatických onemocnění?

Jsme odsouzeni ke svobodě, jak to formuloval Erich Fromm, vybaveni libovůlí, či existuje přirozený řád lidského života? Pakliže tomu tak je, máme se mu podřídit, jej respektovat, nebo jej dokonce vytvářet? Je tato otázka důležitá, související s kvalitou našeho života? Znamená život, jenž má v sobě lidský řád, cestu ke spokojenosti, či dokonce ke štěstí? A trpí člověk, či dokonce onemocní, pakliže se mu zpronevěří? To by znamenalo, že proti tomu protestuje jeho tělo, když ne on sám.

Ve fyzice, chemii, biologii, ale zejména v lidském organismu existuje řád; naše tělo, čím více ho poznáváme, se podobá zázraku s perfektním fungováním a reagováním na všechny možné situace. A na druhé straně se nachází kosmický řád, na který věřil i Albert Einstein, totiž že náš svět i celý kosmos se řídí nějakým (božským) principem, řádem, ideou.

Lidským řádem se zabývali z různých úhlů pohledu mnozí myslitelé; nejčastěji šlo o etiku, vědu o správném chování.

Snad nejznámější filosof je v tomto ohledu Immanuel Kant, jenž doporučoval chovat se tak, jak si přejeme, aby se chovali ostatní (k nám). To ovšem neplatí všeobecně vzhledem ke spravedlnosti a správnosti: tak se může chovat člen mafie násilnický a nespravedlivě, když to považuje za správnou normu chování, k němu samotnému, dle zásady „život je boj, který vyhraje ten nejsilnější, je to jeho svaté právo“.

V novější době se stala populární etika odpovědnosti (H. Jonas). Co to však znamená být v každé situaci odpovědný za svoje chování? Jak se podle toho může člověk řádně chovat, když si vše odůvodní a odpovědnosti (tak jak jí rozumí) se dokonce nevyhýbá? Jednala odpovědně církev, když posvěcovala zbraně vojáků, kteří šli do války? A pakliže atentátník zavraždí nějakého politika s plnou odpovědností za tento čin? Ale i v běžném životě se může člověk chovat při rozvodu egoisticky s plným vědomím, že si to jeho partner či partnerka zaslouží a má tím trpět.

Zajímavý je etický postoj francouzských filosofů počínaje J. P. Sartrem a konče Levinasem s jeho zkušeností, že je nutno klást „etický odpor“ tváří v tvář svému okolí. Sartre se bránil proti vlivu společenských norem, a dokonce odmítl



přijmout Nobelovu cenu, totiž přizpůsobit se očekávání (diktátu) společnosti. Tak i žil se svou družkou Simone Bouvoir, tak šel protestovat se studenty v r. 1968, kde rozdával protistátní letáky, za což měl být zavřen. Avšak tehdejší ministerský předseda Pompidou, na kterého se obrátil policejní prefekt, odpověděl: „On n'arete pas un Voltaire” (Voltaireové se nezavírají). Tudíž chovat se svobodně, neohroženě – ale i zde to může někomu ubližovat. V jistém slova smyslu považují tito autoři zevní svět za nepřátelský, kterému je třeba se bránit. Filozofové Frankfurt-ské školy, ale poté i francouzský filosof Foucault se bránili všudypřítomnému vlivu „instrumentálního“ rozumu, pouhé racionality. To se uplatňuje v pojetí vědy, jako by existovala jen jediná, logicky platná a matematicky zdůvodnitelná. Co se do tohoto víceméně materialistického pojetí vědy nehodí, prostě neexistuje (duše, spiritualita, „zázračná“ uzdravení).

Velmi blízký je mi koncept „produktivní orientace života“ neo-psychoanalytika a filosofa Ericha Fromma. Zabýval se různými formami etického chování, zvláště podřízeností či autoritářstvím a v poslední době přizpůsobením se tržnímu hospodářskému principu: chovat se tak (nabízet se), jak to vyžaduje poptávka (móda, očekávání, hodnocení společnosti). Byl přesvědčen, že se člověk nemusí chovat dle zevních norem (heteronomního svědomí), nýbrž dle svého autonomního svědomí, které je v podstatě „humanistické a biofilní“. Chovat se dle své vlastní přirozenosti, ale neexistuje i „sociální přirozenost“, kterou je třeba respektovat? Či dokonce planetární dobro?

Člověk se sice narodí jako „dobrý“, jak to dokazují různá pozorování novorozenců, chce však dobro – jistý podpůrný vztah – dosáhnout za každou cenu, třeba nevhodným způsobem. Harmonickou situaci zažil jak již v lůně matky, tak po porodu v její přítomnosti coby podmínku přežití.

Postupné frustrace této základní potřeby, resp. její ohrožení, vzbudí strach a snahu ji získat násilím: buď přímo manipulací, vyhrožováním a zastrašováním, nebo podřízením se a tím být pro druhého nepostradatelným, vyvolává vděčnost či zavázanost až špatné svědomí, čímž na sebe svůj protějšek připoutám. Je tato absence jistoty, např. ve formě situace bezmoci či bezvýchodnosti hlavním spouštěčem násilí, aktivátorem více či méně výrazné agresivní dispozice? V dalším období života se stane důležitým narcistické potvrzování vlastní ceny, vlastního sebevědomí, a frustrace této potřeby může opět vest k násilnému způsobu, jak si obdiv vynutit (Putin).

Sigmund Freud se domníval, že člověk není ani „pánem ve svém vlastním domě“, neboť je jeho jednání převážně determinováno nevědomými motivacemi. Na druhé straně zdůrazňoval význam vědomí – vždyť celé jeho pojetí psychoterapie stojí na zvědomování dosud nevědomých tendencí, což umožňuje svobodnou volbu. Vyzdvihl tři charakteristiky, které jsou dostačující pro vedení řádného života: vědění, resp. náhled se schopností kompetentního úsudku, morální citění s vědomím, co je správné a co nikoli, a empatickou schopnost vcítění, jež je podstatou prosociálního chování. Proti tomu lze namítnout, že takový úsudek a představa sociálního chování jsou navýsost subjektivní, stačí si představit, jak přísný otec vychovává autoritativně své děti, a to s čistým svědomím. Ovšem tam chyběla empatie, které takový otec nahradil přesvědčením, že mu jednou za to bude jeho syn vděčný.

Ve skutečnosti je odpověď na otázku po vedení řádného života jasná: chovat se láskyplně, vnímat svět svým srdcem. To znamená být srdečný i srdnatý, tak abych se mohl podívat druhému hrdě a bez bázně do očí. Vnímat své okolí srdcem není jen metafora patřící do spirituální



sféry, nýbrž jde o to, že naše „oduševnělé tělo“, zde srdce (Poněšický 2021) vnímá své okolí (hlavně lidi) nezkresleně, jen je třeba těmto tělesným signálům naslouchat.

Svobodná uvážlivá volba, svoboda není poznaná nutnost, tak jak nám to marxisté vštěpovali do hlav. Je pravda, že neexistuje absolutní svoboda, neboť se nacházíme neustále pod vlivem svého okolí, dané kultury apod. V širším měřítku jsme se vším spojení, s přírodou, lidmi, s universem. Podobně argumentoval filosof Maurice Merleau-Ponty na výše zmíněného zastávce svobody J. P. Sartra (který prohlašoval, že jen člověk sám je tvůrcem vlastního života), když svůj život přirovnal k vlně v moři, která se vzedme a posléze zmizí.

Za nacismu a komunismu převažoval přísný řád nad svobodou, dnes je tomu spíše naopak. I v postkomunistické době ještě stále cítíme pokulhávání právního řádu, libovůli a jistý úpadek týkající se všeobecného konsensu ohledně závaznosti obecných hodnot a norem vzájemného jednání.

Optimální by zřejmě byla rovnováha mezi svobodou a řádem.

Lze tento princip vysledovat v lidské psychice? Domnívám se, že ano: Od narození v nás působí jednak vazebný a jednak vývojový, explorační systém. Analogicky zde existují dvě základní motivace: po svobodě, svobodném růstu a vývoji, po dobrodružství (Mitschell) – ale i po jistotě a bezpečí (Hüther).

Jistotu ve vztahu zdůrazňuje psychoterapie: k růstu a získávání větší svobody je třeba spolehlivý terapeutický vztah, který dodá pacientovi odvalu ke svobodnějšímu chování, překonání restriktivních zábran a strachu z ohrožení (trvání) vztahu. Dramaticky to popisuje Donald Winnicott, když popisuje tento krok v

terapii tak, že pacient zjistí, že jeho agresivní výbuch on i jeho terapeut to přežil.

Tím musím poopravit prvou tezi o rovnováze v tom smyslu, že řád je dokonce podmínkou svobody, kdežto chaotické "příliš svobodné" já znamená její konec. Ještě více to vynikne na pozadí klasického psychologického schématu chování, kdy po stimulu následuje reakce – to by znamenalo naprostou spontaneitu, nikoli svobodu, spíše naopak by byl člověk otrokem stimulů vycházejících z jeho prostředí a z jeho vlastního nitra. U zvířat je poměrně spolehlivým prostředníkem instinkt. U člověka jde o emoční odpověď, spojenou s kognicí, to vše podléhající učení. Mezi stimulem a reakcí vyvinul člověk schopnost řízení, sebekontroly a modulace vlastního chování, tedy řád, řád jeho osobnosti, který mu zprostředkovali rodiče, společnost, kultura. Získává schopnost volby – jež charakterizuje lidskou svobodu. Tudíž lze opět korigovat i druhou tezi tak, že svoboda je obsažena v řádu v naší osobnosti, schopnosti se vědomě rozhodovat dle naší jasné hodnotové orientace.

A nyní k další paralele: i v psychopatologii rozlišujeme mezi patologií týkající se svobody nebo řádu.

Svoboda bývá narušena většinou již v dětství příliš přísnou či traumatizující výchovou vyvolávající úzkost, stud či vinu – obecně jde o vnucování subjektivity rodičů dítěti. Psychoterapie, jak již zmíněno, se snaží o to, aby pacient tyto úzkosti a zábrany překonal, osvobodil se – ač má ze vzniklé nejistoty strach, strach ze svobody, což zdůrazňovali jak Erich Fromm, tak i Martin Heidegger. (Jde zde o tzv. konfliktní psychopatologii.)

V dnešní době se stále častěji setkáváme s patologií řádů, jež řídí i vztahy modulujících jáských deficitů, týkajících se vcítění do druhých a tolerance k jejich



jinakosti, sebeovládání a odpovědnosti, ale i smysluplnosti života (etický řád). Jde většinou o následky výchovného zanedbání, nedostatku času na výchovu, jindy o vyrůstání v chaotických poměrech rodičovských hádek a rozhodů anebo v asociálních poměrech. Hovoříme o strukturálních poruchách, jež se projevují chaotickým až antisociálním chováním, neschopností sebeovládání, drogovou či jinou závislostí apod. Zde klade psychoterapie důraz na opačnou stránku, na sebe-regulaci, jistou disciplinovanost a vzájemný respekt prostřednictvím cílených zpětných emocionálních reakcí, odpovědi terapeuta.

Nakonec sestoupím na ještě hlubší, totiž tělesnou úroveň. Zde pozorujeme jak spontaneitu biochemických procesů, tak i fyziologickou organizaci, kdy každá vyšší úroveň – orgán versus buňky, tělo versus orgány – reguluje nižší úrovně. Naše tělo se neustále obnovuje, aniž by se ztratil původní „plán“ našeho těla i jeho fungování.

A dále: Lze v tělesném vztahu či spojení tělesna se světem, v této nejpůvodnější interakci, vystopovat ony dvě tendence? Naše tělesnost je omezujícím faktorem – jsme omezeni našimi smysly i limity (možnostmi) vnímání, cítění, myšlení i motoriky. Tělesná perspektiva je tak samozřejmá a bez alternativy, že tvoří i pozadí vědomí a dává věcem i slovům původní význam, říká ve svých psychologicko-filosofických analýzách francouzský fenomenolog Merleau-Ponty,

Zdůrazňuje takto řád. Tělo je „pohyblivý smyslový orgán“ (Husserl), skrze něj se nám otvírá svět a určuje naše myšlenkové vzorce i teoretické koncepce. Z toho plynou zajímavé závěry: Tělem, tělesněním, tělesným pohybem vnímáme a chápeme vše to, co se okolo nás děje (v psychoterapii hovoříme o tělesné paměti-embodiment), tělesně rozvrhujeme a uchopujeme náš svět, technika i věda jsou jeho jakýmsi prodloužením, dle tělesna se orientujeme ve světě – můžeme vůbec tento horizont překročit?

Ve vývojové psychologii to popsal J. Piaget tak, že vytváříme pojmy motorickou činností během tzv. psychomotorického stadia vývoje a nikoli jen jejich přejímáním od sociálního okolí, jak to zdůrazňoval jeho současník Vygotskyj.

Merleau-Ponty polemizoval se svým spolumojovníkem J. P. Sartrem proti apologizaci individuální svobody a nezávislé sebeaktualizace poukazem na onu hlubší vrstvu (původně tělesného) spojení se světem (communio), jež má v sobě cosi omezujícího a zavazujícího.

Zajímavé je, že je svoboda subjektivně vnímána jako proces z nesvobody do svobody, tak výše jmenovaný J. P. Sartre prožíval nejintenzivněji svobodu za německé okupace, kdy každé slovo, každý čin se staly osvobozujícím zážitkem.

Do redakce přišlo 17. 9. 2022.
Konflikt zájmů není znám.
K tisku zařazeno 24. 10. 2022.



alespoň odraz oné pacientovy nespokojenosti ve vlastní neuronové síti. A že takových odrazů za den bývá dost.

Naslouchat není čas, čekárna je příliš plná a vyčerpaná empatie má zrovna výpadek u výrobce. Slovo supervize je buď neznámé, nebo okamžitě vzbuzuje vcelku mocný odpor a strach.

A tak se to všechno dokáže točit v bludném kruhu roky.

Obávám se, že v těchto případech je jedinou odměnou profesionála nějaký ten kód, který se vykáže na poskytnutou péči. Často ani to, protože s duševní prací se v medicíně moc nepočítá. S rostoucí frustrací roste i potřeba satisfakce. Přijde mi, že se tak roztáčí další bludný kruh. Tentokrát v nás samých. Touha po uznání, po schopnosti pomoci, po odměně za onu někdy dosti nevděčnou práci. Ano, občas se něco povede, ale ten hlavní proud bezmoci a utrpení jako by byl mnohem silnější. Připadá mi, že tohle všechno souvisí s tím, jak se nakonec kóduje pojišťovně. Jako by se pod tlakem vší té frustrace všestranně ztrácela ochota k férovosti a spravedlivému nastavení systému odměn. Každý ať si zkusí říct, co v něm onen tlak probouzí. Za sebe můžu říct, že to často nejsou pocity, se kterými bych se chtěl svěřit veřejně.

Blaze těm, kdo si zavčas své hranice uvědomí a mají možnost si nastavit režim, ve kterém dokážou pracovat dle svého. Často to nejde.

Nastavení ohodnocení naší práce ze strany pojišťoven teď záměrně nechávám stranou. Aneb začněme pohledem do sebe.

Pokud se nepletu a nějaký takovýhle psychologický mechanismus opravdu existuje a funguje u většího procenta zdravotníků, nedivím se, že je zdravotnictví

taková černá díra na finance i lidskou energii.

Když si pak představím zástupce pojišťovny, na kterého se valí všechny ty požadavky na odměnění nás profesionálů, nedivím se, že tahá za brzdu, kde může.

Navíc psychosomatické nástroje nejsou vidět. Nikdo po nás neumývá použitý endoskop, dispenzarizace lidí s neurotickými problémy v oboru všeobecné praktické lékařství stanovená není, co nejde vyrobit a změřit, jako by stále neexistovalo.

A aby toho nebylo málo, dovedu si živě představit prostředí, kde se kód pro psychosomatickou péči stane vítaným navýšením obrátu. Stačí dobře napsaný předdefinovaný text. A za x hodin práce se jich rázem dá stihnout xy. Nikdo to přeci nekontroluje.

Co s tím?

Je možné, že brzy budeme vývojem světa a naší planety donuceni začít dělat vcelku razantní, ale ne nereálné kroky směřující k úsporám a šetrnosti. Šetrnosti jak materiální, tak finanční, tak mezilidské.

Opakovaně jsem v našich kruzích zachytil, že na dlouhodobou úspornost celostního přístupu máme i data. Díky!

Dovolme si teď chvíli snít.

Za humanisticky orientovaným profesionálem – Člověkem – přichází nemocný, pacient, klient – ale hlavně Člověk.

Proběhne setkání, porozumění, kontakt. Něco se stane a první krůček k důvěře, přijetí a možná i k organické pomalé změně je na světě.

Dohodnou se na pokračování takové práce.

Profesionál vysvětlí klientovi možnosti financování takové práce včetně té „na



pojišťovnu.“ A tahle možnost bude vyžadovat klientovu aktivní roli. Třeba pravidelnou komunikaci s pojišťovnou, kde bude jednou za měsíc potvrzovat množství odvedené práce.

