

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 3-4/2023 dne 12. 12. 2023, recenzní řízení bylo uzavřeno 1. 12. 2023

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

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

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

© [LIRTAPS](#), o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Vychází 4× ročně



Tiráž

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

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

TENTO ČASOPIS VYCHÁZÍ NEZÁVISLE NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
BEZ SVOBODY NENÍ VĚDY

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

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

Obsah	93
Editorial	95
<i>Vladislav Chvála: Pomůže nám už jen modlitba?</i>	95
Pro praxi	99
<i>Natálie Šebková: Pacient s komplexním regionálním bolestivým syndromem (KRBS) v ordinaci rehabilitačního lékaře</i>	99
Věda krátce	110
<i>Jak zvládají rodičovství adoptovaní lidé?</i>	110
<i>Co se děje v mozku při vzpomínkách na trauma?</i>	111
<i>Jak dobrý je nápad zrušit rodinu?</i>	112
<i>Chytré telefony s mírou</i>	113
<i>Výzkumníci volají po větší jasnosti ohledně toho, co představuje „problém duševního zdraví“</i>	114
<i>Jít nad rámec angličtiny je pro ochranu přírody zásadní</i>	115
Výzkum	117
<i>Kasia Kozłowska^{a,b*}, Catherine Chudleigh^a, Georgia McClure^a, Ann M. Maguire^{b,c} and Geoffrey R. Ambler^{b,c}: Vzorové citové vazby u dětí a dospívajících s genderovou dysforií</i>	117
Etika	143
<i>Jan Polák: Modlitba židovského lékaře jako zdroj zdravotnické etiky</i>	143
Úvahy, eseje	161
<i>Jan Poněšický: Rezistence vůči psychoterapii</i>	161
<i>Magdaléna Ježková: Spirituální zakotvení jako faktor zdraví 2 - o modlitbě</i>	167
<i>Radkin Honzák: Modlitba v léčebné péči</i>	171
<i>Jan Šikl: Nově nalezený apokryf</i>	176
Recenze	178
<i>Jakub Medal: Stručná historie všeho – kniha, kterou bych si podle názvu nekoupil</i>	178
Politika, Koncepce	184
<i>Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče</i>	184
<i>Nový doporučený postup Funkční a persistentní tělesné potíže: psychosomatický přístup</i>	185
<i>Cena výboru SPM ČLS za nejlepší vědeckou práci v oblasti psychosomatiky za roky 2022 a 2023</i>	186
<i>Výprodej monografie psychosomatická medicína 2020: nástroje psychosomatické medicíny</i>	187



<i>Pravidla a ceník inzerce SPM ČLS JEP</i>	<i>188</i>
Akce.....	190
<i>Akce s psychosomatickou tematikou.....</i>	<i>190</i>
<i>Pozvánka do Dobřichovic na 14. psychosomatickou konferenci</i>	<i>191</i>
<i>Pozvánka - 20. Psychosomatická konference,</i>	<i>192</i>
<i>20. – 22. 6. 2024, Liberec.....</i>	<i>192</i>
Literární koutek	194
<i>MUDr. Ladislav Haas: Lékaři a psychosomatika.....</i>	<i>194</i>
Pokyny pro autory	199



EDITORIAL



VLADISLAV CHVÁLA: POMŮŽE NÁM UŽ JEN MODLITBA?

Shodou okolností se v právě vycházejícím dvojčísle Psychosomu sešlo více prací, které se dotýkají vlivu modlitby na naše zdraví, popřípadě na samotný proces léčby. Jako první přišla zajímavá studie o modlitbách židovských lékařů Jana Poláka. Zkoumal tuto praxi z hlediska lékařské etiky, a to nás zajímá. Uveřejnili jsme, přestože je velmi dlouhá. Nezávisle na tom přišla úvaha Magdalény Ježkové, která mimořádně statečně nabídla našim čtenářům své osobní zkušenosti lékařky s modlitbou. Radkin Honzák se pak v rámci recenzního řízení zajímal o toto téma podrobněji, a našel v odborné literatuře velmi mnoho odkazů. Bylo by škoda o jeho ediční poznámky přijít, proto jsme některé z nich zařadili za text Magdalény Ježkové. Tato souhra okolností mi vyvolala vzpomínku na konferenci v Brně určenou věřícím zdravotníkům, kam nás pozvali přednášet o biopsycho-sociální psychosomatice. Druhou polovinu programu přednášel [Michael](#)

[Marsch](#) (nar. 1932), německý teolog a psychoterapeut. Ten tvrdil, k našemu velkému překvapení, že psychosomatická medicína v Německu nesplnila to, co slibovala, a že cesta víry k uzdravení je bezpečnější a účinnější. V té době jsme psychosomatické medicíně u nás teprve vytvářeli podmínky, a k německému „psychosomatickému ráji“ jsme vzhlíželi. Proto mě to poněkud zaskočilo. Možná že po prostudování dnes předkládaných textů i naši čtenáři budou mít příležitost poodhalit, o jaké fenomény zde jde. Ze studie Jana Poláka vidíme, že v dobách, kdy měli lékaři málo prostředků, byli mnohem pokornější. Byli si vědomi svého omezení a spoléhali se více na Přírodu. Lékař v současné přezbrojené medicíně se mnohem víc spoléhá na laboratoř, přístroje a na sebe, i když všichni víme, že i při nejvyšším nasazení nemůžeme každého zachránit a vyléčit. Možná je to mnohem významnější faktor zvýšené sebevraždnosti, alkoholové závislosti a



častého vyhoření lékařů než momentálně bouřlivě přezýkované téma přesčasové práce. Protože pokud pacienta nezachrání lékař, tak kdo jiný? Osobní svědectví lékařky Magdalény Ježkové odpovídá tomu, co říkají výzkumná data: modlitba je dobrá péče především o lékaře samotného. Díky ní může být soustředěnější, klidnější, a tím i pro pacienta více k dispozici. A protože víme, že vztah je významným léčebným faktorem, může mít modlitba dobrý vliv. Psychosomatickou medicínu to ale nejspíš nenahradí. Té prospívá vzdělávání, rozšiřování bio-psycho-sociálního přístupu v celé lékařské praxi. Svědčí o tom paní doktorka Natálie Šebková, rehabilitační lékařka. Ve své kazuistice ukazuje, jaký význam pro léčbu tzv. komplexního regionálního bolestivého syndromu (KRBS, dříve Sudcův syndrom, reflexní sympatická dystrofie, algoneurodystrofie), jehož příčiny stále nejsou zcela jasné, může mít rozšíření pohledu o psychosociální rozměr. Ano, psychosomatický přístup v lékařské praxi vůbec není snadný, ale jsem si jist, že se vyplatí. Kdyby si s tímhle pacientem nedala tu práci, jeho stav by se zhoršoval a lékařku by jen dál zatěžoval. Toto jsou pacienti, kteří nakonec lékaře vedou k vyhoření. Proto tvrdím, že psychosomatika pomáhá především lékařům. A teprve díky tomu také pacientům.

Do tohoto čísla výjimečně přebíráme výzkumnou práci australského týmu Kasii Kozlowské z oddělení psychologické medicíny dětské nemocnice ve Westmeadu, a to ze dvou důvodů. Jednak je skvělým příkladem bio-psycho-sociálně pojatého výzkumu, který u nás tolik chybí, a za druhé je téma genderové dysforie stále naléhavější problematikou i v našich praxích. Otázka, kde se bere ten masivní nárůst nespokojenosti dospívajících s tělem, které jim určila příroda, nemá snadnou odpověď. Podívat se na první rok života těchto dětí a tedy na tzv. attachment,

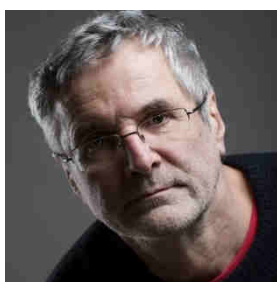
jejich strategii citové vazby, je výborný nápad. Ukázalo se, že mají stejně problematickou citovou vazbu jako ostatní psychiatrická populace. A protože výsledek této studie míří víc k rodině a její stabilitě, tedy ke zralosti rodičů než ke genetické „chybě“, asi nás nepřekvapí, že reakce některých laických kruhů byla bouřlivá. O tom více píše Kasia v naší korespondenci, když jsme žádali o povolení k uveřejnění celé studie. (*„Po zveřejnění všech tří našich článků o genderové dysforii, aktivisté kritizovali a napadli naši práci. Posledních šest měsíců bylo obzvlášť stresujících. Říkám Vám to jen proto, abyste si byli vědomi těchto politických dimenzí, které vyústávají pro každého, kdo se snaží nahlížet na data z neutrálního neideologického postoje.“*) Otázka tedy je, jaké místo mají ještě vědecké argumenty při řešení problémů současného světa. Máme k tomu ještě co říci? A je tady ještě někdo, kdo by nás slyšel? Nebo nás deprivovaní adolescenti „utlučou čepicema“?

Pokud je pro čtenáře práce Kozlowské a kol. dlouhá, může se podívat na témata v rubrice Věda krátce. Vybrali jsme několik pozoruhodných zpráv o výzkumech, které se našich pacientů týkají: funkce mozku při vzpomínce na prožité trauma, vlivu silných vazeb dětí s rodiči na jejich zdraví a celkové prospívání, vlivu nadměrného používání chytrých telefonů na zdraví dětí, které všichni tušíme, ale už máme také zdokumentováno. Nejen u nás se ukazuje, že je třeba znovu formulovat pojem duševního zdraví. Zdá se, že bio-psycho-sociální model nestačí. Je ale otázka, jak mu kdo rozumí. Možná bychom se mohli pokusit znovu pochopit, co tím starý pan Engel vlastně myslel, než se pustíme do tvorby nových modelů. Moje zkušenost je taková, že požadavek na bio-psycho-sociální chápání nemoci je požadavkem na porozumění tří zcela odlišných skupin vědců, jejichž domluva je



značně obtížná. Model dobrý, domluva těžká, proto malé porozumění celku. Při přípravě tohoto dvojčísla, které se rodilo tak těžce, že vychází doslova na konci roku 2023, přišla tragická zpráva o střelbě na filosofické fakultě. Šokujícím způsobem zarezovala s tématy tohoto vydání. Ano, stav naší populace se dramaticky horší, o tom není pochyb při sledování údajů o sebevraždnosti a psychických potížích dospívajících. A znovu nás napadá naléhavá otázka-můžeme k tomu ještě něco říci, my, kdo se věnujeme, dětem, dospívajícím a jejich rodinám? Nebo už nám zbývá jen modlitba, abychom zabránili výbuchům hněvu dospívajících, kteří nenacházejí žádný smysl svého života? Více o tom v eseji Jana Šikla.

Ostatně nejen odpor nemocných k procesu psychoterapie, jak o něm píše ve své výborné přednášce Jan Poněšický, je překážkou v jejím použití. Psychologické obrany hrají jistě roli i při zavádění a výuce psychosomatické medicíny podobně jako u psychoterapie. Pro psychoterapeuty bude nejspíš text Jana Poněšického samozřejmostí. Ale v našich řadách (psychosomatiky) je mnoho lékařů, pro které to může být docela nový pohled.



Recenze Jakuba Medala o knize, kterou by si podle názvu nekoupil (Stručná historie všeho) mě dokonce donutila si knihu opatřit (prý to jde těžko, ale [na tomto serveru jsem ji ještě našel](#)), abych se přesvědčil, že nebudeme propagovat nějakou pitomost. A nebudeme. Je to mimořádná kniha, která dává velmi dobrý přehled o nejrůznějších pokusech o holistické myšlení. Autor, původem chemik, Ken Wilber, nabízí pochopení nejen historii vývoje vesmíru a vědomí v něm, ale i možnosti dalšího vývoje. Moc doporučuji ke čtení a k diskusi.

V Literárním koutku se může čtenář přesvědčit, jaká byla pozice psychosomatické medicíny a psychoterapie hned po 2. světové válce. Díky bádání MUDr. Eduarda Rysa a s jeho svolením otiskujeme text MUDr. L. Haase, z r. 1948 „*Lékaři a psychoanalýza*“ ze Sborníku psychoanalytických prací. Je smutné, jak je to podobné dnešku. Ale nepropadejme skepsi, posun jen za dobu mého života je patrný. Za posledních 10 let se toho odehrálo v psychosomatice hodně. Máme důvod k optimismu. Ale co bude s psychosomatikou dál, na tom je třeba se domlouvat. Tak přijedte na konferenci do Liberce. Pozvánku máte uvnitř tohoto dvojčísla.

V Liberci 22. 12. 2023





OBRÁZEK 1: PF 2024 POSÍLÁ MIROSLAV HUPTYCH



PRO PRAXI



NATÁLIE ŠEBKOVÁ: PACIENT S KOMPLEXNÍM REGIONÁLNÍM BOLESTIVÝM SYNDROMEM (KRBS) V ORDINACI REHABILITAČNÍHO LÉKAŘE

SOUHRN: To, co pacienta přivádí k lékaři nejčastěji, je bolest. V rehabilitační ambulanci je to nejčastěji bolest zad. Ta může mít tolik důvodů, že se v diagnostice někdy nedokážeme dobrat konce. Oproti tomu bolest u pacienta po úrazu nebo operaci struktur pohybového aparátu by mohla vypadat jednoduše jako prostá nocicepce. Tak tomu ale není, bolest nekoreluje se stavem poškození tkáně či aktivitou nociceptorů. Výrazné je to např. u komplexního regionálního bolestivého syndromu (KRBS, dříve Sudeckův syndrom, reflexní sympatická dystrofie, algoneurodystrofie), jehož příčiny stále nejsou zcela jasné, průběh může být velmi variabilní a stran léčby také není plný konsenzus. Etiologie je jistě multifaktoriální, zahrnuje dysfunkci nervového a imunitního systému, zřejmě faktory genetické a psychologické. O psychiatrických komorbiditách a psychologických faktorech přinášejí studie nekonzistentní údaje. Z mého pohledu je tedy na KRBS jistě potřeba nahlížet v biopsychosociálních souvislostech a takto vést terapii.

KLÍČOVÁ SLOVA: KRBS, bolest, rehabilitace, biopsychosociální přístup, psychosomatika

SUMMARY: NATALIE ŠEBKOVÁ: PATIENT WITH COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME (CRPS) IN A REHABILITATION DOCTOR'S OFFICE. *PSYCHOSOM* 2023; 21 (3-4), pp.99-109
What brings the patient to the doctor most often is pain. In a rehabilitation clinic, it's most often back pain. It can have so many causes that sometimes we can't get to the bottom of the diagnosis. In contrast, pain in a patient after an injury or surgery to musculoskeletal structures might look like a simple nociception. However, this is not the case; pain does



not correlate with the state of tissue damage or the activity of nociceptors. This is evident, for example, in complex regional pain syndrome (CRPS, formerly Sudeck's syndrome, reflex sympathetic dystrophy, algoneurodystrophy), the causes of which are still not entirely clear, the course can be highly variable and there is no full consensus on treatment. The aetiology is certainly multifactorial, involving dysfunction of the nervous and immune systems, probably genetic and psychological factors. Studies provide inconsistent data on psychiatric comorbidities and psychological factors. From my point of view, then, CRPS certainly needs to be viewed in a biopsychosocial context and therapy needs to be guided in this way.

KEY WORDS: KRBS, pain, rehabilitation, biopsychosocial approach, psychosomatics

ÚVOD

Pracuji jako rehabilitační lékařka ve fakultní nemocnici. Od nástupu v roce 1997 jsem vystřídala různé části provozu kliniky, učila se oboru a rozšiřovala si vědomosti. Postupně jsem začínala cítit, že to, co můžu pacientům nabídnout jako biologicky orientovaný lékař, včetně další standardní terapie v rehabilitaci (fyzioterapie, event. ergoterapie), občas nestačí. Z důkladného odběru anamnézy, na který jsem se svými základy v interně byla zvyklá, na mě někdy vykukovaly psychosociální okolnosti, které mi připadaly důležité pro dokreslení obrazu.

Část našeho pracoviště se specializuje na rehabilitaci dospělých pacientů se získaným poškozením mozku. Díky tomu máme multioborový tým, jehož součástí jsou rehabilitační lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, psychologové, sociální pracovník a speciální pedagog. Dostupnost psychologů mi umožnila občas zapojit do léčby pacientů běžné ordinace i je. Např. pro nácvik relaxačních technik, mapující pohovor a výjimečně i krátkou psychoterapeutickou intervenci u pacientů s chronickou bolestí zad, kde se mi zdál významný podíl psychiky. Pomohlo to většinou nejen pacientům, ale i mně a fyzioterapeutům, kteří s pacientem pracovali. Naše komunikace o pacientech

v týmu nás učila rozšířit si pohled na jejich stonání.

Občas jsem váhala, jestli není špatně, že jsem si v rámci svého oboru nedokázala vybrat žádnou užší specializaci. Když jsem pak zjistila, že existuje možnost vzdělání v psychosomatické medicíně, přihlásila jsem se na základní kurz a posléze na sebezkušenostní výcvik. Všechno do sebe tak nějak zapadlo. To, že je mi blízké dívat se na pacienta jako na celek, mluvit s ním, spolupracovat s dalšími odbornostmi a komunikovat v týmu, dostalo rámeček. Zároveň jsem si uvědomila, jaké mám štěstí právě v té automatické možnosti týmové spolupráce na pracovišti.

V tuto chvíli se cítím na správném místě tam, kde jsem. V oboru rehabilitace se širokým záběrem, kde můžu spojovat někdy atomizované náhledy na pacienta a jeho stonání od specialistů v různých medicínských oborech. Zůstávám lékařkou v ambulantním provozu velké nemocnice a nabízím pacientům, pokud to považují za podstatné pro úspěch léčby, biopsychosociální pohled na jejich obtíže. Totéž event. nabízím i kolegům a medikům. Mám možnost využít náš tým s psychosociálním přesahem, a když to nestačí, směřuji pacienty na specializovaná psychosomatická pracoviště, nebo na psychoterapii.



Předkládám kazuistiku, kterou bych chtěl ilustrovat, že biopsychosociální přístup k pacientovi může být aplikován

organicky v procesu běžné zdravotní péče a může být velmi vhodný i pro pacienty s následky úrazů pohybového aparátu.

Pacient X.X., muž, ročník 1963, první vyšetření duben 2022, objednáno v lehce nadstandardním termínu, avizován stav po operaci ruky s potřebou časně rehabilitace.

RA: otec +63 ca moč. měchýře, 3x IM, 3x CMP

SPA: veden na ÚP asi rok, ukončil firmu OSVČ cestovní kancelář, žije sám, rozvedený, 1 syn

OA: gonartrosa bilat. III. st., art. hypertenze, dyslipidemie, zřejmě CHOPN, sled. na plicním, hyperurikemie, hypertrofie prostaty, Barrettův jícen, úzkostná porucha, v péči psychiatra, operace – ASK P kolene 2014, perianální píštěl, spánek 3xt s medikací, hmotnost stabilní.

FA: Tezefort 80/10mg, Corvapro 20mg, Combair inh. 100/6, Euphyllin, Coaxil 12.5mg, Prothazin cca 3xt na noc

AA: oxymykoin

TA: alkohol pivo příl., kouření 40–50 denně, kouří od 17 let, drogy ne

NO: pac. má dopor. na RHB z chirurgie, je po operaci l. zápěstí. Před rokem pád na schodech, nevylučuje, že ruka trochu bolela, ale řešil hl. pohmoždění pr. stehna, postupně po několika měsících bolesti l. zápěstí, až po roce od úrazu vyš. na chirurgii, konstat. pokročilý skafolunární kolaps, indikován k operaci, ta 1. 3. 22, „*prox. karpektomie, interpoziční artroplastika, parc. styloidektomie a denervace PI. Hojení bez komplikací, otok, pobolívá, 4. 4. odstraněna dlaha, dopor. s cílem pohybu 30-0-30, uvolnění jizvy a antiedematózní techniky, kontrola s RTG 16. 5.*“

Kromě toho má asi půl roku otok pravého nártu, bolí to při chůzi, vyš. u PL a na revmatologii, UZ vyš.?, prý zhojená frct nějaké nártní kůstky, řeší od 2/22, bral Aulin, nyní něco nového. Kromě toho se pár dnů necítí dobře, občas se zpotí, teploty nemá, žádné jiné jasné lok. příznaky.

Má stejný pocit jako v dlaze, pocit odkrvení/překrvení prstů, vadí otok. Soběstačnost plná.

Bolest: bolesti akt. nemá, v noci ale ho to probudilo, bolí krajní rozsah. Analgetika: neví název, na Rp, 1xd + Diclofenac.

[Tady můžete citovat svůj zdroj.]



KAZUISTIKA

První návštěva. Anamnéza a vyšetření

Objektivní nález: 186 cm, 115 kg, pravák, TK 130/80mmHg, TF 72/min, při vědomí, orient., spolupracuje, přim. forie, abdom. obezita, bez dušnosti, ikteru a cyanosy, přim. hydratace, stoj s převahou zátěže na LDK, na PDK obtížně pro bolest, chůze asym. antalgická, šetří PDK, ale zvládne se postavit i na paty/špičky, Thomayer 20 cm, DKK – pedes planovalgi, zhrubělá kolena, otok max. nártu PDK, jen zcela minim. teplejší, perif. pulsace dobře hmatné, Homans a plant, zn. neg., maximum bolesti v zánártí při max. dorsiflexi, která omezená, deficit extenze pr. kolene, kyčle ještě přim., síla zachována, rr. L2-S2 sym. živé, pánev symetrická, Lassegue 90°, LS přetížení, omezená dynamika páteře povšechně mírně, akc. Th kyfóza, předsun Cp, inspirační postavení hrudníku, PHK hybnost v normě, LHK rameno a loket v normě, pronace a supinace omezeny asi o 1/3, v zápěstí rozsah cca 10° dors. i palm. flexe, dukce dtto, prsty v semiflexi, extenze nejde plně, zhrubění PIP, do pěsti chybí nad 5 cm, flexe vázna, síla celkem zachována, otok, fix. zhojená jizva, prokrvení intaktní, teplota spíše sym., hypestezie na dorsu ruky a prstech. Jinak bez patologického nálezu při celkovém fyzikálním vyšetření.

Diagnostická rozvaha a závěr: Stp. operaci LHK – 1. 3. 22 prox. karpektomie, interpoziční artroplastika, parc. styloidektomie a denervace PIN? – n. interosseus posterior? – pro starší poranění.

Bolest a otok akra PDK, patrně starší frct nártní kosti, susp. KRBS. Gonartrosa bilat. III. st.

Dojmy:

Přichází včas, uspěchaný a trochu úzkostný, opocný, na první pohled patrný problém s pohyblivostí levé ruky, kromě toho ještě kulhá. Působí nešťastně, neupraveně, ruku si chrání před tělem, se svou mohutnou postavou se na židli choulí, nedívá se mi moc do očí. Odpovědi jsou na začátku úsporné, i přes zjevně bolestivé chování zásadní bolesti ruky neudává, hojení po operaci formuluje jako bez komplikací. Nepamatuje si dobře léky na bolest a výsledky vyšetření pro bolest nohy. Bolest ruky, která vedla k operaci, řešil až po delší době. Na první dojem to je tedy někdo, kdo se o sebe

nestará a moc se nevnímá. Během odběru anamnézy si uvědomuji nastupující podráždění, protože z původně avizovaného stavu po operaci ruky se to zamotává, postupně obtíže přidává, ruka i noha nevypadá objektivně dobře, popisuje mi i ty celkové příznaky. Vlastně vůbec nevypadá zdravě a nemám v podstatě žádnou objektivní dokumentaci. Počítala jsem s banální indikací pooperační rehabilitace a vyšetřením tak na půl hodiny. Jak se postupně rozmluví a popisuje širší okruh potíží, projevuje se více úzkostně, mám pocit, že se mi vyloženě pokládá/odevzdává do péče, když si vyzkoušel, že ho poslouchám. Reflektuji to jeho



odevzdávání se do péče a mou vlastní podrážděnost, vidím celkem jasnou paralelu v osobních vztazích. To uvědomění mi spolu s racionálním připomenutím toho, že já jsem přece ta, která se ho ptala na všechny anamnestické okolnosti, pomůže se přeladit a moje rozladění ustupuje.

Zatím ruku vnímám jako ještě v mezích normy po operaci, v čase, který mám k dispozici, nestihnu o moc víc než být „biologický“ lékař, předepsat léky a udělat základní edukaci k režimu a cvičení. To by mohlo pro terapii stačit. Zároveň vnímám, že to může být trochu moje obranná reakce proti tomu navalení mnoha komplikovanějších obtíží z jeho strany. Proto si připomínám, že ho na konci musím uklidnit a ubezpečit, že tu péči zde dostane, bude se na tom podílet více osob, které ho povedou. Bude potřeba trochu víc hlídat průběh terapie a zařadit časnější kontrolu. Úzkostná porucha a insomnie jsou jistě pro hojení a průběh léčby komplikující faktory. Už teď by se v anamnéze dalo najít pár údajů k bližšímu zkoumání, pokud léčba nepůjde hladce: rodinná anamnéza, sociální situace, možná časová korelace ukončení práce s úrazem, který spustil nynější obtíže.

Návrh terapie: rozepisují fyzioterapii a ergoterapii s upozorněním na potřebu šetrnosti terapie, zatím 7 návštěv, pak kontrola. Ve volbě terapeutů z provozních důvodů nemám na výběr, budou to mladé kolegyně. Preferovala bych starší, laskavý mateřský typ. Váhám, zda to opravdu vztahují k tomuto konkrétnímu pacientovi, nebo zda se mi do toho nemíchá ta osobní paralela. Každopádně myslím, že by to balancovalo jeho úzkost. Posilují analgetickou medikaci, kdyby byly noční bolesti, má si říci o další úpravu. Přidávám vitamíny D a B, Mg a Ca, Aescin proti otoku, trochu obřadně vysvětluji, že toto vše podpoří hojení, součástí obřadu je i recept. Na konec si nechávám edukaci:

jak cvičit s rukou (krátce, často, polohovat), zároveň vysvětluji, že se k ruce musí chovat hezky, měl by ji i jemně hladit kvůli dobrému hojení. Ne úplně ideálně na závěr tím otevřu téma lepšího starání se o sebe, na které reaguje spíše neverbálně, jistým úsměškem. Protože už je čas k odchodu, doplňuji aspoň, že má dodat zprávu z revmatologie ohledně nohy, jednak proto, abych nezanedbala nezhojenou frakturu, jednak to používám jako symbol toho, že je vnímán, předávám vizitku.

Druhý den přichází mail s poděkováním za vyšetření a zprávou od revmatologa.

Ergoterapie

Po 3 týdnech ergoterapeutka konzultuje vývoj stavu. Bolest ruky je spíše horší, pacient je při terapiích úzkostný. Čtu zprávy z ergoterapie. Kromě popisu nálezu na ruce obsahují informace o hlavním cíli pacienta vrátit se k hraní golfu a řízení auta. Tyto cíle často u pacientů mužů symbolizují právě tu mužnost a určitý společenský statut, opakovaně se u pacientů po poškození mozku setkáváme s velkými komplikacemi v celém terapeutickém procesu, pokud musíme iniciovat úvahy o odebrání řídičského oprávnění. U pana X.X. mě tyto cíle upozornily na jeho větší ambice a míru nespokojenosti se současným stavem věcí (včetně sociální situace), než jsem si původně uvědomila.

Dále byl proveden rozbor soběstačnosti, ze kterého vyplývá, že v domácnosti využívá nyní výrazně pomoc matky a tety, dále pomoc od pokladní při nákupu. To si interpretuji jako potvrzení mých pocitů o jeho potřebě odevzdat se do péče. Mezi jednotlivými terapiemi je patrné postupné zhoršování bolesti, která se stává i klidovou, přestože ergoterapeutka postupuje velmi šetrně, necvičí přes bolest, volí jemné manuální techniky, nafukovací dlahy, mirror therapy. Otok ustupuje a



rozsah hybnosti se zlepšuje, kolísá změněná citlivost na prstech.

Sama ergoterapeutka s ohledem na úzkosti pacienta během ošetření navrhla konzultaci s psychologkou, což ochotně akceptoval. Domlouváme časný termín kontroly u mě a termín k psychologce.

Fyzioterapie

Kontroluji zápisy fyzioterapeutky. Vyznívají velmi podobně, hybnost ruky se zlepšuje, ale zvyšují se bolesti, úzkost pacienta je taková, že zvažoval zrušení terapie, někdy stav vyžadoval položení na lůžko a pauzu vleže, přestože i fyzioterapeutka uvádí, že se snaží technikami nezvyšovat bolest.

Druhá návštěva

Kontrola u mě v květnu 2022. Byl na kontrole operatérem, má povolenu rehabilitaci již bez omezení, proběhla i kontrola revmatologem, zprávu nedonesl. Subj. zlepšení, noha už nebolí a neotéká, ruka je lépe pohyblivá, stále otéká, po probuzení otok minimální, necitlivost na malíkové straně, tam občas i bolest, křeč, při pohybu do krajního rozsahu zápěstí bolí. Objektivně stále podstatně omezená funkční hybnost ruky, chůze s kolísavou trajektorií, ale nekulhá.

Potvrzujeme si návštěvu u psychologky. Zmiňuji možnosti další léčby, např. hyperbarickou oxygenoterapii, lůžkovou rehabilitaci, konzultaci algeziologa, píšu žádanky, doporučuji alespoň omezit kouření. Pacient se zdá řečené akceptovat, kontrola tedy probíhá na věcné "biologické úrovni", nevnímám z mé ani z jeho strany potřebu jít do dalších úrovní, kontrola by se dala zhodnotit jako běžná, uspokojivá, svou úlohu v tuto chvíli považuji za splněnou.