V aplikaci, telefonicky, papírově na poště.

To samé samozřejmě udělá profesionál.

Odměna přijde v případě shody. Oběma stranám, jedné finanční, druhé možnost v pokračování procesu a ve vlastní postupné aktivizaci. Oběma stranám to bude známkou fungujícího vztahu. Idealismus? ... Patrně ano, ale co když by to bylo realizovatelné? Slyšeli by na to zástupci pojišťoven? Zamezilo by to zneužívání nových kódů?

Nebojme se svěřit lidem do rukou otěže. Alespoň v rámci našeho nového oboru

Do redakce přišlo 18. 7. 2022.
Konflikt zájmů není znám.
Zařazeno k tisku 24. 10. 2022.

psychosomatiky. Leckteří to už zvládnou a mnoho dalších se to dokáže naučit.

Profesionál si ohlíká míru rizika ze strany klienta, pojišťovna pravděpodobně zastropuje množství vykazovatelné péče. Standard kvality péče bude hlídat odborná společnost.

Je mnoho míst, kde se to může zadrhnout. Ale třeba by to byl začátek budování mezilidské a mezi-institucionální důvěry.

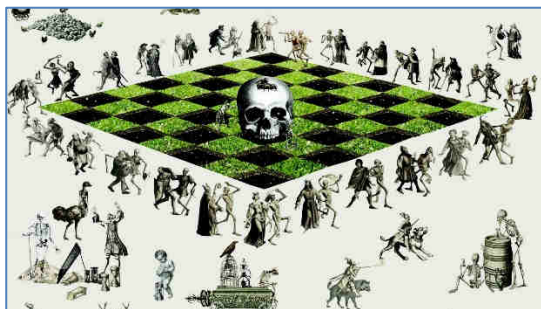
Pokud vás k tomu něco napadá, budu rád za reakce. A abych to trochu odlehčil, dovolte mi jedno lidové heslo: „Více hlav, více smyslů, více děr, více syslů.“ Nebo z mého pohledu trochu zprofanované: „Spolu to zvládneme?“

Každopádně vám přeji vše dobré do dalších dní.

19. 7. 22 MUDr. Tomáš Jiran



ANKETA – JAKÝ VÝZNAM MÁ SEBEZKUŠENOST ZÍSKANÁ V PSYCHOTERAPEUTICKÉM VÝCVIKU PRO LÉKAŘE?



Během letních měsíců byl uveřejněn vzdělávací program „lékařské psychoterapie“, který se podařilo víceméně v tajnosti vyjednat a odblokovat tak legalizaci vzdělávání lékařů v psychoterapii. To bylo zablokováno od r. 2017, takže situace všech lékařů, kteří absolvovali nikoli snadné vzdělávání v psychoterapii, byla dost zoufalá, navíc v kontrastu s neustále rostoucí potřebou psychoterapie v medicínské praxi. Obsah výuky vzbudil značný rozruch v řadách zasvěcených odborníků, protože proti požadavkům na vzdělávání psychoterapeutů podle evropských norem (třeba EAP) zde je vzdělávání značně redukováno. Například neobsahuje požadavek řádné sebezkušenosti, která je v psychoterapii alfou a omegou řádného vzdělání. Kolegové, kteří vzdělávání v psychoterapii pro lékaře vyjednávali s vedením ČLK, to samozřejmě dobře vědí, ale nic o tom neví vedení ČLK. Zato mají moc rozhodovat o podobě vzdělávání. Sám jsem byl svědkem jednání, a byl jsem také šokován, jak nekompetentní v této věci jsou někteří členové vědecké rady ministerstva zdravotnictví (dr. Kubek a dr. Mrozek). Jejich nelíčený údiv nad faktem, že k přípravě lékařů pro práci psychoterapeuta nestačí jen víkendový kurz tak jako například pro práci se sonografem, nemohla žádná argumentace kolegů psychiatrů zvrátit. Zpětně se tomu moc nedivím, protože co může běžný lékař vědět o psychoterapii, když mu o tom na fakultě nic neřekli? Proto si nemyslím, že v

tom byl zlý úmysl kolegů z vedení ČLK, ale jen neznalost. Vlastně chtěli jen chránit nás lékaře před „zbytečným časovým i finančním vydáním“ při vzdělávání v psychoterapii, jak se jim to bez znalosti věci jeví. Zeptal jsem se proto lékařů, kteří vzděláváním prošli, co si o tom myslí.

1. **Pokládáte tzv. sebezkušenost, kterou jste prošli v rámci vzdělávání v rodinné terapii za užitečnou pro svou práci lékaře?**
2. **Můžete charakterizovat, jakou změnu ve Vašem myšlení a jednání, nebo ve Vaší lékařské praxi Vám PT výcvik přinesl?**
3. **Pokládáte za vhodné vzdělávat lékaře v psychoterapii bez tzv. sebezkušenosti, čistě jen přednáškami?**
4. **V novém kurzu „lékařská psychoterapie“ je údajně vyloučené, aby lékaře vyučovali psychologové. Je to podle Vás dobrý nápad a proč?**

Přišly mi odpovědi od deseti lékařů, kteří prošli úplným vzdělávacím programem v rodinné terapii psychosomatických poruch. Tady jsou: MUDr. Jana Komorousová (J.K.), MUDr. Jan Krabec (J.Kr.), MUDr. Jiří Podlipný, PhD., zástupce



přednosty pro školskou a vědeckou činnost (J.P.), MUDr. Pavla Koželuhová (P.K.), MUDr. Veronika Šípová (V.Š.), MUDr. Michaela Novotná (M.N.), MUDr. Jana Jiroušová (J.J.), MUDr. Barbora

Danielová (B.D.), MUDr. Jan Řehák (J.Ř.):

AD 1. POKLÁDÁTE TZV. SEBEZKUŠENOST, KTEROU JSTE PROŠLI V RÁMCI VZDĚLÁVÁNÍ V RODINNÉ TERAPII ZA UŽITEČNOU PRO SVOU PRÁCI LÉKAŘE?

Sebezkušenost považuji dokonce za nezbytnou, užitečnou bezpochyby. (J.K.)

Tzv. sebezkušenost kladu na druhé místo ve svém odborném růstu/zisku z prodělaného výcviku v RT, ihned po výcviku v technice práce na principech rodinného a systemického vnímání kontinua zdraví – nemoc. S časovým odstupem jsem dokonce přesvědčen, že tato sebezkušenost mohla/měla být intenzivnější / více individualizovaná, snad i „direktivnější“ / třeba i na úkor teoretických poznatků. (J.Kr.)

Taková sebezkušenost při psychotherapii je nutná pro práci nejenom v oboru psychiatrie, ale i v jiných medicínských oborech. Díky sebezkušenosti teprve máme šanci pochopit s jakými fenomény a silami v psychotherapii pracujeme. Je to analogické cvičným operacím v chirurgických oborech. Nestačí pouhé teoretizování. Je potřeba psychotherapii cvičit a praktikovat. Pouhým čtením knih nebo posloucháním přednášek se žádný lékař svému lékařskému umění nenaučil. (J.P.)

Sebezkušenost pokládám za velmi užitečnou a důležitou – bylo to pro mne velmi náročné – první rok jsem vždycky celé 2,5 dne proplakala ... ale stálo to za to, ty potoky původně nevyplakaných slz, díky nimž se uvolnily hodně hluboko „utemované“ emoce, strachy, úzkosti, atd. a našla jsem nakonec trochu té osobní spokojenosti, klidu a harmonie,

kterých se mi předtím v životě nějak nedostávalo – začala jsem se také trochu více starat o sebe a své potřeby. Nakonec mohu říci, že mi to nyní nějakou dobu po absolvování výcviku vlastně chybí probrat své problémy a starosti „mezi svými“. (P.K.)

Ještě, než jsem nastoupila do výcviku rodinné terapie, měla jsem silnou potřebu absolvovat nějakou formu sebezkušenosti. Jako praktická lékařka pro dospělé pacienty jsem měla zvláště u chronických obtíží pacientů často zájem o okolnosti stonání a mnohdy se díky mému zájmu pacient měl šanci více otevřít a já měla možnost „nakouknout“ do příběhu celého stonání. V této situaci jsem mnohdy byla ve velkých rozpacích jak z jejich emocí, tak jsem si často neuměla poradit ani se svými emocemi a pořádně jim porozumět. A to byl vlastně jeden z motorů, který mne do výcviku rodinné terapie přivedl a vůbec si neumím představit, že by tento výcvik byl jenom o teoretické části a nezahrnoval sebezkušenost. To, že jsem prošla sebezkušeností, mi pomáhá porozumět více tomu, co se odehrává v ordinaci, jaké emoce má pacient, jak se svými emocemi zachází já. A jsem šťastná, že mohu v podobné sebezkušenostní práci pokračovat formou supervizí a balintovských skupin. Je to určitá forma duševní hygieny, bez které si svojí práci už neumím představit. (P.Z.)



□ Pro praxi lékaře-psychoterapeuta mi přijde sebezkušenost zcela zásadní. Terapie je prožitek, který tvoří změnu. Proto je i pro terapeuta klíčové terapii zažít. Na vlastní kůži pocítuje, co psychoterapie umí. Trénuje schopnost introspekce, reflexi emocí, všímá si dynamiky ve vztahu terapeut-klient, učí se pracovat s přenosovými jevy. Chirurg se musí „vyoperovat“ – stejně tak lékař-psychoterapeut nabude dovedností jedině praktickými zkušenostmi. Sebezkušenost považuji za nutný předstupeň práce s pacienty. (V.Š.)

□ Každá sebezkušenost je podle mně obohacující a pro terapeuta nezbytná. VRT nebyl mým prvním výcvikem, a stejně tak ani sebezkušenost, ale snad nebudu trpět ztrátou zdravé sebereflexe, když napíšu, že s vyzráváním jsem byla pokaždé někde jinde a sebezkušenost byla tedy rovněž jiná – někdy hloubkou, někdy tématem, osvětlením jiných vlastních stínů. Ve VRT byla podle mně dostatečně intenzivní, aby k dalším posunům mohlo dojít. Pro práci lékaře mi přinesla posílení důvěry v sebe, prohloubení vnitřního přesvědčení o důležitosti rodiny a víru v potřebnost mé práce, kterou s dalšími dovednostmi a znalostmi z výcviku dělám ráda. (M.N.)

AD 2: MŮŽETE CHARAKTERIZOVAT, JAKOU ZMĚNU VE VAŠEM MYŠLENÍ A JEDNÁNÍ, NEBO VE VAŠÍ LÉKAŘSKÉ PRAXI VÁM PT VÝCVIK PŘINESL?

□ Určitě větší respekt k rodinám s jejich jedinečností, propojení pohledu medicíny a vzhledu do procesů v rodinách – v pedopsychiatrii nezbytná věc, aby se dalo přemýšlet nad každou problematikou komplexně. (J.K.)

□ Sebezkušenost za užitečnou pro svou práci považuji. Pominu-li přesah výcviku do osobního života, tak ohledně práce mi dala hodně hlavně stran kontaktu s pacientem a přemýšlení nad jeho problémy. (J.J.)

□ Ano, jednoznačně ji pokládám za užitečnou. Je pro mě užitečná v práci s pacientem, s jeho rodinou, s kolegy a celým personálem a v nakládání se sebou v pracovním procesu. Vnímám tuto užitečnost ve smyslu zlepšení diagnostiky i léčby, snazší a hladší domluvy s pacientem i jeho rodinou a v mém sebejistějším a klidnějším prožívání práce lékařky. (B.D.)

□ Sebezkušenostní část výcviku pokládám za naprosto klíčovou pro uvědomění si všech aspektů vztahu lékař – pacient, což je esenciální pro vytvoření compliance v léčbě. Umožnilo mi to lépe nahlížet do emočních aspektů nemoci, tedy stavů, které pacient v diagnostiko-terapeutickém počínání lékaře prožívá. Tuto dovednost jiným způsobem (například četbou) lékař nezíská. (J.Ř.)

□ Coby psychiatrovi s celostním vnímáním pacienta mi prodělaný výcvik v RT přinesl velmi důležitý teoretický rámec pro uchopení zdánlivé iracionality teze o multifaktoriální či „dosud neznámé“ etiopatogenezi řady onemocnění. V rovině praktické pak zpevnil a snad i ukáznil moji citlivost pro práci s



rodinným a individuálním příběhem klienta a možným dopadem na vznik a průběh poruchy (psychiatrické i tzv. psychosomatické). V rovině osobní umožnil žádoucí intenzivnější sebezpoznání. (J.Kr.)

□ Druhá otázka je více osobní a pravděpodobně na ni každý odpoví jiným způsobem, proto bude těžké zobecňovat. Mně osobně výcvik přinesl rozšíření obzoru o další paradigmaty a současně mě naučil komunikovat s klienty tak, abych jim také jiné alternativní pohledy mohl zprostředkovat. Dodal mi sebedůvěru. Pocit pevné odbornosti. (J.P.)

□ Výcvik byl pro mne požehnáním – když pomínu sebezkušenost – viz výše, výborné jsou praktické dovednosti v komunikaci s klientem, což troufám si tvrdit posunulo moji práci o level výše, naučila jsem se také více naslouchat a nechat věcem volný průběh a netlačit zbytečně na pilu... Na druhé straně už se nelze vrátit zpět – už navždy budu nahlížet ne na jednotlivého pacienta s jeho stesky a projevy nemocí, ale na pacienta v kontextu celé jeho rodiny a vztahů v jeho rodině... je to nádherná detektivka toto stále znovu rozklíčovat... Škoda jen, že jsem na výcvik nešla trochu dříve ... (J.K.)

□ AHA momentů ve výcviku bylo neuvěřitelně mnoho. Už od prvního ročníku výcviku jsem cítila, jak se mění můj pohled na stonání jedince v celém systému (rodinném, pracovním apod.), že není možno vnímat nemoc jako jenom nějakou číselnou diagnózu, kterou má pacient, ale že nemoc je jakási porucha celého systému a je potřeba pacientovo stonání takto vnímat. Díky technikám ve výcviku, kdy se člověk učil dovednostem, jako je cirkulární dotazování, časová osa, teorie sociální dělohy, jsem i více začala chápat, jak se pacient může cítit, jaké může mít emoce, co mu může nemoc přinášet a jak je potřeba i s jeho emocemi opatrně zacházet. Určitě jsem se

postupně učila vnímat kontext stonání pacienta v širších souvislostech, nedělat rychlé závěry a spíše zkoumat, co se děje a být s pacientem tzv. „na cestě“ k jeho úzdavě či well being. (M.Z.)

□ Britský lékař a psychoterapeut Michael Balint tvrdil, že nejsilnější lék je lékař. Lékař je v psychoterapii sám nástrojem léčby – mně tedy sebezkušenost umožnila lépe poznat sebe sama, zpracovat svá citlivá témata, odhalit svá stinná zákoutí stejně jako své přednosti a dovednosti tak, abych následně byla užitečným nástrojem v terapii svým klientům. Sebezkušenost ve skupině umožní prohloubit i rozšířit paletu psychoterapeutických dovedností – rozšiřujeme své pole vnímavosti, učíme se naslouchat nejen verbální komunikaci, ale i řeči těla a drobným změnám v komunikaci protějšku, učíme se vést terapeutický rozhovor adekvátně tomu, co pacient právě potřebuje. Nic z toho nelze nastudovat z knih nebo z přednášek. (V.Š.)

□ Zčásti jsem již odpověděla v předchozím textu, ale určitě také více apeluji na potřebu rodinné terapie u svých pacientů a doporučuji jim RT a kolegy z výcviku. Sama také od výcviku s kolegyní RT vedeme. (M.N.)

□ Mám představu, co po pacientech chci, když jim doporučuji psychoterapii. Není to jen čistě teoretický pohled a přístup. Víím, že to s sebou nese značné množství pocitů, otázek apod. Nevnímám pacientovo postoj černobíle, jak máme jako lékaři často ve zvyku. (J.J.)

□ Schopnost lépe komunikovat s pacientem, lépe ho chápat, být tolerantnější, více si uvědomovat subjektivní prožívání pacienta, lépe udržovat potřebné hranice, lépe zvládat i konfliktní situace, nebrat si i nepříjemné chování pacienta osobně. Umět pracovat i v klasickém modelu lékaře jako určité autority, ale umět



z tohoto modelu vystoupit a pracovat více partnersky. Lépe chápat, kde jsou moje osobní slabší místa a „nekontaminovat“ jimi terapii. Toto vše, myslím a doufám, přináší lepší terapeutický efekt, větší soběstačnost a kompetenci pacienta v péči o své zdraví. (B.D.)