V té době jsem ještě neměla v plánu použít tohoto pacienta pro kazuistiku. Je pro mě zajímavé, jak zpětně jasně vnímám rozdíl v nastavení čistě „bio“ a

biopsychosociálního lékaře. K první návštěvě, kdy jsem byla otevřena biopsychosociálnímu pohledu, si dokážu i s odstupem nad čtením zprávy vybavit dost jasně své dojmy a pocity. U této druhé návštěvy si čtu zápis, dovedu si představit průběh, ale nenapadá mě vůbec žádný pocit, moje reflexe, ani emoce pacienta. Považuji to jednoznačně za důsledek „delegování psychické složky“ psychologce, ať už v rovině formální a vědomé (indikace), nebo podvědomé (vlastní a zřejmě i pacientovo nastavení).

Psychologie

Hlavní pracovní náplní psychologů na našem pracovišti je neuropsychologická diagnostika, kognitivní rehabilitace, nácvik relaxačních technik a pouze doplňkově psychoterapie. Ta je u našich pacientů využívána jako podpůrná, nemáme prostor na systematickou intervenci. Zároveň je nutné zmínit, že aktuálně máme pouze psychology v průběhu psychoterapeutického výcviku, u konkrétní kolegyně gestalt terapie.

Na základě vstupního mapujícího pohovoru psychologka konstatovala depresivní symptomatiku, nedostatek zdrojů, sníženou frustrační toleranci a kapacitu pro zvládání, naplánováno 5 setkání. Pacient popisoval absenci smyslu života, starosti se svým aktuálním zdravotním stavem (pomalá rehabilitace ruky), složitou pracovní-finanční situaci, obavy, zda si najde novou práci, omezení sociálních kontaktů a zájmů. Obtížně vnímal smysl v běžných činnostech, měl obavy o budoucnost. Často hovořil o bolestech ruky, o obtížném zvládání situace doma, kdy ho obtěžoval ruch v domě. S terapeutkou hledali způsob, jak situaci v domě řešit, co by mohl pro sebe udělat. Pacient postupně začal otevírat témata vyhýbání se konfliktům či nepříjemným situacím, které směřují ke střetu. Hovořil o pocitech zbabělosti a představě superhrdiny. I během setkání s psychologkou se jednou



objevil stav nevolnosti charakteru prekolapsu. Terapeutka situaci zvládla položením pacienta, přivoláním zdravotní sestry ke kontrole tlaku a uklidněním pacienta. Toto se stalo v situaci, kdy pacient dostal přidělený termín na lůžkovou rehabilitaci, ale až za dva měsíce. Zároveň začal projevovat jistý aktivní přístup v řešení domácí situace, komunikoval s hluchými sousedy, naplánoval si pobyt na chalupě u příbuzných, aby pro sebe stresující situaci omezil.

Třetí návštěva

Červenec 2022. Subjektivně nevnímá od poslední kontroly zásadní změnu, ale dělá více věcí, než byl schopen (např. oloupe bramboru). Pocit z končetiny popisuje jako ochrnutí, jako by měl protézu, jako by měl na malíku stále nějakou dlahu.

Během této návštěvy bylo patrné, že se stav zlepšil. Pacient nekulhal, jeho zjev byl upravenější a vystupování klidnější a sebevědomější, patrné hlavně v držení těla a komunikaci. Deklaroval, že stav se podstatně nezměnil, zároveň připustil, že ruku více používá. Při předvedení pohybu ruky „nasucho“ bylo stále patrné podstatné omezení rozsahu, pokud však pacient uchopil moje prsty a nesoustředil se tolik, byl rozsah lepší. Sděloval mi, kdo ostatní se mu věnoval (byl na kontrole na revmatologii a na neurologii, kde mu doporučili pokračovat v rehabilitaci, kontrolu u psychiatra měl v plánu). Mnou doporučenou hyperbarickou oxygenoterapii si neobjednal pro obavy z klaustrofobní reakce na prostředí. Z jeho strany jsem to vnímala jako trvající tendenci odevzdat se do naší péče, notabene s posvěcením dalších autorit (jiní odborní lékaři), a potřebu ujištění, že terapie u nás bude pokračovat. Na své straně jsem vnímala krátkou podrážděnost, že mě jako lékaře neposlechl a nešel do barokomory. Má bezprostřední reakce nebyla dobře zvládnutá. Sdělila jsem mu, jak by mu byla

bývala ta barokomora pomohla. A ještě kdyby dokázal přestat kouřit... Uvažovala jsem pak o tom, zda jeho odmítnutí barokomory nebylo ovlivněno právě tím, že v terapeutickém vztahu se mnou potřeboval více z té psychosociální složky, a ne té biologické, na jejíž úrovni proběhla minulá kontrola. Zároveň jsem měla tendenci opět najet do té čistě „bio“ úrovně, pozice kárající autority v momentě, kdy mě neposlechl. To jsem si uvědomila a poté jsem už komunikaci vedla s cílem posílit pozitivní vnímání posunu v léčbě – zlepšení úchopové funkce ruky, větší zapojení v aktivitách všedního dne. Nejprve jsem to formulovala tak, že jistě sám vidí, co se daří lépe. Jeho reakce nebyla příliš akceptující, posléze se ukázalo, že lépe reaguje na způsob formulace, že já a terapeuti máme radost z pozitivního posunu, že udělal pokrok, je vidět, že na sobě pracuje.

Uvědomila jsem si dodatečně, že jsem při první návštěvě až překvapivě rychle přešla informací o úzkostné poruše, jako by vůbec nebyla podstatná, přestože jinak dobře vím, jak to může být pro léčbu komplikující faktor. Jako by se mi vůbec nechtělo se na to ptát. Nejspíš proto, že jsem cítila ten potenciál zdržení a komplikací. Druhá návštěva byla věcně „biologická“. Proto jsem se na podrobnosti doptala až nyní.

V tuto chvíli má pocit, že nastavené léky od psychiatra vyhovují, pozitivně hodnotí návštěvy u naší psychologičky, daří se mu lépe.

Domlouváme se na pokračování terapií ve stejném složení do doby nástupu na lůžkovou rehabilitaci. Asi by si mohl v mezidobí už cvičit sám podle instruktáže, kapacitu máme trochu omezenou, ale vnímám jeho potřebu podpory a ujištění, že na to zatím nebude sám, terapie i z medicínského hlediska indikovaná stále je, jen dáme delší intervaly.



Psychologie, pokračování

Pacient opět v terapii řešil témata rozhodování, zvažování variant pro a proti u aktivnějšího přístupu k řešení problémů. V té době již nepotřeboval v domácnosti pomoc své matky a tety. Začal se více zamýšlet nad možnými zdroji energie, objevily se úvahy o tom, že by měl rád přítelkyni. Začal uvažovat i o práci, v terapii probíral kroky, které musí udělat, začal si připravovat životopis. Situace se však zkomplikovala zraněním matky, které si vynutilo obrácení rolí. Nyní on pečoval o ni, přechodně se k němu nastěhovala. Došlo ke zhoršení psychického i fyzického stavu: popisoval vyčerpání, únavu, opět větší bolesti ruky, nově bolesti kolene. Pozitivní bylo, že přesto pokračoval ve formulaci plánů do budoucna. Psycholožka jej podporovala zejména v úvahách, jak si v dané situaci přiměřeně zařídit pro sebe více času a prostoru.

V té době opět hůře snášel probíhající ergoterapii, měl při ní nevolnosti, jednou se omluvil.

Čtvrtá návštěva

Říjen 2022. V létě byl ještě vyšetřen v ambulanci bolesti a proběhla kontrola psychiatrem. Ani léky doporučené z ambulance bolesti (Prothazin, Zaldiar), ani léky přidané od psychiatra (pregabalin) nebral, prý se obtíže zlepšovaly a bál se nežádoucích účinků. Poté absolvoval 7 týdnů lůžkové rehabilitace. Během lůžkové rehabilitace se stav ruky dále zlepšil, zároveň tam řešil bolesti kolen, vyšetřil ho ortoped s výhledem endoprotézy. V popisu subjektivních obtíží se odklání od ruky a více hovořil o obtížích s koleny, popisoval, že občas zavravorá, ujde to, co potřebuje, chodí pomalu.

V objektivním nálezu byla nyní patrná mírná asymetrie chůze při bolestech v pravém kolenu (artróza), ruka přiměřeně operačnímu výkonu s patrně trvale omezenou hybností zápěstí, hybnost prstů

plně funkční, běžnou zátěž ruky zvládne bez bolesti.

Dotazují se na situaci doma. Konstatuje, že lůžková rehabilitace pomohla i v tom, že si odpočinul, předcházela matčin úraz, starosti s tím spojené ho hodně vysilovaly. Ptám se na vztah s matkou, zda je dobrý, že mi vlastně minule nic neříkal o dětství. Vztah považuje za dobrý. Dodatečně si uvědomil, že vlastně zažil úzkosti někdy kolem 13 let věku, protože matka byla v té době hodně nemocná. Prodělala odstranění štítné žlázy a ozařování. Vybaňuje si, jak přišel ze školy a našel ji doma, jak se dusí, otec byl v práci. Nevěděl, co má dělat, sice se z toho dostala, ale úplně zdravá už nebyla, šla hodně brzy do invalidního důchodu. Komentuji to, že to asi muselo být hodně těžké, zažít jako dítě takovou situaci bezmoci a strachu. Vypadá, že mu běží hlavou vzpomínka, nechávám čas. Trochu překvapeně říká, že to má vlastně pořád velmi živě před očima, jak tam ležela na koberci a těžce dýchala. Opět nechávám prostor, udržuji vstřícný neverbální kontakt, pak opakují, že to asi pro dítě musí být opravdu velmi děsivý zážitek, zažít něco takového.

Ptám se na to, jak se chovala ruka v době, kdy byl tak vysílený péčí o matku. Sám říká, že vidí, že to spolu nějak souvisí. Že když je mu psychicky hůř, i ta ruka víc tuhne. Vyjadřuji podporu tomuto vnímání, pohovořím velmi krátce o biopsychosociálních souvislostech. Mluvíme o tom, že i stavy úzkosti by bylo vhodné nějak blíže prozkoumat. Jeho dětský zážitek s dusící se matkou v kontextu projevů jeho úzkostné poruchy se mi jeví podstatný, ale myslím, že pro mapování bude potřebovat psychoterapeuta. Ptám se na roli psychiatra (pouze medikace), zkušenost s psychoterapií (skupina v minulosti s efektem, konzultace s naší psycholožkou přínosné, třikrát měl pohovor s psychologem i v rámci lůžkové rehabilitace, dělalo mu to dobře). Připouští, že si o tom



vlastně potřebuje s někým popovídat, protože má trochu obavy, jak to bude dál s hledáním práce, financemi a bydlením.

Dojem: pacient působí dospěleji, má větší „jiskru“, vnímám posun v jeho kompetenci k řešení svých zdravotních (i jiných) problémů, to považuji z mého hlediska za úspěšné ukončení léčby. Zároveň má nové obtíže, jež by teoreticky byly k rehabilitaci. Tyto obtíže ale referuje jaksi mimochodem, má pro ně zajištěné sledování ortopedem a o rehabilitaci si neříká. V tuto chvíli vnímám svou roli (a roli ostatních terapeutů u nás) jako splněnou, dostatečně ukončenou pro to, aby se pacient posunul dál. Je pro mě velmi pozitivní, že pacient sám do určité míry nahlíží psychosomatické souvislosti.

Doporučení: Terapie zde nyní ukončena, doporučeno nadále cvičit dle instruktáže, ruku postupně zatěžovat, stran obtíží s kolenními klouby sledování ortopedem, zvážit chondroprotektiva (Condrosulf), pravidelná pohybová aktivita – chůze, trekové hole (dle tolerance LHK). Doporučuji psychoterapii, buď individuální, nebo využít, že je nezaměstnaný a zvolit nějaký stacionář. Nabízím tipy, pacient kvituje nápad stacionáře pozitivně, rovnou se v mobilu dívá na kontakty a sděluje, že něco vymyslí.

Reflexe

U pacienta X. X. bylo již při úvodní konzultaci jasné, že úzkostná porucha bude ovlivňovat terapii následků úrazu a operace ruky. Přesto jsem se jejímu mapování při první návštěvě v podstatě vyhnula, důvody jsou jistě kombinované, roli hrál omezený čas a mé zaměření více biologického lékaře pro situaci této konkrétní návštěvy pacienta.

Pacient potřeboval větší míru podpory, např. ve formě jistého „opečovávání“ terapeuty nad rámec cvičení (ošetřování při prekolapsových stavech, uklidňování),

průběžné e-mailové komunikace k upřesnění kontrol zde i u dalších odborností a terapeutických plánů. Neplnil ideálně zadané cvičení, nejčastěji s argumentem zevních okolností, které mu to neumožnily, neakceptoval dostatečně další léčebné možnosti. Přesto ani jedna z terapeutek nevnímala pacienta jako obtížného. Přičítám to jednak rozložení terapie mezi více lidí/odborností, tomu, že se pacient přece jen zlepšoval a poskytl tak pozitivní zpětnou vazbu, a dále tomu, že byl alespoň částečně schopen náhledu na propojení fyzického a psychického stavu a projevil ochotu s tím pracovat. Z mého pohledu dominovala potřeba saturace mateřského typu péče, kterou jsme mu nabídly kombinací terapeutek a jejich přístupů, poskytla mu jej navíc v době léčby i vlastní rodina. Nečekané nároky matky na péči při jejím úrazu stav pacienta zhoršily, tato situace se vyřešila načasováním lůžkové rehabilitace, která pacienta vydělila z domácího prostředí.

Z hlediska psychosomatického přístupu jsem se pohybovala spíše na povrchu. To bylo dáno více okolnostmi. Rozhodující byl pozitivní, i když pomalý, vývoj stavu pacienta, kdy jsem nepovažovala hlubší rozbor za nutný. Roli hrál i stupeň mých znalostí a zkušeností v psychosomaticce spolu s mou aktuální pracovní náplní.

V průběhu léčby zhoršení psychického stavu (úzkost, deprese), korelovalo se zhoršením, nebo minimálně nelepšením se stavu fyzického (bolest a hybnost ruky). Pacient tyto souvislosti postupně více vnímal. Mapování úzkostné poruchy v průběhu času, které jsme doplnili při kontrolách, tomu napomohlo, vynořily se i pro pacienta poněkud zasuté vzpomínky na nemoc matky v dětství. Mohu doufat, že se pacienta podařilo nasměrovat na psychoterapii, která by mohla pomoci v detailnějším prozkoumání souvislostí, zmírnění úzkostných stavů a tím zlepšit jeho sociální fungování (práce, vztahy).



ZÁVĚR

V předložené kazuistice pacienta s KRBS po úrazu ruky a následné operaci ukazují význam vzdělávání v psychosomatické medicíně pro somatický obor. V rehabilitaci se učíme, že symptomy KRBS je nutné zachytit včas a léčbu přizpůsobit. Při psaní kazuistiky jsem si ještě více uvědomila, jak moc je nutné zohlednit osobnost pacienta a jeho spolupráci. Až vzdělávání v psychosomatické mi pomohlo lépe pochopit, jak může úspěch rehabilitace ovlivnit výběr konkrétního fyzioterapeuta. Že nejde jen o jejich dovednosti ve smyslu používaných metodik cvičení, vhodných pro toho kterého pacienta, ale i o vhodné doplnění jeho potřeb v psychosociální oblasti. S tím bych v budoucnosti ráda více vědomě pracovala.

Případ tohoto pacienta byl (spolu s několika podobnými pacienty s problematickou úzdravou po úrazu či operaci pohybového aparátu) také jedním z mozaiky důvodů, proč jsem se rozhodla pokročit až k přihlášení se ke zkoušce z psychosomatiky a vzdělávání v tomto směru si dále prohlubovat. Zároveň jsem si uvědomila potřebu ještě více flexibilně pracovat s termíny kontrol pacientů s komplikovanějším hojením, u kterých při zahájení nebo v průběhu terapie vyvstanou nápadnější psychosociální okolnosti stonání. Kromě tohoto se pro mě nejen v průběhu setkávání s pacientem, ale i pak při psaní kazuistiky vynořovala témata, která si budu dále v praxi muset více uvědomovat a řešit. Např. témata vědomé volby míry biopsychosociálního přístupu v průběhu konzultace s pacientem, nutnosti častější sebereflexe s podporou balintovských skupin, event. další supervize, akceptace pacienta, jaký je, jasnější formulace “zakázky” pro terapii, balancování mezi vznášením nároků na samostatnost a zodpovědnost pacienta a mezi jeho „opečovááním“.

V úvodu jsem krátce představila naše pracoviště a jeho zaměření na léčbu pacientů se získaným poškozením mozku. Pro tyto pacienty máme nastavení systému práce poměrně jasné. Vyšetří je všichni odborníci, následuje probrání závěrů vyšetření na týmové poradě se stanovením cílů a způsobu terapie. Týmové porady („rehabilitační konference“) máme pravidelně 1x týdně 2 hodiny. Máme tedy prostor na to, abychom se u pacientů s dlouhodobým docházením nebo nějakou komplikací v terapeutickém procesu radili o dalším postupu. Tím, že komunikace v týmu je otevřená a poměrně demokratická, všichni se navzájem učíme od jiných odborností. Často pacienti řeknou terapeutům více osobních informací než nám lékařům. Je to dáno jednak vyšší frekvencí setkávání, roli určitě hraje manuální kontakt terapeutů s pacienty, který někdy pomůže „prolomení hradeb“. Jsme tedy zvyklí v týmu probírat i psychosociální okolnosti stonání, což považuji za dobrý základ pro zamýšlení nad psychosomatickými souvislostmi. Já mohu přispět tím, že prohlubováním svých vědomostí v psychosomatické poskytnu pro tyto diskuse lepší rámec. Máme řečeno, že na naše týmová setkání můžeme navrhnout k probrání i pacienty s jinými diagnózami, což ovšem z časových důvodů skoro neděláme. Při psaní kazuistiky jsem si znovu uvědomila, jaký je rozdíl mezi tím, když se o průběhu léčby bavíme s terapeutem jen tak mimochodem, někde na chodbě, něco si zavoláme nebo napíšeme mailem, oproti tomu, když si pacienta probereme na poradě. A tím se oklikou vracím k tomu, o čem jsem psala v úvodu. Tým s nějak strukturovanou týmovou komunikací spolu s bio-psychosociálním přístupem považuji v medicíně pro úspěšnou léčbu jakéhokoliv trochu komplikovanějšího stonání pacienta za nezastupitelné a v



tom vidím dobrý základ a souvislost svého základního oboru rehabilitace a psychosomatického pojetí medicíny.

LITERATURA

1. BALINT, Michael. Lékař, jeho pacient a nemoc. Vyd. 1. čes. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-734-6.
2. HARDEN, R Norman et al. Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 5th Edition. Pain medicine (Malden, Mass.) vol. 23, Suppl 1 (2022): S1-S53.
3. HONZÁK, Radkin. Psychosomatická prvouka. V Praze: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-912-4.
4. KOLÁŘ, Pavel. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
5. ROKYTA, Richard, ed., KRŠIAK, Miloslav, ed. a KOZÁK, Jiří, ed. Bolest: monografie algéziologie. 1. vyd. Praha: Tígis, 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.
6. SCARFF, Jonathan R. Managing Psychiatric Symptoms in Patients with Complex Regional Pain Syndrome. Innovations in clinical neuroscience vol. 19,1-3 (2022): 56-59.
7. TRAPKOVÁ, Ludmila a CHVÁLA, Vladislav. Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha. Vydání třetí. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-0523-4.

SEZNAM ZKRATEK

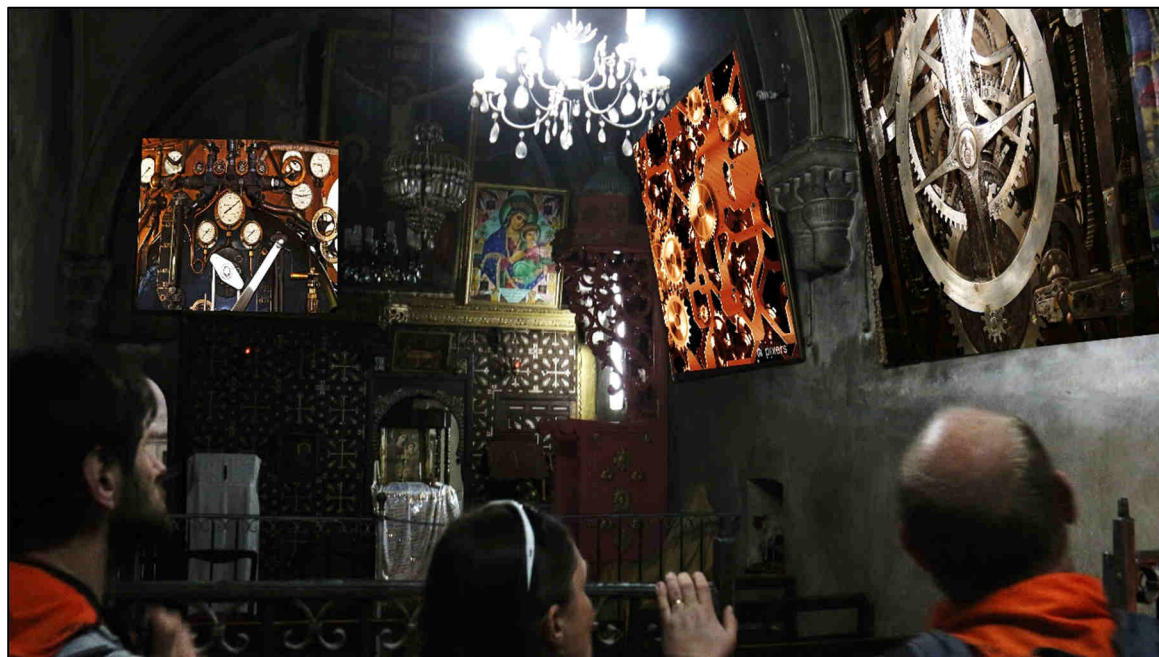
ASK artroskopie
 CHOPN chronická obstrukční plicní nemoc
 CMP cévní mozková příhoda
 DKK dolní končetiny
 KRBS komplexní regionální bolestivý syndrom
 LDK/PDK levá/pravá dolní končetina
 LHK/PHK levá/pravá horní končetina
 LS, Th, Cp bederní, hrudní, krční páteř
 PIP proximální interfalangeální klouby
 RHB rehabilitace
 ÚP úřad práce
 obvyklé zkratky lékařské anamnézy: RA, SPA, FA, AA, TA, NO



Do redakce přišlo 16. 5. 2023
 K tisku zařazeno 12. 12. 2023
 Konflikt zájmů není znám



VĚDA KRÁTCE



JAK ZVLÁDAJÍ RODIČOVSTVÍ ADOPTOVANÍ LIDÉ?

Nový výzkum se zabývá problémy, kterým čelí adoptovaní lidé, když se stanou rodiči. Studie zkoumala životní zkušenosti adoptovaných lidí ve Velké Británii poté, co se stali rodiči. Až dosud byl výzkum v této oblasti velmi omezený a neměl tendenci zahrnovat zkušenosti adoptovaných mužů jako otců.

Rodičovství je vždy náročné, ale pro adoptované lidi to může být mimořádně náročné a také výjimečné – podle výzkumu University of East Anglia. Nová studie je první, která zkoumá životní zkušenosti adoptovaných lidí ve Velké Británii v této situaci. A zjišťuje, že mívají problémy, které souvisejí s jejich adopcí a s těžkými zkušenostmi z jejich minulosti – souvisejícími se ztrátou, odmítnutím, zneužíváním a zanedbáváním.

Kvůli těmto obtížným raným zkušenostem se mnoho adoptovaných dětí potýká se značnými problémy, zejména jako teenageři a mladí dospělí.

Šlo o problémy s duševním zdravím, emoční potíže a potíže s chováním, vzděláním a zaměstnáním, problémy ve vztazích a zneužívání návykových látek. Situace vlastního rodičovství byla často klíčovým bodem obratu a motivací změnit svůj život.

Vedoucí výzkumná pracovnice profesorka Beth Neilová ze Školy sociální práce UEA uvedla: „Adopce je událost, která mění život, a je opravdu důležité pochopit, jak jsou lidé ovlivněni po celý svůj život – nejen v dětství... Chtěli jsme lépe porozumět problémům, jimž čelí lidé, kteří byli adoptováni, když se sami stávají rodiči.“

Tým pracoval s 20 adoptovanými muži a 20 adoptovanými ženami, kteří byli dotazováni na své zkušenosti. Většina účastníků byla ve věku 20 až 30 let a všichni byli adoptováni ve věku do 12 let – přičemž dvě třetiny byly adoptovány prostřednictvím systému ochrany dětí.



Téměř čtvrtina rodičů ve studii nežila se svými dětmi – včetně některých, kteří sami ztratili své děti kvůli péči nebo adopci.

Profesor Neil řekl: „Vedli jsme je k tomu, aby rozdělili svůj život do klíčových kapitol a mluvili o světlých a slabých a zlo-
mových bodech, které pro ně byly nejdů-
ležitější. Chtěli jsme porozumět životním
příběhům adoptovaných lidí jejich vlast-
ními slovy. Zjistili jsme, že když se adop-
tovaní lidé stanou rodiči, může se objevit
spousta problémů, které souvisejí s jejich
adopcí a s těžkými zkušenostmi z minu-
losti, jako jsou problémy se ztrátou, od-
mítnutím, zneužíváním a

zanedbáváním. Pro některé znamenalo
jejich první dítě setkání s první osobou v
životě, k níž byli vázáni biologickým spo-
jením. Jiní se báli, že se svým dítětem ne-
budou mít pouto nebo že je jejich dítě od-
mítné.“

Odkaz na článek:

Elsbeth Neil, Julia Rimmer, Irina Sirbu:
„How do adopted adults see the signifi-
cance of adoption and being a parent in
their life stories? A narrative analysis of
40 life story interviews with male and
female adoptees“ Children and Youth
Services Review 2023; 155: 107267
DOI: [10.1016/j.childyouth.2023.107267](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107267)

CO SE DĚJE V MOZKU PŘI VZPOMÍNKÁCH NA TRAUMA?

Je dobře známo, že lidé, kteří prožili trau-
matické události, jako je sexuální napa-
dení, domácí násilí nebo násilné boje,
mohou pociťovat příznaky posttrauma-
tické stresové poruchy (PTSD), včetně
děsivých flashbacků, silné úzkosti a ne-
kontrolovatelných myšlenek na incident.
Ale co přesně se děje v mozku pacientů s
PTSD, když si vybavují tyto traumatické
události? Vzpomíná se na ně stejně jako
na ztrátu milovaného domácího mazlíčka
– nebo na relaxační procházku po pláži?
Nová studie, kterou společně vedli vědci z
Yaleovy univerzity, zjistila, že mozková
aktivita vyvolaná vzpomínkami na trau-
matické zážitky u lidí s PTSD se ve sku-
tečnosti výrazně liší od té, která se obje-
vuje při vzpomínkách na smutné nebo
„neutrální“ životní zkušenosti.

Ve studii, která zahrnovala 28 různých
pacientů s diagnózou PTSD, vědci zjistili,
že mozkové vzorce byly konzistentní u
všech jedinců, když si vzpomněli na své
typičtější životní zkušenosti. Ale když si
připomněli traumatické události z minu-
losti, nervové reakce se mezi jednotlivci
výrazně lišily. „Když si lidé vybavují

smutné nebo neutrální události ze svých
minulých zkušeností, mozek vykazuje
vysoce synchronní aktivitu u všech paci-
entů s PTSD,“ řekl Ilan Harpaz-Rotem,
profesor psychiatrie a psychologie na
Yaleově univerzitě a spoluautor článku.
„Vůbec se nepodobají vzpomínkám.“

V rámci studie se výzkumníci zeptali kaž-
dého z 28 účastníků na řadu otázek, které
se týkaly jejich traumatických zážitků,
událostí v jejich životě, které způsobily
smutek (jako je smrt člena rodiny), a oka-
mžiků, kdy se cítili uvolněně. Příběh kaž-
dého člověka byl sepsán a poté mu pře-
čten, zatímco podstupoval vyšetření
fMRI (funkční magnetická rezonance),
které se používá k mapování mozkové ak-
tivity na základě průtoku krve. Výzkum-
níci zjistili, že aktivita v hipokampu – ob-
lasti mozku, která formuje vzpomínky na
naše zážitky – sledovala podobné vzorce
aktivity u všech subjektů, když jim byly
připomenuty smutné nebo relaxační zá-
žitky z jejich života, což naznačuje typické
normální formování paměti.

Ale když jim byly přečteny příběhy o je-
jich traumatických zážitcích, podobnosti



v hipokampální aktivitě mezi členy skupiny zmizely. Místo toho hipokampus každého subjektu vykazoval vysoce individualizovanou a fragmentovanou aktivitu, na rozdíl od synchronnějších vzorců mozkové aktivity během normálního formování paměti. Výsledky by mohly vysvětlit, proč mají pacienti s PTSD potíže vybavit si traumatické zážitky koherentním způsobem, a naznačují, proč tyto minulé zkušenosti mohou vyvolat invalidizující příznaky, říkájí vědci.

„Tyto poznatky mohou pomoci psychoterapeutům vést pacienty s PTSD k tomu, aby rozvíjeli příběhy o svých zkušenostech, které jim mohou pomoci eliminovat pocit bezprostředního ohrožení způsobený jejich traumatem,“ řekl Harpaz-Rotem.

Zdroj: Perl, O., Duek, O., Kulkarni, K.R. et al. Neural patterns differentiate traumatic from sad autobiographical memories in PTSD. *Nat Neurosci*, 2023 DOI: 10.1038/s41593-023-01483-5

JAK DOBRÝ JE NÁPAD ZRUŠIT RODINU?

SILNÉ VZTAHY MEZI DOSPÍVAJÍCÍMI A RODIČI VEDOU K LEPŠÍM DLOUHODOBÝM ZDRAVOTNÍM VÝSLEDKŮM U MLADÝCH DOSPĚLÝCH

Vědci zjistili, že dospívající, kteří uvádějí silné vztahy se svými rodiči, mají lepší dlouhodobé zdravotní výsledky. Výsledky studie naznačují, že **investice do zlepšení vztahů mezi rodiči a dospívajícími by mohly pomoci zlepšit celkové zdraví, duševní zdraví a sexuální zdraví a zároveň snížit užívání návykových látek v mladém dospělosti.** (zvýraznění red.)

Předchozí výzkum ukazuje, že pozitivní charakteristiky vztahů mezi rodiči a dospívajícími jsou spojeny se zlepšením duševního zdraví, sexuálního zdraví a celkového zdraví a zároveň snižují riziko zneužívání návykových látek a kardiovaskulárních problémů. Tyto studie však byly často omezeny malou velikostí vzorku, krátkodobými výsledky, odlišnými měřítky pro charakteristiky vztahů mezi rodiči a dospívajícími, nedostatkem rozmanitosti a zaměřením pouze na vztahy s matkami spíše než na vztahy s matkami a otci. Aby pomohla tyto problémy řešit, využila tato studie data z Národní longitudinální studie zdraví dospívajících a dospělých.

Výzkumníci testovali, zda zprávy adolescentů o specifických, měřitelných charakteristikách jejich vztahů s matkami a otci, s nimiž žijí, jsou spojeny se zdravotními výsledky měřenými o 14 let později. Zkoumali údaje od více než 15 000 dospělých, kteří byli původně zařazeni do studie v polovině 90. let, když jim bylo mezi 12 a 17 lety. „*Naším cílem bylo získat jasnější představu o tom, jak mohou být různé charakteristiky vztahů mezi matkou a dospívajícím a mezi otcem a dospívajícím spojeny se širokou škálou příznivých výsledků v mladém dospělosti,*“ řekla hlavní autorka studie Carol A. Ford, MD, vedoucí Craig-Dalsimer Division of Adolescent Medicine a Orton P. Jackson Endowed Chair in Adolescent Medicine na CHOP.

V této studii se výzkumníci zaměřili na charakteristiky, jako je rodičovská vřelost, komunikace, společně strávený čas a akademická očekávání, jak byla hodnocena, když byli účastníci ve věku mezi 12 a 17 lety. Když byli stejní účastníci ve věku 24 až 32 let, informovali o současné úrovni stresu, deprese, optimismu, závislosti na nikotinu a zneužívání návykových



látek a dalších měřítkách celkového zdraví. Studie kontrolovala věk, rasu, etnický původ, rodinnou strukturu a další faktory a oddělila data na základě vztahů s matkami a otci, kteří žili v domácnosti. Pro studii bylo analyzováno více než 10000 účastníků. Ukázalo se, že účastníci, kteří uváděli vyšší úroveň vřelosti mezi matkou a dospívajícím a otcem a dospívajícím, komunikaci, společně strávený čas, akademická očekávání, spokojenost se vztahy nebo komunikací a induktivní disciplínu, uváděli významně vyšší úroveň celkového zdraví v mladém dospělosti.

Vyšší úroveň rodičovské vřelosti, společně stráveného času a spokojenosti ve vztazích nebo komunikaci uváděných adolescenty byla také významně spojena s nižší úrovní závislosti na nikotinu a

zneužívání návykových látek v mladém dospělosti, stejně jako s nižší pravděpodobností nechtěného těhotenství. „*Celkový vzorec těchto výsledků naznačuje, že silné vztahy mezi dospívajícími a jejich matkami a otci vedou k lepšímu zdraví a pohodě v mladém dospělosti,*“ řekl Ford. „***Snaha o posílení vztahů mezi rodiči a dospívajícími může mít důležité dlouhodobé zdravotní přínosy.***“

Zdroj: Carol A. Ford, Andrew C. Pool, Nicole F. Kahn, James Jaccard, Carolyn T. Halpern. Associations Between Mother-Adolescent and Father-Adolescent Relationships and Young Adult Health. *JAMA Network Open*, 2023; 6 (3): e233944 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.3944

CHYTRÉ TELEFONY S MÍROU

VÍCE NEŽ 4 HODINY KAŽDODENNÍHO POUŽÍVÁNÍ SMARTPHONU SPOJENÉ SE ZDRAVOTNÍMI RIZIKY PRO DOSPÍVAJÍCÍ

Nová studie na více než 50 000 korejských dospívajících prokázala, že **používání smartphonu déle než 4 hodiny denně vede k vyšší míře nepříznivého duševního zdraví a užívání návykových látek.** Jin-Hwa Moon a Jong Ho Cha z Hanyang University Medical Center v Koreji a jejich kolegové prezentují tato zjištění v časopise PLOS ONE s otevřeným přístupem 6. prosince 2023.

Předchozí výzkum ukázal, že používání chytrých telefonů mezi dospívajícími se v posledních letech zvýšilo a že toto používání může být spojeno s vyšším rizikem nepříznivého zdraví – jako jsou psychiatrické poruchy, problémy se spánkem, problémy související s očima a muskuloskeletální poruchy. Stále více důkazů však naznačuje, že alespoň určité každodenní

používání internetu může být spojeno s lepším fyzickým a duševním zdravím dospívajících.

Aby prohloubili porozumění vztahu mezi používáním chytrých telefonů dospívajícími a zdravím, Moon, Cha a kolegové analyzovali údaje o více než 50.000 dospívajících účastnících probíhajícího webového průzkumu Korea Youth Risk Behavior shromážděného v letech 2017 a 2020. Data zahrnovala přibližný počet denních hodin, které každý účastník strávil na chytrém telefonu, a také různá zdravotní opatření.

Vědci zjistili, že v roce 2020 bylo procento dospívajících ve studii, kteří používali smartphone více než 2 hodiny denně, 85,7 procenta – oproti 64,3 procenta v



roce 2017. Dospívající, kteří používali chytrý telefon déle než 4 hodiny denně, měli vyšší míru stresu, myšlenek na sebevraždu a užívání návykových látek než ti, kteří používali smartphone méně než 4 hodiny denně. Dospívající, kteří používali smartphone 1–2 hodiny denně, se však setkali s méně problémy než dospívající, kteří smartphone nepoužívali vůbec.

Autoři poznamenávají, že tato studie nepotvrzuje příčinný vztah mezi používáním chytrých telefonů a nepříznivými zdravotními důsledky. Zjištění by

nicméně mohla pomoci informovat o pokynech pro používání pro dospívající – zejména pokud denní užívání nadále roste. Autoři dodávají: „*Tento výzkum ukazuje dopad používání chytrých zařízení po dobu delší než 4 hodiny denně na zdraví dospívajících.*“

Zdroj: PLOS. „More than 4 hours of daily smartphone use associated with health risks for adolescents“. ScienceDaily, 6. prosince 2023. <www.sciencedaily.com/releases/2023/12/231206150515.htm>.

VÝZKUMNÍCI VOLAJÍ PO VĚTŠÍ JASNOSTI OHLEDNĚ TOHO, CO PŘEDSTAVUJE „PROBLÉM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ“

Nový přehled teoretických modelů používaných po celém světě k hodnocení, diagnostice, výzkumu a léčbě problémů s duševním zdravím zdůraznil širokou škálu přístupů, které existují.

Teoretické modely odkazují na teorii nebo soubor teorií, které se snaží vysvětlit, jak by měl být problém chápán a jak by se na něj mělo reagovat. Model problémů s duševním zdravím odkazuje na příčiny a charakteristiky tohoto stavu.

Výzkumníci z University of Bath (Velká Británie) a Bern University of Applied Sciences (Švýcarsko) prozkoumali více než 100 publikací, které nějakým způsobem odkazovaly na „duševní zdraví“ nebo „duševní nemoc“, a identifikovali přibližně 34 různých teoretických modelů, které používají praktici, výzkumní pracovníci a uživatelé služeb duševního zdraví k pochopení povahy problémů duševního zdraví. Důležité je, že nenašli žádná kritéria, která by mohla být použita k upřednostnění toho, proč by jeden model mohl být použit před jiným. To je

podle nich důležité, protože to, jak jsou problémy s duševním zdravím chápány, má trvalé důsledky pro to, jak jsou lidé s duševními problémy hodnoceni a podporováni. Modely sahaly od těch biologických (zaměřených na problémy s tělem nebo mozkiem) přes psychologické (zaměřené na mysl a chování), sociologické (zaměřené na to, jak sociální okolnosti ovlivňují lidi) až po modely, které byly založeny na spotřebitelských a kulturních úvahách (jež odrážejí zkušenosti lidí, kteří byli léčeni službami duševního zdraví, a zvažují, jak by měla být léčba přizpůsobena různým kulturám).

Zatímco dříve se politici a odborníci z praxe snažili vytvořit konsenzus ohledně používání takzvaných „bio-psycho-sociálních modelů“ – což je souhrnný termín, který čerpá z prvků všech různých modelů – zdá se, že tento konsenzus se rozpadá. Tým publikoval svůj přehled v časopise *Journal of Mental Health* tvrdí, že jeho zjištění mají důležité důsledky vzhledem k prudkému nárůstu diagnostikovaných problémů s duševním zdravím. Podle Nadace pro duševní zdraví se



odhaduje, že jen za poslední týden se každý šestý z nás setkal se společným problémem duševního zdraví. Tato čísla však závisí na tom, jak je problém duševního zdraví chápán a měřen. Spolupracovník Dr. Jeremy Dixon z katedry sociálních a politických věd a Centra pro analýzu sociální politiky na University of Bath vysvětluje: *„Nejistota ohledně toho, co představuje problém duševního zdraví, se v posledních desetiletích stala výraznější kvůli nárůstu počtu duševních poruch identifikovaných v příručkách, které používají praktičtí lékaři a psychiatři.“*

Profesor Dirk Richter z Bernské univerzity aplikovaných věd dodává: *„Problémy duševního zdraví jsou často prezentovány jako něco, co chápe medicína a psychiatrie. Přesto se stále diskutuje o tom, co přesně jsou problémy duševního zdraví a jak by se měly léčit. Ty nejsou jen akademické. Otázky jako Co jsou problémy s duševním zdravím? nebo Co se počítá jako duševní onemocnění? mají dopad na systémy zdravotní péče. Mohou ovlivnit rozhodnutí o tom, kdo by mohl získat službu duševního zdraví a jak by mohlo být interpretováno chování, jako je agrese.“*

„Jedním ze způsobů, jak se z tohoto problému dostat, by mohlo být zeptat se

uživatelů služeb, který model považují za nejvhodnější pro ně a jejich léčbu. Důsledkem by však bylo, že nemedicínské modely by se mohly stát důležitějšími, než by byli kliničtí lékaři ochotni akceptovat.“

Vzhledem k široké škále modelů, které odborníci používají, výzkumníci nyní volají po větší jasnosti ohledně toho, jak různé a potenciálně kontrahující modely duševního zdraví mohou být použity v praxi. Argumentují tím, že tato debata vyžaduje větší zapojení nelékařských profesí a uživatelů služeb.

„Praktici v oblasti duševního zdraví mají tendenci říkat, že ve své každodenní práci používají bio-psycho-sociální model, ale náš výzkum ukazuje, že tento model se rozpadá. Zatímco tomuto oboru dominovala psychiatrie a psychologie, nyní začínají být slyšet pohledy uživatelů služeb a dalších odborníků, jako jsou zdravotní sestry a sociální pracovníci,“ dodává Dr. Dixon.

Zdroj: Univerzita v Bathu. „Researchers call for greater clarity over what constitutes ‘a mental health problem.’“ ScienceDaily. ScienceDaily, 11. února 2022. <www.sciencedaily.com/releases/2022/02/220211102734.htm>.

JÍT NAD RÁMEC ANGLIČTINY JE PRO OCHRANU PŘÍRODY ZÁ- SADNÍ

Výzkum v jiných jazycích, než v angličtině je kriticky důležitý pro zachování biodiverzity a podle mezinárodního výzkumného týmu je v mezinárodním měřítku šokujícím způsobem nedostatečně využíván.

Dr. Tatsuya Amano z University of Queensland's School of Biological Sciences vedl celosvětovou studii, která zkoumala národní zprávy o ochraně biodiverzity ve

37 zemích a teritoriích, kde angličtina není úředním jazykem. *„Neanglicky psaná literatura je při hodnocení globální biodiverzity téměř zcela opomíjena,“* řekl Dr. Aman. *„To znamená, že existuje vážné riziko, že stávající globální hodnocení ve světě přehlížejí důležitou vědu o ochraně přírody tím, že ignorují neanglicky psanou literaturu. Například ve zprávách Mezivládní*



vědecko-politické platformy pro biodiverzitu a ekosystémové služby (IPBES) je pouze 3,4 procenta referencí publikováno v neanglických jazycích – což je neuvěřitelně nízké číslo.“

Tým zjistil, že neanglicky psaná literatura byla široce používána v národních zprávách většiny jednotlivých zemí, ale nedokázala se odrazit v globálních zprávách. Dr. Tatsuya řekl, že navzdory výhodám společného jazyka je pro záchranu světového druhu zásadní rozmanitost vstupů.

„Spolupracovali jsme s více než 100 lidmi, kteří jsou dohromady rodilými mluvčími asi 20 jazyků, abychom identifikovali důležité vědecké poznatky dostupné pouze v neanglických jazycích.“

Použití nástrojů strojového překladu by také pomohlo vyřešit tento problém v širším měřítku, ale stále by vyžadovalo ověření lidskými rodilými mluvčími. Efektivní je také rozvoj vícejazyčných databází relevantní literatury, stejně jako jsme to udělali v nedávném článku ve spolupráci s projektem Conservation Evidence. S těmito přístupy by svět mohl využívat nejlepší dostupné vědecké poznatky bez ohledu na jazyk, ve kterém jsou publikovány.“

Zdroj: Univerzita v Queenslandu. „Going beyond English is critical for conservation“ ScienceDaily, 21. března 2023. <www.sciencedaily.com/releases/2023/03/230321112517.htm>.

Všechny uvedené výstřižky jsou převzaty ze serveru **sciencedaily.com**



VÝZKUM



KASIA KOZLOWSKAA,^{B*}, CATHERINE CHUDLEIGHA, GEORGIA McCLUREA, ANN M. MAGUIRE^{B,C} AND GEOFFREY R. AMBLER^{B,C}: VZORCE CITOVÉ VAZBY¹ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH S GENDEROVOU DYSFORIÍ

^a Department of Psychological Medicine, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, NSW, Australia,

^b Discipline of Child and Adolescent Health, University of Sydney Medical School, Darlington, NSW, Australia,

^c Department of Endocrinology, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, NSW, Australia

SOUHRN

Předkládaná studie zkoumá vzorce citové vazby (attachment)/ obranné postoje a míru nevyřešených ztrát/traumat u dětí a dospívajících, kteří se prezentují na specializovaném pracovišti (multidisciplinární genderová služba). Padesát sedm dětí a dospívajících (8,42–15,92 let; 24 nar. jako muži a 33 nar. jako ženy) projevujících se genderovou dysforií se účastnilo strukturovaných příjmových rozhovorů kódovaných pomocí dynamicko-vývojové modelové (DMM) diskurzivní analýzy. Byly porovnány děti s genderovou dysforií

¹ Anglický termín attachment bývá překládán do češtiny různě, nejčastěji jako přilnutí, přimknutí, připoutání, vztahová či citová vazba. Žádný ekvivalent není optimální ani univerzální. Naopak se zdá, že v různém kontextu je některý z ekvivalentů vhodnější a jiný méně. V textu nicméně pro zjednodušení bude preferován pojem citová vazba, mimo jiné i proto, že bez citu se kvality poskytované a zažívané ve vztahu mohou snadno redukovat na pouhé naučené technické postupy. (pozn. D. Sko-runka)



věkově a pohlavím odpovídajícím dětem z komunity (neklinická skupina) a skupinou dětí školního věku se smíšenými psychiatrickými poruchami (smíšená psychiatrická skupina).

Informace byly o averzivních zkušenostech z dětství (ACE), diagnózách duševního zdraví a byla také shromážděna globální úroveň fungování. Na rozdíl od dětí z neklinické skupiny, které byly primárně zařazeny do normativních vzorců vazby (A1-2, B1-5 a C1-2) a kteří měly nízkou míru nevyřešených ztrát/traumat, děti s pohlavní dysforií byly většinou klasifikovány ve vysoce rizikových vzorcích emoční vazby (attachmentu) (A3-4, A5-6, C3-4, C5-6 a A/C) ($2 \text{ \$} = 52,66$; $p < 0,001$) a měly vysokou míru nevyřešených ztrát/traumat ($2 \text{ \$} = 18,64$; $p < 0,001$). Komorbidní psychiatrické diagnózy ($n = 50$; 87,7 %) a časté byly také sebepoškození, sebevražedné myšlenky nebo symptomy úzkosti.

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

SUMMARY: KASIA KOZŁOWSKA, CATHERINE CHUDLEIGH, GEORGIA MCCLURE, ANN M. MAGUIRE AND GEOFFREY R. AMBLER: ATTACHMENT PATTERNS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH GENDER DYSPHORIA. PSYCHOSOM 2023; 21 (3-4), PP. 117-142

The current study examines patterns of attachment/self-protective strategies and rates of unresolved loss/trauma in children and adolescents presenting to a multidisciplinary gender service. Fifty-seven children and adolescents (8.42–15.92 years; 24 birth-assigned males and 33 birth-assigned females) presenting with gender dysphoria participated in structured attachment interviews coded using dynamic-maturational model (DMM) discourse analysis. The children with gender dysphoria were compared to age- and sex-matched children from the community (non-clinical group) and a group of school-age children with mixed psychiatric disorders (mixed psychiatric group). Information about adverse childhood experiences (ACEs), mental health diagnoses, and global level of functioning was also collected. In contrast to children in the non-clinical group, who were classified primarily into the normative attachment patterns (A1-2, B1-5, and C1-2) and who had low rates of unresolved loss/trauma, children with gender dysphoria were mostly classified into the high-risk attachment patterns (A3-4, A5-6, C3-4, C5-6, and A/C) ($\$2 = 52.66$; $p < 0.001$) and had a high rate of unresolved loss/trauma ($\$2 = 18.64$; $p < 0.001$). Comorbid psychiatric diagnoses ($n = 50$; 87.7%) and a history of self-harm, suicidal ideation, or symptoms of distress were also common. Global level of functioning was impaired (range 25–95/100; mean = 54.88; SD = 15.40; median = 55.00). There were no differences between children with gender dysphoria and children with mixed psychiatric disorders on attachment patterns ($\$2 = 2.43$; $p = 0.30$) and rates of unresolved loss and trauma ($\$2 = 0.70$; $p = 0.40$). Post hoc analyses showed that lower SES, family constellation (a non-traditional family unit), ACEs—



including maltreatment (physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, neglect, and exposure to domestic violence)—increased the likelihood of the child being classified into a high risk attachment pattern. Akin to children with other forms of psychological distress, children with gender dysphoria present in the context of multiple interacting risk factors that include at-risk attachment, unresolved loss/trauma, family conflict and loss of family cohesion, and exposure to multiple ACEs.

ÚVOD

V posledních několika desetiletích je v západní klinické praxi dětí (včetně dospívajících) s genderovou inkongruentní dysforií (GID) často prezentována tato skupina zdravotnickým službám jako špatně chápaná klinická populace (Zucker, 2017; Meyer-Bahlburg, 2019). O děti s genderovou dysforií je třeba se bát, protože jejich genderová identita – jejich subjektivní zkušenost sebe sama jako příslušníka mužského nebo ženského rodu (nebo jiného) – neodpovídají jejich pohlaví přiřazenému při narození. Pracující lékaři ze široké biopsychosociální neboli systémové perspektivy (Engel, 1980; Fórum

pro investice mládeže, 2020; Capra a Luisi, 2014) mají zájem porozumět procesům – biologickým, psychologickým, vztahovým a kulturním – které se spojily při formování vývojové dráhy dítěte. V tomto článku zkoumáme jedno vlákno vývojového příběhu – kvalitu emoční vazby dítěte v rámci rodinného systému – v kohortě dětí s dysforií a subjektivním distresem ve vztahu k jejich pohlaví určeného při narození, kteří se dostavili k posouzení a léčbě na specializované pracoviště (multidisciplinární službu) v nemocnici terciární péče.

John Bowlby, otec teorie emoční vazby

spolu s kvalitou vazebných vztahů dítěte,

BOX 1 | Charakteristika vývojových trajektorií, jak je nastínil Bowlby.

- Jakákoli počáteční trajektorie může mít mnoho možných výsledků (multifinalita)
- Dvě různé výchozí trajektorie mohou vést ke stejnému výsledku (ekvivalitě).
- Změna trajektorie zůstává možná napříč vývojem.
- Změna je omezena tím, jak dlouho byla cesta sledována.
- Maladaptivní vývoj je definován trvalou odchylkou od funkčních trajektorií.

(attachment), použil metafory výhybky na železničních kolejích při úvahách o vývojových trajektoriích a vzorcích adaptace a maladaptace (Bowlby, 1973a). Konceptualizoval potíže problémových dětí jako projevy vynořující se z komplexní souhry mezi genetickými faktory a zkušeností: nitroděložní zkušenosti,

rodinnými zkušenostmi a dopadem zkušeností z nepříznivého dětství (ACE) – a sociopolitických a kulturních faktorů.

Bowlby zdůraznil, že vývojové trajektorie nepostupují podle lineárního vzoru (viz rámeček 1) (Bowlby, 1973a, 1988): vývojová trajektorie dítěte se „obrací u každé



etapy na interakci mezi organismem (jak se do té doby vyvíjel) a prostředím (ve kterém se pak nachází).“ (s. 419) (Bowlby, 1973b). Jeho práce položila základy pro vývojové modely vývoje mozku a psychopatologie (Perry, 2009; Masten and Cicchetti, 2010; Sroufe, 2013). Tyto modely konceptualizují vývoj – a vývoj mozku zvláště – jako kumulativní; fáze staví jedna na druhé, i když nelineárním způsobem (Stiles, 2008). Každá vývojová fáze, spojená s každou prožitou zkušeností dítěte, poskytuje základ pro další fázi; minulost vývoje utváří následný vývoj. Následné prospektivní, populační studie ukázaly, že špatná kvalita citové vazby (rizikové vzorce vazby) jsou rizikovým faktorem pro psychopatologii později v životě (Sroufe, 2005).

V poslední době a v širším měřítku se objevil i neurovědní výzkum, který začal objasňovat některé neurobiologické mechanismy, jež skrze prožité zkušenosti včetně těch, které se týkají citové vazby (attachment), formují vyvíjející se mozek, expresi genů a řadu schopností umožňujících dítěti efektivně nebo neefektivně se vypořádat s vývojovými problémy každého z vývojových období (Stiles, 2008; Dudley et al., 2011; Babenko a kol., 2015; Shonkoff, 2016). Protože rané zkušenosti mění strukturu i funkci mozku včetně genetické exprese, stávají se biologicky začleněnými nebo internalizovanými do biologické vrstvy dítěte; tím ovlivňují chování dítěte, kvalitu jeho vztahů, představy dítěte o sobě a o ostatních, a tím i fyzické a psychické zdraví v průběhu života (Nelson, 2013; Sroufe, 2013; Hanlon a kol., 2020).

Na základě tohoto popisu nedávno vyvinutých výkladových modelů vývoje uvažujeme o fenoménu gender dysforie na více systémových úrovních – biologické, citové a kulturní – a pokusíme se vysvětlit tuto složitou souhrnu faktorů.

Například Altinay a Anand ve své hypotéze navrhuje, že oblasti mozku zapojené do vnímání vlastního těla – které odpovídají za dostředivou neuronální síť zobrazující tělo – vykazují aberantní (nižší) konektivitu v důsledku kumulativních zkušeností, které způsobují nesoulad mezi subjektivní zkušeností genderu a související vnější zpětnou vazbou k „vlastnímu tělu a Egu“ (Altinay a Anand, 2020).

Zatímco autoři se zaměřují výhradně na zpětnou vazbu týkající se pohlaví, negativní vnější zpětná vazba o sobě v kontextu averzivních zážitků v dětství (ACE) včetně špatného zacházení by pravděpodobně také modulovaly body image network. V další hypotéze, Gliske (2019) navrhuje, že dochází díky změnám ve zprostředkování neuronových sítí v nouzi, v sociálním chování a vnímání těla k nesouladu mezi subjektivním vnímáním pohlaví dítěte a pohlavím přiděleným při narození. Dále navrhuje, že tyto změny v neuronových sítích jsou, alespoň částečně, produktem predisponujících, vyvolávajících a udržujících faktorů ve vztahových, sociálních a kulturních kontextech dítěte (Gliske, 2019).

Budoucí výzkum bude muset tyto hypotetické modely otestovat, určit jejich užitečnost a pravdivost. V literatuře o výzkumu vztahového úrovně systému u genderové dysforie ukazuje, že podpůrné vztahy přispívají k lepším výsledkům pro děti s genderovou dysforií.

Při coming-outu podpůrná odpověď od rodiny a vrstevníků podporuje psychosociální pohodu – včetně duševního zdraví – a snižuje stupeň psychosociálního poškození (Simons a kol., 2013; Shiffman a kol., 2016). Bohužel hodně dětí nemá pozitivní zkušenost. Negativní reakce od rodinných příslušníků včetně přímého odmítnutí a šikana ze strany vrstevníků jsou běžné (Di Ceglie a Thummel, 2006;



Specht a kol., 2020; Strauss a kol., 2020b).

V širším měřítku a odděleně od odpovědi dostupných výzkumů dětských skupin – i když řídkých – to naznačuje, že určitou roli hrají kvalita citových vztahů dětí s pečující osobou, kvalitou rodinného prostředí a přítomnosti nežádoucích příhod, které mohou zvýšit rodinný stres nebo přispěly k bifurkacím ve vývojové dráze dítěte. Na malém vzorku předškolních chlapců s GID (n = 22) a pomocí kódování podivné situace Metodou ABCD (viz rámeček 2), Birkenfeld-Adams (2000) zjistil vyšší míru nejistých vzorců citové vazby (16/22, neboli 73 %) – vyhýbavá, úzkostná a dezorganizovaná/ kontrolující – častěji než v kontrolní skupině chlapců z normativní populace (11/20, neboli 55 %) (Goldberg, 1997; Birkenfeld-Adams, 2000¹). Při použití vlastní metodiky s preadolescentními dětmi se Cooper et al. (2013) podívali na dvě dimenze nejisté citové vazby (vyhnout se matce, zaujatý matkou) a třemi rozměry genderové identity (genderová typičnost, genderová spokojenost, pocit tlaku na genderovou diferenciaci) (Cooper et al., 2013). Autoři zjistili, že tlak na genderovou diferenciaci – formu genderové identity obvykle spojenou s problematickou tranzicí – byl spojen s oběma měřítky nejistoty citové vazby (attachment).

U dospělých s genderovou dysforií při použití Adolescent Attachment Interview (AAI) kódovaného metodou ABCD u většího vzorku (n = 95) Giovanardi et al. (2018) zjistili, že jen u 27 % dospělých s genderovou dysforií (vs. 61 % kontrol) byl klasifikován attachment jako bezpečná vazba. Osoby s nejistou v genderu jen 14 % (vs. 19 % kontroly) uvádělo odmítavou vazbu, 13 % mělo vazbu ambivalentní (oproti 7 % kontroly) a 46 % (vs. 13 % kontrol) bylo klasifikováno jako reflektující dezorganizovaný/nevyřešený stav myslí (Giovanardi et al., 2018). Klíčová

témata vycházející z vyprávění o attachmentu byla hodnocena jako „nedostatek autobiografické koherence a integrace, odhalující potíže s propojením minulých a současných prvků osobní historie, zobrazující vyvážené portréty pečovatelské postavy a přikládání důležitosti zkušenostem s připoutaností“ (str. 8). Kromě toho bylo zaznamenáno, že „skupina s genderovou dysforií projevovala vyšší hněv vůči otcům a v menší míře (s menší velikostí účinku) oproti otcům idealizaci vůči matkám ve vztahu ke kontrolám“ (str. 8). Giovanardi a kol. (2018) použili jak AAI, tak i Komplexní traumatický dotazník pro srovnání míry ACE u jejich dospělých subjektů oproti kontrolám. Ti s genderovou dysforií hlásili významně více ACE, včetně vztahů matkadítě charakterizovaných zanedbáváním, odmítnutím, psychickým týráním a fyzickým týráním, stejně jako domácím násilím.

Aby bylo možné prověřit míru organizovanosti (bezpečná, vyhýbavá a úzkostná) či neuspořádanosti (nezpracované trauma/neorganizovaná) citové vazby, Giovanardi et al. (2018) porovnávali jedince s pohlavní dysforií také s jinými normativními a klinickými skupinami mezinárodní a národní metaanalýzy. Zjistili, že zatímco dospělí s genderovou dysforií se lišili od normativních skupin, nelišili se od jiných klinických skupin.

Zjištění z výše popsaných studií je v souladu s širší literaturou, která naznačuje silné asociace mezi kvalitou vazby a ACE (Riggs, 2010), kvalitou porušené vazby a psychiatrickými poruchami (Carlson, 1998; Sroufe, 2005; Crittenden a kol., 2010; Spruit et al., 2020) a ACE a přítomnost problémů fyzického a duševního zdraví napříč délkou života (Felitti et al.,



1998; Felitti, 2009; Flaherty et al., 2009; ¹ Shonkoff, 2016).

Společně tyto studie naznačují, že gender dysforie – stejně jako jiné fyzické a duševní zdravotní problémy – je třeba konceptualizovat v kontextu životních zkušeností dítěte, prožité zkušenosti předchozích generací a mnoha různých způsobů, jakými jsou žité zkušenosti biologicky zabudovávány tak, aby formovaly vyvíjející se mozek a řídily každé dítě na jejich vývojové trajektorii.

Cílem současné studie je prověřit kvalitu vazby mezi rodičem a dítětem – známé jako vzorce citové vazby (Ainsworth et al., 1978), sebeochranné strategie (Crittenden, 1999), nebo jednoduše strategie

citové vazby – u dětí, prezentujících se v nově zřízené specializované genderové službě (Gender Service) terciární péče dětské nemocnice svým odmítáním pohlaví, které jim bylo při narození přiřazeno. Na základě předchozích studií s dětmi jsme předpokládali, že děti školního věku a dospívající přicházející k posouzení, případně k léčbě genderové dysforie, ukazují nárůst rizikových typů připoutanosti a vyšší míry nevyřešených ztrát a traumat. Také jsme předpokládali, že při hodnocení rodin, které zahrnovalo orientaci v jejich historii, by děti a rodiny hlásily významné úrovně rodinného stresu a ACE, které nepříznivě ovlivnily zdraví a blaho prezentovaného dítěte a rodiny.