□ Díky výcviku v RT jako lékař nahlížím na jednotlivé symptomy v daleko širším kontextu, už předem kalkuluji s

tím, že možná nedospěji k přesnému stanovení diagnózy dle doporučených biomedicínských postupů. Chápu, že „hledání diagnózy“ je v určitém stadiu našeho konání pro pacienta důležité, avšak беру to jen jako začátek vlastní terapie, která v první fázi zmírňuje zejména pacientovu obavu ze závažné nemoci, ale v dlouhodobém horizontu by měla zohledňovat i psychosociální aspekty jeho potíží. (J.Ř.)

AD 3.: POKLÁDÁTE ZA VHODNÉ VZDĚLÁVAT LÉKAŘE V PSYCHOTERAPII BEZ TZV. SEBEZKUŠENOSTI, ČISTĚ JEN PŘEDNÁŠKAMI?

□ Pokud chce lékař pracovat nebo pohlížet na problematiku komplexně, přednášky mu nestačí, sebezkušenost a výcvik jsou o několik levelů jinde. (J.K.)

□ Absolutně nemožno, naopak, taková představa je absurdní a potenciálně velmi škodlivá. Kvalitní tzv. sebezkušenost terapeuta je, dle mého názoru, nejdůležitějším prvkem pro dobrý terapeutický vztah ať už v práci s jednotlivcem, párem či rodinou, a tedy i pro samotný efekt psychoterapeutické léčby. (J.Kr.)

□ Výcvik je bez sebezkušenosti nedostatečný. Nedává frekventantům možnost pochopit a obsáhnout podstatu psychoterapie. Je značně neetické pouštět nepřipravené kolegyně/kolegy na pacienty, aby potom pouze metodou pokus/omyl zjišťovali, co vlastně v praxi psychoterapie s klienty dělá. Proto jsem přesvědčen, že sebezkušenost je pouze první krok a následovat by měla supervize. Bez sebezkušenosti nejsou začínající psychoterapeuti připraveni na supervizi. Jde o postupné kroky k dosažení kompetence. Jinými slovy – cílem je kvalitní eticky obhajitelná psychoterapie, která nutně vyžaduje supervizi. Bez předchozí sebezkušenosti nelze supervizi provádět. (J.P.)

□ Ne, myslím si, že koncept teorie + praxe + sebezkušenost je perfektní – jen ten terapeut = lékař, který má pořádek sám v sobě, může pak doprovázet své klienty na cestě ke zdraví. (P.K.)

□ Tak to si vůbec neumím představit. Je to pro mne jako kdyby studentům vysvětlili, že v hrudníku je srdce, naučili studenty jeho anatomickou strukturu, možná by vysvětlili i fyziologii, ale už studenty nenaučili srdce vyšetřit fonendoskopem, palpat tep sám na sobě a umět si vysvětlit, co se mnou dělá tachykardie a co jsou palpitace a vůbec pochopit srdeční činnost v kontextu fungování celého těla. (M.Z.)

□ Vyjádřila bych to opačně: nechtěla bych být v péči terapeuta bez sebezkušenosti. Začít psychoterapii bez sebezkušenostního výcviku mi přijde podobné, jako bych se učila plavat jen na souši a pak bych se rovnou vrhala do divoké řeky. (V.Š.)

□ Myslím, že výcviky bez sebezkušenosti by neměly být považovány za rovnocenné. Přednášky jsou jistě potřebné a praktické nácviky ještě více, ale sebezkušenost považuji za neoddelitelnou součást výcviku, bez které dobří terapeuti (stejně jako bez supervizi) nevzejdou.



Před mnoha lety mi v KBT výcviku sebezkušenost velmi chyběla. (M.N.)

Ne. Půjde mi to pro lékaře nevhodné. Přednášky se nedají sebezkušeností srovnat, nejde o rovnocenné části. Obzvláště u lékařů mi přijde sebezkušenost podstatná, zejména pro ovlivnění přístupu k pacientovi. V dnešní době je snaha mít na všechno guidelines, jenže v životě, lidském myšlení a vnímání podle nich úplně neběží, což si řada lékařů nechce připustit. (J.J.)

Jednoznačně ne. Podle mého názoru se nedá psychoterapie dobře

pochopit bez subjektivního prožitku sebezkušenosti. Prožitek sebezkušenosti slouží k hlubšímu pochopení, o co se v psychoterapii jedná, pomáhá a chrání obě strany – lékaře i pacienta. Lékař s prožitkem sebezkušenosti si podstatně více uvědomí, co vše je „ve hře“ i při běžném kontaktu lékař pacient a jeho práce se tím výrazně zcitliví a terapeuticky podle mě zlepší. (B.D.)

Tak to považuji za nedostatečné, ochuzující, nevyvážené. (J.Ř.)

AD 4. V NOVÉM KURZU „LÉKAŘSKÁ PSYCHOTERAPIE“ JE ÚDAJNĚ VYLOUČENÉ, ABY LÉKAŘE VYUČOVALI PSYCHOLOGOVÉ. JE TO PODLE VÁS DOBRÝ NÁPAD A PROČ?

Lékař potřebuje vidět pohled psychologů, je to úplně jiná optika, navzájem se obohacující a doplňující celkový pohled na člověka nebo rodinu, naopak považují za vhodné lékaře učit, aby vyhledávali tento jiný jazyk a učili se vzájemně věci konzultovat, pokud mají např. společné pacienty.

Je to opět absurdní názor, pravděpodobně založený na historickém vnímání tzv. vědecké / biologické / medicíny jako výlučně dominantní bez pokory a respektu k jiným přístupům k vzniku a léčbě poruch tímto způsobem neuchopitelných a neléčitelných, navíc v příkrém rozporu k WHO definici zdraví a nemoci v pojetí biopsychosociálním. (J.Kr.)

Není důvod, proč by kliničtí psychologové neměli lékařům přednášet či je vyučovat jiným způsobem, např. i v sebezkušenosti. Kliničtí psychologové jsou ve zdravotnictví dobře etablováni po všech stránkách. V psychiatrii mají své nezastupitelné místo. V kvalitních

nemocnicích existují samostatná odd. klinické psychologie. Kromě plodného prolínání oborů je zde i praktický problém, a to personální. Neznám takové množství lékařů, kteří by zvládli vyučovat všechny zájemce o psychoterapii z řad lékařů. Na druhou stranu je dobré považovat o kvalifikačních předpokladech psychologů/-žek, kteří by školili v psychoterapii. (J.P.)

To je tedy pěkná „blbost“, právě společné setkávání lékařů a psychologů je velmi obohacující... uvědomila jsem si to již na začátku kurzu, jak náhled na klienta je (zákonitě musí být) odlišný u psychologa a u lékaře – a nejvyšší mety dosáhneme spoluprací. (P.K.)

Dle mého názoru to není šťastný nápad. Jsem vděčná za to, že jsem se setkala s pohledem na nemoc i očima psychologa. Navíc i na supervizích, které nyní absolvuji, je část psychologů a psychoterapeutů. Psycholog není zatížen diagnózou a klasifikací onemocnění, která nás mnohdy může vést zkratkovitě k



rychlému závěru. Psychologové často pro mne mají i „jinou řeč“, ale to je právě velmi inspirující. Pohled i z jiné strany, vzájemné sdílení našich názorů a diskuse nad pacientem a jeho stonáním, hledání společné řeči jak medicínské, tak psychologické je právě to, co dělá medicínu kreativní... (M.Z.)

Myslím, že obor lékařská psychoterapie je ze své podstaty rozkročen mezi světem medicíny a psychologie, nevidím proto důvod, aby byli adepti vzdělávání ochuzeni o úhel pohledu a zkušenosti psychologů. (V.Š.)

Nerozumím tomu, proč by lékaře neměl vyučovat psycholog? Podle mě nejde o titul, ale o zkušenost... zase nějaký mocenský nerozum? (M.N.)

Nepovažuji to za dobrý nápad. Přejde mi, že je často velký rozdíl v myšlení a jednání psychologa a lékaře. Považuji za užitečné rozšířit si obzor setkáním s lidmi s odlišným přístupem a často i pohledem na svět. (J.J.)

Jsem přesvědčená, že v oboru lékařská psychoterapie by měli vyučovat i

psychologové. Právě proto, že jde o styčný obor dvou odborností, kde je potřeba prolnout znalosti a přístupy z oblasti klasické medicíny, ale i psychologie. Proto tam nutně musejí být i psychologové, kteří prošli svým psychologickým vzděláním, mají svoje zkušenosti, které mohou lékaři využít, přibrat do svého klasického medicínského vzdělání. (B.D.)

Kontakt s psychology považuji za velmi cenný, pro lékaře obohacující, zejména s ohledem na malou pregraduální výuku tohoto oboru. Je dobré, aby byl lékař graduován zejména ve vytváření dobrého terapeutického vztahu, kde při jeho genezi sehrává roli spousta psychologických faktorů, o kterých lékaři leckdy ani netuší. Psychosomatické pacienty mají navíc v péči právě psychologové a je tedy žádoucí, aby naše spolupráce s nimi fungovala a okázali jsme si spolu porozumět. Vyloučení psychologů z tohoto vzdělávání by bylo rozhodně velkým mínusem. (J.Ř.)

Anketu připravil MUDr. V. Chvála, přijata k tisku 24. 10. 2022



opuštění pojmu důstojnost v bioetice pro jeho nejednoznačnost a nadbytečnost (Černý, Doležal).

Sekce klinických témat obsahuje texty, které mezi jiným: prezentují autentické komentáře či stížnosti pacientů (Pařízek); zdůrazňují celostní pojetí péče (Býma); připouštějí nezbytnost paternalistické koncepce v urgentní medicíně (Drábková); připomínají nelehkou pozici pracovníka laboratorní medicíny na pomezí mezi nemocným, jeho diagnózou a ošetřujícím lékařem, jenž pacientovi diagnózu stanovenou a interpretovanou pracovníkem laboratoře předává (Staněk); akcentují potřebu prožitku důstojnosti psychiatrického pacienta, stejně jako nezbytnost zasáhnout v nutných případech do jeho autonomie respektive důstojnosti (Hovorková, Černý, Vevera); poukazují na zvýšený význam etiky ctností u zdravotníků v době pandemie (Jedličková).

Závěrečný **oddíl speciálních témat** pak prostřednictvím dílčích textů mimo jiné: zmiňuje naplňování vyjádřených a aktivní hledání nevyjádřených potřeb jako prostředek k udržení důstojnosti seniorů (Bužgová, Kozáková, Zeleníková); zdařile se vypořádává s vágností pojmu důstojnost poukazem na jeho interdisciplinární charakter (právo, etika, bioetika, filosofie, náboženství, politika) a upozorňuje na nebezpečí spojené se snahou převést „důstojnost“ na transparentnější pojem, který by s sebou přinesl zúžení jeho záběru a působnosti (Drozenová); uvádí dětství jako jednu z determinant dobrého zdraví (Lemrová, Ivanová); podotýká, že zvýšený zájem společnosti o důstojnost může signalizovat její probíhající rozklad (Kuře); upozorňuje na nedostatečnou právní úpravu pro ochranu (důstojnosti) zdravotníka (Mach); poukazuje na morální tíseň těch zdravotníků, kteří vykonávají úkony v rozporu se svým svědomím, což má za následek ztrátu integrity a sebeúcty (Moravec); varuje před

nebezpečím naučeného „etického“ chování (Payne); představuje zahraniční nástroj pro sebereflexi zdravotníka, jehož obecnějším účelem je zachování důstojnosti pacienta (Švandová, Ptáček); prezentuje závěry empirických výzkumů zabývajících se vnímáním vlastní důstojnosti u geriatrických pacientů (Zielina).

Navzdory atraktivitě a záběru dílčích příspěvků, který výrazně převyšuje jejich výše uvedené dílčí rysy, je na místě klást si otázku, zda kniha jako celek přináší po letech zásadní obohacení i pravidelným čtenářům série. Důstojnost v medicíně je bezesporu tématem k diskusi. Tu je však třeba více usměrňovat. Vágnost, respektive mnohovýznamovost ústředního výrazu důstojnost vede k rozptylu v oblasti zaměření jednotlivých textů. V publikaci tak můžeme najít reflexi vlastní profesní dráhy, pandemické ohlednutí i fundovanou rešerši k tématu, která zahrnuje etymologickou i právní analýzu klíčového pojmu a nevyhýbá se kontroverzním tématům, kupř. otázce nadbytečnosti samotného výrazu, jehož podstata je již vymezena pojmy autonomie či beneficence. Ambivalence klíčového pojmu je nicméně i důvodem určité míry duplicity s tematickým zaměřením předchozích ročníků série. Oblast lidské důstojnosti je pro některé synonymem kvalitní klinické komunikace a partnerského modelu rozhodování, u jiných navozuje otázku přípustnosti či nepřípustnosti eutanazie, přičemž oběma oblastem již byly v rámci cyklu věnovány samostatné publikace. Patrná je i řada překrytí v rámci knihy samotné. Jednotliví autoři se ve svých textech přirozeně vypořádávají s obecnějšími otázkami souvisejícími s uchopením tématu. V úvodních částech mnoha příspěvků se tak nezdědky opakují pasáže týkající se: vymezení pojmu důstojnosti na inherentní (vnitřní, nezczitelná apod.) a kontingentní (vnější, sociálně podmíněná apod.); humanizace medicíny;



partnerského modelu rozhodování a komunikace; holistického pojetí péče zahrnujícího péči nejen biologickou, psychologickou a sociální, nýbrž dle preferencí pacienta i spirituální; či přehledu mezinárodních dokumentů a norem požadujících ochranu lidské důstojnosti.

Po více než dekádě by tedy směřování formátu ke specifitějším zadání knize rozhodně prospělo. Publikace by se tak mohla ještě více než dosud podílet na tolik potřebné kultivaci odborné i společenské debaty k vybraným bioetickým tématům.



Mgr. Veronika Dvořáčková, Ph.D.
veronika.dvorackova@med.muni.cz
studentka doktorského programu Filosofie – Aplikovaná etika na FHS
UK v Praze

Do redakce přišlo 1. 7. 2022.
Konflikt zájmů není znám.
Zařazeno k tisku 24. 10. 2022.



VLADISLAV CHVÁLA: CO SE TO S NAŠIMI DĚTMI DĚJE?

GORDON NEUFELD, GABOR MATÉ: *DRŽTE SI SVÉ DĚTI*, NAKL. PEOPLE-COMM, PRAHA 2022



Knih s radami, jak na výchovu dětí jsou plné regály. Přesto odborníci žasnou a laici se diví, že tak stoupá potřeba péče o duševní zdraví dětí a dospívající mládeže, že nestačí kapacita pedagogicko-psychologických poraden, speciálních pedagogických center, ordinací pedopsychiatrů, pedopsychologů a terapeutů. Oddělení dětské psychiatrie praskají ve švech. Co se to děje s našimi dětmi?

Pozoruhodné odpovědi nabízejí kanadští kolegové, vývojový psycholog Gordon Neufeld a lékař maďarského původu Gabor Maté v knize *Držte si své děti* už z roku 2004, která vyšla v tomto roce i u nás díky překladu Viktora Jureka. Určitě jsme to měli vědět dříve, ale možná bychom autorům před skoro dvaceti lety nevěřili. Dnes už se i náš čtenář může dozvědět „co se to stalo s našimi dětmi“, když už jsme s tím sami konfrontováni. Pohled je to ale znepokojivý. Všichni, kdo s dětmi a jejich rodiči pracují jako profesionálové, by se s ním měli seznámit. Když jsme v témže roce, jako kanadští autoři, s Trapkovou uveřejnili naši teorii o rodině jako sociální děloze¹, vycházeli jsme nepochybně ze stejných zkušeností. Ukázali jsme, že podstatná funkce rodiny

spočívá v ochraně dětí před předčasnými nároky okolí. Kanadští autoři se zaměřili na vazbu rodičů s dětmi a ukazují, co způsobí její předčasná ztráta, resp. její přenesení na vrstevníky.

Stále častěji k nám chodí rodiny, jejichž nedospělé děti nejsou ochotné chodit do školy, někdy pod obrazem opakovaných nemocí tělesných nebo psychických, jindy otevřeně s tím, že „je tam nikdo nedostane“, ale současně je nelze odtrhnout od sociálních sítí. Marné jsou pokusy rodičů zvýšit svou autoritu. Dítě se i před cizí autoritou chová k rodičům neurvale, odmítá jakoukoli odpovědnost, zpochybňuje svůj vztah s rodiči. Přibývá rodin, kde děti netolerují jakékoli vitální projevy ze strany rodičů, ti před nimi nesmí jíst, kašlat nebo smrkat. Děti je terorizují a odmítají pokusy o výchovu, aniž by na sebe ovšem brali odpovědnost za svou obživu. Odmítají s rodiči stolat, trávit společný čas, někdy sdílet i jméno, které jim rodiče dali, a nakonec i pohlaví, s kterým byli počati. Kdyby byli jinak v pořádku, asi by to rodiče raději vydrželi, ale právě tyto děti často upadají do depresí, obsesí, anorektického nebo bulimického chování a jiných závislostí, vyjadřují svůj

¹ Trapková L., Chvála V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*, Portál 2004



neklid sebepoškozováním, jsou znejistěné v genderové identitě, nevědí, na koho se ve vztazích orientovat atp. Zkrátka, snadno jim lze přičíst nálepku emočně nestabilního adolescenta. Až potud nic nového pod sluncem. Ale proč jich tolik přibývá?

Na to odpovídají autoři jasně: vazbě dětí s rodiči v současné západní společnosti příliš brzy konkurují vztahy s vrstevníky. Děti, které plní naše ordinace, často daly přednost vazbě s vrstevníky. Pak se ovšem opírají o sebe navzájem. Ochranná funkce vazby s rodiči se ztrácí, končí také vertikální předávání kultury z rodičů na děti. Vzniká nezvykle brzy zcela nová kultura adolescentů bez jakéhokoli vztahu k předchozím generacím. Jako by „svět začal, když jsme se narodili my“. Do jisté míry jsme to tak měli všichni, ale ne s takovou důsledností. Naprostou ztrátu kontinuity a mezigenerační solidarity, kterou zažívali kanadští kolegové ve svých rodinách a ordinacích už před dvaceti lety, nazvali „klinickou smrtí kultury“.

V kapitole „Pokřivené vazby, narušené instinkty“ se autoři věnují významu vazeb a jmenují šest způsobů jejich vytváření. Popisují, co se stane, když si vztahy s vrstevníky konkurují s vazbami na rodiče. *„Děti orientované na vrstevníky mají odpor k jakékoli podobnosti s rodiči a chtějí se od nich co nejvíce odlišovat.“* Dávají svůj odpor najevo vším, co dělají. Tyto projevy nelze zvládnout zvýšeným tlakem autority a tresty. Jediná možná náprava podle autorů leží v oblasti vztahů.

V další kapitole „Proč se to takto zvrtilo“ uvažují o tom, jak naše společnost slouží potřebám dětí. Všimají si toho, že *„Ekonomické síly a kulturní trendy, jež dominovaly v posledních několika desetiletích, pomalu rozložily sociální kontext přirozeného fungování jak rodičovských instinktů, tak potřeby dětských vazeb...“*

V průběhu dějin... bylo vytváření vazeb mezi dětmi a pečujícími dospělými jednoduše součástí přirozeného řádu věcí... V naší společnosti však byl tento přirozený řád věcí narušen. Od útlého dětství vrháme své děti do mnoha situací a interakcí, které nabádají k orientaci na vrstevníky.“ Autoři se odvolávají na Johna Bowlbyho a jeho práce o vazbě. Podrobněji se pak věnují popisu moderních společností, které narušují vytváření přirozených vazeb v přílišném tlaku na ekonomickou činnost. Všimají si zprětrhaných rodinných pout jako významného faktoru patologického vývoje.

V druhé části se věnují tomu, jak orientace na vrstevníky podrývá snahy rodičů. Podivují se záplavě publikací zaměřených na rady pro rodiče. Zdůrazňují, že *„rodičovská moc nevychází z žádných technik, bez ohledu na to, jak propracované jsou, nýbrž z vazebného vztahu mezi rodiči a dětmi“*. Současně zdůrazňují, že děti potřebu vazeb neztratily, jde o to, jak této potřebě vycházet vstříc a nezahánět je k vrstevníkům. Prvním krokem k nápravě nejspíš je o této pasti konkurujících si vztahů vědět. Jednou z matoucích vlastností *„orientace na vrstevníky“* je zdánlivá větší nezávislost takového dítěte a jeho lepší fungování ve vztazích s vrstevníky. Navíc bývá zpočátku pro rodiče, kteří nemají mnoho času, takové chování dítěte výhodnější, a tedy vítané. Je to také nejspíš důvod, proč dlouhou dobu zůstává tato tendence dětí orientovat se více na vrstevníky společností nepovšimnutá.

Za velmi závažný jev spojený s popisovanou změnou chování dětí pokládají autoři to, čemu říkají *„klinická smrt kultury“*. Ukazují, jak od dospělých oddělená nově vznikající kultura vrstevníků ztrácí kontakt s tradičními hodnotami. *„Současní teenageři jsou samostatným kmenem“*, napsala už v r. 1999 novinářka Patricia Herschová ve své knize, která vyšla v USA. *„A jak se sluší na kmen, i teenageři“*



mají svůj vlastní jazyk, hodnoty, názory, hudbu, oděv a identifikační znaky.“ Tak to bylo v každé době, podle autorů však nabylo tento fenomén nebývalých rozměrů díky rychlému vývoji digitální kultury a sociálních sítí. Děti v této prudce se rozvíjející oblasti daleko předběhly své rodiče a rychleji se uzavřeli do svého vlastního světa s vyloučením kontroly rodičů. A rodiče se uchlácholili tím, že to tak bylo přece vždycky. Kdyby naše děti v této oddělenosti od rodičů byly zdatné a skutečně samostatné, emočně stabilní a ekonomicky nezávislé, kdyby neprojevovaly znepokojivé známky nestability a nezralosti ve své izolaci od rodičovských vztahů, pak by nás to skutečně nemuselo znepokojovat. V letech před vydáním knihy došlo v USA k prudkému nárůstu sebevražd dětí. Autoři citují práci z Japonska, která se věnovala rozboru dopisů na rozloučenou a v nich uváděným důvodům sebevražd. Nejčastěji svůj život děti ukončily z důvodů traumatických vztahů s vrstevníky. Ty jsou totiž z podstaty nestabilní a zvyšují agresivitu dětí, brání v konečném důsledku jejich zrání.

Tomuto tématu věnují autoři pozornost ve třetí části knihy nazvané „Pasti nezralosti: jak orientace na vrstevníky brzdí zdravý vývoj“. Ze své bohaté praxe uvádějí konkrétní příklady i alarmující zobecnění. Dynamika dětských vrstevnických skupin bez vlivu dospělých vede k dramatům typu „Pán much“. V této knize je popsán příběh dětí, které se ocitnou samy na ostrově. Potřeba dominovat vede k šikaně slabších a odlišných jedinců. Nezralý jedinec toužící po přijetí se

přizpůsobuje za každou cenu. Hlavní cenu ale děti zaplatí tím, že se stávají navenek odolné vůči zranění a prožívání, protože jakýkoli projev zranění vede k posměchu a šikaně. Současně však jsou děti orientované na vrstevníky zranitelnější, protože nejsou chráněny silnými vztahy s rodiči. Proto jsou na útěku před zranitelností, vytvářejí společně cool kulturu plnou násilí a lhostejnosti vůči utrpení druhých. Dospělí sotva mohou přeslechnout hrubost, s jakou se děti mezi sebou domlouvají, vulgaritu nejen chlapců, ale dnes už i dívek, s jakou spolu hovoří. Ještě brutálněji se vyjadřují na sociálních sítích, kde dochází ke zničující šikaně, před kterou nelze uniknout.

Násilí a předčasná sexualita patří k fenoménu orientace na vrstevníky. Autoři popisují, jak vzniká šikana, která se stala významným tématem i na našich školách. Nevidí však řešení v opatřeních proti šikaně, jaká se běžně všude zavádějí, ale výhradně ve znovuzískání vztahu dítěte s rodiči. Tomuto úkolu je věnována čtvrtá část knihy „Jak si udržet své děti (nebo jak je získat zpět)“. Spolu s poslední částí, která je věnována prevenci ztráty vztahu s našimi dětmi, čeká na své čtenáře v dosud zavřené knize Držte si své dítě. Knihu si pořídit, pomalu si ji celou přečíst a promyslet moc doporučuji všem, zvláště pak pedopsychiatrům, pedopsychologům, dětským lékařům, pedagogům a samozřejmě všem rodičům. V době plné zmatku a násilí, nejistot a změn, je to dobré čtení nejen pro profesionály.

V Liberci 24. 10. 2022



RADKIN HONZÁK: SEBEVRAŽDA – OD ZLOČINU A HŘÍCHU K NEMOCI

DANIELA TINKOVÁ: BEZ ZPĚVU A BEZ ZVONĚNÍ. DEKRIMINALIZACE SEBEVRAŽDY MEZI SEKULARIZACÍ A MEDIKALIZACÍ V 17. – 19. STOLETÍ. ARGO, PRAHA, 2021



Obsáhlá publikace Daniely Tinkové, historičky působící na Filosofické fakultě UK v Praze, která se věnuje dějinám raného novověku, není pohodové čtení. Je věnována historii, sociologii, filosofii, právu, teologickým názorům, religiózním postupům a celkové sociální praxi týkající se sebevražd a konkrétnímu zacházení s tělem a duší obětí. Právě pro tyto posledně zmíněné naturalisticky vylíčené postupy nedoporučuji něžným dívkám číst knihu před spaním.

Téměř všichni máme nějakou osobní nebo zprostředkovanou zkušenost se sebevraždou, profesionálové v pomoci poskytujících profesích jsou oproti běžné populaci tomuto riziku vystaveni mnohonásobně častěji. Sebevraždy nemáme rádi všeobecně, pokud se vyskytly mezi blízkými nebo mezi pacienty/klienty, vrhají vždy část viny na přeživší a velmi často je diskuse o nich tabuizována. Sebevražednost je v posledním století sledována jako jeden z demografických ukazatelů, a kromě výkyvů vyvolaných sociálními změnami se jeví spíše jako výsledek biologických faktorů (nízká sebevražednost ve Středozemí).

Autorka začíná u úsvitu novověku, kdy v předosvínecké Evropě převládajícím rozumem epochy bylo dosud náboženství a

sebevražda představovala kromě zločinu vraždy ještě smrtelný hřích. Kromě toho zde bylo mnoho magických prvků o možné škodlivosti duší sebevrahů (revenantů). Od středověku se tak formoval přístup postihující sebevrahy dodatečně trestem majetkovým, duchovním a tělesným. Majetkový trest spočíval v různé rozsáhlé konfiskaci majetku, duchovní odepřením křesťanského pohřbu, nemluvě o různých rituálech při bezprostředním nakládáním s tělem (vynášení oknem nebo vlečením pod prahem) až po posmrtnou popravu, vláčení těla uvázaného za koně a zahrabání na neznámém místě. Nebo naopak na velmi dobře známém místě, kterému se všichni vyhýbali. „Melancholie“ měla mírnější následky než „zoufalství“, zvláště trestuhodná byla sebevražda jako uniknutí popravě.

V českých zemích byl postup vůči sebevrahům mírnější, a pokud byla uznána jako příčina „melancholie“, bylo možné bez potupných úkonů pohřbit tělo i stranou na hřbitově. A to někdy i v případech „nepočestného života a nepočestné smrti“.

V roce 1610 sepsal anglikánský kaplan John Donne spis *Biothanatos*, který sice vydal jeho syn až po jeho smrti téměř o



čtyřicet let později, přesto ale byl zveřejněn názor, že sebezabití není nic, co by protiřečilo Bibli a v roce 1621 vychází Anatomie melancholie Roberta Burtona. Projevy posedlosti ďáblem přestávají mít omniózní charakter a stávají se symptomy šílenství. V právnických diskurzech probíhá boj za dekriminální sebevraždy. Společnost se začíná sekularizovat. Pro vznikající absolutistické státy představuje však každý sebevrah ztrátu pracovní síly, plátce daní a potenciálního vojáka.

Zajímavé je, že na rozdíl od Německa, kde utrpení mladého Werthera inspirovalo mnoho následovníků, v českých zemích se podobná epidemie neobjevila a jeho postoje a činy byly hodnoceny spíše ironicky. Předjosefinská a josefinská doba přináší jak do teorie, tak do praxe méně drastické postupy a do problematiky vstupuje medicína jako svým způsobem řemeslo. K medicinalizaci (v textu je používán pojem „medikalizace“) má autorka podobně skeptický a rezervovaný vztah jako Foucault a Illich, nicméně těla sebevrahů sloužila jako pitevní materiál a postupně nezadržitelná moc medicíny neustává dodnes. Od tereziánských dob jsou sledovány nepochybné známky smrti a lékaři jsou postupně obligatorně přizváni k ohledání (chybí zmínka o tom, že Marie Terezie nařídila přítomnost lékařů i při popravách). Instrukce pro soudní pitvy vyšla teprve v roce 1841. Světské autority se postupně přiklánějí k názorům lékařů a filosofů, církevní autority sice slevují na svých tvrdých postojích, ne však docela a lidové mínění prostoupené často magickými prvky se někdy chová dále jako za středověku.

Ze sebevraždy se v 19. století postupně stává těžký policejní přestupek, při čemž váha zdravotních posudků je různá jak co do lokalit, tak nezřídka případ od případu. V roce 1850 je sebevražda oficiálně dekriminální, následuje však

období nejasností, období nesouhlasu církve, a nakonec ke stanovení podmínek pro světské i duchovní autority po prvním vatikánském koncilu v roce 1873. Jak víme od Petra Bezruče, můžeme-li mu věřit, Maryčka Magdonova do posvěcené země pochována nebyla.

Publikace je rozsáhlá, erudovaná a nepochybně přesná, jen výčet oblastí, které byly zmapovány co do svých předpisů a praxe by zabral jeden dlouhý odstavec, od Pikardie po Slezsko. Situaci v českých zemích je věnována velká část a zpracování jde až do podrobných kasuistik jednotlivých případů s popisem předchorobí, způsobem sebevraždy až po konečné řešení. Autorka nás detailně a plasticky provádí krajinou, do níž se většině lidí nechce (ačkoliv na konci 19. století byly morytáty v módě).

Sebevražednost v českých zemích má od pádu socialismu, kdy patřila k nejvyšším v Evropě, jasně klesající trend, i když patrně v posledních letech v pandemii covidu stoupla, podobně jako v dalších zemích, které praktikovaly politiku izolace. Nacházíme se někde kolem středu, mírně nad průměrným číslem EU. Nejvyšší sebevražednost má Litva a nejnižší Řecko. Zatímco pokusy o sebevraždu jsou doménou žen, v dokonaných sebevraždách je vysoko přecházejí muži.

Na počátku své kariéry jsem se setkal nikoliv přímo s kriminalizací, ale s postihováním všech deklarovaných „sebevražedných pokusů“, z nichž většina byla sebepoškozováním se snahou vynutit si něco. Všechny takovéto činy, včetně polknutí dvou tablet Aspirinu a vyhlášením dotyčné (řádově několikrát častěji než dotyčného), musely být statisticky podrobně podchyceny a následně vyšetřeny psychiatrem. Malá část těchto osob byla po akutním ošetření vyšetřena psychiatrickým konziliářem, většina jich ale byla exemplárně odvezena na psychiatrické



vyšetření do léčeben, kde byla vesměs ponechána 24 hodin na uzavřeném oddělení, což je mělo odradit od opakování. Když sociální inženýři zjistili, že náš šťastný lid se vraždí příliš často, od takového sledování upustili a sebevražednost se naopak dostala mezi utajované údaje. Také od sledování „pokusů“ se posléze ustoupilo.

Sebevražednost u pomáhajících profesí je stále drobet tabuizována, na rozdíl od vyhoření, které se těší zájmu až

odborářskému; ale vyhořelí se nezabíjejí. Mezi nedostatečně vyřešené případy se jeví sebevraždy kolegů a dalších spolupracovníků a místo, aby to postižený tým řešil, se to snaží co nejdříve spláchnout do podzemní řeky zapomnění. Což je chyba. Jestli platí, že chybami se člověk učí, měli bychom si z toho vzít poučení.

Horní Nová Ves 27. srpna 2022

Radkin Honzák

RADKIN HONZÁK: ANATOMIE ÚZKOSTI

VORA E: THE ANATOMY OF ANXIETY. HARPER COLLINS PUBL, NY. 2022, 437 S.

Autorka je psychiatrička, akupunkturistka, cvičitelka jógy a zastánkyně celostního přístupu. Proto nepřistupuje k fenoménu úzkosti jako k selektivnímu projevu mozkové patologie, ale úzkost vidí jako „mucholapku“, na kterou se nachytá tělesný, psychický i psychosomatický dyskomfort. Staví se tak proti paušálnímu podávání psychofarmak, jež nahrazuje hledáním příčin stavů, jimž říká „falešná úzkost“ (false anxiety).

Jako klasický model uvádí hypoglykemii, jejíž příznaky, pokud není příčina správně rozpoznána, mohou být „léčeny“ mnoha marnými způsoby, přičemž kostka cukru spraví vše. Podobně i další

dysharmonické tělesné stavy nepříznivě ovlivňují prožívání, vedou ke stresu a tudy k projevům úzkosti. Není nijak vzácné, že panická ataka se objevuje jako předstupeň definitivního vyhoření.

Z tohoto zásadního východiska se odvíjí i diagnostika a terapie, které hledají příčiny psychosomatického dyskomfortu a směřují k jeho odstranění. Je to pochopitelně náročnější než předpis psychofarmak, ale patrně moudřejší. Zejména když byl zásadním způsobem zpochybněn model serotoninového deficitu.