MATERIÁLY A METODY

Nábor účastníků

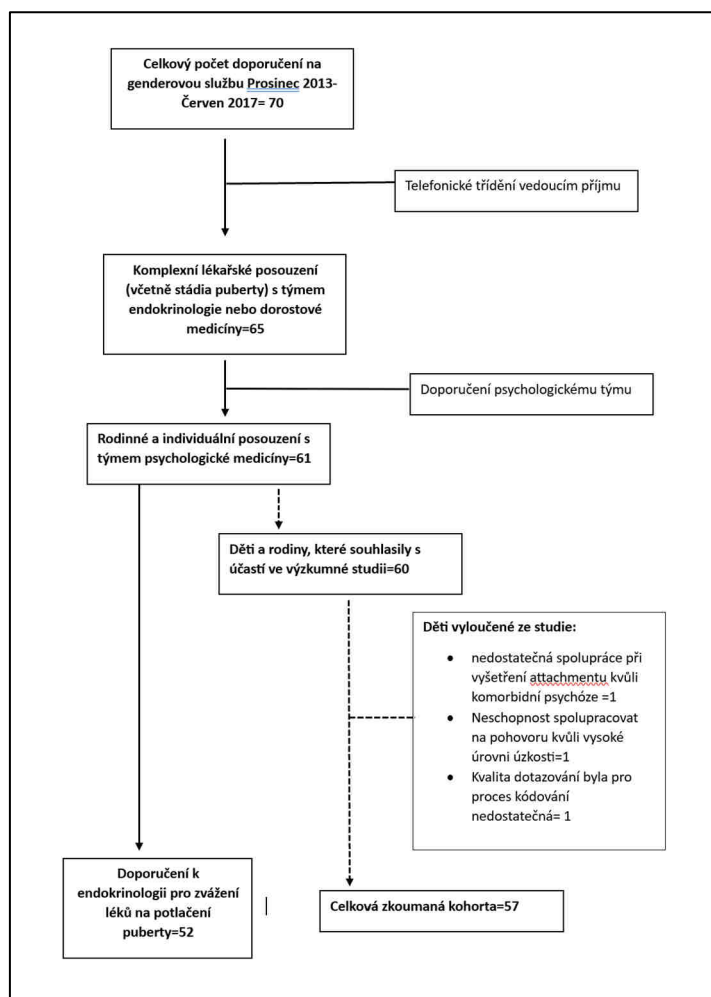
V období od prosince 2013 do června 2017 bylo sedmdesát dětí zažívajících dysforii ve vztahu k pohlaví určenému při

narození odesláno svými rodinnými lékaři do nově zřízeného a dosud nefinancovaného zařízení Gender Service. Obrázek 1 shrnuje cestu hodnocení v rámci Gender Service.

¹ Birkenfeld-Adamsova studie, publikovaná jako disertační práce, je uvedena v Goldbergu (1997). „Attachment and childhood behavior problems in normal, at risk and clinical

samples“, v Attachment and Psychopathology, ed. A. Leslie a K. J. Zucker (New York: Guilford Press), 171-195.





BOX2 | KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY ABCD A DMM: STRUČNÝ PŘEHLED

Toto textové pole poskytuje stručný přehled vývoje modelů ABCD a DMM z původního díla Mary Ainsworth(ové). Pro vizuální znázornění vývoj systémů ABCD a DMM, viz obrázek 2.

MARY AINSWORTH A ABC MODEL ATTACHMENT

V 60. letech Mary Ainsworthová identifikovala tři vzorce citové vazby u 11měsíčních kojenců (Ainsworth a Wittig, 1969; Ainsworth et al., 1978): skupina A (úzkostně-vyhýbavá), skupina B (bezpečná) a skupina C (úzkostně-ambivalentní/odolná). Kojenci zařazení do skupiny B (bezpečná) používali vztahovou figurku jako spolehlivou základnu, ze které se dalo prozkoumávat, protestovat proti odloučení a hledat útěchu u vztahové osoby při shledání, než se vrátili ke hře. Děti zařazené do A skupiny (úzkostně-vyhýbavá) nevykazovaly úzkost z odloučení a ignorovaly citovou vazbu při opětovném shledání. Kojenci zařazení do skupiny C (úzkostně ambivalentní/odolní) projevovali úzkost při odloučení a byli přilnaví a obtížně se utěšovali při shledání. Citová vazba typu B se nazývala bezpečná vazba, A a C jako nezabezpečená citová vazba. Hodnocení citové vazby u kojenců vycházelo z Ainsworth's Strange Situation Procedure, která byla nahrána a analyzována pomocí behaviorální/relační analýzy.



MARY MAIN A JUDITH SOLOMON: THE ABCD MODEL OF ATTACHMENT

Mary Main a Judith Solomon rozšířily Ainsworthové model přidáním klasifikace D (dezorganizovaná) pro děti s chováním, které představovalo narušené Ainsworthovy vzory (Main a Solomon, 1986, 1990; Duschinsky a Solomon, 2017). Kategorie D je také označována jako dezorganizovaná/dezorientovaná a dezorganizovaná/kontrolující (Main a Solomon, 1986; Duschinsky a Solomon, 2017). Systém citové vazby využívající tyto čtyři skupiny je někdy označován jako systém ABCD (Crittenden et al., 2010). Děti zařazené do skupiny D byly ty, které se zdály být tak rozporuplné ohledně přístupu k citové vazbě, že po opětovném shledání nedokázaly vytvořit koherentní strategii (Landa a Duschinsky, 2013). Místo toho ukázaly širokou škálu podivného chování označeného jako neorganizované. V modelu ABCD byla citová vazba typu B označena jako bezpečná a typy A, C a D jako nejisté. V kojeneckém věku a v předškolních letech, hodnocení citové vazby pomocí modelu ABCD také zahrnovalo použití Ainsworthova postupu podivné situace, který byl nahrán a analyzován pomocí behaviorální/relační analýzy. U dětí, dospívajících a dospělých ve školním věku modely vazby odvozené od modelu ABCD (Ammanniti et al., 2000; Main et al., 2003; Target et al., 2003; Giovanardi et al., 2018) nadále používali stejné čtyři kategorie, které se používaly u kojenců a předškoláků, ale s odlišnou terminologií. Skupina A se nazývá vyhýbavá (vzhledem ke zkrácenému označení Ds; viz obrázek 2); Skupina B se nazývá bezpečná (vzhledem ke zkrácenému označení F; viz obrázek 2); skupina C se nazývá úzkostná (ambivalent/resistant) a skupina D představuje dezorganizovaný/nevyřešený stav mysli nebo jej nelze klasifikovat (vzhledem ke zkratce U/CC). Jednotlivci s klasifikovanou bezpečnou citovou vazbou udržují koherentní vyprávění o historii své citové vazby. Jedinci s vyhýbavou citovou vazbou minimalizují její důležitost a dopad na vztahy ve svých vlastních životech. Jedinci s úzkostnou citovou vazbou vykazují nadměrné zaujetí vztahovými vazbami. U jednotlivců s *dezorganizovaným/nevyřešeným stavem mysli* hodnotíme výsledky kódování jako stavy s nevyřešenou ztrátou nebo traumatem (nebo mají narativy, které nespádají do kódování tří primárních skupin).

PATRICIA CRITTENDEN A MODEL DMM

Patricia Crittenden, která také vycházela z původního modelu Ainsworthové, vyvinula alternativní systém Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaptation (DMM). DMM byl vyvinut s důrazem na ohrožené děti a jejich sebeochranné (vztahové) strategie, jež používaly k podpoře maximální bezpečnosti a pohodlí se vztahovými osobami, které nebyly citlivé nebo byly samy o sobě zdrojem nebezpečí (Crittenden, 1999). V tomto kontextu „dezorganizovaná“ skupina v rámci systému ABCD byla překonceptualizována jako organizovaná specifickým způsobem. Byly identifikovány následující vysoce rizikové vzory: A3-4 a A5-6 (také známé společně jako A+); C3-4 a C5-6 (také společně známé jako C+) (Crittenden, 1999; Crittenden et al., 2010); a smíšená klimatizace (viz obrázek 2).

V DMM je riziko znázorněno v modelu podél oblouku. Strategie typu B a nízkého indexu typu A, a typu C, které se nacházejí v horní části oblouku, odrážejí normativní, nízkorizikové strategie citové vazby typické pro neklinické populace. Strategie typu A a typu C s vysokým indexem a A/C odrážejí vysoce rizikové strategie vazby typické pro klinické nebo jiné vysoce rizikové populace.

Kromě toho modely DMM věnují významnou pozornost vývojovým cestám typu A a typu C a vidí je podél rizikového kontinua.

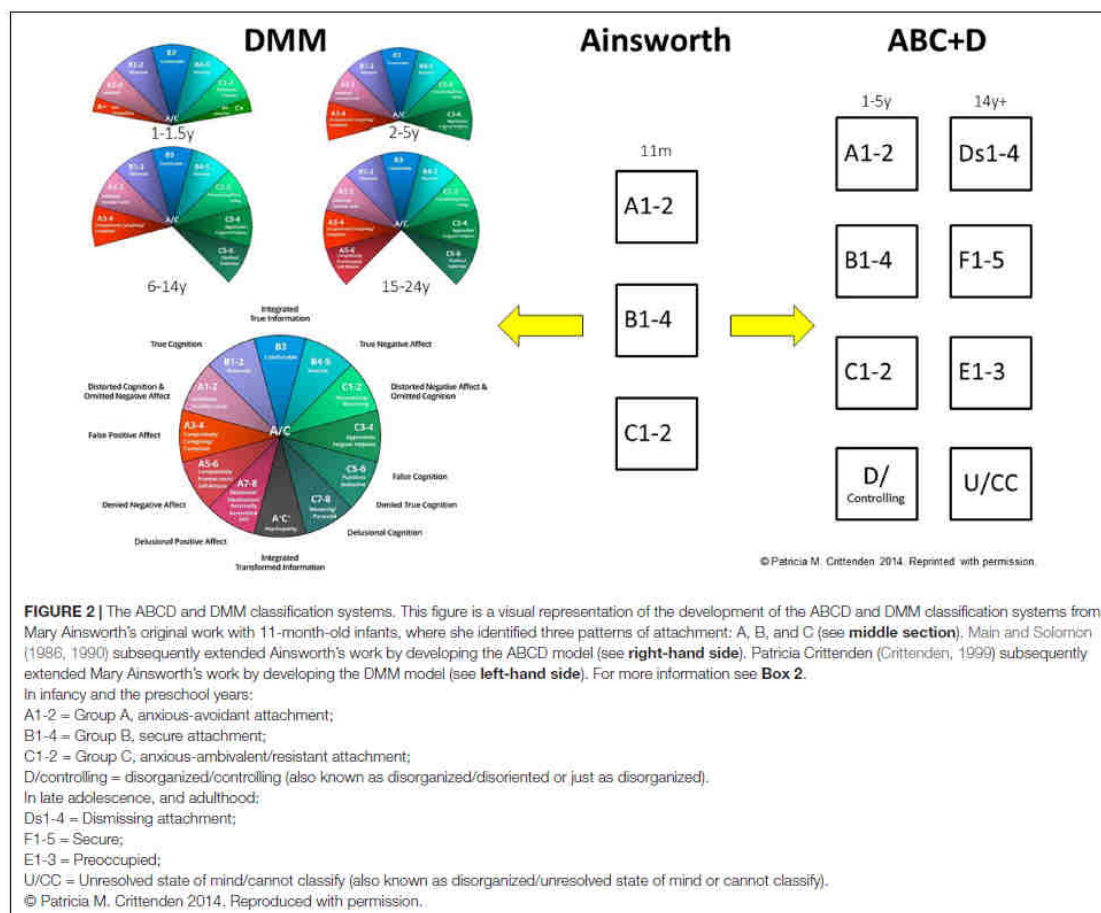


Postup

Zahrnoval proces hodnocení genderové dysforie a účast na komplexním klinickém hodnocení – včetně rodinného posouzení a individuálního posouzení s dítětem – na klinice psychologického lékařství (viz obrázek 1). Hodnocení rodiny bylo strukturovaným rozhovorem o délce 90–120 minut, které generovaly tři generace genogramu a podrobnou vývojovou historii vývoje dítěte v kontextu rodiny a událostí, jež měly vliv na blaho dítěte a rodiny. Individuální posouzení poskytlo dítěti terapeutický prostor, v němž bylo schopno sdílet jakékoli další informace, které bylo obtížné sdílet v rodinném sezení. Pro děti (a rodiny), které se rozhodly zúčastnit výzkumného projektu, dotazník citové vazby – vyvinutý jako součást Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaptation (DMM) (Crittenden, 2006) – byly začleněny do hodnocení dítěte jako jedince (viz obrázek 1). Děti na základní škole vyplnily hodnocení školního věku (SAA) a děti na střední škole Transition

to Adult Attachment Interview (TAAI) (Farnfield et al., 2010). SAA se skládá z karet, jejichž témata se zabývají hrozbami, jimž často děti školního věku čelí (nebo si představují, že jim čelí). Protokol rozhovoru žádá dítě, aby vytvořilo příběh o dítěti zobrazeném na každé kartě a poté, pokud možno, vylíčil podobnou epizodu ve vlastním životě. Každé dítě bylo požádáno, aby si vybralo, zda má tazatel použít karty zobrazující postavu chlapce nebo dívky. TAAI je upravený AAI. Vyprávění dítěte je vyvoláno prostřednictvím vzpomínky z raného dětství na vztah rodiče a dítěte a epizody ztráty nebo traumatu. Úpravy v TAAI (vzhledem k AAI) zahrnují sondy pro vzpomínky založené na afektech a širší škálu potenciálně ohrožujících okolností, jako jsou otázky týkající se vrstevnických vztahů. Rozhovory byly nahrány, anonymizovány a přepsány, poté kódovány zaslepenými kódery – osobami, používajícími kódovací systém DMM (viz rámeček 2 a Obrázek 2).





Jiná opatření

Spolu s hodnocením attachmentu a na základě informace poskytnuté dítětem a rodinou během počátečního hodnocení použil tým psychologické medicíny různé měřicí nástroje a váhy pro dokumentaci klíčových aspektů vztahového kontextu dítěte. Socioekonomický status byl doložen na základě nejvyššího typu zaměstnání – profesionál, bílý límeček, modrý límeček, nezaměstnaní – rodiče (rodičů) v domácnosti, která byla v primárním bydlišti dítěte.

Globální úroveň funkcí dítěte byla zdokumentována pomocí Global Assessment of Functioning (GAF), 100bodová stupnice (kde 91–100 označuje nejvyšší úroveň fungování a 1–10 je nejnižší). Bylo zdokumentováno utrpení dítěte týkající se pohlaví (podle konsenzu lékaře) na čtyřbodové stupnici okamžitě po procesu

klinického hodnocení dvěma odborníky (dětský a dorostový psychiatr a klinický psycholog), kteří doručili hodnotící protokol. Čtyřbodová stupnice pro úzkost týkající se pohlaví včetně:

- **žádná úzkost** (např. dítě se cítí dobře, podporováno pociťovaným smyslem genderové otázky/rozvíjejícím se tělem a nemá žádné známky úzkosti související s touhou být opačného pohlaví),
- **nějaké trápení** (nějaké trápení kolem pociťovaného smyslu pohlaví/vyvíjejícího se těla),
- **velmi utrpený** (zásadní úzkost z puberty a tělesných změn, např. dotýkat se genitálií při mytí),
- **extrémní úzkosti** (např. touha odřezávat části těla, nenávisť k

tělu, touha vyhladovět tělo, zůstat předpubertální, sebepoškozování kvůli nenávisti k tělu).

Strach každého dítěte týkající se jeho života obecně – což zachytil obecný pocit blaha dítěte v rodině, s vrstevníky a ve školním kontextu – byl zdokumentován (také konsenzus odborníků) na čtyřbodové škále tísně. Děti, které spadaly do vyšší kategorie v obou měřítkách, vyžadovaly okamžité provedení bezpečnostních opatření a doporučení místním službám duševního zdraví (pokud již nebyly zapojeny).

Pro popis bezpečnostního plánu používáme semafor pro děti, viz online příloha

SROVNÁVANÉ SKUPINY

Neklinická srovnávací skupina

Děti bez klinických příznaků ze stejné spádové oblasti odpovídajícího věku a biologického pohlaví, byly získány ze širšího záběru SES. Tyto neklinické děti byly rekrutovány z různých zdrojů – děti zaměstnanců nemocnice (uklízečky, parkoviště obsluhy, administrativní, bezpečnostní a další zdravotnický personál) a jejich přátel ze školy, kroužků mládeže, fotbalových týmů a tak dále. Venkovské děti se rekrutovaly z rodin administrativních pracovníků agentur pro prázdninové ubytování (a také jejich přátel). Děti byly z této srovnávací skupiny vyloučeny, pokud ony nebo blízký rodinný příslušník (matka, otec, sestra nebo bratr) měli předchozí diagnózu DSM, pokud oni nebo jejich blízký rodinný příslušník navštěvovali poradnu nebo jinou psychologickou službu (nebo pokud takovou službu hledali), nebo pokud nemluvili anglicky, měli v rodinné anamnéze genetické poruchy, nebo trpěli chronickým zdravotním onemocněním nebo poraněním mozku. Neklinické děti na základní škole vyplnily SAA a děti na střední škole

16.2 v Kozłowska et al., 2020). Úroveň fungování rodiny byla zdokumentována (také např. konsenzus odborníků) pomocí čtyř kategorií:

- harmonická,
- nějaké konflikty,
- vysoký konflikt a
- harmonický, ale prožívající stres v kontextu současného velkého životního stresu.

Hlášené ACE, diagnózy DSM-5 a situace dítěte s ohledem k blízkým vztahům s vrstevníky (jejich soc. spojení s vrstevníky), které byly také zdokumentovány.

TAAI (Farnfield et al., 2010). Po dokončení vstupního pohovoru s dítětem tazatel (v diskusi s dítětem a rodičem) použil kontrolní seznam pro dokumentaci ACE. Kontrolní seznam obsahoval tytéž položky – nepříznivé životní zkušenosti – které byly prověřovány v klinickém hodnocení u dětí s genderovou dysforií a s jejich rodinami: chorobná událost dítěte, mateřská mentální nemoc, tělesná nemoc matky, duševní nemoc otce, otcovská fyzická nemoc, rodinný konflikt, ztrátové události (smrt), ztrátové události (rozchod), šikana, vícenásobné stěhování, migrace, finanční stres, bitva o opatrovnictví, fyzické týrání, sexuální zneužívání, emoční zneužívání, zanedbávání, domácí násilí a další.

Smíšená psychiatrická srovnávací skupina

Druhou srovnávací skupinu tvořilo 51 dětí školního věku se smíšenými psychiatrickými diagnózami, které byly doporučeny na stejné nemocniční oddělení o několik let dříve (s výsledky publikovanými v předchozí studii, Crittenden et al., 2010).



ETICKÉ PROHLÁŠENÍ

Studie byla schválena Etickou komisí nemocnice. Účastníci a jejich zákonní zástupci byli písemně informováni o

souhlasu v souladu pokynu Rady národního zdravotního a lékařského výzkumu.

ANALÝZA DAT

Přepisy SAA a TAAI byly kódovány zaslepenými odborníky-kodéry pomocí metodologie DMM. Proces kódování DMM přinesl jako výsledek tři informace, které byly použity k porovnání skupiny pohlavní dysforie s neklinickou srovnávací skupinou a smíšenou psychiatrickou srovnávací skupinou.

– Vzorec strategie citové vazby/sebeochrany odráží nejen obvyklý způsob získávání pohodlí dítěte a ochranu před novými postavami, ale také zpracování informací, které je základním vzorcem. Strategie s nízkým indexem (A1-2, B1-5 a C1-2) jsou normativní strategie spojené se zdravím a blahobytem a jsou běžně vidět v normální populaci. Strategie s vysokým indexem – charakteristické zvýšenými chybami při zpracování informací a menším počtem koherence – jsou rizikové strategie spojené se stresem, úzkostí a psychopatologií a jsou běžně pozorovány u klinické populace.

– Nevyřešené ztráty a zranění odrážející zvláště ohrožení nebo ztráty, které vyvolaly extrémní psychologické důsledky a snahu o ochranu sebe sama, projevují se ve vyprávění jazykovými dysfluencemi u konkrétních životních událostí.

– Modifikátory sebeochranné strategie odkazují na lingvistické markery, které naznačují, že sebeochranná strategie nemusí pracovat ve prospěch dítěte. Modifikátor deprese – hlášeno v této studii – odkazuje na přítomnost nepřetržitého nízkého vzrušení, kvůli kterému se strategická akce jeví jako marná.

Modifikátory „odrážejí jednak neschopnost dítěte objevit účinnou strategii sebeobrany a také pokračující pokusy [dítěte] použít jednu stále tutéž strategii; je to spíše jako pokračovat bušit na zamčené dveře kladivem – dlouho poté, co člověk zjistí, že kladivo je k ničemu“ (str. 193) (Crittenden et al., 2010).

K analýze kategoriálních hodnot byly použity chí kvadrát testy a t-testy a spojitě proměnné, resp. pro meziskupinové chí kvadrát analýzy vzoru strategií citové vazby/sebeochrany, strategie byly seskupeny podle rizika (Crittenden et al., 2010):

- nízké riziko (B1, A1-2, C1-2);
- střední riziko (A3-4, C3-4);
- vysoké riziko (A5-6, C5-6, A/C).

Pro analýzu modifikátoru deprese dětí, které splnily všechna kritéria pro modifikátor, a ty, které splnily dílčí kritéria, byly zahrnuty do jedné skupiny.

V analýze celé skupiny byla provedena logistická regrese k ověření, zda děti s vyšší mírou ztráty nebo traumatu (popř. jejichž DMM kódování, jak je popsáno výše, zahrnovalo modifikátor deprese) byly s větší pravděpodobností klasifikovány jako rizikové vzory citové vazby.

Kvalitativní analýzy zahrnovaly vizuální reprezentaci sebeochranné strategie ke zkoumání výsledných vzorců a k identifikaci shluků (vývojových trajektorií). Byla také identifikována klíčová témata pro ztrátu a trauma prostřednictvím



lingvistické analýzy používané zaslepenými kodéry.

V rámci skupiny s genderovou dysforií post hoc chí kvadrát analýzy zkoumaly, zda existují nějaké rozdíly ve vzorcích vztahu mezi dětmi školního věku a dospívajícími, mezi dětmi s předškolním či pozdějším nástupem a mezi dětmi biologickými muži a biologickými ženami (pohlaví určené při narození).

Také v rámci skupiny s genderovou dysforií post hoc analýzy – chí kvadrát analýzy pro kategorická data – byly spuštěny t-testy pro spojitá data, aby prověřily potenciální přínos různých rizikových faktorů pro stav citové vazby: věk, biologické pohlaví, SES, rodinný stav rodiče (biologičtí rodiče vs. ostatní rodinné konstelace), batole vs. pozdější nástup, genderová tíseň, celková životní tíseň, úroveň funkce rodiny, kvalita vrstevnických vztahů, skóre duševního zdraví (celkem počet diagnóz a dalších proměnných duševního zdraví), skóre ACE, a skóre špatného zacházení (součet skóre ACE, která spadají pod špatné zacházení). Protože

VÝSLEDKY

Charakteristika účastníka

Konečný vzorek tvořilo 57 dětí/dospívajících ve věku 8,42–15,92 let (průměr = 12,96; SD = 1,91; medián = 13,67) s pocíty dysforie ohledně pohlaví, které jim bylo přiděleno při narození. Při chromozomálním testování bylo 24 (42,1 %) XY „biologických mužů“ a 33 (57,9 %) bylo XX „biologických žen“ (všechny odpovídaly jejich pohlaví přiřazenému při narození). 13 (23,8 %) bylo předpubertálních (Tannerovo stadium 1), 36 (63,2 %) byly pubertální (Tannerova stadia 2–4) a 5 postpubertálních (Tannerovo stadium 5).

Z dětí určených při narození jako chlapec prožívalo své pohlaví jako ženské 21/24 –

čísla skupiny s nízkým rizikem byla pro tuto průzkumnou analýzu velmi malá, děti byly rozděleny do dvou skupin: nízká a středně riziková skupina [B1, A1-2, C1-2, A3-4, C3-4] (n = 20) versus vysoce riziková skupina [A3-4(5-6), C3-4(5-6), A5-6, C5-6, A/C] (n = 37).

Jako vodítko pro výše popsané analýzy mezi skupinami a uvnitř skupiny byla použita binární logistická regrese provedená v rámci kohorty jako celku za účelem prozkoumání účinků, který věk, pohlaví, SES, rodinná konstelace (biologické rodiče vs. jiná rodinná konstelace) a ACE (včetně špatného zacházení) měly rizikovou citovou vazbu: Attachment s nízkým rizikem (skupina B1, A1-2, C1-2) vs. středně a vysoce riziková skupina (všechny ostatní přidávané vzory). Ani nevyřešené ztráty a traumata ani modifikátory deprese nebyly zahrnuty do této analýzy, protože tyto složky přidávané klasifikace se překrývají s informacemi o nežádoucích příhodách (včetně špatného zacházení) zastoupené v celkovém skóre ACE.

měli touhu být dívkou. Jeden hoch chtěl mít neutrální pohlaví; jeden chtěl mít obě pohlaví současně; a jeden zkušený (ale dotěrný) váhal s pohlavím. Chtěl být dívkou během atak deprese, ale ne když byl euthymický.

Z dětí určených při narození jako žena, 31/33 prožívalo své pohlaví jako mužské – měly touhu být klukem. Jedno dítě rádo nosilo mužské oblečení, chtělo být „v chlapeckém oblečení“, ale nikdy nevyjádřilo touhu být chlapcem slovy. Jedno dítě mělo obavy ohledně pohlaví, ale nebylo schopno jasně vyjádřit relevantní pocíty a myšlenky.



TAB. 1 Samostatně hlášená tíseň a kvalita vztahového kontextu dítěte, jak je uvedlo dítě a rodina během hodnocení psychologické medicíny

Sebe hodnotící dimenze				
Stupeň úzkosti dítěte související s pohlavím přiděleným při narození	Žádný stres 0 (0,00 %)	Nějaké trápení 14 (24,6 %)	Velmi utrápený 28 (49,1 %)	Extrémní stres 15 (26,3 %)
Stupeň úzkosti dítěte související s všeobecnou pohodou v rodině, mezi vrstevníky a ve škole	Žádný stres 6 (10,5 %)	Nějaké trápení 16 (28,1 %)	Velmi utrápený 20 (35,1 %)	Extrémní stres 15 (26,3 %)
Úroveň fungování rodiny	Harmonická 14 (24,6 %)	Občasný konflikt 22 (38,6 %)	Vysoká konfliktnost 16 (28,11 %)	Harmonie narušená velkou životní událostí 5 (8,8 %)
Kvalita vrstevnických vztahů v době hodnocení	Více než 1 blízký přítel (39 (68 %))	Jeden blízký přítel 4 (7 %)	Žádný blízký přítel aktuálně nebo negativní vrstevnické vztahy 6 (10,5 %)	Nikdy žádní blízcí přátelé 8 (14 %)

V době hodnocení míra úzkosti dětí týkající se pohlaví a jejich celkového blaha a životní situace byly vysoké (viz tabulku 1). Podle kritérií DSM-5 47 (82,5 %) dětí splnilo kritéria pro formální diagnózu genderové dysforie (viz tabulku 2). Komorbidní psychiatrické diagnózy (n = 50; 87,7 %), stejně jako historie sebepoškozování, sebevražedných myšlenek a symptomů úzkosti, byly časté (viz tabulku 2).

Častým tématem byly potíže s vrstevnickými vztahy v hodnotících rozhovorech a 34 (59,6 %) dětí zažilo šikanu (viz tabulku 2). Nicméně tři čtvrtiny účastníků uvedlo, že mají jednoho nebo více blízkých přátel (viz tabulku 1).

Jak popisují děti a jejich rodiny, v jakém věku děti svou genderovou dysforii z velké části objevily nebo odhalily, spadal do čtyř kategorií:

(1) děti, které vyjádřily své genderové preference ve slovech, chování (např. odmítání nosit šaty) a hrají si již od předškolního věku (n = 32; 56,1 %);

(2) děti, které datovaly své pocity genderové dysforie ze školních let (n = 14; 24,6 %);

(3) děti, které datovaly tyto pocity z prepubertálního období, kdy si uvědomily, že se spustila jejich vlastní puberta a jejich tíseň (n = 8; 14,0 %);

(4) děti, které udávaly pocity dysforie z postpubertálního období (n = 3; 5,3 %). Věk zveřejnění ve čtyřech podskupinách bylo 2,5–14 let (průměr = 9,12 let); 8–13,8 let (průměr = 11,49), 12,5–14,5 let (průměr = 13,34) a 12,0–14,8 let (průměr = 13,61). Většina dětí se svěřila s pocity genderové dysforie matce (n = 28, 49,1 %), otci (n = 3; 5,3 %), nebo oběma rodičům/ostatním členům rodiny (n = 7; 12,3 %).

Děti z neklinické srovnávací skupiny se shodují ve věku a biologickém pohlaví – včetně 24 cis chlapců a 33 cis dívek (9–16,08 let; průměr = 12,83; SD = 2,01; medián = 13,00). Smíšenou psychiatrickou srovnávací skupinu tvořilo 51 dětí školního věku se smíšenými psychiatrickými diagnózami, 29 cis chlapců a 22 cis dívek (5–12 let; průměr = 9,63; SD = 1,82; medián = 10,00), kteří byli odkazováni na stejné nemocniční oddělení před několika lety (s výsledky publikované v předchozí studii, Crittenden et al., 2010).



Tab. 2: Klinické informace o účastnících s FND z klinického hodnocení		
Klinické informace, diagnózy a komorbidní příznaky	Počet (celkem n = 57)	Procento
Kód genderové dysforie 302.6 (F64.2) nebo 302.85 (F64.1)	47	82,5 %
Jiné specifikované pohlaví kód dysforie 302.6 (F64.1)	3	5,3 %
Nespecifikované pohlaví kód dysforie 302.6 (F64.8)	4	7,0 %
Nesplňuje kritéria pro výše uvedené	3	5,3 %
Komorbidní diagnostika duševního zdraví (DSM-5)	50	87,7 %
Úzkost	38	66,7 %
Deprese	36	63,2 %
Jiné poruchy chování	21	36,8 %
Autismus	9	15,8 %
Poruchy učení	8	14,0 %
Další příznaky související s duševním zdravím		
Sebepoškozování vyskytující se v současnosti	7	12,3 %
Sebepoškozování v minulosti	30	52,6 %
Sebevražedné myšlenky	28	49,1 %
Sebevražedné pokusy	6	10,5 %
Zapojení služeb pro ochranu dětí	12	21 %
Nežádoucí zážitky z dětství (ACE)		
Rodinný konflikt	38	66,7 %
Ztráta odloučením od milovaného člověka nebo blízkého přítele	34	59,5 %
Šikanování	34	59,5 %
Duševní onemocnění matky (nejčastěji deprese)	30	52,6 %
Duševní onemocnění otce	23	40,4 %
Finanční stres	21	36,8 %
Stěhování, které bylo stresující	16	28,1 %
Domácí násilí	14	24,6 %
Tělesná nemoc matky	12	21 %
Fyzické zneužívání	11	19,3 %
Sexuální zneužívání	6	10,5 %
Změny umístění (pěstounská péče nebo mezi rodiči)	7	12,3 %
Zanedbání	6	10,5 %
Boj o opatrovnictví	6	10,5 %
Kvóta inteligence odhadnutá ze školního testování a školních vysvědčení		
Špičkový rozsah (120+)	11	19,3 %
Průměrný rozsah (80–119)	40	70,2 %
Hraniční rozsah (70–79)	6	10,5 %

Rodinné charakteristiky dětí s genderovou dysforií

Rodiny zahrnovaly všechny socioekonomické třídy: profesionální (n = 7; 29,8 %), bílé límečky (n = 19; 33,3 %), modré límečky (n = 16; 21,8 %) a nezaměstnaní (n = 5; 8,8 %). Děti žily v různých rodinných sestavách: s biologickými rodiči (n = 20; 35,1 %), s biologickou matkou, která znovu uzavřela partnerský vztah (n = 9; 15,8 %), s biologickým otcem, který znovu uzavřel partnerský vztah (n = 3; 5,3 %), s matkou jako obvyklým biologickým rodičem (n = 22; 38,6 %) a v pěstounské

péči (n = 3; 5,3 %). Čtyřicet sedm (82,5 %) mělo v rodině jednoho nebo více sourozenců jako součást citového přílnutí dětí s genderovou dysforií. Deset dětí (17,5 %) uvedlo odmítnutí – související s jejich preferencí pohlaví – prostřednictvím člena rodiny: otec (n = 4), matka, (n = 3), nebo sourozenec (n = 5). Úroveň stresu v rodině byla vysoká (viz tabulku 1).

Porovnání mezi skupinami-demografie a ACE

Srovnání genderové dysforie a neklinické srovnávací skupiny potvrdila, že se děti shodují v biologickém pohlaví ($\chi^2 = 0$; p



= 1) a věku [$t(112) = 0,334$; $p = 0,739$]. Skupiny byly srovnatelné také z hlediska socioekonomického statusu rodiny ($\$2 = 0,47$; $p = 0,93$).

Jak je uvedeno výše, pouze 20 nebo 35 % dětí s pohlavní dysforií žilo v tradiční rodinné jednotce tvořené biologickou matkou a otcem, zatímco 75 % dětí v neklinických skupinách žilo se svými biologickými matkami a otci ($2 \$ = 18,76$; $p < 0,001$). Děti s genderovou dysforií a jejich

rodiny hlásily více ACE než děti v neklinické skupině [průměr = 5,5 vs. 1,7; $t(76,37) = 7,81$; $p < 0,001$] (viz tabulku 2).

Úrovně funkčního poškození na GAF

Na GAF bodovaly děti s genderovou dysforií ve funkčních kategoriích, které odrážely ztrátu zdraví a pohody (rozsah 25-95/100; průměr = 54,88; SD = 15,40; medián = 55,00) (viz tabulku 3).

Kategorie	popis	skóre	číslo	percentil
Vynikající ve všech oblastech	Žádné příznaky; fyzicky zdatný; vynikající vztahy s rodinou a přáteli; široká nabídka mimoškolních aktivit; dobré výsledky ve škole/školce; vyvíjející se normálně; každodenní problémy se nikdy nevymknou z rukou.	91-100	1	1,8 %
Dobrý ve všech oblastech	Prakticky žádné příznaky; obvykle zvládá dobře; fyzicky zdatný; dobré vztahy; normální hra a volný čas; škola/školka OK; může mít problémy ve stresu, ale ty jsou krátkodobé a pouze občas se vymknou z rukou.	81-90	3	5,3 %
Ne víc než drobné problémy	Některé významné příznaky se vymknou z rukou; někdy se dítě trápí; krátkodobé popř. malý zásah do mobility nebo vztahů nebo hry a volnočasových aktivit; škola/školka může být mírně postižená nebo ovlivněná na krátkou dobu.	71-80	4	7 %
Nějaké potíže v jedné oblasti ale celkově to jde docela dobře	Mírné příznaky, které se léčbou rychle zotaví; žádné utrpení nebo postižení nezastaví dítě dělat většinu věcí obvyklé v tomto věku; určitá úzkost nebo podrážděnost nebo krátké změny nálady; menší vliv na pohyblivost, popř. škola/školka nebo vztahy nebo hry a volnočasové aktivity; problémy mohou přetrvávat, ale mohou je znát jen ti, kteří dítě znají.	61-70	12	21,1 %
Variabilní problémy v některých ale ne všechny oblasti	Mírné symptomy mají významný invalidizující účinek na dítě; malý až střední účinek na pohyblivost; může být ovlivněna škola/školka; mohou být ovlivněny vztahy nebo hra a volnočasové aktivity; možná potřebuje speciální vzdělání; v některých situacích se může zdát v pořádku; veden převážně v ambulanci nebo u rodinného lékaře.	51-60	13	22,8 %
Závažné problémy v jedné oblasti NEBO střední problémy ve většině oblastí	Závažné příznaky, které mají zásadní vliv na život dítěte; omezená pohyblivost; vztahy nebo hra a volný čas činnosti jsou ovlivněny; dítě je zoufalé nebo má obtížné chování; některé vztahy jsou zachovány; potíže s učením nebo problémy se školou nebo vynechání školy; pravděpodobně viděl odborník.	41-50	14	24,6 %
Velké problémy v několika oblastech PLUS nemůže fungovat v jedné z těchto oblastí	Závažné, téměř konstantní příznaky; dítě je utrápené, uzavřené nebo má podivné či agresivní chování; významná omezení mobility nebo školní/předškolní nebo vztahů nebo her a volnočasových aktivit; je v péči specialisty.	31-40	9	15,8 %
Nelze fungovat téměř v žádné oblasti	Velmi závažné příznaky; dítě je velmi utrápené; pravděpodobně upoutané na lůžko; nelze jít do školy/školky; může být v nemocnici, ale dítě není zcela závislé na ostatních.	21-30	1	1,8 %
Vyžaduje ošetřovatelský dohled	Upoutané na lůžko; v nemocnici; velmi závažné příznaky, ale stabilní; potřebuje pomoc s péčí o sebe, ačkoli jiné dítě stejného věku se obejde bez pomoci.	11-20	0	0 %
Potřebuje neustálý dohled	Vysoká (24-hodinová) lékařská závislost (např. na jednotce intenzivní péče); život ohrožující příznaky, včetně sebevražedné/vražedné riziko.	1-10	0	0 %

Spolehlivost interkodéru na vzorcích

Strategie citové vazby/sebeochrany

Všechny neidentifikované SAA a TAAI byly kódovány zaslepenými kolegy-kodéry vyškolenými v analýze diskursu DMM. Shoda mezi kódérem 1 (kódovaným jak SAA, tak TAAI) a kódérem 2 (pouze kódované TAAI) byla 85 % ($k = 0,821$; $p = 0,001$) s ohledem na sebeochranné strategie (typy A5-6, A3-4, A1-2, B1-5, C1-2, C3-4, C5-6 a A+/C+) a 100 %, když vzory byly sbaleny do čtyř relevantních shluků (Typy A+, C+ a A+/C+ plus normativní/vyvážené). Shoda mezi

kodérem 1 a kódérem 3 (pouze kódované SAA) byla 70 % ($k = 0,565$, $p = 0,001$) s ohledem na sebeochrannou strategii (typy A5-6, A3-4, A1-2, B1-5, C1-2, C3-4, C5-6, a A+/C+) a 100 %, když byly tyto vzory sbaleny do čtyř relevantních skupin (typy A+, C+ a A+/C+, plus normativní/vyvážené).

Srovnání vzorců

Strategie připojení/sebeochrany

Na rozdíl od dětí v neklinické skupině, které byly většinou zařazeny do normativních strategií vazby (A1-2, B1-5, a C1-2), děti s genderovou dysforií byly většinou klasifikovány do rizikových strategií



citové vazby (A3-4, A5-6, C3-4 a C5-6) ($\$ = 52,66$; $p < 0,001$) (viz tabulku 4).

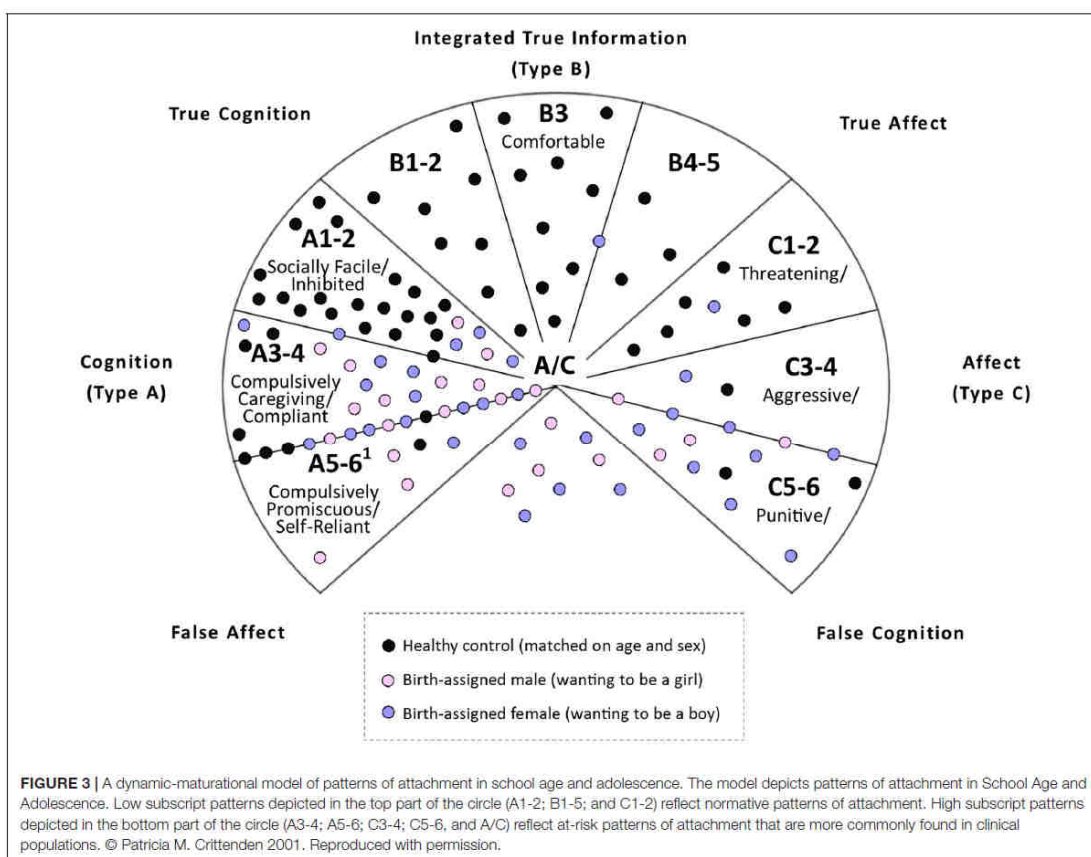
TABLE 4 | Comparison of attachment sub-patterns by risk.

Attachment sub-patterns by risk	Gender dysphoria group	Non-clinical group	Mixed psychiatric disorder group (Crittenden et al., 2010)
No risk (B, A1-2, C1-2)	8 (14.0%)	47 (82.5%)	3 (6%)
Moderate risk (A3-4, C3-4)	30 (52.6%)	7 (12.3%)	27 (53%)
High risk (A5-6, C5-6, A/C)	18 (33.3%)	3 (5.3%)	21 (41%)
Total	57	57	51

Vizuální znázornění výsledků – znázorněné na obrázku 3 – ukazuje, že děti s genderovou dysforií tvořily čtyři shluky nebo vývojové dráhy.

- Děti v prvním shluku ($n = 8$; 14 %) využívaly normativních strategií citové vazby, které umožňují dítěti hledat útěchu a ochranu u jejich vztahové osoby, pokud čelí značné tísní nebo v situacích nebezpečí.
- Děti v druhém shluku ($n = 31$; 54,3 %) používaly strategie typu A+ (typy A3-6), ve kterých děti inhibují projevy negativního vlivu a vyhovění rodičovskému očekávání maximalizovat souhlas, blízkost a ochranu získávají triangulací (viz také část „Diskuse“). Neočekávaným zjištěním v této skupině byl vysoký podíl dětí – 17/31 v tomto shluku – které zaslepení kodéři klasifikovali jako typ A6 (samostatné) nebo zdokumentovali prvky strategie typu A6 v závorkách vedle dolního indexu Strategie typu A3-4 [proto generování klasifikace A3-4(6)].
- Děti třetí skupiny ($n = 10$; 17,5 %) používaly metodu Strategie C5, ve které ovládají projev hněvu a používají klam ve snaze chránit sebe sama a obviňovat ostatní. Podskupina těchto dětí (5/10) byla kódována jako triangulace C5, protože příběhy zahrnovaly očerňování jednoho rodiče a idealizaci druhého – nazývaná triangulace v terminologii rodinné terapie (viz také část „Diskuse“).
- Čtvrtá skupina dětí ($n = 8$; 14 %) používala typ A/C strategie, ve kterých děti používaly strategie typu A+ s jednou figurou předlohy nebo v určitém kontextu a strategie typu C+ s jinou triangulací nebo v jiném kontextu. 6/8 těchto dětí použilo strategii C5 – triangulace C5 u všech 6 případů – jako součást strategie přizpůsobení. Pokud jsou tyto děti zahrnuty do celkového počtu dětí využívajících strategii C5, zvýší se počet na 16 (28 % všech účastníků) a triangulace C5 podskupiny na 11 (19 % všech účastníků).





SROVNÁNÍ MEZI SKUPINAMI

Nevyřešená ztráta a trauma

Při lingvistické analýze měly děti s genderovou dysforií vysokou míru nevyřešených ztrát a traumat ve srovnání s dětmi v neklinické skupině ($\chi^2 = 18,64$; $p < 0,001$) (viz tabulku 5). Nejběžnějšími tématy, kterých si zaslepení kodéři všimli, byla šikana nebo vrstevnické problémy související s genderovou identitou ($n =$

8), rodinný konflikt ($n = 6$), nedostatek ochrany nebo nestabilní chování citové vazby ($n = 5$), ztrátové události (úmrtním nebo rozchodem) ($n = 5$), špatné zacházení ($n = 4$), domácí násilí ($n = 3$), odmítnutí ze strany otce ($n = 3$), opuštění podle připoutanosti ($n = 1$) a pokus o sebevraždu matky ($n = 1$).

TABLE 5 | Unresolved loss or trauma.

Unresolved loss of trauma	Gender dysphoria group	Non-clinical group	Mixed psychiatric disorder (Crittenden et al., 2010)
Not coded	26 (45.6%)	48 (84.2%)	18 (35.3%)
Coded	31 (54.4%)	9 (15.8%)	30 (64.7%)

TABLE 6 | Rates of the depression modifier.

Depression modifier	Gender dysphoria group	Non-clinical group	Mixed psychiatric disorder group (Crittenden et al., 2010)
Not coded	34 (59.6%)	55 (96.5%)	22 (43.1%)
Coded	23 (40.4%)	2 (3.5%)	29 (56.9%)



Srovnání mezi skupinami na modifikátor deprese

Při lingvistické analýze měly děti s genderovou dysforií vysokou míru modifikátoru deprese ve srovnání s dětmi v neklinických skupinách ($\chi^2 = 22,60$; $p < 0,001$) (viz tabulku 6).

Příspěvek nevyřešené ztráty a traumatu na modifikátor deprese

Riziko citové vazby

Ve snaze zjistit, zda nevyřešené ztráty a trauma jako modifikátor deprese – klasifikovaný zaslepenými kodéry prostřednictvím lingvistické analýzy – zvyšují rizikovou vazbu (nízké riziko zátěže vs. středně a vysoce riziková zátěž) napříč kohorty jako celku, jsme provedli analýzu pomocí binárního kódu logistického

regresního modelu; analýza přinesla významné výsledky [$\chi^2(2) = 41,96$; $p < 0,001$]. Vysvětlovalo to 41 % (Nagelkerke R²) variací v riziku vazby, přičemž 77,2 % případů bylo správně klasifikováno. Děti měly 4krát vyšší pravděpodobnost, že budou zařazeny do skupiny středně a vysoce rizikových vazeb pro každou identifikovanou událost nevyřešené ztráty a traumatu. Stejně tak děti, které vykazovaly modifikátor deprese, měly 22krát vyšší pravděpodobnost, že budou také zařazeny do středně až vysoce rizikového vazbového vzorce. Statistika pro modifikátor deprese by měla být vzhledem k malému vzorku však interpretována opatrně u dětí se specifickým depresem (n = 22) podobě jako variabilita indikovaných intervalů spolehlivosti (viz tabulka 7).

TABLE 7 Logistic regression looking at the contribution of unresolved loss and trauma and the depression modifier to attachment risk (classification into the moderate- and high-attachment group vs. the low-risk attachment group).

	Variable	Chi-square	df	P-value	Nag. R	-2LL	β	SE	Wald	df	P-value	Exp(B)	LCI	UCI
Step 0	Constant						0,070	0,167	0,140	1	0,708	1,073		
Step 1		41,96	2	$p < 0,001$	0,41	115,94								
Hosmer and Lemeshow Test		2,458	3	0,483										
	Unresolved loss or trauma						1,971	0,441	9,892	1	0,002	3,941	1,662	9,344
	No depression modifier applied (ref)													
	Depression modifier applied						3,108	1,065	8,518	1	0,004	22,381	2,776	180,458

df, degree of freedom; Nag. R, Nagelkerke R square; -2LL, -2 log likelihood; β , beta coefficient; SE, standard error; Wald, Wald chi-square; Exp(B), odds ratio; LCI, lower confidence interval; UCI, upper confidence interval.

Srovnání mezi pohlavími

Dysforická skupina a smíšená psychiatrická skupina

Zatímco strategie citové vazby používané dětmi s pohlavní dysforií se významně lišila od strategie u dětí z neklinické skupiny (viz výše), nelišily se od kohorty dětí školního věku se smíšenými psychiatrickými poruchami (smíšená psychiatrická skupina) ($\chi^2 = 2,43$; $p = 0,30$) (viz tabulku 4). Rovněž, mezi těmito dvěma skupinami nebyly žádné rozdíly v míře nevyřešených ztrát a traumatu ($\chi^2 = 0,70$; $p = 0,40$) nebo v parametru modifikátoru deprese ($\chi^2 = 2,94$; $p = 0,09$) (viz tabulku 6).

Post hoc analýzy v rámci pohlaví

Skupina dysforie

Ve skupině s genderovou dysforií nebyly žádné rozdíly ve vzorcích vazby mezi dětmi školního věku a dospívajícími ($\chi^2 = 5,11$; $p = 0,78$), mezi dětmi s předškolním vs. pozdějším nástupem ($\chi^2 = 1,85$; $p = 0,40$) nebo mezi biologickými muži a biologickými ženami (pohlaví určené při narození) ($\chi^2 = 1,19$; $p = 0,55$).

V rámci skupiny genderové dysforie při pohledu na potenciální rizikové faktory – nízké a střední riziko náklonnosti vs. skupina se středně a vysoce rizikovou náklonností – explorativní analýza ukázala, že děti ve skupině s vyšším rizikem s větší pravděpodobně pocházejí z nižšího SES



(nezaměstnaní nebo dělníci) (2 \$ = 9,99; $p = 0,02$) a zažily špatné zacházení (fyzické zneužívání, sexuální zneužívání, emoční zneužívání, zanedbávání a vystavení domácímu násilí) [$t(54,06) = 2,28$; $p = 0,027$]. Všechna ostatní srovnání byla nevýznamná.

Binární logistická regrese při pohledu na psychosociální faktory přispívající k rizikové citové vazbě

Ke zkoumání jsme také použili binární logistický regresní model vlivu věku, pohlaví, SES, rodinné konstelace a ACE o riziku citové vazby (nízkorizikový attachment vs. středně a vysoce rizikový attachment) napříč kohortou jako celku (děti s genderovou dysforií a děti v neklinické skupině). Analýza poskytla významné výsledky [$\chi^2(7) = 47,08$; $p < 0,001$], vysvětlující 45 % (Nagelkerke R^2) variace v rizikovém attachmentu, přičemž 79,8 % případů bylo správně klasifikováno. Na základě těchto mezi-výsledků byla identifikována významná pozitivní souvislost v

rodinné konstelaci a riziko attachmentu, **u dětí žijících v netradiční rodinné konstelaci je třikrát více pravděpodobné, že bude klasifikován jako středně a vysoce rizikový attachment.**(zvýraznění red.)

Stejně tak významná pozitivní asociace byla identifikována mezi ACE a rizikovou citovou vazbou, což naznačuje, že u každého dalšího ACE, pravděpodobnost zařazení dítěte do skupiny se středním až vysokým rizikem vazby vzrostla 1,6krát. Mezi nimi byla také identifikována významná negativní souvislost mezi věkem a rizikovým attachmentem, což naznačuje, že pro každý rok, kdy se věk snížil, pravděpodobnost, že dítě spadne do skupiny se středním a vysokým rizikem vazby vzrostla o 0,8. Protože genderová klinika byla zřízena pro malé děti – prepubertální děti a děti v rané pubertě – tato asociace pravděpodobně odráží zaujatost doporučení. Všechny ostatní hodnoty proměnných byly nevýznamné (viz tabulku 8).

TABLE 8 | Logistic Regression looking at the contribution of psychosocial factors to attachment risk (classification into the moderate-to-high attachment group vs. low risk attachment group).

	Variable	Chi-square	df	P-value	Nag. R	-2LL	β	SE	Wald	df	P-value	Exp(B)	LCI	UCI
Step 0	Constant					0,070	0,187	0,140	1	0,708	1,073			
Step 1		47,08	7	$p < 0,001$	0,45	110,82								
Homer and Lemeshow Test		12,463	8	0,132										
	Age					-0,267	0,134	3,967	1	0,046	0,786	0,659	0,996	
	Sex													
	Male (ref.)													
	Female					0,124	0,535	0,053	1	0,817	1,132	0,396	3,281	
	SES													
	Unemployed (ref.)							4,406	3	0,221				
	Blue					1,633	0,951	2,952	1	0,086	5,121	0,755	33,006	
	White					0,411	0,845	0,236	1	0,627	1,508	0,288	7,908	
	Professional					1,202	0,940	1,634	1	0,201	3,325	0,627	20,908	
	Family constellation													
	Biological (ref.)													
	Other					1,105	0,548	4,065	1	0,044	3,019	1,031	8,838	
	ACE total					0,698	0,548	15,353	1	0,000	1,646	1,283	2,112	

df, degree of freedom; Nag. R, Nagelkerke R square; -2LL, -2 log likelihood; β , beta coefficient; SE, standardized error; Wald, Wald chi-square; Exp(B), odds ratio; LCI, lower confidence interval; UCI, upper confidence interval.

DISKUSE

V této studii jsme použili DMM lingvistickou analýzu rozhovorů ke zkoumání vzorců strategie citové vazby/sebeochrany u dětí s genderovou dysforií a neklinických dětí, odpovídající věku a biologickému pohlaví a čerpající ze široké škály SES. Zatímco děti z neklinické

skupiny byly většinou zařazeny do normativní vazebné strategie, děti s genderovou dysforií byly většinou zařazeny do rizikových strategií citové vazby (attachment). U dětí s genderovou dysforií byla také zjištěna vysoká míra



nevyřešených ztrát/traumat a vysoká míra modifikátoru deprese.

Zjištěná témata týkající se nevyřešených ztrát/traumat zaslepenými kodéry byla v souladu s historií vývoje – a vysokou mírou ACE (včetně špatného zacházení) – hlášené dětmi a jejich rodinami během procesu hodnocení rodiny. Mnoho rodin zažilo nestabilitu, konflikt, psychické poruchy rodičů, finanční stres, události špatného zacházení a vztahové trhliny, včetně odmítnutí nebo opuštění dítě otcem, sourozencem nebo matkou. Pro mladého člověka projevujícího se genderovou dysforií, byly tyto ACE (prožitky traumatických událostí) kombinovány se zkušenostmi se šikanou – které byly běžné – a tím více děti popisovaly ve svých vyprávěních hledání a udržování blízkých přátelství. V rámci pohlavně-dysforické skupiny byly děti pocházející ze socioekonomicky znevýhodněných rodin a děti, které zažily špatné zacházení (fyzické zneužívání, sexuální zneužívání, emocionální zneužívání, zanedbávání a vystavení domácímu násilí) klasifikovány s větší pravděpodobností do vzorců rizikové vazby. Podobně jako řada předchozích zpráv také tato studie ukázala, že komorbidní psychiatrické diagnózy byly také běžné, stejně jako historie sebepoškozování, sebevražedné myšlenky a příznaky úzkosti.

Údaje z této studie naznačují, že vývoj dětí s genderovou dysforií – při reflexi vzorců attachmentu (citové vazby) – jsou formovány, alespoň částečně, ACE (včetně špatného zacházení), ztrátami stability a soudržnosti rodiny, a socioekonomickým znevýhodněním. Tato zjištění jsou v souladu s širší literaturou, která ukazuje souvislosti mezi ACE a zdravím a pohodou (inverzní), ACE a SES (inverzní) a SES a zdravím a pohodou (pozitivní) (Barnett et al., 2012; Allen a kol., 2014; Kerker a kol., 2015; Donkin a kol., 2018; Hanlon a kol., 2020). I když jsou tyto

asociace dobře zavedené v publikované literatuře, kauzální cesty jsou složité a nelineární, a procesy a mechanismy, kterými nepřízeň osudu ovlivňuje vývoj mozku a těla, stejně jako pohodu dětí a dospívajících, jsou stále v procesu objasňování. (Dudley a kol., 2011; Barnett a kol., 2012; Babenko a kol., 2015; Shonkoff, 2016; Dagan a kol., 2018; Agorastos et al., 2019; Rasmussen a kol., 2019; Hanlon a kol., 2020)

Nicméně z pohledu teorie citové vazby a systémového myšlení se problémy problémových dětí, včetně těch s genderovou dysforií, vynořují z komplexní situace a stále na sebe navazující souhry mezi genetickými faktory, zkušenostmi (včetně ACE a kvality vazby dítěte vztahy), biologickým zakotvením zkušenosti prostřednictvím epigenetických a neuroplastických mechanismů v těle a mozku, a sociopolitickými a kulturními faktory (včetně socioekonomických nevýhod) (Bowlby, 1973a, 1988). K této souhře dochází napříč časem v průběžném způsobu počínaje předchozí generací, po celou dobu života dítěte – od početí do smrti – a do dalších generací (viz obrázek 4). V tomto kontextu jde vzorec vazby dítěte řadou cest napříč vývojem. Vzorec na počátku vývoje citové vazby je adaptivní. Odráží snahu dítěte organizovat se k sebeochranně v reakci na specifický vztah dítěte a kontextu ke zvýšení pravděpodobnosti získání komfortu a ochrany před připoutanými postavami a pro některé děti i ochranu před nebezpečnými postavami.

Později ve vývoji se stávají strategiemi rizikové vazby rizikovým faktorem pro následnou tíseň, psychopatologii a maladaptivní vývoj. Představují riziko, protože z velké části to, co bylo dříve ve vývoji adaptivní – ve specifickém vztahu s vlastními rodiči dítěte – u jiných může být méně vhodné, a to jak ve vztazích v rodině, tak i mimo ni. Takto riziková vazba, zpočátku ochranná, postupem času se



stává jak predisponujícím, tak udržujícím faktorem pro úzkost a ohrožený vývoj (viz část „Diskuse“ v horním indexu strategie citové vazby níže) (viz obrázek 4).

Podobnosti mezi výsledky současné studie a se závěry Giovanardiho a kol. (2018) u dospělých s genderovou dysforií jsou nápadné. Navzdory použití dvou různých klasifikačních systémů – systém ABCD ve studii dospělých versus DMM (viz obrázek 2 a rámeček 2) – obě studie zjistily, že pouze malé procento narativů bylo klasifikováno do normativních vzorců citové vazby (odmítavé, bezpečné a vyhýbavé v systému ABCD a A1-2, B1-5 a C1-2 v systému DMM).