19. 8. 2022

Radkin Honzák



RADKIN HONZÁK: PRAVDA MŮŽE POSLOUŽIT POUZE TEHDY, KDYŽ JE NA NI PŘÍJEMCE ZRALÝ

TEREZA SCHILLEROVÁ: VLČICE. NO LIMITS. PRAHA, 2022

Jestliže můžeme autorčinu jmenovkyni považovat v politice za představitelku souboru nesmyslů, je kniha Vlčice ne souborem či koncentrátem, ale přímo instantní podobou zloby, agrese, viny a nepochopení. Dochází-li v závěrečné a čtenářsky důvěryhodné katarzi hrdinka k prozření, pochopení systému předávání agrese a viny, objevení zákonitostí transgeneračního přenosu, má před sebou v tu chvíli také možnost odpuštění, včetně od-puštění krutých vzpomínek. To je však ještě dlouhá a namáhavá práce, nicméně díky za první krok.

Knihy by mohla sloužit jako syrová expressionistická ilustrace k učebnicím o rodinných scénářích, které se bez jakékoliv reflexe táhnou po generace. Hrdinka vyrůstá v době, kdy se ještě věřilo, že metla vyháňá děti z pekla a její matka tělesnými tresty nešetřila včetně ponižujících facek. Dítě žilo a posléze dospívalo s jedinou jistotou, že ať udělá cokoli, bude to špatně.

To je nejjistější cesta k vybudování nejisté osobnosti, která se podceňuje, navenek to přehání a přebíjí suverenitou a uvnitř je trvale nešťastná, ve svém životě neukotvená. Její partnerské vztahy vážnou velmi brzy (až na ten poslední). Když se dostane k moci, je stejně krutá, bezcitná a manipulativní jako její matka. Pocit křivdy ji neopouští a dospělost nevede ke zlepšení

rodinných vztahů, spíše naopak. Zajímavým doplňkem všeobjímající dámské zloby je pasivní otec hrdinky, který kupodivu dlouho snáší svou emocionálně nestabilní (dřív by se řeklo hysterickou) manželku, a nakonec přece jen rodinu opouští, a s dětmi vychází v pohodě.

Hrdinka až ve zralém věku, kdy nakonec bez afektu nahlíží na svoje chyby i přednosti, rozplétá tohle klubko zmijí, které začíná u nešťastné babičky, která své utrpení prožila v totálním nasazení a místo jeho řešení je se zaseknutým pocitem křivdy posílá dál svým dětem. Stejně jako v nacistickém lágru, padají v její rodině facky a rozjíždějí se manipulativní hry.

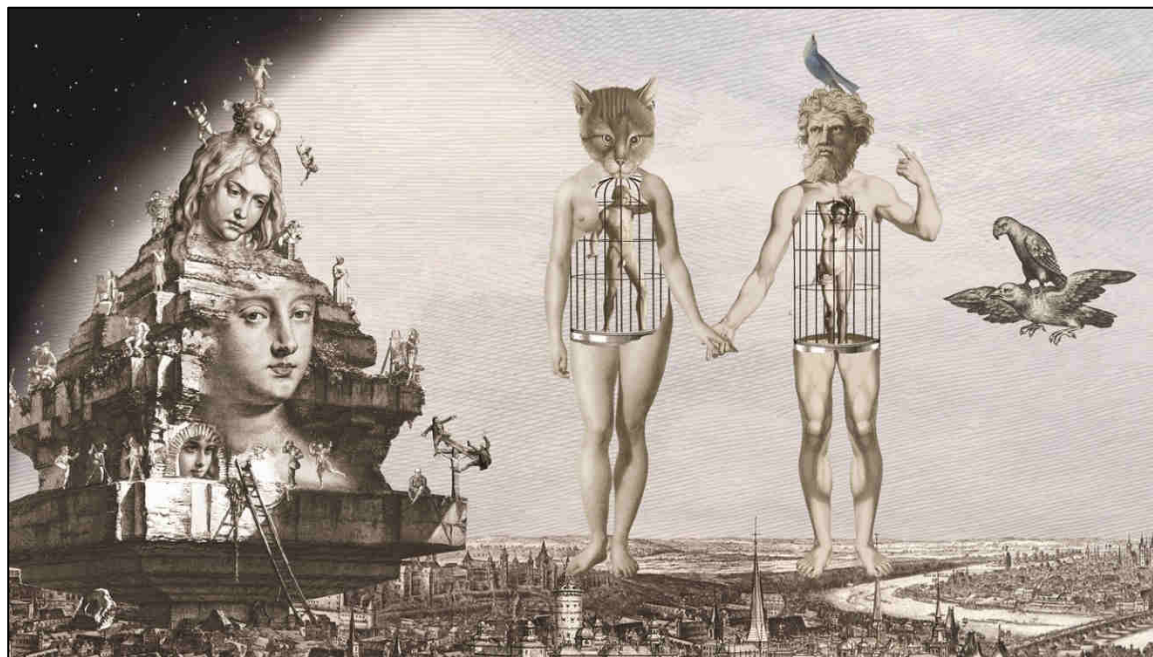
Tohle všechno hrdinka zjišťuje, až když se dostane k deníkům a korespondenci (mezi níž jsou také trucovitě neotevřené dopisy) a pochopí svoji matku nejen jako tyranskou a dominantní osobnost, ale jako „výlisek“ rodinného systému, ze kterého ona sama, jak z mlýnku na maso vypadla. Jako zralé jí může pravda posloužit (jak řekl Morgenstern) k dalšímu svobodnému rozvoji.

Knihy je naturalisticky tvrdá, místy krutá, emoce čtenářů rozhodně rozčeří, měla by vzbudit také myšlení a vřele ji doporučuji „nešťastným rodinám“ i nešťastným ženám jako možnost rozluštění vlastního trápení a cestu z něj.

Do redakce přišlo 18. 10. 2022.
Konflikt zájmů není znám.
K tisku zařazeno 24. 10. 2022.



POLITIKA, KONCEPCE



9. LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

DAVID SKORUNKA: KUDY VEDE CESTA DO EVROPSKÉ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY?

REPORTÁŽ Z KONFERENCE EVROPSKÉ ASOCIACE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY (EAPM)

ÚVOD

Společnost psychosomatické medicíny (SPM) je nejen součástí České lékařské společnosti J. E. Purkyně, ale také Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM). Každý rok pořádá EAPM mezinárodní konferenci, na níž se setkávají kolegové z evropských zemí a jiných kontinentů. Blízká setkání mezi SPM a EAPM byla doposud sporadická, naši společnost v minulosti zastupoval Ondřej Masner. Několik posledních let probíhala komunikace výhradně ve virtuálním prostoru, emailově nebo prostřednictvím online setkání.

Poslední konferenci plánovala EAPM na rok 2020 ve Vídni, ale objevil se nový typ koronaviru a dál už to znáte. Průběh pandemie a následná opatření dočasně skoro zastavily dosavadní tempo života, obrátily leccos naruby a nastavily zrcadlo některým nelichotivým atributům pozdně moderní společnosti. Všichni jsme museli změnit své plány. Po dvou covidových letech to *poomaahu* začalo vypadat, že si s novým virem víme rady, že už začínáme mít situaci více pod kontrolou. Mnozí z nás netrpělivě vyhlíželi světlejší zítřky a doufali v návrat k tzv. normálu. Jenže 24. února 2022 vtrhla ruská armáda na pokyn vládce Kremlu a jeho kumpánů na



území suverénního a nikoho neohrožujícího státu Ukrajiny. Náznaky možné stupňující se agrese ze strany Ruska bylo možné předpokládat vzhledem k předchozím akcím na Krymu v roce 2014 a v Gruzii v roce 2008. Přesto málokdo čekal, že ve třetí dekádě 21. století dojde na evropském kontinentě k válečnému běsnění. K něčemu, co mnozí považovali za věci vzdálené historie. Letecké údery na malebná města, bombardování sídlišť, nemocnic a škol, nesmyslné a ničím neodpodstatněné násilí na civilním obyvatelstvu. Vše označované cynickým eufemismem za speciální vojenskou operaci s bizarním cílem denacifikace, na pozadí toxičké směsi nenávislné propagandy, snůšky nestoudných lží a účelové manipulace. Historické lekce z tragických událostí 20. století jako by byly k ničemu. Nemluvě o důkladné znalosti různých mechanismů a společenských faktorů, které tehdy k válečným konfliktům a genocidě vedly (Snyder, 2017, 2013).

Dnes, při dokončení tohoto textu, je to 154. den války a Ukrajina brutální přesile odolává. I díky zatím relativně konzistentní podpoře zemí, jež se hlásí k demokratickým hodnotám, základním lidským právům včetně možnosti svobodně rozhodovat o svém osudu. Život plyne dál, zdánlivě bez znatelnějších změn, nepočítáme-li nárůst cen základních potravin a komodit nezbytných k našemu dosavadnímu stylu života. V mnoha profesích a

institucích běží vše stejně, jako by zhruba 700 km od česko-slovenských hranic žádné smrtící rakety nelétaly. Lidé si po covidových restrikcích užívají společenského života, jeden hudební festival střídá druhý. Restaurace už nezejí prázdnotou, konají se jiné, ještě nedávno nemožné kulturní akce. Žijeme, jako by snad nemělo být zítřka, napadá autora tohoto textu spolu s hrdiny jedné nejmenované filmové série. Nejistota je ale hmatatelná ve všech vrstvách společnosti. Začíná se zřetelně projevat v chování některých občanů, ale také implicitně v tělesných projevech organismu některých citlivějších jedinců. Otevřeně o svých obavách hovoří mnozí pacienti/klienti, se kterými se setkáváme v našich více či méně psychosomaticky zaměřených ordinacích.

Za této situace jsem se vydal 7. června do Vídně, abych se jakožto zástupce české psychosomatické komunity zúčastnil dlouho odkládané konference pořádané ve vídeňském Hofburgu. Zahraniční mise měla hned několik cílů: a) terénní průzkum v komunitě EAPM; b) navázání kontaktu s kolegy z jiných zemí; c) zmapování, co nového se děje na mezinárodní



MÍSTO ČINU



NAŠ ČLOVĚK V HOFBURGU



psychosomatické scéně; d) přednáška o klinické zkušenosti s ko-terapií v ambulantní praxi a představení vlastního výzkumu ve formě posteru.

PSYCHOLOGIE DIKTÁTORSTVÍ

Ozvěna válečné vřavy zazněla hned v uvítací řeči prezidenta konference Christophu Pieha. Christoph Pieh je profesorem na *Department für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität für Weiterbildung Krems* v Rakousku. Profesor Pieh připomněl, aniž bylo jasné, co tím chtěl přesně naznačit, že 700 let trvání zdánlivě pevné habsburské říše ukončila Velká válka, později nazývaná jako 1. světová. Dále upozornil, že pandemie neskončila, i když se to tak dle zrušení takřka všech opatření ve většině evropských zemí mohlo zdát. Na důkaz svého varovného sdělení, jež by jistě část české veřejnosti považovala za šíření poplašné zprávy, omluvil profesor Pieh prvního „spíkra“, který měl svou přednáškou zahájit odborný program konference.

Fathali Moghaddam měl krátce před cestou do Vídně pozitivní test na koronavirus (a také mírné příznaky), takže musel zrušit let ze Severní Ameriky. Díky technologickým možnostem jsme o jeho přednášku naštěstí nepřišli. Byla by to škoda, neboť název sdělení nemohl být aktuálnější: *Psychology of Dictatorship*. Fathali Moghaddam je psycholog původem z Íránu. Působí jako profesor na *Georgetown University* ve Spojených státech, kde vede interdisciplinární program v kognitivních vědách. Dle zaměření rozmanitých publikací má ale intelektuální záběr mnohem širší (Moghaddam, 2021). Jeho přednáška byla směsí historického exkurzu, znalostí klasické literatury a odborných poznatků včetně současného výzkumu v experimentální psychologii. Vše bylo obohaceno zkušenostmi ze země původu i ze současného politického dění ve Spojených státech. Pokusme se z

přednášky profesora Moghaddama vypíchnout některé klíčové myšlenky. Jaké jsou společenské faktory zvyšující pravděpodobnost nástupu diktátora? Vnímaná hrozba, strach a nejistota, potřeba ochrany, vůle po silné autoritě. Jaké osobnostní vlastnosti má jedinec s potenciálem stát se diktátorem? Charisma, machiavelistické rysy (touha po moci a umění manipulace), patologickou míru narcismu (Self a nic než Self na prvním místě), tendenci kumulovat moc do vlastních rukou, napadání a zpochybňování všeho, co by představovalo kontrolní mechanismy a vyvažování moci (*checks and balances*; média, instituce, věda, elity). Co můžeme dělat, abychom se nástupu diktatury ubránili? Podporovat, rozvíjet, udržovat demokratické principy. Co to znamená? Jednoduše pěstovat kulturu, v níž jsme schopni a ochotni říct, že se mýlíme (platí zejména pro ty v mocenských pozicích). Otevřenost různým myšlenkám a úhlům pohledu. Jasně principy týkající se toho, co je správné a co nikoli (etický rozměr, morálka). Primární důraz na to, co máme jako lidé různých kultur, původu, preferencí apod. společné, zároveň se schopností vnímat a ocenit jinakost a rozdíly.

Jak připomíná známé anglické přísloví, je snazší o těchto věcech řečnit (a psát). I sám Fathali Moghaddam připustil, že udržet demokratický kurz ve společnosti není vždy lehké. Upozornil na výzkum, dle kterého lidé v situaci vnímané hrozby jako první „obětují“ občanské svobody (Carriere, Hallahan, & Moghaddam, 2021). Také přiznal, že psychologové a vědci obecně až do nedávné doby zcela opomíjeli faktory, jako je chudoba,



diskriminace, prohlubující se sociální nerovnost apod. Tyto faktory otevírají cestu pro příchod budoucího diktátora, který je vnímavý k náladám a narůstající frustraci občanů. To vše různými prostředky ještě podnítl (přednášející užil pro zdůraznění zvukomalebný výraz *galvanize*), aby uvedl do chodu nespokojené masy a připravil si tak půdu pro nástup k moci. Kdoví, kolik posluchačů se neubránílo tichému pousmání nad tím, že tato úvaha zaznívala v prostorách velkolepě vyzdobeného sálu palácového komplexu, jenž od 13. století až do roku 1945 obývali vládcí všeho druhu.

Podobný příspěvek zaměřený na sociální kontext už v následujících dnech na

konferenci nezazněl. Tedy kromě několika výzkumných sdělení o vlivu pandemie a COVID-19 na duševní zdraví různých částí populace v některých zemích. Tíha geopolitické situace s vědomím bezmoci odborných elit hnala po úvodní přednášce nejednoho účastníka konference do centra města za návštěvou některého z vyhlášených „stánků“ vídeňské kultury. Ale jako na potvoru ani kultura tentokrát nezaručovala klid a dočasné zapomnění. Z jedné strany tiseň norského expresionisty Edwarda Muncha v *Albertina classic*, z druhé retrospektivní výstava čínského umělce a disidenta Aj Wej – Weje v *Albertina modern*. Ještě že ve Vídni lze navštívit i jiné stánky...¹



FATHALI MOGHADDAM O PSYCHOLOGII DIKTÁTORSTVÍ



AJ WEJ – WEJ O DIKTÁTORSTVÍ JINAK

BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL VČERA, DNES A ZÍTRA

Další *keynote speech* přednesl Michael Sharpe, profesor na *Oxford University* a jedna z hlavních postav britské psychosomatické scény. Název přednášky: *Bio-Psycho-Social Medicine; The EAPM Mission*. Profesor Sharpe je skvělý řečník. Na konferenčním pódiu je jako doma. A ta

oxfordská angličtina, ani stopy kazu po dlouholetém působení ve Spojených státech a úctyhodné mezinárodní spolupráci. První třetinu svého sdělení překvapil hojnými citacemi Georga Engela. Dokonce nás v sále vyzval, abychom si Engelvův vlivný text, vydaný v roce 1977, znovu

¹ Aj Wej – Wej je čínský výtvarný umělec a občanský aktivista, žijící aktuálně v Portugalsku. Ve svém díle, často konceptuálním, originálně komentuje dění ve své rodné vlasti a různé globální fenomény (např. uprchlickou

krizi). Přibližně od roku 2008 ve svém díle kriticky reaguje na různé totalitní prvky v čínské společnosti. Známa je jeho kolekce vztahující se k masakru demonstrantů na náměstí Nebeského klidu v Pekingu na jaře 1989.



přečetli (Engel, 1977). Asi abychom zjistili, jak myšlenky autora bio-psycho-sociálního modelu zůstávají i po 45 letech aktuální a nevyřešené. A to dokonce v zemích, které jsme až do nedávné doby považovali za vyspělejší nejen v oblasti psychosomatické medicíny.