Místo toho bylo velké procento příběhů klasifikováno jako vysoce rizikové vzorce citové vazby (dezorganizovaný/nevyřešený stav mysli v systému ABCD a A3-4/A5-6, C3-4/C5-6 a vyrovnávání v systému DMM). Při lingvistické analýze se vysoce rizikové vzorce vyznačují nedostatkem soudržnosti: mluvčí není schopni poskytnout ucelený příběh o svých vztahových vazbách (označované jako nedostatek koherence). V DMM tento nedostatek koherence zahrnuje následující: zkreslení ve zpracování informací (Crittenden a Heller, 2017); nekonzistence mezi různými paměťovými systémy; opakuje se jazykové nesourodosti (dysfluence) spolu s neregulovanými fragmenty úzkostné myšlenky, pocity a vzpomínky kolem konkrétní ztráty nebo traumatické události; a v některých případech všudypřítomný pocit marnosti, protože strategie nefungovala, což mělo za následek, že se děti snažily uspokojit základní potřeby rodičů, jejich pohodlí a ochranu.

Systém DMM má částečnou výhodu v metodologii zpracování informací používaných ke kódování prepisů, na rozdíl od systému ABCD v kategorii „neorganizované“. V rámci modelu DMM je reprezentovaná řadou možných dílčích vzorců,

kteří poskytují další informace o mluvčích vývojové cesty. Současná studie identifikovala velký shluk vyprávění o citové vazbě – více než polovina vzorku – ve kterém dítě použilo jeden nebo více z vysokých indexů strategie citové vazby (A3-6), s významným podílem dětí používajících nebo zkoušejících používat A6 (nutkavě soběstačná strategie). Patricia Crittenden popsala vývojovou cestu, která vede k použití vysokého indexu Strategie A (Crittenden, 1999; Crittenden a Landini, nepublikovaný rukopis²). V kojeneckém věku je připoutaná postava necitlivě a předvídatelně nereagující na úzkost dítěte.

V reakci na to dítě inhibuje projevy negativního vlivu a místo toho odvrací pohled od připoutané postavy, když je v tísní (vyhne se citové vazbě v kojeneckém věku). V předškolních letech vztahová osoba reaguje ochranně, pokud je dítě v nebezpečí ale netoleruje negativní vliv, když je dítě v bezpečí. Dítě se následně nadále brání projevům negativního vlivu, když je to nepříjemné nebo je v úzkosti. Nicméně, protože vyhýbání (odvracení pohledu) není pro triangulaci přijatelné – je-li postava vnímána jako hrubá – dítě se učí líbit se tím, že se zapojí do preferovaných činností a tím projevuje pozitivní vliv při takových činnostech (Typ strategie A1-2). Pokud strategie A1-2 dítěti neumožňuje, aby získalo dostatečnou ochranu a pohodlí v triangulaci vztahu – protože rodič je i nadále předvídatelně nespokojený s dítětem nebo dokonce rozzlobený nebo odmítající – dítě možná bude nuceno použít triangulaci typu A s vyšším indexem strategie. Děti používající strategii A3 (kompulzivní péče) „*inhibují negativní vliv a chrání se tím, že chrání svou vazebnou postavu. V dětství se snaží rozveselit nebo se starat o smutné, odtažené a zranitelné postavy připoutanosti*“ (str. 40) (Crittenden a Landini, nepublikovaný rukopis²). Děti pomocí strategie A4



(kompulzivní dodržování) „snaží se zabránit nebezpečí, potlačují negativní vliv a chrání se tím, že dělají, co postavy citové vazby po nich chtějí, aby udělali,“ zvláště pokud postavy citové vazby jsou „rozzlobené a výhružné“ (str. 40), nebo pokud odejmou lásku a souhlas, když dítě nevyhovuje očekáváním. A konečně, pokud se strategie A3-4 nepodaří vyvolat pohodlí a ochranu pro starší dítě/dospívající školního věku, může začít používat strategii A6 (kompulzivně soběstačná).

Obvykle se „strategie A6 rozvíjí v dospívání u dětí které zjistily, že nemohou regulovat důležité chování, nebezpečné nebo nechránící pečovatele“ (str. 44). Děti používající strategii A6 „inhibují negativní vliv a snaží se chránit se tím, že se nespolehnou na nikoho jiného než na sebe samy. To chrání sebe před nebezpečím, které představuje spoléhání na jiné, ale za cenu ztráty pomoci a pohodlí. Stahují se z blízkých vztahů, jakmile jsou dost staří na to, aby se o sebe postarali“ (str. 44). Protože v dospívání tito mladí lidé používající strategii citové vazby A6 shledávají blízké přátelství nepohodlným nebo nepotřebným, vyhýbají se takovým spojením a je pro ně obtížné udržet trvalé romantické vztahy.¹

Toto téma sebedůvěry nebo odpojení od připoutávajících vztahů – příběhy, které „nepřikládaly důležitost zkušenosti s připoutaností“ (str. 8) (Giovanardi et al., 2018) – bylo také identifikováno Giovanardi et al. (2018) v příloze s vyprávěním dospělých s genderovou dysforií kódovaných metodou ABCD. Současná studie identifikovala druhý shluk narativů – od více než čtvrtiny dětí – které využívaly strategii C5 (posedlý pomstou). Crittenden popsala vývojovou dráhu, která vede k použití Strategie C5 (Crittenden, 1999;

Crittenden a Landini, nepublikovaný rukopis²). V kojeneckém věku vztahové postavy dítěte reagují nekonzistentně a nepředvídatelně na kojencovy signály nouze. Kojenec zůstává velmi utrápený a vyjadřuje úzkost při stále nižších prahových hodnotách vzrušení s velkou intenzitou (C/ambivalentní citová vazba kojence). V předškolních letech schopnost odzbrojit stydlivým chováním – které se objevuje zhruba od 18 měsíců věku – umožňuje dítěti používat střídavě projevy hněvu, strachu nebo odzbrojujícího chování ke zvýšení rodičovské předvídatelnosti a schopnosti reagovat (strategie typu C1-2). Pokud strategií C1-2 nedokážou vyvolat pohodlí a ochranu – to znamená, pokud budou i nadále vztahové postavy nepředvídatelně reagovat na signály hněvu dítěte a úzkosti – dítě předškolního nebo školního věku může zvýšit intenzitu afektivních projevů. Zlostné chování eskaluje až do agrese a odzbrojující chování do předstírané bezmoci, oběma způsoby signalizuje dítě věrnost (a idealizování) pečovateli s kterým žilo (obvykle matka) – a na kom závisel jeho každodenní blahobyt – a zároveň odříznutí (a derogace) od pečovatele, který byl vytlačen z rodiny (obvykle otec). Intenzita rodinného konfliktu – silný tlak, aby se postavilo na jednu stranu – ztěžovalo dítěti udržet si věrnost oběma rodičům, protože jakýkoli pokus držet vyváženější perspektivu by vystavila dítě riziku hněvu a odmítnutí od pečovatele, na kterém byli závislí.

Ve stejném duchu Giovanardi a kol. (2018) ve svém zkoumání narativu citové vazby dospělých s genderovou dysforií (kódovaná metodou ABCD) také identifikovali shluk narativů, vyznačujících se vysokou úrovní hněvu a derogace vůči

¹ Crittenden, P.M. a Landini, A. (2001–2006). Hodnocení školního věku příloha. Manuál kódování pomocí metody dynamického zranění.

(©Crittenden, P. M. a Landini, A. Dostupné u autora).



jednomu z pout (často otec) a idealizace vůči jiné připoutané postavě (často matka). To naznačuje, že podskupina dětí a dospívajících s genderovou dysforií bude přenášet používání triangulované strategie C5 do dospělosti.

V aktuální studii jsme porovnávali naši kohortu dětí projevující se genderovou dysforií nejen s dětmi z neklinické skupiny, ale kohortou dětí školního věku projevující se smíšenými psychiatrickými poruchami (smíšená psychiatrická skupina), které byly převezeni do stejné nemocnice na oddělení před několika lety (Crittenden et al., 2010). Svými vzorci připoutanosti/sebeochrany a míry nevyřešených ztrát a traumat a modifikátoru deprese, byly děti s pohlavní dysforií k nerozeznání od dětí se smíšenými psychiatrickými diagnózami. Tato zjištění jsou v souladu s nálezy Giovanardi a kol. (2018), který tuto vazbu také našel ve vyprávění dospělých s genderovou dysforií, kde byla nerozeznatelná od jiných klinických kohort.

V současné studii jsme také identifikovali vysokou úroveň úzkosti u dětí s genderovou dysforií. Zatímco v nouzi, týkající se pohlaví nebo šikany či stigmatizace ve vztahu k rodu, je často v publikované literatuře zdůrazňována lingvistická analýza vyprávění o citové vazbě. Tyto práce zdůrazňují, že děti také zažily vysokou úroveň úzkosti týkající se nevyřešené ztráty nebo traumatu jako modifikátoru deprese, v souvislosti s rodinným konfliktem, nedostatkem ochrany od vztahové osoby, se ztrátovými událostmi, týráním, domácím násilím a odmítáním, popř. opuštěním vztahovými figurami. Stejně tak úzkost těchto dětí byla v historii jejich vývoje v rodině kvůli vysokému počtu ACE v příběhu vyprávěného dítětem a rodinou doslova hmatatelná (viz tabulka 2).

Tyto údaje naznačují, že **prezentace dítěte se genderovou dysforií je třeba**

posuzovat v kontextu žité zkušenosti dítěte, žité zkušenosti předchozí generace (prostřednictvím epigenetiky) a komplexních a nelineárních trajektorií, kterými takové zkušenosti formují zdraví a pohodu (Nelson, 2013).

Konečně, v aktuální kohortě, spolu s prezentací příznaků genderové dysforie, u sedmi z osmi dětí také trpí jednou nebo více komorbidními poruchami duševního zdraví: deprese, úzkosti, poruchy chování a autismu. Toto zjištění je v souladu s jinými studiemi, které ukazují, že **genderová dysforie je vysoce komorbidní se širokou škálou symptomů duševního zdraví a poruch** (Reisner et al., 2015; Holt et al., 2016; Van Der Miesen a kol., 2016; Bechard a kol., 2017; Mann a kol., 2019; Strauss a kol., 2020a; Warriar et al., 2020). S nově vznikající literaturou ukazuje souvislost mezi ACE a multimorbiditou – přítomnosti dvou nebo více dlouhodobých poruch zdraví (včetně duševního zdraví) (Barnett et al., 2012; Donkin et al., 2018; Hanlon a kol., 2020).

Výsledky současné studie zdůrazňují některá důležitá témata, která se prolínají s příslušnou širší literaturou o zdraví a pohodě dětí v jednadvacátém století. **Za prvé, nárůst dětí, který prezentují zdravotní služby s genderovou dysforií je součástí širšího kontextu.** Současně vidíme nárůst mladých lidí, kteří navštěvují zdravotnické služby s úzkostí a řadou psychiatrických symptomů – úzkostí, depresí, sebevražednými myšlenkami, sebepoškozováním, pokusy o sebevraždu a autismem – často komorbidní jeden s druhým (Weinberger et al., 2018; Světová zdravotnická organizace [WHO], 2019; Maenner a kol., 2020; May a kol., 2020). **Za druhé,** jelikož odolnost souvisí s anamnézou podpůrné péče (Sroufe, 2013), **rizikový typ citové vazby je rizikovým faktorem pro rozvoj úzkosti, potíže s adaptací, a psychiatrických poruch obecně**



(Carlson, 1998; Kobak et al., 2006; Crittenden a kol., 2010; Spruit et al., 2020). A také se nyní dostává do centra pozornosti v případech genderové dysforie. Za třetí, bylo dobře zdokumentováno, že ACE jsou nepřímo úměrné všemu následujícímu: zdraví a pohoda napříč vývojem (Viner et al., 2012; Kivimaki et al., 2020); socioekonomický status rodiny (SES); a **schopnost rodičů vychovávat a chránit děti** (sociopolitická perspektiva nárůstu počtu prezentujících se dětí ve zdravotnických službách s úzkostí, depresí, autismem, obezitou, pohlavní dysforií a potenciálně dalšími formami úzkosti nebo špatného zdraví odráží to, co Marmot v současnosti označuje jako „chybové linie“ ve společnosti (Marmot, 2020), eroze dobré společnosti (Marmot, 2017) a dlouhodobý pokles neboli „pomalý metabolismus“ (str. 1413) (Marmot, 2020) nebezpečného nebo narušeného rodinného, sociálního a politického prostředí). V této souvislosti je přitom důležité rozvíjet služby, které podporují prezentaci dětí a dospívajících s genderovou dysforií – a jejich rodinami – **je také důležité konceptualizovat fenomén genderové dysforie v širším vztahovém a sociopolitickém kontextu a podporovat sociopolitické iniciativy, které upřednostňují zdraví a pohodu dětí obecněji** (Donkin et al., 2018).

Důležitým omezením současné studie je opatrnost v hodnocení mezigeneračních rizikových faktorů – např. kvalitu rodinného prostředí a přítomnosti rodiče ACE v životě rodičů i prarodičů – nebyla provedena. Protože mezigenerační procesy a biologické zakotvení těchto procesů bude pravděpodobně důležité téma v rostoucí míře genderové dysforie, komorbidity duševního zdraví a poruchy fyzického zdraví (Dudley a kol., 2011; Babenko a kol., 2015; Golding a kol., 2019), mohou být důležitým cílem budoucího výzkumu.

Dalším omezením je průřezový charakter této studie, která nám neumožňuje dělat kauzální závěry nebo sledovat bod v čase (z hlediska vývojových trajektorií), že citová vazba začíná přispívat k formování vývoje dítěte – a k vývoji mozku zvláště. Velké, prospektivní studie – s více body sběru dat, sledující průběh od narození do dospělosti – jsou vhodnější k rozmotání podílů u více vzájemně se ovlivňujících faktorů. Konečně, naše hodnocení úzkosti na základě posudku lékaře provedl klinik v konsensu zahrnujícím formální spolehlivost mezi kodéry. I přes tato omezení má studie také významné silné stránky. Většinou, zejména prostřednictvím přísné a respektované metodologie, která se neopírá jen self-reports, ale vychází ze strukturovaných rozhovorů a DMM lingvistické analýzy, jsme byli schopni identifikovat vzorce attachmentu u velké řady dětí, které předložily k posouzení svou genderovou dysforií týmu psychologické medicíny v naší multidisciplinární genderové službě.

Stručně řečeno, zjištění této studie naznačují, že genderová dysforie u dětí vzniká v souvislosti s vývojovými trajektoriemi – odrážející se v rizikových vzorcích attachmentu při vysoké míře nevyřešených ztrát a traumat – ty jsou formovány narušením rodinné stability a soudržnosti, ACE (včetně špatného zacházení) a SES (Golden a Oransky, 2019; Meyer-Bahlburg, 2019; Alonso-Zaldivar, 2020). Vedle další studie a perspektivy (Bechard et al., 2017; Giovanardi a kol., 2018; Churcher Clarke a Spiliadis, 2019; de Graaf a Carmichael, 2019; D'Angelo, 2020), naše studie potvrzuje důležitost konceptualizace genderové dysforie pomocí širokého zorného úhlu, který bere v úvahu více faktorů, které k tomu přispívají, jako je úzkost dítěte, potíže s adaptací, multimorbidita, a ztráta zdraví a pohody. Z tohoto širšího pohledu



neurobiologické vysvětlující modely genderové dysforie musí zohledňovat prožité zkušenosti dítěte – a také předchozí generace – ve formování vývoje mozku a ve formování mozkové sítě zapojené do „vlastního těla a ego zkušenosti“ (Altinay a Anand, 2020). Stejně tak léčebné zásahy u těchto dětí vyžadují

komplexní biopsychosociální posouzení s dítětem a rodinou, po kterém následují terapeutické zásahy, které řeší, pokud je to možné, širší faktorů, které jsou propojeny s klinickými projevy každého konkrétního dítěte. V tomto kontextu jsou zahrnuty snahy o zvýšení pocitu přijetí a bezpečí u dítěte, rodiny a u vrstevníků.

Prohlášení o dostupnosti dat

Soubory dat uvedené v tomto článku nejsou snadno dostupné, protože pro umístění dat do veřejného úložiště nebyl získán souhlas od dětí a rodin, které se zúčastnily této studie. Údaje mohou být potenciálně zpřístupněny na žádost autorům po přezkoumání žádosti Etickou komisí sítě dětských nemocnic. Žadatel by měl předložit plán analýzy dat před vyžádáním údajů. Žádosti o přístup k datovým sadám směrujte na KK, kasia.kozlowska@health.nsw.gov.au.

Etické prohlášení

Studie byla přezkoumána a schválena výborem organizace Sydney Children's Hospital Network Ethics. Písemný informovaný souhlas s účastí na tomto studiu zajistil zákonný zástupce účastníků.

Autorské příspěvky

Všichni autoři přispěli k článku a schválili jeho předloženou verzi.

Financování

Tato studie byla financována z výtěžků z výuky vedené autory tohoto rukopisu.

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

The open access information is below, and the full information about the journal is available here:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/about#about-open>

You are free to translate but must acknowledge the source. No permission from me is required. The license is here: <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>

Uveřejněno se souhlasem autorů. Autorka obr. 2 a 3, Patricia Crittenden byla požádána, ale do uzávěrky jsme nedostali odpověď, proto jsou v tištěném formátu tyto dva grafy vynechány a ponechán jen [odkaz na originální publikaci na webu](#). Překlad V.Chvála



ETIKA



JAN POLÁK: MODLITBA ŽIDOVSKÉHO LÉKAŘE JAKO ZDROJ ZDRAVOTNICKÉ ETIKY

SOUHRN: Tato studie si klade za cíl uvést čtenáře do problematiky židovsky orientované lékařské etiky. V první části seznamuje s jejími základními principy, snaží se objasnit postavení lékaře v židovské společnosti a krátce poukázat na specifika jeho služby. Dále se soustřeďuje na téma lékařské modlitby a představuje čtyři texty, které v dějinách lékařství sehrály velmi důležitou roli. Jejich autory jsou: Jehuda ha-Levi, Jacob Zahalon, Simon Frankfurter a Marcus Herz. Článek se snaží odpovědět na otázky: Co mají tyto texty společného, v čem jsou originální a v jakém směru mohou být inspirativní pro současného zdravotníka.

KLÍČOVÁ SLOVA: etika, lékař, rabín, židovství, modlitba

SUMMARY: THE JEWISH PHYSICIAN'S PRAYER AS A SOURCE OF MEDICAL ETHICS. *PSYCHOSOM* 2023; 21 (3-4). PP.: 143-160

This study aims to introduce the reader to the issue of Jewish-oriented medical ethics. The first part introduces its fundamental principles, attempts to clarify the position of the physician in Jewish society, and briefly highlights the specifics of his ministry. It then focuses on medical prayer and presents four texts that have played a significant role in the history of medicine. Their authors are Yehuda ha-Levi, Jacob Zahalon, Simon Frankfurter and Marcus Herz. The article tries to answer the questions: What do these texts have in common, how are they original, and in what ways can they be inspirational for the contemporary medical practitioner.



Keywords ethics, physician, rabbi, Judaism, prayer

ÚVOD

V současné době se setkáváme s různě zbarvenou bioetikou. Např. v Itálii se běžně rozlišují dva její hlavní směry: katolický a laický. Existuje též několik proudů čistě nábožensky orientované bioetiky. Každé velké světové náboženství zaujímá vlastní postoj k otázkám života, smrti, lidského zdraví, významu těla, sexuality apod. Rovněž lékař a každý, kdo pracuje ve zdravotnictví, musí k těmto otázkám zaujmout vlastní závazné stanovisko. Aby se zabránilo excesům nejrůznějšího druhu, vznikaly v průběhu staletí etické kodexy, lékařské přísahy či slavnostní formule, v nichž lidé pracující ve zdravotnictví veřejně deklarovali, že budou jednat pouze podle toho, co je

považováno v jejich společnosti za eticky přijatelné. V židovském národě funkci takového etického kodexu hrála modlitba, kterou můžeme chápat jako verbalizované vyjádření touhy být dobrým lékařem a jako popis toho, co pro tento ušlechtilý cíl konkrétně dělat.

Následující příspěvek si klade za cíl poskytnout základní vhled do židovské bioetiky, v hrubých rysech představit význam židovské modlitby v kontextu lékařství, seznámit čtenáře se čtyřmi nejznámějšími židovskými autory a jejich modlitbami a zamyslet se nad tím, čím může být jejich přínos aktuální pro současného zdravotníka.

SPECIFIKA ŽIDOVSKÉ LÉKAŘSKÉ ETIKY

Počátky židovsky orientované zdravotnické etiky jako odborné disciplíny se pojí s rokem 1959, v němž vrchní irský rabín Immanuel Jakobovits publikoval svou doktorskou práci *Jewish Medical Ethics. A Comparative and Historical Study of the Jewish Religious Attitude to Medicine and Its Practice* (Brill, 2015, s. 328–329). Kořeny této disciplíny jsou však o několik tisíc let starší. Opírají se o dvě normativní autority: Písmo (psanou Tóru) a tradici (ústní Tóru). Vedle Pentateuchu se ještě jedná o souhrn zvyků, tradic, právních výroků rabínů, obsažených především v talmudu, a dalších závazných vyjádření pozdějších autorit (*halacha*) (Novak, 2014, s. 1766). Kdybychom se podívali na židovské Písmo sv., objevili bychom v něm základ pro následující etické principy:

První princip: Stvořitelem celého univerza je Bůh. Člověk, muž a žena, byl stvořen k jeho obrazu (Gn 1,26–27). Umělý potrat, eutanazie či asistovaná sebevražda tudíž nepřichází v úvahu, poněvadž tento princip popírají (Novak, 2014, s. 1767). Boží obraz je přítomen i v těle zemřelého člověka, z čehož vyplývá úcta k mrtvým, nutnost je pohřbít a zákaz mrtvolu jakýmkoliv způsobem znetvořit, i kdyby šlo o zločince (Dt 21,23). Toleruje se pouze pitva pro vědecké účely (Zohar, 2018, s. 266; Jakobovits, 1958, s. 77–103).

Druhý princip: Bůh uzavřel se svým lidem smlouvu. On je ten, kdo se stará nejen o svůj lid, ale i o celé stvoření. On je také ten, kdo léčí (Ex 15,26). Odsud se odvozuje enormní význam modlitby nemocného i za nemocné (Novak, 2014, s.



1768). Modlitba se v judaismu obecně považuje za velmi důležitý a účinný léčivý prostředek (Ben Ben et al., 2008).

Třetí princip: Lidský život je posvátný. V talmudu (*Mišna Sanhedrin* IV,5b) čteme: „Kdokoliv zničí jedinou [lidskou] duši, je to, jako by zničil celý svět, a kdokoliv zachrání jedinou [lidskou] duši, je to, jako by zachránil celý svět.“ (*Tractate Sanhedrin*, 1919, s. 79, překlad vlastní). Z jediného člověka totiž vzešlo celé lidstvo. Jestliže se tedy pacient na konci svého života nachází v extrémní agónii, klade se – kromě tišení jeho bolestí – důraz na modlitbu s prosbou, aby ho Bůh sám svým zásahem zbavil utrpení. V situaci, kdy je jakákoliv léčba neúčinná či postrádá smysl, není nikdy možné odepřít umírající osobě základní péči (především výživu a hydrataci) nebo ji nechat osamocenou (Novak, 2014, s. 1768–1769).

Čtvrtý princip: Chtít dobro pro druhého. Tato zásada vychází zejména z knihy Leviticus: „Nestůj [nečinně] u krve bližního svého.“ (Lv 19,16, PEN) a „Milovati budeš bližního svého jako sebe sama.“ (Lv 19,18, PEN). Dále se pak opírá o talmud, v němž je péče o nemocné považována za něco vznešeného: „Ten, kdo navštěvuje nemocného, si nesmí sednout na postel nebo na stoličku či na židli, ale musí se [svátečně] obléct a posadit se na zem, protože nad postelí nemocného dlí Boží přítomnost, jak je psáno, sám Pán si sedá na postel strádajících.“ (*Nedarim* 40a, překlad vlastní). V pozadí tohoto výroku je Gn 18,1, v němž samotný Hospodin navštěvuje Abraháma v situaci, kdy se zotavuje z obřízky (Novak, 2014, s. 1769).

LÉKAŘSKÁ PROFESE MEZI DVĚMA PÓLY

Z toho, co bylo řečeno o lékaři, vyplývá, že jeho úlohou, podobně jako je tomu u rabína, je být Božím zástupcem na Zemi.

Ačkoliv se v dnešní době zdůrazňuje pacientova autonomie s možností odmítnout určitý druh terapie, v židovské tradici se vedle pacientovy povinnosti usilovat o vlastní uzdravení klade důraz na lékaře, jenž má z povahy svého povolání přikázáno se o tento cíl zasadit (Tulsky, 2000, s. 143). Rabín Abraham Joshua Heschel dokonce hovoří o tom, že lékařství je modlitba ve formě skutku. Tělo pacienta je svatyní a lékař je knězem (Heschel, 1972, s. 33). Rabínská literatura se na uzdravení dívá jako na výsledek partnerství člověka a Boha. Lékař sám není schopen vyléčit. I to, co sám dělá (příprava léků, provádění určitých procedur, používání moderních lékařských přístrojů apod.), je nahlíženo jako Boží dílo na zemi. O lékařích, kteří popírají svou základní odkázanost na Hospodina a ve své aroganci jsou přesvědčeni, že uzdravují oni sami a že jsou ze všech nejlepší, platí výrok talmudu: „Nejlepší z lékařů jsou určeni pro gehennu.“ (*Kiddushin* 82a; Abramson, 2019, s. 84).

Pátý princip: Úcta k lékaři. Lékař je v židovské tradici považován za odborníka ve svém oboru a každý zbožný Žid ho považuje za nástroj Boží Prozřetelnosti. Vztah k němu vyjadřuje Sir 38,1–15. Tato kniha se sice již nachází mimo židovský kánon, nicméně Židé si jí vždy vážili a dodnes si jí velmi cení. Nemocný je povinen se plně řídit instrukcemi svého lékaře. Pouze v případě, kdy se účinnost konkrétní terapie ukáže nejistá, má pacient možnost se rozhodnout i jinak, což zahrnuje případné odmítnutí léčby (Goldsand et al., 426).

Jen Bůh sám posvěcuje a uzdravuje. Úkolem rabína i lékaře je být pouze jeho



„prodlouženou rukou“. Židovský lékař se tak nachází mezi dvěma póly.

Prvním z nich je Boží prozřetelnost vyjádřená slovy Písma: „Já dávám smrt a život daruji, já mohu zranit i uzdravit – z mé ruky vás nikdo nevyrvé!“ (Dt 32,39, B21). Židovství vychází z přesvědčení, že všechny nemoci i uzdravení pocházejí z Boží ruky. To dále dokládá kniha Exodus: „A pravil: budeš-li poslouchati hlasu Hospodina, Boha svého, a budeš-li činiti, co jest správné v očích jeho, a nakloníš-li ucho své příkázáním jeho a budeš-li dbáti jeho zákonů, pak nesešlu na tebe žádnou nemoc, kterou jsem seslal na Egypt, neboť já jsem Hospodin, lékař tvůj.“ (Ex 15,26, PEN). Nemocný člověk má hledat především uzdravení u svého Boha a nespoléhat se na lékaře, jak vyplývá z následujících veršů: „V devětatřicátém roce své vlády Asa onemocněl na nohy. Byl vážně nemocný, ve své nemoci však nehledal Hospodina, ale lékaře. V jednadvacátém roce svého kralování pak Asa zemřel a ulehl ke svým otcům.“ (2 Kron 16,12–13, B21). Správný postoj tváří v tvář smrtelné nemoci zaujímá Mojžíš, když se obrací k Hospodinu a modlí se za uzdravení malomocné Miriam: „Mojžíš

tedy volal k Hospodinu: „Snažně prosím, Bože, uzdrav ji!“ (Nm 12,13, B21; Haas, 1990, s. 215).

Druhý pól představuje fakt, že všichni nemocní nutně potřebují lékařskou pomoc a péči. Písmo sv. i rabínská literatura jasně poukazují na nutnost podstoupit v případě nemoci léčbu: „Když při potyčce jeden muž udeří druhého kamenem nebo pěstí a ten nezemře, ale klesne na lůžko, a potom vstane a bude moci chodit venku o holi, bude ten, kdo ho udeřil, zproštěn trestu. Uhradí mu jen ušlý zisk a náklady na léčení.“ (Ex 21,18–19, B21). Ačkoliv Bůh připustil existenci nemocí a chorob, dává lékaři potřebné schopnosti je léčit – podobně jako rolník má mandát obdělávat půdu, aby zvýšil její výnos, a zajistil tak sobě i druhým obživu. Lékařství i rolnictví tak přináší dobrodiní, která by se sama od sebe neobjevila. Na medicínu se tak lze dívat jako na doplnění Boží činnosti (Haas, 1990, s. 215–216), k níž lékař dostal mandát od Hospodina. Pacient je povinen toto pověření ctít a napomáhat lékaři tím, že s ním bude v procesu léčení spolupracovat. Ve hře je totiž jeho život, který je posvátný.

MODLITBA V ŽIVOTĚ LÉKAŘE

V judaismu je medicína považována za posvátnou službu. Nepřekvapuje tedy, že mnozí vynikající židovští lékaři byli zároveň i rabíny. Řada z nich vstoupila do dějin lékařství jako autoři nádherných modliteb. Podívejme se nyní v chronologickém sledu na ty nejznámější z nich.