Pak Michael Sharpe shrnul, s čím se i dnes nadále potýkáme v důsledku historicko-odborného dualismu těla a duše: 1) neadekvátní léčba/péče o pacienty; 2) vyčerpání a syndrom vyhoření u zdravotníků; 3) neefektivní využívání zdrojů; 4) opomíjení psychologických, a zejména sociálních faktorů ve zdraví a nemoci. Na úvod docela slušná ledová sprcha pro ty, kdo žijí v iluzi významného pokroku. Ale u kritiky našťestí nezůstalo. Co je třeba v této situaci dělat? Zprvč doplnovat výzkumné důkazy o tom, jak se psychologické a sociální faktory podílejí na vzniku nemoci a prokazování účinnosti léčebných postupů. Zadruhé zahrnout psychologii, sociologii a trénink komunikačních dovedností do vzdělávání budoucích lékařů. Zatřetí integrovat „psychosociální experty“ do systému zdravotní péče. Naš člověk měl radost, že slyší na mezinárodním fóru to, co sám považuje za nezbytné v českém zdravotnictví. Obzvlášť příprava budoucích lékařů si zaslouží pozornost, jak ukázal nedávný výzkum (Skorunka, Keřkovská, Řiháček, 2022). No, a ještě jednu zajímavou myšlenku profesor Sharpe měl. Je třeba se vyhnout jak redukcionistickému přístupu (veškeré chování je konceptualizováno jako fyzikálně-chemické procesy), tak vylučujícímu (*exclusionist*) pojetí (cokoli nemůžeme vysvětlit jako fyzikálně-chemické procesy, musíme vyloučit z kategorie nemoci/medicíny).

Z jiného soudku to vzal následující řečník, James Levenson, psychiatr a profesor na *Virginia Commonwealth University* ve Spojených státech. Soudě podle toho, jak ho na podiu uvítali kolegové, legenda konzultační psychiatrie a psychosomatické medicíny na severoamerickém kontinentě. Jeho příspěvek se žánrově pohyboval mezi historickým přehledem a rekapitulací vlastní profesní dráhy. Vzpomněl Waltera Cannona, Adolfa Meyera, Helen Flanders Dunbar, George Engela a Zbigniewa Lipowskeho. S některými z nich se profesor Levenson znal osobně a spolupracoval. V druhé části přednášky pana profesora postihl našeho člověka tradiční výpadek pozornosti. Zaslchl ale pikantní informaci, že v období padesátých až sedmdesátých let minulého století část psychosomatického výzkumu ve Spojených státech financovala armáda a CIA. Co bychom za takové štědré mecenáše u nás dali, že? Ještě jedna poznámka k vystoupení Jamese Levensona: Nejen jeho sdělení během EAPM konference ve Vídni připomnělo to, co někteří již dávno vědí. Pojem psychosomatické medicíny (a zaměření) znamená na severoamerickém kontinentě něco zcela jiného než v Evropě. V Evropě, zejména v německy mluvících zemích, se psychosomatická medicína podobá té naší. Přesněji naší koncepci, kterou se snažíme prosadit a rozvíjet (Chvála et al., 2022). Ve Spojených státech je psychosomatická medicína víceméně shodná s konzultační psychiatrií (*consultation-liaison psychiatry, C-L psychiatry*). Tito specialisté se věnují léčbě duševních poruch u pacientů s primární diagnózou somatického onemocnění a zpravidla působí na somatických odděleních či klinikách.



ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ A DEPRESE

U problematiky vážných onemocnění ještě zůstaneme. Jako další z hlavních přednášejících se představila Jane Walker, profesorka *University of Oxford*. Ve svém příspěvku se věnovala problematice depresivních poruch u pacientů s diagnózou zhoubného onemocnění (*cancer*). Nejprve posluchače seznámila s výsledky svého výzkumu. Přibližně 10 % pacientů s rakovinou ve Velké Británii trpí podle kritérií Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) velkou depresí (*major depression*) (Walker et al., 2014). U 73 % z nich není deprese nijak léčena! Poněkud překvapivé zjištění není tak překvapivé, když nás prof. Walker překvapí informací, že na největším specializovaném *The Oxford Cancer Centre* (příjem 20.000 pacientů ročně!) nebyl v roce 2014 zaměstnán ani jeden psychiatr či psycholog.

Výzkum ale nesměřoval pouze k popisu smutných fakt. Šlo o porovnání skupiny onkologických pacientů, kteří podstoupili nově strukturovaný program zaměřený na léčbu deprese, se skupinou pacientů, jimž se personál věnoval tzv. standardně (*care as usual*). Nový program se skládal z těchto komponent: a) podpora sdíleného porozumění; b) antidepresivní medikace; c) behaviorální aktivace; d) terapie zaměřená na řešení; e) monitorování deprese (dotazník po každé konzultaci). Vše podrobně sepsáno v terapeutickém manuálu, každá konzultace nahrávána na video, maximálně deset konzultací. Výsledek? 62 % pacientů ve skupině s novým léčebným programem vykázalo po šesti měsících signifikantní zlepšení v porovnání se 17 % pacientů, kterým se dostalo tzv. standardní péče. Výsledky výzkumu jednoznačně vybídly k posílení psychiatrické a psychologické péči u onkologických pacientů. Jako obvykle se

ukázalo, že praktická realizace tak snadná není. Psychiatrů a psychologů je v UK málo! Samotná implementace terapeutického programu do péče o onkologické pacienty náklady nezvyšuje. Ale nákladné je vyškolení kvalifikovaného personálu a pak vysoce kvalifikovaný personál (psychiatri, kliničtí psychologové) platit. Proto je vhodnější vyškolit a supervidovat klinické pracovníky bez přípony „psych“. Kromě financování mohou v implementaci takového programu bránit na první pohled zcela banální překážky. Například nedostatek místa/místností pro pravidelné terapeutické konzultace s onkologickými pacienty. V souvislosti se zmíněným výzkumem se nabízí otázka, jak jsme na tom v České republice. Jaká je u nás prevalence depresivních poruch u onkologicky nemocných? Jsou onkologická oddělení v českých nemocnicích „vybavena“ psychologicko-psychotherapeuticky kvalifikovaným personálem? Co se děje v rodinách těchto nemocných? Onkologické onemocnění představuje psychickou zátěž nejen pro samotného nemocného, ale i pro jeho blízké (Skorunka, 2018). V psychiatricko-psychotherapeutické praxi se pravidelně potkávám s partnery, rodiči a dalšími dospělými, kteří potřebují s někým sdílet tíhu péče o vážně nemocného člena rodiny. Často mají úzkostně-depresivní příznaky. Péče o onkologicky nemocné a jejich blízké je náročná i pro personál, který by si také někdy zasloužil určitou formu psychologické opory. Vybavuji si, jak na jednom renomovaném onkologickém pracovišti vedení především zajímalo, zdali psycholožka působící zde na částečný úvazek něco zkoumá. Že hodiny tráví u lůžka nemocných, aby je doprovázela v náročné životní situaci, jako by nebylo to hlavní. To byl přelom tisíciletí, tak snad jsme se od té doby trochu posunuli...



ODOLNOST PŘEDEVŠÍM

Obsahově i formálně odlišný příspěvek nabídla profesorka Franziska Geiser z *Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum* v Bonnu. Franziska Geiser patří mezi aktivní členy EAPM, kromě klinické práce se soustředí na výzkum v psychosomatické medicíně. Ve Vídni přednášela o konceptu odolnosti (*resilience*). Větší část svého příspěvku věnovala přehledu různých pohledů na fenomén odolnosti a pokusům o komplexní definici. Zdůraznila, že bez jasné a dostatečně komplexní definice nemůžeme realizovat preventivní programy, využívat různé zdroje, ani rozvíjet intervence na posílení odolnosti. Ani dnes kupodivu není shody na tom, zdali je odolnost osobnostní rys, vývojový proces, nebo výsledek souhry bio-psycho-socio-kulturních faktorů (Southwick et al., 2014). Profesorka Geiser také kriticky komentovala odvrácenou stranu užívání dnešního konceptu odolnosti. Současný koncept odolnosti prý svádí k přehnanému důrazu na pozitivní myšlení a dokonce k „neadekvátnímu užívání z neoliberalních pozic, kdy sdělujeme, že pokud nemůže jedinec změnit okolnosti, nejlepší je pohlížet na ně pozitivně a co nejvíce z nich získat. To pouze posiluje přehlížení sociálních faktorů.“ (Geiser, 2022, přesná citace). Znalec jiných kultur nebo ctihodný kmet pamatující cyklické opakování nejrůznějších konceptů a ideologií by si v této souvislosti připomněl výrok připisovaný Mizutovi Masahidemu, japonskému poetovi a samurajovi žijícím v 17. století: „Má stodola lehla popelem, konečně mohu vidět měsíc.“

Přednáška vzbudila v sále ohlas, diskuse neměla konce. Téma odolnosti nelze v psychosomatické medicíně přehlížet. Má význam pro prevenci a pro samotnou terapeutickou práci s nemocnými s nejrůznější symptomatologií. A jak dobře víme díky některým českým kolegyním, odolnost je významnou součástí tzv. psychologie rodiny (Tóthová, 2011; Sobotková, 2001). Není divu, že náš člověk v Hofburgu chtěl paní profesorce položit pár otázek. Ale Franzisku Geiser se mu povedlo odchytnout až o „sušenkové“ pauze. Překonal ostych a oslovil ji. Zajímalo ho, jak se dívá na faktory v rodině, které mohou rozvoj odolnosti u jedince v průběhu vývoje podpořit či komplikovat. Samozřejmě měl v hlavě citovou vazbu, sociální dělohu a neurobiologii traumatu, tedy ty vývojově významné faktory, které na rozvoj odolnosti mohou mít vliv. Ale profesorka Geiser se takto strategicky nasměrované diskusi elegantně vyhnula. Nejprve je třeba si ujasnit, co to ta odolnost vlastně je. Nejprve ji musíme definovat. Až pak můžeme pátrat po tom, jak se (ne)rozvíjí, co ji posiluje a co naopak brzdí. Náš člověk paní profesorce pozorně naslouchal a v duchu filosofoval. Copak se lze při formulování definice jakéhokoli fenoménu obejít bez nějakého před-porozumění, tedy bez určitých představ, zkušeností a poznatků o tom, co chceme definovat?

Náročný odborný program a frustraci z nezodpovězených otázek bylo nutné nějak kompenzovat. A Vídeň opět nezklamala. Kochání se architektonickými klenoty rakouského hlavního města se ukázalo být ideálním lékem na neklidnou mysl našeho člověka.

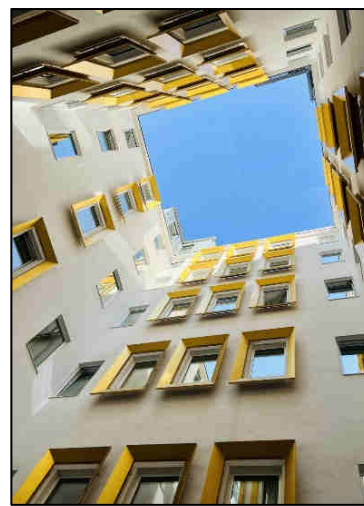




KLASIKA



LUXUS



MODERNA

KDYŽ TĚLO SOMATIZUJE A LÉKAŘI TÁPOU

Podstatná část programu byla věnována problematice tzv. funkčních poruch. V diskusním panelu a několika ústních sdělení včetně dvou plenárních přednášek se k tématu vyslovilo několik známých odborníků, kteří se této problematice dlouhodobě věnují. Michael Sharpe (UK), Peter Henningsen (G), Jane Walker (G), Per Fink (D), Bernd Löwe (G), Chris Burton (UK), Anne Toussaint (G). Směs přehledu dosavadních poznatků, aktuálního vývoje, terminologického rozlišování, prezentace výzkumů, diskuse a nástin budoucího směřování. Obzvláště terminologické rozlišení mohlo představovat jistou výzvu pro člověka, který si doposud vystačil s hojně užívaným pojmem lékařsky nevysvětlených příznaků (*medically unexplained symptoms*, MUS). Pro přetrvávající tělesné příznaky vzpírající se diagnóze jasně definované a dobře známé choroby se totiž aktuálně používá hned několik nosologických kategorií. A pro některé z nich ještě nemáme v češtině ustálené ekvivalenty.

Přetrvávající tělesné příznaky (*persistent somatic symptoms*, PSS) jsou jakýmsi

zastřešujícím pojmem (*umbrella term*), jímž se označují subjektivně nepříjemné tělesné potíže, které jedinci komplikují život po většinu dní, aniž bychom brali v potaz jejich etiologii. Obdobná je definice funkční somatické poruchy (*functional somatic disorder*, FSD), kategorie populární například v Dánsku. V americkém Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, přesněji v pátém a již revidovaném vydání (DSM-5TR), se v této souvislosti používá vsuktku všeríkající kategorie *Somatic Symptom Disorder* (SSD). Naproti tomu v evropské mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD-11; pozn. na kompletní český překlad ještě čekáme) se používá kategorie *Bodily Distress Disorder* (BDD). Prezentující odborníci se shodli na tom, že se tyto kategorie překrývají a zároveň popisují potíže/zkušenosti různých skupin pacientů (doslova reprezentují různé aspekty utrpení pacientů). Pro vyjasnění kdy, u koho a s čím neboli k detailnímu rozlišení těchto nosologických kategorií odkazují na vybranou dostupnou literaturu (Löwe, et al., 2022; Burton, et al., 2020; Fink et al., 2010). Takže SSD, FSD, BDD a PSS...



Popravdě, našemu člověku šla z těch všech zkratkou hlava kolem. A když v hofburgském sále náhodou seděl Ivan Mládek, jistě by se vyťasil s novou písní o tom, jak Fanda nasedl do MHD, jel do OÚNZ léčit si svou FSD a okusil tam BDSM.

Aniž bych chtěl zpochybňovat smysl pojmosloví a jasného definování, přeci jen některá sdělení přednášejících ve mně vyvolala pochyby o vývoji konceptualizace funkčních tělesných poruch. Například Peter Henningsen zdůraznil, že snaha vyhnout se návratu ke starému konceptu psychogeneze a soustředění se na pouhou popisnou rovinu bez spekulací o vlivu dalších, vesměs psychologických faktorů, je nepochybný krok vpřed. Per Fink všem vysvětlil, že kategorie FSD je v Dánsku na rozdíl od jiných zemí běžně používána mimo jiné díky tomu, že ji akceptují somatičtí specialisté a že nezahrnuje psychologickou rovinu včetně emočních charakteristik pacienta. Chris Burton se svěřil, že v primární péči je výše zmíněná klasifikace užitečná, neboť eliminuje diagnostický a kauzální důraz na psychologické faktory. Bernd Löwe upozornil na nedávno vydaný přehledový článek o funkčních tělesných poruchách a také na nový model vysvětlující význam percepce u těchto poruch (Löwe et al., 2022; Henningsen, et al., 2018; Otten et al., 2017). Na závěr profesor Löwe ještě zdůraznil, že pojem medicínsky

nevysvětlené příznaky (MUS) bychom už neměli používat, protože poukaz na „nevysvětlitelnost“ tělesných příznaků nemá vzhledem k současným poznatkům opodstatnění. Hezké, ale jak to všechno sakra léčit?!

Jakožto stále klinicky pracující ambulantní psychiatr a psychoterapeut (v současnosti přesněji *psychotherapy-informed psychiatrist – PIP*) chápu záměr vyhnout se stigmatizaci lidí s funkčními tělesnými příznaky, ke které může přispívat nepřiměřená psychologizace či zbrklé a předčasné interpretace jejich tělesných potíží. Na druhou stranu důraz na „deskriptivu“ u novějších nosologických kategorií spolu s opomíjením psychologické roviny podle mě hrozí simplexním nálepkováním a přehlížením důležitých psychologických a sociálních faktorů. Jestli by nebylo vhodnější pracovat s tzv. komplexním diagnostickým posuzováním (*case formulation approach*), což je přístup užívaný již nějakou dobu v klinické psychologii a psychoterapii (Dallos, Johnstone, 2014). Přesně to je totiž podle mého skromného názoru potřebné v klinických situacích, v nichž nám nestačí biomedicínské intervence, ani popisná nosologická kategorie (hodící se pro výzkum a komunikaci mezi lékaři), a kdy při individualizované práci s pacientem a rodinou musíme společně hledat jiné cesty (Skorunka, 2016).

ZÁVĚREČNÉ OHLÉDNUTÍ

Kromě přednášek a diskusních panelů zmíněných v textu na konferenci proběhlo samozřejmě mnoho dalších ústních sdělení v paralelních sekcích, vesměs výzkumně zaměřených, občas i klinicky.

Tematické rozpětí bylo značně široké: funkční, přetrvávající tělesné potíže; psycho-onkologie; transplantáční medicína; prevence a časná intervence; problematika chronické bolesti; COVID-19, long COVID a duševní/tělesné zdraví, COVID-19 a dopad na zdravotní personál;



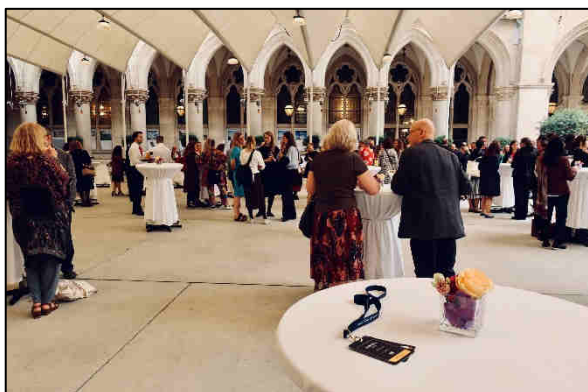
psycho-kardiologie; trauma, dětský věk a dospívání; depresivní poruchy, psychoterapie a neverbální procesy; konzultační psychiatrie; problematika závislostí; psycho-neuroimunologie. Kromě ústních sdělení bylo vystaveno přibližně 80 posterů. Z nich diskretní komise v průběhu dvou dnů vybrala asi 25 nejzajímavějších majících šanci na získání hlavní ceny. Mezi užším výběrem se překvapivě objevil i poster českých autorů, jejichž výzkumný projekt zde prezentoval náš člověk (Skorunka, Keřkovská, Řiháček, 2022a). Hlavní cenu jsme bohužel nevyhráli. Na konferenci přicestovalo 350–400 kolegů z 15 zemí. A nejen z těch evropských. Náš člověk měl tu čest pohovořit během několika „brejků“ s kolegy z Kanady, Austrálie a Spojených států. Dorazili dokonce i „psychosomáci“ z Chile. Pochopitelně převažovali kolegové z geograficky bližších koutů planety, z Německa, Rakouska, Polska, Holandska, Velké Británie. A mezi nimi jenom jeden Čech. Což je takový oslí můstek k závěrečnému apelu na kolegy(ně), zejména ty mladší. Ale po pořádku.

Pár dní po návratu z Vídně jsem vyrazil pro změnu do Liberce na 19. celostátní psychosomatickou konferenci. Na tu naši velkou psychosomatickou akci, kterou jsme museli kvůli koronaviru také dvakrát odkládat. Na kterou mnozí tak rádi jezdíme, protože se tam setkáváme se svými spřátelenými kolegy. A taky s těmi, kteří tu psychosomatickou medicínu vidíme po našem. A tak se nabídlo srovnání. Letošní liberecká konference byla skvělá. S rozmanitými a podnětnými příspěvky z různých oborů a perspektiv. Střídání jazyka odborného s poetickým, trocha vědy, a hlavně zkušeností z praxe. Možnost setkání s přáteli a kolegy v příjemné atmosféře bez některých atributů typických pro běžné medicínské konference. A ta kulturní tečka na závěr,

úžasné vystoupení vokální skupiny AKCENT Liberec. Konference EAPM ve Vídni byla jiná. Vědecká, výzkumná, více formální, možná více biomedicínská, než by člověk u psychosomatické konference čekal. I ve Vídni bylo možné tu a tam vysledovat pár skupinek spřátelených kolegů, kteří se znali z dřívějších a zřejmě na EAPM konference jezdí pravidelně. Přesto se důraz na výzkum a vědu zdál silnější než důraz na společenství. Ale mohu se mýlit, byl jsem na EAPM konferenci poprvé a nikoho jsem tam osobně neznal.

Když jsem z Vídně odjížděl, byl jsem plný jak odborných podnětů, tak dojmů z hlavního města již neexistujícího mocnářství. Po návratu mě ještě čekala příprava na libereckou konferenci. Komparativní úvahy mě přepadly až po návratu z Liberce. Jak to udělat, abychom ty světy trochu propojili? Abychom zachovali přátelskou atmosféru a pestrost libereckých konferencí, zároveň vnesli víc té vědy, a ještě se propojili s děním (a kolegy/němi) v zahraničí. Dění na mezinárodní psychosomatické scéně nemusí znamenat nic světoborného. Jak ukázala diskuse s několika kolegy v kuloárech, oproti některým vyspělým zemím můžeme být kupodivu v něčem napřed. Přesto je podle mého názoru lepší, když o dění ve světě víme. Abychom neuvízli, nežili ve své bublině, přesvědčení o tom, že jediné ta naše psychosomatika je ta pravá. Jeden nadšenec s toulavými botami, jemuž neúprosně přibývají léta, na to sám nestačí. Měl by přijít někdo nový, mladší, kdo se nezakecá. Kdo do EAPM jenom nenakoukne, ale udrží s ní delší, ideálně vzájemně prospěšný, kontakt. Kdo bude mít chuť, sílu a možnosti spolupracovat na nějakém mezinárodním projektu. Pokračovat v terénním průzkumu je možné už příští rok ve Wroclavi. Tam se bude EAPM konference konat příště.





SPOLEČNÁ VEČEŘE V RATHAUSU



NOČNÍ BURGTHEATER

LITERATURA:

1. Burton, Ch., Fink, P., Henningsen, P. et al. (2020). Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Medicine* 18:34.
2. Carriere, K. R., Hallahan, A., & Moghaddam, F. M. (2021). The effect of perceived threat on human rights: A meta-analysis. *Group Processes & Intergroup Relations*.
<https://doi.org/10.1177%2F1368430220962563>
3. Dallos, R., Johnstone, L. (2014). *Formulation in Psychology and Psychotherapy; Making Sense of People's Problems*. Hove: Routledge.
4. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136
5. Fink, P. Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 68(5): 415-26.
6. Geiser, F. (2022). The Concept of Resilience. *Keynote Lecture at EAPM Conference, Vienna, 8-11. 6. 2022*.
7. Henningsen, P., Gundel, H., Kop, W. J. et al. (2018). Persistent Physical Symptoms as Perceptual Dysregulation: A Neuropsychobehavioral Model and Its Clinical Implication. *Psychosomatic Medicine* V (8') 422-431.



8. Chvála, V., Stackedová, D., Šimek, J., Beran, J., Skorunka, D., Holub, D. (2022). Psychosomatická medicína – koncepce oboru. Vydala Společnost psychosomatické medicíny ČLS J.E.P.
9. Löwe, B., Levenson, J., Depping, M. K. et al. (2022) Somatic symptom disorder: A scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research* 157, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110876>
10. Moghaddam, F. M. (2021). *Shakespeare and Experimental Psychology, New Edition*. Cambridge: CUP.
11. Otten, M., Seth, A. K., & Pinto, Y. (2017). A social bayesian brain: How social knowledge can shape visual perception. *Brain and Cognition*, **112**, 69-77.
12. Sharpe, M. (2022) *Bio-Psycho-Social Medicine; the EAPM Mission. Keynote Lecture at EAPM Conference, Vienna, 8-11. 6. 2022.*
13. Skorunka, D., Keřkovská, T., Řiháček, T. (2022a). *Narrative Sensitivity; Essential Skill in Psychosomatic Medicine?* Poster Presentation. EAPM Conference, Vienna, 8-11. 6. 2022.
14. Skorunka, D., Keřkovská, T., Řiháček, T. (2022b). Narrative Sensitivity in Medical Students; A Mixed-Method Exploration. *Československá psychologie* (v tisku).
15. Skorunka, D. (2018). Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. *Praktický lékař* 98(1): 18-25.
16. Skorunka, D. (2016). Individualizovaná péče v psychiatrii: náměty k transformaci systému péče o duševní zdraví. In J. Mareš a kol. *Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta*. (pp.41-62), Brno: MSD.
17. Snyder, T. (2013). *Krvavé země; Evropa mezi Hitlerem a Stalinem*. Praha-Litomyšl: Paseka/Prostor.
18. Snyder, T. (2017). *On Tyranny; Twenty Lessons from the Twentieth Century*. New York: Tim Duggan Books.
19. Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
20. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten A. S., et al. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology* 5, doi: [10.3402/ejpt.v5.25338](https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338)
21. Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.
22. Walker, J., Holm Hansen, Ch., Martin, P. et al. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry* 1(5): 342-350.



SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP MÁ NOVÝ VÝBOR



Vážené dámy, vážení pánové,

je mi ctí vám psát tento dopis jako nový předseda Společnosti psychosomatické medicíny (SPM) ČLS JEP. Píši vám až měsíc po zvolení, jelikož kompletní sestava rozdělení funkcí ve výboru je známa až nyní.

Místopředseda: MUDr. Michal Kryl,

vědecký sekretář: doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.,

pokladník: Mgr. Danuše Jandourková.

Ostatní členové výboru: MUDr. Barbora Branna, MUDr. Michaela Ročňová, MUDr. David Skorunka, Ph.D., Mgr. Aneta Paurová, PhDr. Adéla Holmanová.

Volbou výboru mi byla svěřena funkce předsedy společnosti, která si v minulých letech získala pevné místo v ČLS. Prosadila vzdělávací program atestační náplně lékařů a mnoho dalšího. Zde se patří vyzdvihnout úlohu a význam MUDr. Vladislava Chvály. Děkuje!

Jedná se ale o společnost velmi heterogenní v tom smyslu, že je složena z více odborných skupin. Složení výboru je založeno na této pluralitě poměrem hlasů. Každá odbornost je zastoupena ve výboru svým zástupcem, ať už jsou to psychologové, fyzioterapeuti nebo lékaři. Přestože je společnost složena z různých profesních skupin, je svou povahou sjednocující. To je náročná situace, která se neobejde bez kvalitní komunikace s členskou základnou.

Fragmentace psychosomatiky a uzavření se do odborností jde přímo proti smyslu pojetí psychosomatiky jako sjednocující koncepce různých odborností a přístupů.

Nový výbor si vytkl tuto komunikaci jako jeden z hlavních cílů.

Za každou profesní skupinu jsme stanovili jednoho zástupce, který s ní bude v těsnějším kontaktu. Nad specifickými tématy se následně může vytvořit pracovní skupina s posláním danou problematiku rozpracovat. Chtěl bych vás vyzvat, abyste neváhali a kontaktovali své odborné zástupce ve výboru s tématy, která se té či oné skupiny týkají.

Psychosomatika je sjednocující jako idea, ale na skutečné sjednocení musí být vytvořeny fungující formáty setkávání se jako mosty překlenující odlišnosti mezi obory. Tyto by měly fungovat na lokálních a místně geografických úrovních. Vznik takto spolupracujících multioborových skupin po celé ČR je, myslím, jeden z dalších cílů SPM.

SPM potřebuje napřít maximální úsilí do komunikace se zástupci MZ ČR a zdravotními pojišťovnami. Úkol je to těžký, jak dokladují složitá a frustrující jednání v minulých letech. Nejsme vůči těmto subjektům ve vyrovnané pozici, jsou v mocenské přesile a jednání jsou uměním možného. Stávající složitá ekonomická i společenská situace jaksi nenahrává otevřenosti VZP k zavádění nových oborů. Přestože navenek neúspěšná jednání působí skepticky, musím říci, že se situace rok od roku postupně zlepšuje a



původně ultimativní hranice ze strany pojišťoven se posouvají čím dál více k možnému průniku a kompromisu. Ekonomika je hybatelem každé společnosti, včetně SPM a psychosomatiky. Případným prosazením úhrad od ZP by etablování oboru posílilo i povědomí o SPM v medicíně.

Dobré fungování SPM potřebuje sjednocení celé naší obce společným paradigmatem identity psychosomatiky v ČR. Výbor má tento úkol jako další prioritu a jistě proběhne i dialog napříč členskou základnou.

Chceme posílit kontakt s Evropskou asociací psychosomatické medicíny (EAPM). V tomto smyslu jsou vítáni členové, kteří by se do této aktivity chtěli zapojit, což je výzva do pléna. Pro zdravý vývoj SPM potřebujeme komunikaci s oborem ve světě, s využitím toho, že v řadě zemí je pojetí psychosomatiky velmi podobné jako u nás.

Na zahraničních kongresech je zřetelné významnější zapojení vědy do psychosomatiky. Pro solidní fungování v prostoru medicíny se česká SPM bez výraznějšího podílu vědy neobejde. Tento dluh chceme vyrovnat; jmenovaný vědecký sekretář je kontaktní osoba v tomto duchu.

SPM samozřejmě bude pokračovat v pořádání kongresů. Jednou za dva roky se bude konat kongres pořádaný přímo SPM, v mezidobí pak pod patronací SPM pořádaný jiným organizátorem. Takto budeme mít možnost minimálně jednoho kongresu ročně.

Na závěr přeji SPM i členům pevné PSYCHOSOMATICKÉ zdraví!

*S pozdravem,
Pavel Čech*

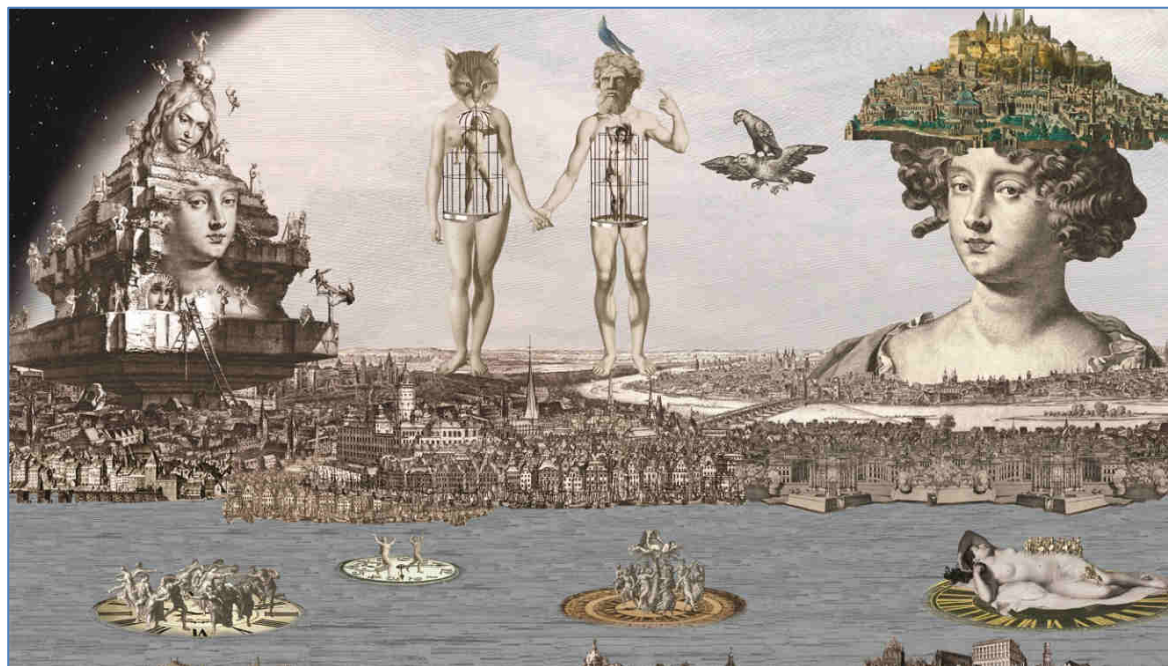
V Praze 14. 10. 2022

MUDr. Pavel Čech
Předseda
Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP
Kontaktní osoba: Mgr. Katarína Kubíková, email: katarina.kubikova@tulsiaclinic.cz

<http://www.psychosomatika-cls.cz>



AKCE



10. LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

Akce Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP najdete na stránkách společnosti:
www.psychosomatika-cls.cz

RODINA A PSYCHOSOMATIKA

21. LEDNA 2023
 CKP DOBŘICHOVICE

zajistěte si své místo již nyní na www.ckp-dobrichovice.cz

CENA: 1 690 Kč (do 31.10.2022), 1 890 Kč (od 1.11.2022)

AKREDITACE: lékaři, fyzioterapeuti, psychologové

ODBORNÝ GARANT: MUDr. Barbora Danielová, Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. et.
 Mgr. Jana Týkalová

Odborná konference. Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

13. Základy komplexního psychosomatického přístupu





PROGRAM:

- |08.00 – 08.45 Prezence účastníků
- |09.00 – 9.50 PhDr. Ludmila Trapková, MUDr. Vladislav Chvála: Jaké místo má rodinná terapie v psychosomatické medicíně?
- |10.00 – 10.50 Pavel Kučera: Přechodové rituály 21. století
- |11.00 – 11.50 PhDr. Zuzana Vondřichová, Ph.D.: Nemoc v páru
- |11.50 – 12.30 Co je ještě třeba říci a na co je třeba se zeptat (moderovaná diskuze)
- |13.30 – 14:50 WORKSHOPY

- A. PhDr. L. Vlček Pelková, Ph.D.: Když se objeví v rodině porucha příjmu potravy
- B. MUDr. Petr Kolátor, workshop: Psychosomatika v rodině
- C. MUDr. I. Šilhánková, MUDr. V. Šípová: Workshop: Odolnost versus choulostivost rodin

- |15.10 – 16:00 MUDr. Alena Večeřová Procházková, přednáška: Sebepoškozování adolescentů a budování systému vnitřní opory
- |16.10 – 17:00 Mgr. Margareta Šlemínová, Vliv proticovidových opatření na zdraví rodin
- |17.00 – 18.00 Co je ještě třeba říci a na co je třeba se zeptat (moderovaná diskuze)
- |18.00 Závěr konference, předání diplomů

ODBORNÝ GARANT: MUDr. Barbora Danielová, Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. et Mgr. Jana Týkalová (CKP Dobřichovice)



SEBEZKUŠENOSTNÍ SKUPINA 1.1. 2023-31.12.2023

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

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

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

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

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

Zahájení: po naplnění skupiny, počítáme během roku 2023

Cena 26 000 Kč za rok

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

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

1. OLOMOUCKÁ PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE

se bude konat 24. a 25. března 2023 v Uměleckém centru Univerzity Palackého. Přihlásit se bude možné od 1.12.2022 přes webové stránky na adrese: www.oushi.upol.cz



PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY PRO FYZIOTERAPEUTY, LÉKAŘE A DALŠÍ ODBORNÍKY 31.3.2023 13:00 - 17:30

Část osobnostní charakteristiky pacientů často určuje způsob jejich stonání i vytváření terapeutického vztahu. Považujeme proto za velmi užitečné znát manifestní projevy onemocnění u psychiatrických pacientů a vědět, co může terapeut při této práci čekat a zároveň si být vědom limitů účinnosti léčby.