Modlitba Jehudy ha-Leviho (1075–1144)

Španělsko na přelomu 11. a 12. století bylo zemí intenzivních náboženských konfliktů. Křesťané i muslimové se na Židy dívali podezřívavě. Někteří je považovali za nábožensky netolerantní až

zaslepené, jiní za příliš liberální, až nevěřící. Vedle náboženské nestability si země navíc procházela obdobím krvavých bojů. Jehuda ha-Levi se narodil r. 1075 v severovýchodním Španělsku ve městě Tudela, které se v oné době nacházelo pod muslimskou nadvládou. Dostalo se mu vynikajícího vzdělání, jež zahrnovalo křesťanské Písmo sv., rabínskou literaturu, arabskou a židovskou poezii, filozofii, teologii a medicínu. Mladý Jehuda si jako své zaměstnání zvolil lékařství. Záhy se však u něj projevil básnický talent, díky němuž vyhrál básnickou soutěž v Cordobě. Zde poznal slavného židovského básníka



Mosese ibn Ezra, který ho přivedl do Granady na královský dvůr a po dlouhou dobu byl jeho mecenášem. Poté, co v r. 1090 Granadu ovládla fanatická islámská sekta Almoravidů, což pro Židy znamenalo celkové zhoršení životních podmínek, se Jehuda ve snaze najít bezpečnější místo k životu rozhodl odejít. Usadil se v Toledu, kde rovněž pracoval jako lékař. Když byl v r. 1108 zavražděn jeho další mecenáš Solomon ibn Ezra, začal cestovat od města k městu a navazovat přátelství s Židy ze severní Afriky a Egypta. V této době se oženil a napsal své nejznámější dílo- knihu *Kuzari* (Ha-Levi, 2013), v níž se snaží dokázat smysluplnost židovského náboženství. Jeho básně z této doby vyjadřují silnou touhu spatřit Jeruzalém a zakusit zde Boží přítomnost. R. 1140 se sem skutečně vypravil a podařilo se mu dostat se do Egypta. Zde však jeho korespondence i básnická činnost končí (Kogan, Winter 2021). Podle pozdější legendy přišel až k Jeruzalému. Pohnut krásou svatého města zazpíval svou nejkrásnější elegii *Zion ha-lo Tish'ali*. V tom okamžiku se na něj z brány města vyřítit Arab a okamžitě ho usmrtil (Schloessinger, s. 347).

Mezi téměř osmi sty Jehudovými básněmi nacházíme i následující lékařskou modlitbu:

*„Můj Bože, uzdrav mě a budu uzdraven;
Ať vůči mně nevzplane Tvůj hněv, abych
jím nebyl stráven.*

*Moje léky jsou Tvoje, ať dobré či zlé, ať
silné nebo slabé.*

Jsi to Ty, kdo musí zvolit, ne já;

Ty znáš zlé i dobré.

Nespoléhám na svou sílu uzdravovat;

Toužím pouze po Tvém uzdravení.“ (Ha-Levi, 1946, s. 113, překlad vlastní).

Tento krátký text velmi dobře vystihuje základní postoj židovského lékaře k vlastní praxi: Jsem nástroj v rukách svého Boha; on je ten, který uzdravuje a

oživuje. Svou činnost proto neberu jako řemeslo, ale jako vznešené poslání. Dále je zajímavé, že sám autor se stylizuje do pozice pacienta a prosí o uzdravení. Je si vědom toho, že i lékař může velmi snadno onemocnět a zařadit se mezi ty, o něž se aktuálně stará. Mezi sebou a svými nemocnými nevidí zásadní rozdíl.

Modlitba Jacoba Zahalona (1630–1693)

Židovská komunita v Římě 17. století zažívala krušná léta: tvrdá opatření různého druhu, nespravedlivé daně, které nebylo možné platit, tlak k násilné konverzi ke křesťanství, nařízení nosit zvláštní oděv a vysoká pokuta pro toho, kdo tento příkaz nedodržel, k tomu rozvodněná Tibera, hlad a mor. Do této situace se ve starobylé římské rodině narodil Jacob Zahalon, autor nejdelší dochované židovské lékařské modlitby. Po dosažení akademického titulu *atrium ac medicinae doctor* na Univerzitě v Římě začal obětavě pracovat v tamější židovské čtvrti nejen jako lékař, ale také jako učitel a kazatel. Roku 1680 opustil Řím a usadil se ve Ferrare, kde se stal rabínem. Tuto službu vykonával až do své smrti v r. 1693 (Friedenwald, 1918, s. 1–2).

Zahalon byl velmi literárně činný. Jeho nejznámější dílo je lékařský manuál *Ozar ha-Hayyim* („Pokladnice života“), v němž vedle ryze medicínských informací hovoří rovněž o etické stránce tohoto povolání a vřele doporučuje všem lékařům, aby alespoň jednou za týden pronášeli modlitbu, kterou sám složil a vydal ve svém dřívějším díle *Margaliyot Tovot* („Vzácné perly“) (Klein & Horowitz, 2007, s. 444–445). Protože se tato modlitba v českém překladu nikde nenachází, uvádíme vlastní překlad z angličtiny:

*„[1] Pane celého světa! Ty sám jsi utvořil
nebesa a nebesa nebes a všechny ty, kdo
je obývají, Zemi a vše, co je na ní, moře a
vše, co je v nich. Všemmu dáváš život a vše*



udržuješ v bytí. Obyvatelé nebe se před tebou sklánějí a ani mezi těmi na výsostech, ani mezi těmi v podsvětí není nikdo, kdo by ti říkal, co máš dělat. Utvořil jsi člověka z prachu země. Do jeho chřípí jsi vdechl dech života. Pověřil jsi ho, aby panoval nad dílem tvé ruky. Všechno jsi položil pod jeho nohy. Kvůli němu jsi stvořil všechno. Když záslužně vykoná vůli svého Mistra, jeho ruka bude panovat nade všemi věcmi; když ne, ruka všech bude na něm.

[2] Trestáš ho různým trápením a neduhy. Napravuješ ho i bolestí na lůžku a všechny jeho kosti tuhnou. Jeho tělo je stravováno, že je sotva vidět, a jeho kosti jsou rozežírány, že je téměř není vidět. Jeho duše se přibližuje k jámě a jeho život k ničitelům (Job 33,19.21.22). Jestliže se však před tebou zcela obrátí, najdeš v něm zalíbení a vyléčíš ho, jak je psáno: „Poslal své slovo a uzdravil je a vyvedl je z jejich hrobů. (Žl 107,20). Jsi totiž milosrdný a věrný uzdravitel, jak je psáno: „Zranil jsem a uzdravuji“ (Dt 32,39), abys dal všem obyvatelům světa na vědomí, že Ty jsi uzdravitel a Tobě náleží moc a sláva. Ze svého pevného příbytku shlížíš na všechny obyvatele země. K jejich zvláštnímu užítku jsi ve svém světě stvořil mnoho léků, jimiž léčíš syny člověka a ve své moudrosti jsi jim přikázal, aby pomocí těchto léků léčili jeden druhého, jak je psáno: „Způsobí, že bude plně uzdraven.“ (Ex 21,19)

[3] Protože jsi na mě ve své přízni laskavě shlédl, korunoval mě ctí a slávou a dopřál mi znát něco z lékařské vědy, proto si přeji splnit Tvé přání, ó Pane... Mám v úmyslu věnovat se lékařské činnosti ve Tvém svatém jménu a s Tvou pomocí; „abys byl ospravedlněn, když mluvíš, a byl v právu, když soudíš“ (Žl 51,6), protože Ty jsi lékař, ne já. Nejsem nic než hlína v hrnčířově ruce, v ruce Stvořitele všech věcí a nástroj, jímž léčíš své tvory. Nespoléhám na svou moudrost, ani

neukládám svou důvěru v léky, byliny a medikamenty, které jsi stvořil, poněvadž nejsou nic jiného než prostředky jak naplnit Tvou vůli a jak hlásat Tvou velikost a Tvou prozřetelnost. Protože lékařská činnost je plná nebezpečí a protože jsem člověk pošetilý a bez rozumu, bojím se, abych netápal v poledne tak, jako tápou slepí ve tmě. Proto se držím střapců Tvé laskavosti a následuji Tě; budu kráčet ve světle Tvé tváře a v Tvém světle uvidím světlo, „neboť Ty rozsvěcuješ mou lampu; Pán, můj Bůh, prozařuje mou temnotu.“ (Žl 18,29). Kéž je tedy Tvou vůlí, ó Pane, můj Bože a Bože mých otců, obdařit mě dobrým porozuměním... a udělit mi poznání a vhled a způsobit, aby oči mého rozumu tak svítily, že budu schopen rozlišit a diagnostikovat tělesné neduhy důkladně a správně, a to ve všech případech, s nimiž se setkám; pouč mě, jaké léky jsou vhodné pro každého člověka podle jeho potřeb a ve správné době, kdy jsou vyhovující, abych se ve svém jednání a ve své práci nezmylil, „aby to neviděli moji nepřátelé a neradovali se“ (Př 24,17). Podepři mě, abych neklopýtl a aby mou rukou nedošlo k žádnému neštěstí. Ať je mi odměnou Tvá velká dobročinnost, protože do lékařské profese jsem vstoupil proto, abych i já konal skutky lásky, abych chránil životy tvého izraelského lidu. Pomáhej mi a chraň mě před urážkami a hanbou... Přijde-li ke mně pacient, jehož vyměřený čas se chýlí ke konci a jehož trápení je těžké, kéž je Tvou vůlí, abych neuspíšil jeho smrt (Bůh uchovej) ani o vteřinu. Nauč mě podávat léky tak, aby v něm zůstala jeho duše, dokud nepřijde jeho osudová hodina.

[4] A jestli zemře, kéž je Tvou vůlí, ať mě jeho přátelé, jeho kamarádi a členové jeho rodiny neobviňují a nepodezřívají z toho, že jsem byl příčinou jeho smrti, ale ať ji přijmou jako spravedlivé rozhodnutí Boha... Krále, v jehož rukou je život



všeho živého a duch všeho těla. Pokud však jeho určený čas ještě nenastal a ty ho ve svém milosrdenství deptáš bolestmi, aby se před Tebou plně obrátil, protože nemáš „zalíbení ve smrti ničemy, ale aby se ničema odvrátil od své cesty a žil.“ (Ez 33,11). Ať je mi tedy podle Tvé vůle dopřáno, že se tato výsada stane součástí mého životního údělu a že mě poučíš o tom, co mám říct, abych ho přiměl k lítosti a k tomu, aby přijal své trápení s láskou kvůli Tobě, aby se z něho stalo odčinění všech jeho provinění; a abys skrze mě poslal svůj příkaz a lék a abych byl díky tomu nahoře milován a dole ctěn.

[5] Uchraň mě před nenávisť a svárem. Nedopusť, abych druhým záviděl a aby druzí záviděli mně. Vybuduj mezi mnou a ostatními lékaři lásku, bratrství, mír a dobré společenství. Ať nejsem před nimi zahanben nebo znemožněn, ale dej, aby mě respektovali. Učiň mě moudřejším než moji nepřátelé. Kéž je moje hlava vyvýšena nad mými nepřáteli, kteří jsou kolem mě – kvůli mé moudrosti a znalostem, které ať moje rty pronáší jasně, abych byl pro ně příkladem a vzorem a ať není nikdo, kdo by proti mně nebo mým činům pronesl zlé slovo. A když snad někdo takové zlé slovo pronese, ať mu nikdo nevěří. Ať se nestane, že by se moji kolegové mýlili a já se z toho radoval. Jestliže se však ve své práci dopustí zla, vlož mi podle své vůle do úst náhubek a dej, ať neprozrazují jejich špatné jednání, nýbrž ať mám výsadu napravit to, co poškodili. Kéž naleznou milost, přízeň a vlídnost v Tvých očích a v očích všech, kdo mě vidí a slyší, aby udělali to, co pro pacienta nařídím, jestliže léčba bude správná. Pokud však léčba správná nebude, pak zatvrď jejich srdce, aby to nevykonali. Nedopusť však, aby to veřejně šířili, abych (chraň Bůh) nebyl zostuzen. Ó, Pane, Bože ducha všech těl!

[6] Prosím Tě o jednu laskavost, abys dal sílu mé paměti, abys, až půjdu navštívit pacienta, mi dal ihned poznat, jaká léčba mu prospěje, ať už jsem to studoval, nebo ne. Snažně Tě prosím, Příčino všech Příčin, abys řetězec okolností, podle nichž budu moci jednat určitým způsobem, vytvořil tak, že mi do rukou vložíš lékařskou knihu, v níž si budu moci jeho léčbu nastudovat nebo že vyslechnu diskusi lékařů, kteří mě poučí o tom, jak ho léčit; neboť Ty jsi ten, kdo na celém světě vytváří poslušnost příčin, jak je psáno: „A ta [mračna] se otáčejí pod jeho vedením, aby vykonala, cokoliv jim přikáže na povrchu obydlí světa“ (Job 37,12). Prosím tě, ó Pane, abys mi v tomto světě zjednal uznání, ne výtky (Bůh uchovej!). Nedopusť, aby se v mých rukách našla nějaká špatná věc. Ať ode mě nevzejde zkaženost, abych způsobil smrt nějakého člověka nebo ztrátu jeho končetin: ani dobrovolně a úmyslně, ani nedobrovolně a neúmyslně. Ať nepatřím do kategorie „nejlepších lékařů, kteří jsou určeni pro Gehennu.“ (Mišna Kiddušim IV,14). „Nezahrnuj mou duši mezi hříšníky ani můj život mezi muže, kteří prolévají krev.“ (Žl 26,9).

[7] Ale pro výsadu – kéž mi ji dopřeješ – uchovat životy Izraele, tvého lidu, který chceš skrze mě zachránit před smrtí, dej, ať si zasloužím chodit po tomto světě, těšit se z toho, že se mohu dívat na dobro Tvých vyvolených, radovat se radostí Tvého lidu a chlubit se Tvým dědictvím. Kéž mé oči uvidí Jeruzalém, pokojný příbytek. Ať kráčím před Hospodinem v zemi živých. Ať satan nepřilne k dílu mých rukou, protože jsem přišel, abych zbavoval špíny i mravní nečistoty!

[8] Můj Bože, vysvobod mě z rukou ničemy, z dlaně zvrhlíka a utlačovatele a nevydávej mě do jeho rukou ani na okamžik, aby mě nesvedl k prostopášnému jednání (Bože chraň!), abych nepodal jed



nebo drogu a neublížil nějakému člověku nebo těhotné ženě (Bože chraň!).

[9] *Kdyby se mě pokusil zlákat, utkej se s ním, pokoř ho, vysvobod' od něj mou duši. „Ó, Pane, jsem v tísní, zastaň se mě“ (Iz 38,14), neboť ty jsi má naděje, ó Pane a Bože, má důvěra od mého mládí. Očisti mou mysl a mé myšlenky, abych u žádné ženy nemyslel na nic zlého, ať už u panny nebo u ženy vdané, když ji navštěvuji, abych „nešel za žádostmi svého vlastního srdce a svých vlastních očí.“ (Nm 15,39). Zachraň mě před jakýmkoliv zraněním, nemocí a slabostí... „Ať mě ve dne nezasáhne slunce ani měsíc v noci“ (Žl 121,6).*

[10] *Prosím tě, ó Mistře dobroty a milosrdenství, otevři mé oči, abych odhalil tajemství Tvých podivuhodných činů a abych poznal zvláštní léčivé síly, které jsi vložil do bylin a minerálů, do semen a květů, do kořenů a listů, do dřev a plodů, do vín a olejů, do vod a jiných tekutin, do živých organismů, které jsou nahoře na nebi i ve vodách pod zemí, v jednoduchých i složených strukturách, skrze něž mám vyprávět o Tvé moci všem generacím, k nimž má přijít Tvá velikost. Kéž je Tvou vůlí dát požehnání všem dílům mých rukou a odměnit to, co je mi dáno proti mé vůli, abych se na to mohl dívat jako na znamení dobra, abych to použil na dobrý a spravedlivý účel před Tebou a abych velebil a oslavoval Tvůj zákon. Kéž je mé i živobytí mých dětí i dětí jejich dětí z Tvých rukou a ne z rukou lidí z masa a kostí. A kéž je ho v hojnosti, abych nebyl nucen nic vybírat od chudých a nemocných, nýbrž naopak, abych jim mohl dát to, čím jsi mě obdařoval Ty, protože od Tebe pochází všechno a z Tvých rukou se vrátím k Tobě. Poskytni mi dobré finanční prostředky, abych měl úspěch a dařilo se mi ve všem, co dělám a zvláště v práci uzdravování vyvyš svou laskavost, aby mě volali takoví pacienti, jež je možné vyléčit a kteří se mým prostřednictvím*

mohou plně uzdravit. Ať mě nevolají ti, kteří jsou nevléčitelní a jejichž nemoc je smrtelná, protože Ty jsi rozhodl, že se uzdravit nemají. „Ať má duše nevstupuje do jejich poradního kruhu; s jejich shromážděním ať není spojena moje sláva.“ (Gn 49,6). Když ke mně lidé přijdou kvůli mým znalostem pro radu, ať se mě nezmocní pýcha, ale ať je má duše „jako právě nakojené dítě u své matky“ (Žl 131,2). Ať mě neovládne zlá touha ani zlý pohled. Ať se nedostanu do pokušení nebo do hanby. Chraň mě před leskem hříchu, přestupku a nepravosti nyní i navěky a oděj mou duši slavným rouchem, korunou slávy dobrých mravů, jak se sluší na toho, kdo v Tvých očích nalézá milost. Propůjč sílu všem mým smyslům, aby oznamovaly pravdu ve všem, co se před ně dostane, abych se v žádném z nich nespletl: ani v chuti, v čichu, ve zraku, v sluchu či v hmatu. Ať mi o tom, co je pozitivní, řeknou, že je pozitivní, co je negativní, že je negativní, co je hořké, že je hořké, co je sladké, že je sladké, aby tak žádný z mých pacientů nedošel újmy kvůli slabosti mého vnímání. Podobným způsobem posilni sílu pacientovy řeči, sílu jeho rozumu a paměti, aby mi sdělil pravdu o příčinách svého onemocnění a ne lež, abych snad ani já nebyl uveden v omyl a neselhal v pochopení příčin jeho nemoci: z jeho slov i ze symptomů jeho nemoci. Ať jsem kvalifikovaný a naučím se správně stanovovat pacientovu prognózu, aby se má slova a varování potvrdila a mé příkazy byly dodrženy. „Podpírej mě podle svého slova, abych žil; a nezahanbuj mě v mé naději“ (Žl 119,116). Nenič v mém srdci naději; nenaklánej mě ke zlému; neskrývej se před mými snažnými prosbami; buď ke mně milostivý a odpověz mi; vyslyš mou modlitbu. Opravdu, Ty slyšíš mou modlitbu. Musím Ti za všechno poděkovat, zazpívat aleluja a velebit Tvé jméno, protože Tvá dobrota je připravena pro Tvé svaté! Kéž rostu ve velikosti a kéž mi



poskytneš útěchu! Ať se tato slova, o něž jsem Pána prosil, naplní atd.“ (Etziony, 1973, s. 46–51; Friedenwald, 1918, s. 6–10, překlad vlastní).

Z tohoto dlouhého textu, plného citátů z židovského Písma sv., vyplývá několik důležitých sdělení. První odstavec bychom mohli nazvat: obdiv ke stvoření. Zahalon jej zahajuje citací z Neh 9,6, v němž levité vyzývají izraelský lid, aby se s nimi modlil k Bohu a prosil ho, aby jej očistil od hříchů jejich předků. Levité přitom vyjmenovávají velké činy, jimiž Bůh dával svému národu opakovaně najevo svou svrchovanost a věrnost.

Druhý odstavec vychází z Elihúovy řeči v knize Job a na nemoc se dívá jako na důsledek morálně špatného jednání. Člověk se má v této situaci nad sebou zamyslet a změnit svůj životní styl. Uzdravení však záleží jedině na Bohu, jediném skutečném Lékaři, který za tímto účelem stvořil mnoho léků a dal je lidem k dispozici.

Ve třetím odstavci nabývá text osobnějšího charakteru. Lékař své povolání chápe jako privilegium, jehož se mu dostalo, a zároveň si uvědomuje svou odpovědnost a nedostatečnost. V jeho přístupu lze vnímat profesionální skromnost spojenou s náboženskou pokorou. Prosba o správné poznání a umění rozlišovat a diagnostikovat tělesné neduhy v mnohém připomíná modlitbu mladičského Šalomouna z 1 Král 3,1–15. Je na místě také zmínit, že hebrejské „modlit se“ je reflexivní forma (*hitpael*) od slovesného kmene *p-l-l*, které v základním významu znamená „zasáhnout (ve prospěch někoho)“, „soudit“, či „doufat“. Modlitba má tedy v židovském kontextu charakter přímělné prosby spojené se zkoumáním sebe sama v naději na lepší zítřek (Abraham, 2007, s. 457). Odpovědnost za druhé je v ní úzce spojena s hlubokou sebereflexí (Savitz, 1961, s. 35). Dále je v tomto odstavci podtrhnuto altruistický

charakter lékařské profese, je zmíněn význam vlastní dobré pověsti a zdůrazněn zákaz eutanazie.

Tento zákaz je ve čtvrtém odstavci ještě podtrhnuto, když lékař prosí, aby ho příbuzní zemřelého ani nepodezřivali, že se snad přes veškerou dobrou vůli stal příčinou pacientovy smrti. Z textu dále vyplývá snaha vidět v bolesti či nemoci nějaký smysl. Bůh je dopouští proto, aby se dotyčný, jestliže žil špatně, nad sebou zamyslel, aby bral nemoc jako příležitost zastavit se a změnil svůj životní směr. Zahalon si zde jasně uvědomuje důležitost komunikace. Jak sdělit trpícím, aby bral nemoc jako příležitost k vlastnímu růstu a rozvoji? To je výzva, s níž se potýkají lékaři i v dnešní době. Z modlitby dále jasně vyplývá specifický přístup k nemocnému, který bychom mohli nazvat psychosomatický. Lékař je představen nejen jako ten, kdo má léčit pacientovo tělo, nýbrž kdo má rovněž dbát o zdraví jeho duše a ducha. Jeho cílem je, aby nemocný dosáhl vyšší životní kvality také na morální rovině.

Na začátku pátého odstavce se klade důraz na profesionální kolegialitu mezi lékaři. Autor prosí Boha, aby mezi nimi vzniklo dobré společenství plné vzájemného respektu, v němž jeden druhému nezávidí. Důležitý je samozřejmě i důraz na význam proneseného slova a nezastupitelnost *compliance* nemocného, která je však na druhé straně vyvážena odkazem na jeho autonomii v případě, že se lékař mylí.

Dalo by se říct, že šestý odstavec otvírá téma anamnézy. Lékař v něm prosí o to, aby si pamatoval, jak na tom kdo je, a aby na základě toho, co ví, dokázal stanovit vhodnou terapii. Oslovení Boha „Příčino všech příčin“ a prosba, aby vytvořil příznivý řetězec okolností, odkazují na Zahalonova filozofická studia v Římě. Z textu je patrná jeho velká úcta k lidskému



životu a k integritě lidského těla. Žádnému člověku nechce způsobit ztrátu jeho tělesných končetin.

Sedmý až devátý odstavec toto téma dále rozvádí. Autor textu si je vědom toho, že jeho úkolem je dbát o vlastní morální profil. Nechce podat nikomu jed ani drogu, natož ublížit těhotné ženě, z čehož jasně vyplývá zákaz umělého potratu. Podobně prosí Boha, aby si uchoval mravní neporušenost zvláště tehdy, když musí léčit ženy.

V posledním odstavci je zajímavé, že lékař prosí nejen o zajištěné živobytí, ale také o vysoký životní standard, díky němuž by mohl léčit zcela zdarma ty, kdo nic nemají. Kdo studoval a vyučoval Tóru, měl tak činit pro svou vlastní spásu. Proto se nepovažovalo za vhodné, aby rabíni pobírali za tuto činnost peníze, lékaři však měli právo na adekvátní plat (Novak, 2014, s. 1770-1771; Rosner, 1977, s. 14). Zahalon dále prosí, aby se nezmýlil ve svém smyslovém vnímání, aby mu jeho pacient vždy sdělil objektivní informace, a aby mu tak podle nich mohl stanovit správnou diagnózu a následně vhodnou terapii. Prosbu „ať jsem kvalifikovaný“ můžeme chápat jako touhu se dále rozvíjet a vzdělávat.

Srovnáme-li text modlitby s mnohem starší Hippokratovou přísahou, všimneme si několika společných bodů. Na první pohled je patrný zákaz eutanazie a umělého potratu. Oba texty však vykazují i řadu odlišností. V modlitbě se např. lékař nezavazuje k tomu, že své umění předá bez nároku na odměnu synům svého mistra, projeví-li o ně zájem. Důvod snad spočíval v tom, že u Židů nebylo běžné, aby své poznatky předávali svým nežidovským žákům. V modlitbě rovněž chybí zmínka o zachování mlčenlivosti (Lepicard, 1994, s. 209).

Modlitba je nakonec nápadná tím, že není ukončená. Poslední věta je převzata z 1 Král 8,59. Podle židovské tradice si měl čtenář doplnit modlitbu sám. Lze ji číst v návaznosti na její první věty (Neh 9,6) a objevit v ní následující paralelu: Jako se měl Izrael svým jednáním oddělit od pohanských národů a žít plně pro svého Boha, tak by se měli lékaři oddělit od zbytku lidu a žít jako jeho vzor (Lepicard, 1994, s. 209).

Modlitba Simona Frankfurtera (†1712)

Simon Frankfurter pocházel ze Schweringu, později se však usadil v Holandsku, kde se stal rabínským učencem. Je autorem sbírky rituálů a modliteb určených pro nemocné a truchlíci. Jeho syn Moses, majitel tiskárny v Amsterdamu, ji v r. 1716 souhrnně vydal pod názvem *Sefer ha-Hayim* („Kniha života“). V tomto díle se nachází modlitba, kterou by měli na doporučení autora pronášet všichni chirurgové a lékaři každé ráno, než opustí dveře svého domu (Etziony, 1973, s. 52; Seligsohn, s. 493 a 494). Modlitba se dochovala v několika verzích. Jen v angličtině existují nejméně tři překlady hebrejského textu. Uvádíme vlastní překlad anglické verze, kterou pořídil Mordecai B. Etziony ze čtvrtého vydání *Sefer ha-Hayim* z roku 1716:

„Kéž je tvou vůlí, Pane, můj Bože, poslat mi anděla Rafaela, aby mi pomohl uzdravit všechny nemocné ve tvém lidu. A nasměřuj do mých rukou dobré léky, které jsou potřebné pro každou nemoc, ránu a bolavé místo. A dej úspěch mému dílu. A střež slova mých úst, abych se v žádném z nich nezmýlil, protože Tvá je moc oživovat mrtvé, dokonce i uzdravovat každou nemoc, ránu a bolavé místo, neboť Ty jsi věrný a milosrdný Bůh, Král a Uzdravitel, jak jsi řekl: „Já jsem Hospodin, který tě uzdravuje,“ a je psáno: „Zranil jsem a uzdravuji,“ „Zraňuje, ale jeho ruce uzdravují,“ protože neexistuje



jiné uzdravení než tvé uzdravení a já, tvůj služebník, jsem se při plnění tvého poslání vždy spoléhal na tvá svatá slova, jak je psáno: „a (On) způsobí, že bude zcela uzdraven,“ proto jsi dal svolení lékaři, aby léčil nemocné mezi tvým lidem. A stvořil jsi různé byliny, specifické látky a léčiva ve formě nejrůznějších léků, abys jimi léčil každou nemoc a každou ránu a bolavé místo. Proto se tvůj služebník odvážil před tebe přednést svou modlitbu, abys mi umožnil najít správný a skutečný lék, neboť ty jsi ten, kdo zná vše, avšak mně a mému vědění nebylo dáno, abych poznal a pochopil základní vlastnosti léků, neboť jsi to pouze Ty, kdo umožňuje mému srdci a mému rozumu dojít k poznání a pochopit, v čem spočívá pravá podstata léků, abych každého léčil bezchybně, beze škody, rychle, s radostí a ne se zármutkem, jako když voda uhasí plamen a „jako když někdo zvedne vlas z mléka“ a všechny, kteří onemocněli nešťastnou náhodou, změnou své povahy nebo jen vosím či štířím bodnutím. Jako jsi uzdravil Miriam z jejího malomocenství a Námána z jeho malomocenství a Ezechiáše z jeho nemoci, tak pošli skrze mě plné uzdravení všem, kteří doufají a čekají na tvou záchranu a tvé uzdravení. A očisti mé myšlenky, mou mysl i mé uvažování, abych nemyslel na nic zlého ve spojitosti s léky pro ženy, panny či zasnoubené, protože jsem jednal podle tvých slov, které když člověk uskuteční, „bude z nich žít“. Je totiž psáno: „Je čas, aby Pán jednal; zrušili tvůj zákon.“ Není totiž nic, co by mělo přednost před záchranou života. A ty, Pane, který zkoumáš srdce a myšlenky, víš, že všechna má vůle i všechny mé úmysly jsou oddány tvému velkému a svatému jménu, abych dělal vše podle tvé vůle. Proto mě chraň a očišťuj mé smýšlení, abych před Tebou nezhřešil, nýbrž abych s Tvou pomocí a s Tvým přispěním každého člověka plně uzdravil. A až se přiblíží čas jeho navštívení, odvrát ode mě

neukázněná ústa, aby (lidé) za mými zády nemluvíli špatně, že jsem zavínil jeho smrt, nýbrž aby se podřídili tvému božskému rozsudku a dali pozor na to, abych neklopýtl a nedostal se do nebezpečí spolu s jedním z nich, jak je psáno. „Kdo zachovává přikázání, nepozná nic zlého.“ A ty sám mi dopřej, abych našel milost, laskavost a milosrdenství v Tvých očích i v očích všech, kdo mě vidí. A neodvracej ode mě svou laskavost a svou pravdu na věky věků. Amen“ (Etzioni, 1973, s. 53–54).

Z textu je patrné, že se jeho autor v mnohém inspiroval svým předchůdcem Jacobem Zahalonem. I v této modlitbě je hned na začátku zdůrazněno, že skutečným Uzdravovatelem a Lékařem je jedině Bůh. Veškeré lidské umění samo o sobě nic nezmůže. To vede lékaře k pokornému postoji, v němž Boha prosí o to, aby poznal, jaké látky, byliny či léčiva budou jeho pacientu skutečně ku prospěchu. Chce léčit bezchybně, nezpůsobit škodu, přivést k plnému uzdravení. V kontaktu s ženami prosí o morální bezúhonnost. Stejně tak je pro něj důležitá správná komunikace s pozůstalými zesnulého pacienta a dobrá pověst. Frankfurter si je plně vědom velikosti svého povolání, které bere jako opravdové poslání.