Cílem odborného kurzu je interaktivní formou seznámit účastníky s praktickým pohledem na duševní nemoc, základními pojmy a přehledem psychiatrických diagnóz.

U úzkostně depresivních poruch, psychóz, psychosomatických onemocnění a poruch osobnosti se více podíváme na specifika v komunikaci nemocných a pomáhajícího personálu, pracovní kontakt, motivaci k léčbě a cíle spolupráce pak shrneme jako „přiměřený přístup“.

CKP Dobřichovice, Dobřichovice, 252 29

Část osobnostní charakteristiky pacientů často určuje způsob jejich stonání i vytváření terapeutického vztahu. Považujeme proto za velmi užitečné znát manifestní projevy onemocnění u psychiatrických pacientů a vědět, co může terapeut při této práci čekat a zároveň si být vědom limitů účinnosti léčby. Cílem odborného kurzu je interaktivní formou seznámit účastníky s praktickým pohledem na duševní ... více na <https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminar/psychiatricke-diagnozy-pro-fyzioterapeuty-lekare-a-dalsi-odborniky/> Lektor: Mgr. Kulhánek



INZERCE A INFORMACE



Pro nově vznikající kliniku funkční a integrativní medicíny v **Liberce** nabízíme práci pro **psychoterapeuta**.

Nové pracoviště zaměřené na celostní přístup, preventivní medicínu, fytoterapii a psychosomatiku vzniká v blízkosti centra Liberce v krásném prostředí prvorepublikové vily.

S ohledem na zaměření budoucí kliniky je psychoterapie nesmírně důležitou součástí terapeutického postupu. Kolegyně/kolega by byli členy terapeutické skupiny lékař / psychoterapeut / nutriterapeut, případně fyzioterapeut.

Předpokládaný nástup: **jaro 2023**

Nabízená pozice je skvělou příležitostí, jak stát u zrodu něčeho nového, být součástí multioborového týmu, učit se novým věcem a svojí prací pomáhat a přinášet užitek těm, kteří jej potřebují.

K pozici se vážou skvělé pracovní podmínky, plat, flexibilní pracovní doba, možnost zkráceného úvazku nebo extra dovolená.

Zájemci, prosím, zašlete svůj profesní životopis a motivační dopis na adresu: alica.szabo@wecareliberec.cz



LITERÁRNÍ KOUTEK



11. LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE. ILUSTRACE [MIROSLAV HUPTYCH](#)

J.A. KOMENSKÝ: LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE

Komeniolog Jan Hábl uvádí citát z Komenského, že cílem člověka je přemáhání samosvojnosti, to znamená: "*Sám sobě patřiti, sobě nadmíru hověti, sobě se líbiti, svým bůžkem se dělati a to je příčina všech motanin, jinudostí a změteností lidských.*" Komenský také říká, že mnohé v životě není v naší moci, ale jiné ano, jen jde o to je najít, poznat je a napravit je... Komenský (byl vlastně také uprchlík) celým svým životem a dílem se snažil o všenápravu společnosti, viděl kolem sebe spoustu nepravostí, které vycházejí z nemírnosti... To je i moje celoživotní téma... Mírek nezná míru, musí mít všeho hodně... (to je vidět v kalendáři). Identifikoval jsem, že to pochází z toho, že jsem měl v dětství čehosi zásadního málo... A odtud pocházejí moje celoživotní motaniny v labyrintu světa... Komenský vidí řešení: Smířit se se sebou a s Bohem, což přináší mírnost k přístupu k sobě i ke světu... Člověk, který dosáhne mírnosti: Zná dobré, chce dobré a koná dobré, a to i tehdy, když se nikdo nedívá... A vždy se někdo dívá... Komenský říká, že toho, který stvořil srdce člověka obehloupiti nelze...

Miroslav Huptych

Ilustrace v tomto čísle jsou výřezy z benefičního kalendáře Labyrint světa a ráj srdce pro děti úplňku. Celý kalendář je možné si prohlédnout na (<https://www.huptych.cz/n/kalendar-pro-deti-uplnku>) a objednat na <https://komensky400.cz>. V kalendáři je 8 listů citátů z knihy Labyrint světa a ráj srdce i s překlady do angličtiny. Z nich vybíráme:



POUTNÍK SI PROHLÍŽÍ NÁMĚSTÍ SVĚTA

Vidí různorodost lidu. „Protože si chceš prohlédnout úplně všechno,“ navrhneme mi můj průvodce, „pojďme nejprve na náměstí.“ A hned mne tam také zavedl. Tam jsem uviděl nesčetné zástupy, přelévaly se sem a tam jako mlha. Byli tu lidé všech jazyků a ze všech národů, různého věku, vzrůstu, pohlaví, stavu, řádu a povolání. Když jsem se na ně poprvé podíval, zpozoroval jsem, jak zvláště se motají sem a tam, jako když se rojí včely a ještě podivněji.

Pokrytectví u všech. Podívám se na ně tedy blíže a okamžitě si všimnu, že každý, kdo jde ve skupině s druhými, má na tváři masku, a až když od nich zase odejde někam, kde by byl mezi sobě podobnými, tak ji sundává; ale když se má zase vrátit do první společnosti, opět si ji dává na tvář. Ptal jsem se tedy, co to znamená. Odpověděli mi: „To je, synu můj, jen lidská opatrnost, aby člověk hned každému neukazoval, co je zač. O samotě se může chovat podle toho, jaký skutečně je, ale před lidmi se sluší ukazovat se lidsky a dávat věcem pěkné vzezření.“ Z takových řečí jsem ale jen dostal ještě větší chuť podívat se, jací jsou ti lidé bez svých vyzdobených škrabošek.

Podivné nestvůrnosti. Dával jsem tedy dobrý pozor a všiml jsem si, že jsou všichni nejen v obličeji, ale i na těle všelijak znetvoření. Každý byl přinejmenším uhrovaný, prašivý nebo malomocný a mimo to měl jeden sviňský pysk, druhý psí zuby, třetí volské rohy, další oslí uši, jiný baziliščí oči, tamten liščí ocas a onen vlčí pazoury, některé jsem viděl, jak

natahují krky vysoko jako pávi, jiné s dudkovým naježeným chocholem, další s koňskými kopyty atd., nejvíce se jich ovšem podobalo opicím. Tu jsem se zděsil a pravím: „Ale já vidím jakési příšery.“ „Co to říkáš, ty všetečko, jaké příšery?“ ptá se tlumočnicka a hrozí mi pěstí. „Dívej se jen skrze brýle a uvidíš, že to jsou lidé.“ Někteří z kolemjdoucích ale zaslechli, že jsem je nazval příšerami, a tak se zastavili, reptali a všelijak se na mne utrhovali. Když jsem pochopil, že je zbytečné se s nimi nějak hádat, umlkl jsem a pomyslel jsem si: „Když chtějí být lidmi, ať si jsou, já ale vidím, co vidím.“

Pýcha a vypínání se jeden nad druhého. Také jsem viděl, že mnozí chodili na vysokých podpatcích, někteří si dokonce udělali chůdy, aby byli nade všechny vyvýšeni a mohli se na ně dívat z výšky, a tak se procházeli. Ale čím je měl kdo vyšší, tím snáze se skácel, nebo mu někdo jiný podrazil nohy (mám za to, že ze závidivosti) – tak se vedlo nejednomu z nich a udělal tak ze sebe předmět posměšků. Takových příkladů jsem kolem viděl dost a dost.

Nadýmání se a zalíbení v sobě. Rovněž jsem si všiml mnohých, jak s sebou všude nosí zrcadla a v nich se prohlížejí, ať už zrovna mluví s někým jiným, hádají se nebo perou, ba dokonce i když chodí na svých chůdách, dívají se na sebe zepředu i zezadu a pomlaskávají nad svou krásou, vzrůstem, cestami a činy, a jiným podávají svá zrcadla, aby se na ně také podívali.



SMRT VŠECHNY BÍDNĚ HUBÍ.

Nakonec jsem spatřil Smrt, jak se mezi všemi prochází s ostrou kosou, lukem a střelami a všechny napomíná, aby pamatovali na svou smrtelnost. Ale nikdo nevěnoval jejímu volání sluchu, každý si hleděl svého bláznovství a neřádu. A tak vytáhla své střely a střelila je po nich na všechny strany, a když jimi zasáhla někoho z davu, ať už byl mladý, starý, chudý, bohatý, učený či neučený, všichni se bez rozdílu skáceli k zemi.

Lidé jsou sami strůjci svých nemocí a smrti. A nesmím zatajit, že když jsem viděl, jak nesčíslné množství střel vysílá Smrt do vzduchu, přišla mi na mysl

otázka: „Kde ta Smrt bere tolik šípů, že jí nikdy nedojdou?“ A tak jsem se díval a jasně jsem viděl, že neměla žádné vlastní šípy, jen luk. Šípy si brala od lidí, každý od toho, kterého s ním měla trefit. A viděl jsem, že sami lidé takové šípy vyráběli a připravovali, někteří jí je dokonce drže a opovážlivě sami nosili, takže jí stačilo jen je brát, jakmile byly dokončené, a střílet jim je do srdce. Vykřikl jsem: „Již vidím, že je pravda, že i smrti své je každý strůjcem“. Teď chápu, že neumírá nikdo, kdo by si předtím nestřídmostí, nezdrženlivostí, opovážlivostí nebo zbrklostí sám nepřivodil boláky, vředy, vnější i vnitřní zranění (protože právě to jsou šípy Smrti).“

POUTNÍK SI PROHLÍŽÍ STAV A ŘÁD MANŽELSKÝ

Hrozné trápení v nepodařeném manželství. Když jsem se pak podíval na další lidi v onom davu, uviděl jsem spoustu trápení. Nejednou se stalo, že spolu byli spjati dva lidé s rozdílnou vůlí, jeden chtěl to a druhý ono, jeden sem a druhý tam, a tu se přeli, hádali a trápili navzájem. Ten žaloval kolemjdoucím to a druhý ono, a když nebyl, kdo by je rozsoudil, pustili se do sebe sami, bili se pěstmi a ošklivě si ubližovali, a když už je někdo na čas smířil, po chvíli v sobě byli zase. Někteří se předlouho dohadovali, jestli hot nebo čehý, a když chtěl i přesto jít každý za svým nosem, vrhl se jeden vší silou na svou stranu a druhý na tu svoji. Pak nastala tahanice a souboj o to, kdo koho přetáhne. Někdy vítězil muž, a ačkoli se žena chytala země, trávy a čeho mohla, přesto ji táhl za sebou. Jindy byl tažen muž za ženou, čemuž se ostatní smáli, ale mně to přišlo spíš k pláči než k smíchu. Zvláště když jsem viděl, jak někteří v tom trápení plakali, vzdychali, spínali ruce k nebi a prohlašovali, že by se z

toho svazku rádi i stříbrem a zlatem vykoupli.

Neřády při sepisování knih. Vešli jsme ale zase zpátky do síně a tu vidím, že těch nádob všude a na všech stranách přibývá, a tak se dívám, odkud je nosí. A upozoruji, že je přinášejí z nějakého místa za oponou, a když jsme tam také vešli, vidím tu spoustu řemeslníků, jak ty krabice vyrábějí ze dřeva, kostí, kamení a různého materiálu, jednu krásnější a ozdobnější než druhou, a když je pak naplní mastí či lékem, dávají je k obecnému užívání. A tlumočník mi k tomu říká: „Tito lidé jsou hodni chvály a dobrořečení, protože svému pokolení slouží těmi nejužitečnějšími věcmi, pro rozmnožení moudrosti a umění nelitují žádné práce ani úsilí a o svá skvělá obdarování se dělí s ostatními.“

Dostal jsem chuť podívat se z čeho a jak se to, co nazval dary a moudrostí, dělá a připravuje. A uviděl jsem jednoho nebo



možná dva, kteří vyhledávali vonná koření a byliny, řezali je, drtili, vařili, destilovali a připravovali různé léky, lektvary, sirupy a jiné k životu užitečné věci. Naproti tomu jsem viděl takové, kteří jen vybírali z jiných nádob a dávali to do svých, a těch bylo na sta. „Tihle jen přelévají vodu,“ ukazoval jsem na ně. Tlumočník mi odpověděl: „I tak se rozmnožuje poznání. Copak se nemůže jedno a totéž podávat pokaždé trochu jinak? A také lze k původním věcem vždy něco přidat a popravít je.“ „Nebo pokazit,“ opáčil jsem hněvivě, protože jsem jasně viděl, že se tu děje podvod. Některý totiž popadl cizí nádobky, a aby naplnil několik svých, rozředil je, jak mohl, a to tím, že do nich přiléval splašky. Jiný zase přidával kdejakou špínu, třeba prach a smetí, a všechno to zahustil, jen aby to vypadalo, že zadělal na něco nového. Navíc na to pověsili krásnější nápisy než původní autoři, a každý podobně jako nějakí mastičkáři nestydatě chválil to své. Také mi přišlo divné a k vzteku, že (jak už jsem podotkl dříve) málokdo zkoumal vnitřní podstatu věcí, ale všechno brali jako by nebyly žádné rozdíly, a když už si někteří vybírali, dívali se jen na vnější obal a na nadpisy. Náhle jsem pochopil, čím to je, že tak málo z nich mívá svěží mysl, vždyť čím víc do sebe někdo naládoval takových léků, tím víc se dával, bledl, vadl a chřadl.

Mezi etiky a politiky. Když mne pak chtěli vést jinam, ptám se: „Už bude těm

učeným brzy konec? Je mi až smutno, když se mezi nimi musím trmácet.“ „To nejlepší nám ještě zbývá,“ těšil mne Všudybud. Vkročíme tedy do nějaké síně, která byla plná obrazů; na jedné straně byly ty pěkné a líbezné na pohled, na druhé straně škaredé a znetvořené. Kolem nich chodili filozofové, a nejen že se na ně dívali, ale jak mohli, přidávali barvami jedněm na krásu a druhým na ošklivost. „Co je to?“ ptal jsem se. A tlumočník mi říká: „Copak nevidíš ty nápisy vepředu?“ A jak mne tak vodil, ty nápisy mi ukazoval: Statečnost, Strídmost, Spravedlnost, Svornost, Řádná vláda atd. a z druhé strany Pýcha, Obžerství, Zvůle, Nesvornost, Tyranie atd. Filozofové pak všechny příchozí prosili a napomínali, aby ty pěkné milovali a škaredé měli v nenávisti, tamty chválili, a ty druhé co nejvíce haněli a zošklivili si je. To se mi velice líbilo a pravil jsem: „Nu, tady aspoň nacházím lidi, kteří dělají věc hodnou svého pokolení.“ Mezitím jsem si ale všiml, že ti milí napomínající sami nelnuli k těm pěkným obrazům o nic víc než k těm druhým, a ani se nestyděli hledět si těch škaredých, ale často se kolem nich ochomýтали. Když to viděli ostatní, také se tam obraceli a připravovali si s těmi potvorami různé kratochvíle a zábavu. Na to jsem s hněvem prohlásil: „Já tady vidím, že lidé (jak to říkal Ezopův vlk) jinak mluví a jinak činí. Od toho, co chválí ústy, se jejich mysl odvrací, a co si svým jazykem oškliví, k tomu jim lne srdce.“

LABYRINT SVĚTA A RÁJ SRDCE

Napsáno 1623, vydáno 1631 patrně v saské Pirně, 2.vydání v Amsterdamu 1663, nejnovější kritická a komentovaná edice Dílo Jana Amose Komenského, 3.díl, Academia Praha 1978, s.267-397. Více [zde \(https://archive.huptych.cz/vytvarne-prace/knizni-ilustrace/labyrinth-sveta-a-raj-srdce.html\)](https://archive.huptych.cz/vytvarne-prace/knizni-ilustrace/labyrinth-sveta-a-raj-srdce.html).



PSYCHOTERAPIE

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

www.psychoterapie.fss.muni.cz



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

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

Nezbytné položky:

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

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

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



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

Pokyny pro citování:

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