Modlitba Maimonidova

Následující modlitba nemá zcela jasný původ. Obvykle je spojována se slavným židovským lékařem Maimonidem (1135–1204), i když v ní jeho jméno nikde nenajdeme. Text se poprvé objevil v tisku v roce 1783, v německém periodiku *Deutsches Museum*, s názvem: „Denní modlitba lékaře před tím, než navštíví své nemocné. Z hebrejského rukopisu slavného židovského lékaře v Egyptě z dvanáctého století“ (Tägliche Gebet, 1783, s. 43–45). Slavným lékařem v Egyptě v tomto období mohl být jedině Maimonides. Tehdejší vydavatel *Deutsches Museum* Heinrich Christian Boie ani jeho



spolupracovník Christian Wilhelm Dohm však k vydávanému textu neuvedli žádnou poznámku ani se později nikde nevyjádřili o tom, kdo tento text z hebrejského rukopisu do němčiny přeložil ani kde se zmíněný rukopis nachází. V roce 1790 vyšla v židovském časopisu *Ha-Meassef* první hebrejská verze této modlitby. V jejím názvu je uvedeno, že autorem modlitby je dr. Marcus Herz a že byla přeložena z němčiny do hebrejštiny na jeho žádost. R. 1841 pak v londýnských novinách *The Voice of Jacob* vyšel anglický překlad hebrejské verze a záhy se rozproutila živá debata o tom, jestli tento text složil opravdu Maimonides, nebo to byl Herz či někdo jiný (Rosner, 1967, s. 440).

Objevily se studie snažící se prokázat, že text pochází ze středověku a že jeho autorem je skutečně Maimonides. Jeden ze zastánců tohoto názoru, americký židovský lékař a historik ukrajinského původu Solomon Robert Kagan, vyjmenovává šest důvodů, které jsou podle něj jasným důkazem Maimonidova autorství. Jedná se především o stylistickou formu a ducha modlitby, jež plně odpovídají tomuto židovskému učenci. Kdyby byl dále Herz skutečným autorem původní německé verze, pak by to v *Deutsches Museum* uvedl. Němčinu ovládal mistrovsky, proč by německou verzi nepublikoval jako první a se svým jménem. Kdyby *Deutsches Museum* neuvedlo jeho jméno na jeho žádost, proč by o to žádal v *Ha-Meassef*? Je pravděpodobné, že znal původní německou verzi, poslal ji do *Ha-Meassef* s prosbou o překlad do hebrejštiny a překladatel ho omylem uvedl jako autora textu. Lékařská etika obsažená v modlitbě plně koresponduje s etickým postojem vyjádřeným v knihách a dopisech středověkého Maimonida (Kagan, 1938, s. 431).

Hebrejský rukopis, na nějž se odvolává německá verze v *Deutsches Museum*, se prý nachází v Národní knihovně v Paříži.

Ve svém díle *The Deutero Prayer of Moses* na to upozornil expert na Moše ben Majmona Süßman Muntner. Nicméně ani on není přesvědčen o tom, že pravým autorem tohoto rukopisu je slavný středověký myslitel a lékař. Příliš mnoho odkazů na astrologii, které se v rukopisu nachází, jsou prý jasným důkazem toho, že jde o podvrh. Moše ben Majmon totiž astrologii považoval za pseudovědu. Podle Muntnera je autorem německé verze Marcus Herz, který ji vytvořil pod vlivem Zahalonovy modlitby. Nekvalitní překlad do hebrejštiny pak vytvořil Herzův přítel, vydavatel *Meassef*, Isaac Euchel (Rosner, 1967, s. 446–447, 449).

Pro další autoritu v oblasti židovské lékařské etiky Joshuu O. Leibowitze je zásadní jazyk modlitby. Způsob vyjadřování ani tok myšlenek německé verze podle něj neodpovídají středověkým lékařským dílům. Velké množství slovních obrátů, které se v textu nachází, odkazuje spíše na 18. století. Např. „krásný celek“ je typický pro estetiku německé literatury tohoto období. Na dobu osvícenství také odkazuje obrat: „lidský rozum se dere dál a dál“. „Deset tisíc krát deset tisíc nástrojů“ zase předpokládá anatomické a mikroskopické znalosti medicíny téže doby. V hebrejském textu je navíc explicitně uvedeno, že jeho autorem je Marcus Herz (Rosner, 1967, s. 449).

Na Leibowitze navázal současný židovský lékař a bioetik Fred Rosner, který zvážil všechny důvody pro a proti Maimonidovu autorství a dospěl k závěru, že nejde o středověké dílo, ale o podvrh pocházející z 18. století, jehož autorem je s největší pravděpodobností Marcus Herz. Absolutně dokázat to však nelze (Rosner, 1967, s. 450).

Ať tak či onak, modlitba má hluboký etický obsah, záhy po zveřejnění se v různých variantách a jazykových verzích



rychle rozšířila a získala si značnou oblibu nejen u lékařské veřejnosti. Ať je jejím autorem kdokoliv, asi už navždy zůstane spojena s Maimonidovým jménem. Její text je v českém jazyce sice již k dispozici (Munzarová, 1993, s. 514; Fialová et al., 2008, s. 240–241), rozhodli jsme se však, že vytvoříme nový překlad, který by více odpovídal původní německé verzi z r. 1783:

„Denní modlitba lékaře před tím, než navštíví své nemocné

Z hebrejského rukopisu slavného židovského lékaře v Egyptě z dvanáctého století

Nejvyšší Dobrotivý! Ty jsi vytvořil lidské tělo s velkou moudrostí. Spojil jsi v něm deset tisíc krát deset tisíc nástrojů, které jsou v nepřetržité činnosti, aby uchovaly při životě a živily tento krásný celek, schránku nesmrtelných. Neustále tiše pracují, v dokonalém řádu, souladu a harmonii. Když však křehkost hmoty nebo bezuzdnost vášní tento řád, tento soulad naruší, tak se tyto síly dostávají do rozporu a tělo se rozpadá na původní prach. Ty pak posíláš člověku dobročinné posly, nemoci, které mu oznamují blížící se nebezpečí a vedou ho k tomu, aby je zavčas (od sebe) odvrátil.

Ty jsi svou Zemi, své proudy, své hory uvedl do jiného stavu tím, že jsi je opatřil léčivými látkami, jež mají schopnost zmírnit bolesti tvých tvorů a zabránit jejich zániku.

Člověku jsi daroval moudrost, aby řešil záhady lidského těla a aby rozpoznal, kdy je jeho funkčnost v pořádku a kdy v nepořádku; aby tyto látky vyzískal z jejich schránek, vybádal jejich přednosti a připravil je a použil na každou nemoc.

I mě tvá věčná prozřetelnost vyvolila k tomu, abych bděl nad životem a zdravím tvých tvorů. Nyní se pouštím do svého

povolání. Nejvyšší dobrotivý, stůj při mně v tomto velkém úkolu, aby se podařilo: neboť bez tvé pomoci nemá člověk zdar ani v té nejmenší věci!

Ať mou duši naplní láska k (lékařskému) umění a tvým tvorům. Nedopusť, aby se do mé činnosti přimísila touha po zisku, slávě či váženosti! Protože to jsou nepřátelé pravdy a lásky k člověku a mohly by mě přivést na scestí ve velkém úkolu starat se o blaho tvých tvorů!

Uchovej mé tělo a mou duši při síle, aby byly stále a bez únavy připraveny (sloužit) bohatému i chudému, dobrému i zlému, příteli i nepříteli. Dej, ať v trpícím vidím vždy jen člověka. Je to lidská bytost! Vždyť i ty jsi stvořil a udržuješ v bytí každého člověka, bohatého i chudého, dobrého i zlého, přítele i nepřitele!

Uchovej můj rozum ve zdraví a střízlivosti, aby pochopil, s čím má co do činění v přítomném okamžiku a správně odhadl, co je nepřítomné či skryté. Nedopusť, aby klesl (na mysl), když nenahlédne, co je možné nahlédnout; ať se ani neholedbá, že nahlíží, co nelze nahlédnout. Hranice v tomto velkém umění pečovat o život a zdraví tvých tvorů je totiž jemná a takřka neznatelná.

Dej, ať je můj duch vždy při tom, co dělám. Ať ho u postele trpícího nepřipraví o jeho pozornost nic cizího. Dej, ať všechno, co se do něj zapsalo zkušenostmi a přemýšlením, se mu v daném okamžiku vybaví a není nic, co by ho v jeho tichých pracovních procesech rušilo; neboť velké a posvátné jsou tyto tiché pracovní úkony. (Jejich cílem je) uchovat tvé tvory při životě a ve zdraví.

Propůjč mým nemocným důvěru ke mně a k mému umění. Ať poslouchají mé rady. Zazeň od jejich lůžka všechny felčary a celý houf radících příbuzných žen a přemoudřelých ošetřovatelek; protože je to hrozný lid, který ve své ješitnosti



ničí nejlepší díla (lékařského) umění a často tvým tvorům vnucuje smrt.

Budou-li mě chtít moudřejší (lékařští) umělci opravit či pokárat, dej, ať je můj duch vděčný a poslušný; poněvadž rozsah tohoto umění je velký a jeden nenahlédne to, co všichni. Avšak když mě budou kárat nemoudří a domýšliví lidé, pak ať láska k lékařskému umění úplně zocelí (mého ducha), aby nedbal na slávu, věk či váženost a setrval u toho, co cítí jako pravdivé: ustoupit by zde totiž znamenalo smrt a nemoc tvých tvorů!

Propůjč mému duchu mírnost a trpělivost, až mě budou chtít starší kolegové v lékařském umění, pyšní na počet svých let, vyštvat, vysmát se mi nebo mě s úsměškem opravit. Dej, ať mám užitek z toho, co je v nich dobré, protože znají řadu věcí, (a moudří mohou znát mnoho), jež jsou mi ještě cizí; ať mě jejich domýšlivost neurazí, jsou totiž starší a stáří není mistrem nad vášněmi – i já totiž doufám, že na této Zemi před tebou zestárnu, Nejvyšš Dobrotivý!

Dopřej mi, ať jsem ve všem skromný, jen ne ve velkém umění. Nedopusť, aby ve mně někdy vzklíčila myšlenka, že toho vím již dost: nýbrž uděl mi sílu, volný čas i vnitřní motivaci své znalosti stále korigovat a získávat nové. (Lékařské) umění je rozsáhlé, ale ani lidský rozum nemůže člověk pevně uchopit. Stále se dere dál a dál. V mých včerejších vědomostech dnes objevuje mnoho omylů a možná zítra v mém dnešním (vědění) najde mnoho chyb!

Nejvyšš Dobrotivý! Vyvolil jsi mě, abych bděl nad životem a smrtí tvých tvorů. Pouštím se nyní do svého povolání. Stůj při mně v tomto velkém úkolu, aby se podařil! Protože bez tvé pomoci nemá člověk zdar ani v té nejmenší věci! (Tägliches Gebet, 1783, s. 43–45).

Podíváme-li se na tento text z určitého odstupu, zjistíme, že se v něm nachází několik specifických prvků. Na některé již upozornili Muntner či Leibowitz. Souhlasíme s Muntnerem, že Herz se při tvorbě svého textu zřejmě inspiroval Zahalonem. Zatímco se však Zahalon na začátku své modlitby obrací k Pánu celého světa, adresát Herzových slov je „Nejvyšš Dobrotivý“. Toto označení najdeme v textu třikrát. Obecně lze říci, že kvalita i celkový charakter lidské modlitby se odvíjí od pojetí a představy Boha. Zatímco Zahalon zdůrazňuje, že Bůh je svrchovaný vládce (1. odst.: „Ty sám jsi utvořil nebesa [...] ty dáváš život všemu. Obyvatelé nebe se před tebou sklání“), pro Herze je Bůh především dobrotivý dárce. I když na člověka občas dopustí nemoc, dělá to proto, aby ho na něco zásadního upozornil.

Protože autor modlitby věří v existenci Dárce, má rovněž hluboký smysl pro obdarování („Člověku jsi daroval moudrost“). To, že je lékařem, vnímá jako nezasloužený dar či privilegium. Cítí se pocťen tím, že má možnost pečovat o blaho Božích tvorů. Kromě profesionální skromnosti, náboženské pokory a *compliance* nemocného, o nichž již byla řeč u Zahalona, je nápadné, že lékařství je představeno jako umění, které vyžaduje poctivě nabitě znalosti a seriózní přístup. U lůžka nemocného proto nemají co dělat lidé nevzdělaní nebo polovzdělaní, ačkoliv to možná myslí dobře. Pravý umělec, který nese zodpovědnost za celý léčebný proces, je lékař. Jemu má jít na prvním místě o dobro věci. Z tohoto důvodu by měl být schopen se nechat poopravit zkušenějšími a vzdělanějšími kolegy, na druhou stranu by však měl být rezistentní vůči rádoby radám všech domýšlivých nedovzdělanců. Důraz na lékařskou kolegialitu je vyjádřen touhou, aby si osvojil ducha mírnosti a trpělivosti pro chvíle, kdy se na něj budou dívat jeho starší kolegové spatra. Podobně jako Zahalon i



Herz klade důraz na to, aby se lékař dále vzdělával a nikdy si nemyslel, že už ví všechno.

INSPIRATIVNÍ PRVKY PRO SOUČASNÉ ZDRAVOTNÍKY

Mohou být výše uvedené modlitby inspirativní pro současné zdravotníky v západní kulturní oblasti? Lze v nich najít něco, co by je dnes mohlo oslovit? Chtěli bychom poukázat na čtyři možné body.

První nazvěme úžas spojený s úctou. Židovský lékař se nebojí žasnout. Obdivuje nádheru a důmyslnost lidského těla, které ve své funkčnosti považuje za malý zázrak. Z tohoto obdivu pak vyplývá jeho postoj úcty ke každému člověku, na něhož se dívá ne jako na jednoho z mnohých, nýbrž jako na jedinečnou bytost.

Dále je pro něj charakteristické vědomí: byl jsem obdarován a chtěl bych se s vámi o tento dar rozdělit. Nemám vše plně ve svých rukou. Pouze léčím, plné uzdravení však závisí na někom jiném. Svě znalosti, zkušenosti a schopnosti vám dávám plně k dispozici, jsem kompetentní, nemohu ale zaručit stoprocentně pozitivní výsledek.

Třetí prvek bychom mohli nazvat: profesionální skromnost s vědomím spirituálního přesahu. Na židovském přístupu k medicíně je krásné, že lékař je vnímán jako duchovní osobnost. Je si vědom toho, že pouze vykonává lékařské řemeslo, uzdravuje však jedině Bůh, dárce života. Na sebe se dívá jako na jeho „prodlouženou ruku“. Z toho pro něj vyplývá

závazek vést morálně bezúhonný život. Frankfurter to vyjadřuje slovy: „Proto mě chraň a očišťuj mé smýšlení, abych před Tebou nehřešil, nýbrž abych s Tvou pomocí a s Tvým přispěním každého člověka plně uzdravil.“ Jestliže si je lékař plně vědom spirituálního přesahu své služby, tedy především toho, že slouží životu, nebere svou profesi jako běžnou práci, nýbrž jako skutečné poslání. Z tohoto postoje pak vyplývá kategorické odmítnutí všech činů, které samy o sobě ničí lidský život (např. umělý potrat nebo eutanázie). Stejně tak nepřipadá v úvahu žádná forma zneužití, zejména ve finanční a sexuální oblasti.

Posledním bodem je psychosomatický přístup. Herz hovoří o tom, že nefunkčnost těla může způsobit nejen křehkost hmoty, ale také bezuzdnost vášní. Nemoc je pak vnímána jako dobročinný posel, který má vyburcovat nemocného k radikální změně života. Lékař má usilovat nejen o vyléčení těla, ale má mít na mysli celkovou kvalitu pacientova života („blaho tvých tvorů“) s úctou k pravdě a s láskou k člověku. Z židovské perspektivy je tedy medicína vnímána jako opravdové umění, v němž je třeba mít cit pro to, co je konkrétnímu pacientu skutečně ku prospěchu a co mu škodí.

ZÁVĚR

Ponecháme-li stranou Marcuse Herze, autoři všech modliteb byli lékaři a zároveň rabíny, lékaři těla a duše. Z jejich modliteb vyplývá, jak důležité pro ně bylo stát se opravdově moudrými lidmi, tedy

žít životem, za nějž by se nemuseli stydět a umět zasadit své praktické medicínské znalosti a dovednosti do širšího pojetého terapeutického přístupu ke svým nemocným. Snad právě v tomto ohledu mohou



být všem současným lékařům a lidem pracujícím ve zdravotnictví následováním vhodným vzorem.

LITERATURA

1. Abrahams, I. (2007). Prayer. In F. Skolnik & M. Berenbaum (Eds.), *Encyclopedia Judaica* (2nd ed.) (Vol. XVI: *Pes–Qu*) (pp. 456–461), Thomson-Gale
2. Abramson, S. (2019). The Best Physicians Are Destined to Hell. *The Permanente Journal*, 23, 84. <https://doi.org/10.7812/TPP/18.315>
3. Ben Ben, H. Y., Halevi, T. & Lavine, J. B. (2008, April 15). *Thirteen Principles of Jewish Medical Ethics*. Israel Science and Technology Directory. Staženo z: <https://www.science.co.il/jewish-studies/articles/Medical-ethics.php> [02.02.2023]
4. *Bible: Překlad 21. století*. (2009). Biblion (= B21)
5. Brill, A. (2015). Immanuel Jakobovits and the Birth of Jewish Medical Ethics. In Z. Farber (Ed.), *Halakhic Realities: Collected Essays on Brain Death* (pp. 327–348). Maggid Books
6. Etziony, M. B. (1973). *The physician's creed: An anthology of medical prayers, oaths and codes of ethics written and recited by medical practitioners through the ages*. Charles C. Thomas
7. Fialová, L., Kouba, P. & Špaček, M. (Eds.) (2008). *Medicína v kontextu západního myšlení*, Galén – Karolinum
8. Friedenwald, H. (1918). Jacob Zahalon of Rome: Medieval Rabbi, Physician, Author and Moralist. *Bulletin of the Medical Library Association*, 8(1), 1–10
9. Goldsand, G. et al. (2008). Jewish bioethics. In P. A. Singer & A. M. Viens (Eds.), *The Cambridge Textbook of Bioethics* (pp. 424–429). Cambridge University Press
10. Haas, P. (1990). Physician-patient relations in Judaism. In W. von Raffler-Engel (Ed.), *Doctor-patient interaction* (pp. 213–225). John Benjamins Publishing Company
11. Halevi, J. (1946). The physician's prayer. In H. Brody (Ed.), *Selected Poems*. (N. Salaman, Trans.) (nr. 58, p. 113), The Jewish Publication Society of America. Staženo z: <https://opensiddur.org/prayers/life-cycle/living/well-being-health-and-caregiving/eli-refaeni-verafe-a-physicians-prayer-by-yehudah-halevi/> [13.02.2023]
12. Ha-Levi, J. (2013). *Kniha argumentů a důkazů ve prospěch opovrhovaného náboženství (Kniha Chazarů), známá jako Kuzari*. Academia
13. Heschel, A. J. (1972). *The Insecurity of Freedom: Essays on Human Existence*. Schocken Books
14. Jakobovits, I. (1958). The Dissection of the Dead in Jewish Law: a Comparative and Historical Study. *Tradition: A Journal of Orthodox Jewish Thought*, 1(1), 77–103
15. Kagan, S. R. (1938). Maimonides' Prayer. *Annals of Medical History*, 10(5), 429–432
16. *Kiddushin*. In I. Epstein (Ed.), *The Babylonian Talmud* (H. Freedman, Trans.) (1936). Soncino Press. Staženo z: <https://halakhah.com/pdf/nashim/Kiddushin.pdf> [10.02.2023]
17. Klein, I. & Horowitz, Y. (2007). Zahalon. In F. Skolnik & M. Berenbaum (Eds.), *Encyclopedia Judaica* (2nd ed.) (Vol. XXI: *Wel–Zy*) (pp. 444–445), Thomson-Gale
18. Kogan, B. S. (Winter 2021). Judah Halevi. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Staženo z: <https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/halevi/> [18.02.2023]
19. Lepicard, E. (1994). The Physician's Prayer of Jacob Zahalon. *Israel Journal of Medical Sciences*, 30(2), 208–210
20. Munzarová, M. (1993). Modlitba Maimonidova. *Praktický lékař*, 73(11), 514
21. *Nedarim*. In I. Epstein (Ed.), *The Babylonian Talmud* (H. Freedman, Trans.) (1936). Soncino Press. Staženo z: <https://halakhah.com/nedarim/index.html> [10.02.2023]



22. Novak, D. (2014). Judaism, Bioethics in. In B. Jennings (Ed.). *Bioethics* (4th ed.) (Vol. IV: J-O) (pp. 1766–1773), Gale – Cengage Learning
23. *Pentateuch: Překlad českých židovských obcí.* (1932). Svaz Pražských náboženských obcí židovských péčí Nejvyšší rady Svazů náboženských obcí židovských v Čechách, na Moravě a ve Slezsku (= PEN)
24. Rosner, F. (1967). The Physician's Prayer Attributed to Moses Maimonides. *Bulletin of the History of Medicine*, 41(5), 440–454
25. Rosner, F. (1977). *Medicine in the Bible and the Talmud: Selections from Classical Jewish Sources.* Ktav Publishing House – Yeshiva University Press
26. Savitz, H. A. (1961). The physician and the prayer. *Journal of Pastoral Care*, 15(1), 32–39
27. Seligsohn, M. (n.d.). Frankfurter, Moses ben Simon. In I. Singer & C. Adler (Eds.), *The Jewish encyclopedia: A descriptive record of the history, religion, literature, and customs of the Jewish people from the earliest times to the present day* (Vol. V: Dreyfus–Brisac–Goat) (p. 493) Ktav Publishing House
28. Seligsohn, M. (n.d.). Frankfurter, Simon ben Israel. In I. Singer & C. Adler (Eds.), *The Jewish encyclopedia: A descriptive record of the history, religion, literature, and customs of the Jewish people from the earliest times to the present day* (Vol. V: Dreyfus–Brisac–Goat) (p. 494) Ktav Publishing House
29. Schloessinger, M. (n.d.). Judah Ha-Levi. In I. Singer & C. Adler (Eds.), *The Jewish encyclopedia: A descriptive record of the history, religion, literature, and customs of the Jewish people from the earliest times to the present day* (Vol. VII: Italy–Leon) (pp. 346–353), Ktav Publishing House
30. Tägliche Gebet eines Arztes bevor er seine Kranke besucht. Aus der Hebräischen Handschrift eines berühmten jüdischen Arztes in Egypten aus dem zwölften Jahrhundert. (1783). *Deutsches Museum* 1, 43–45. Staženo z: https://www.europeana.eu/cs/item/92004/object_NKCR_38F0000211782111474 [13.02.2023]
31. *Tractate Sanhedrin: Mishnah and Tosefta: The Judicial Procedure of the Jews as Codified Towards the End of the Second Century a.d.* (1919). (H. Danby, Trans.). Society for Promoting Christian Knowledge – The MacMillan Company
32. Tulsy, J. A. (2000). Ancient Wisdom for Modern Medicine. *North Carolina Medical Journal*, 61(3), 141–144
33. Zohar, N. J. (2018). The Discourses of Jewish Medical Ethics. In *The Cambridge World History of Medical Ethics* (pp. 264–269). Cambridge University Press

Do redakce přišlo 1. 9. 2023
 Zařazeno po recenzním řízení 12. 12. 2023
 Konflikt zájmů není znám

Autor ThLic. Jan Polák, Ph.D.

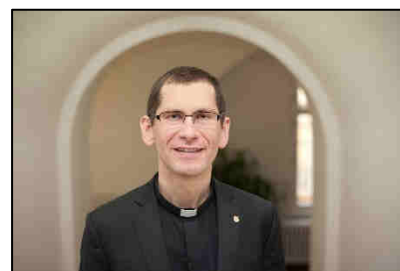
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4063-5695>

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

Ústav společenských a humanitních věd, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, Hněvotínská 976/3, Olomouc, 775 15.

E-mail jan.polak@upol.cz

Informace ThLic. Jan Polák, Ph.D. působí jako odborný asistent na Cyrilometodějské teologické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, kde přednáší obory Bioetika, Etika manželství a



rodiny a Speciální morálka. Zároveň externě vyučuje lékařskou etiku na Fakultě zdravotnických věd téže univerzity. Je autorem několika odborných článků a dvou monografií.

Dedikace Studie vychází s podporou Interní grantové agentury Univerzity Palackého v Olomouci IGA_CMTF_2023_004 „Nové horizonty reality a budoucnost křesťanství: teologická a filosofická zkoumání“.

Poděkování Děkuji panu Leu Pavlátovi, Ivanu Kohoutovi a dalším milým kolegům z Židovského muzea v Praze za pomoc s rešerší odborné literatury k tématu.



ÚVAHY, ESEJE

JAN PONĚŠICKÝ: REZISTENCE VŮČI PSYCHOTERAPII



Předneseno na československé psychiatrické konferenci v Brně v rámci hlavního tématu Rezistentní stavy v psychiatrii.

Proč jsem se odhodlal přednášet na toto téma, souvisí s mou již padesátiletou psychoterapeutickou zkušeností. Počáteční nadšení se proměnilo v uspokojení, když se občas podařilo dosáhnout úlevy skrze porozumění, které jen zřídka vedlo k podstatnější změně životních postojů a vedení života. Byl jsem neustále konfrontován s tím, jak silně formovaly osobnost vlivy okolí: výchova, traumatizace, společenské tlaky a stres. Často nežili pacienti svůj vlastní život, ten sestával z celoživotní reakce na stará příkoří, ze snahy po dosažení láskyplného vztahu, touhy být konečně viděn, respektován, nebo se raději defenzivně obrnit proti možným zklamáním, životním rizikům. I během psychoterapie pak pacienti vyprávěli, jak se odhodlávali znovu začít otevřeně a plně žít a jak se v rozhodujícím momentu

opět stáhli do sebe a rezignovali či onemocněli.

Když budu hovořit o rezistenci, odporu vůči psychoterapii, tak se musím zabývat podstatou psychoterapeutického procesu a tím, čím může psychoterapie odpor podnítit. Proč mnoho lidí odmítá psychoterapii, ačkoli záleží její cíl ve svépomoci, aktivaci sebeúzdavných potenciálů, a tudíž menší závislosti na lécích a lékařích?

Důvody pro vědomé i nevědomé odmítání psychoterapie lze rozdělit na obecné a na speciální u různých psychických onemocnění.

Zprvu se budu věnovat obecným příčinám rezistence vůči psychoterapii, u nichž dominuje strach z nejistoty a vyhýbání se retraumatizaci.



Rezistenci vůči psychoterapii nahrávají četné obavy a předsudky, jež mají původ ve strachu ze znejistění: kdo se chce konfrontovat s vedením svého života, se svým podílem na vztahových problémech a selhání v životě či v manželství nebo se svými utajovanými fantaziemi? Kdo by chtěl převzít odpovědnost za vznik a trvání svých symptomů? Je mnohem snadnější psychoterapii devalvovat a pochybovat, jak může nějaké „povídání“ pomoci např. u bolestí zad či změnit stresovou situaci v zaměstnání. Všechny tyto racionalizace mají svůj původ v pokusu vyhnout se nejistotě při otevírání vlastního nitra psychoterapeutovi.

A tak je třeba se nenechat tímto postojem odzbrojit a neztratit víru v účinek psychoterapie. Tady se můžeme opřít o výroky filozofů, zkušenosti psychoterapeutů i o výzkumy neuropsychologů.

Dle Platona je láskyplná spoluúčasť podmínkou poznání podstaty druhého, kterého tím zároveň zbavujeme jeho utrpení. Psychoanalytik Heinz Kohut došel k závěru, že empatické porozumění je podmínkou reparace traumatického zklamání. Rogers postavil na empatii celý svůj terapeutický postup s odůvodněním, že empatie otvírá možnost osobnostního rozvoje a růstu. Na biochemické úrovni dochází během porozumění v rozhovoru ke zvýšené produkci vazebných hormonů oxytocinu a vasopresinu jakož i serotoninu a k aktivaci imunitního systému.

Přesto musím konstatovat, že rezistence vůči psychoterapii je náš „denní chléb“: Většina pacientů si přeje (co nejrychlejší) vyléčení, aniž by chtěli něco ve vedení svého života změnit, čehož chce právě docílit psychoterapeut. Nehodlám však za to dávat vinu pacientům, neboť jedním z důležitých úkolů psychoterapeuta je pacienta k práci na smysluplné změně motivovat, být jakýmsi katalyzátorem a být svou vitalitou a emocionalitou vzorem.

Tím jsme totiž vždy, ať chceme nebo nechceme. Kromě toho je snaha po vjemové a myšlenkové identitě (J. Sandler) člověku vlastní, toho důvěrně známého se neradi vzdáváme, a to nové bývá spojeno s nejistotou a strachem. Chápu též, že může psychotherapeutický rozhovor odrazovat svou zvláštností, resp. nepřirozeností. Pacient vypráví o sobě a terapeut to jen komentuje, což může vypadat jako poučování někým, kdo všechno ví, s občasnými „ranami pod pás“, když je terapeut osobní a odchýlí se od tématu a např. poznamená, že se najednou pacient tak divně vrtí, červená apod. Nejistota má za následek, že člověk tím víc baží po jistotě, po starých vzorcích chování.

Neuropsychologové tvrdí, že náš emocionální limbický systém přijme jen to, co je uspokojivější nežli to dosavadní – zde jsme opět u toho, jak to pacientům zprostředkovat, že např. přiznání a nepotlačování slabosti, zvláště u mužů, je úzdravné a uspokojivější nežli permanentní výkonnost a honba za uznáním. Proč právě tento příklad? Poněvadž se neustále v (mé) praxi opakuje ten samý příběh: Muž středního věku přijde do psychosomatické kliniky s bolestmi zad či srdečními symptomy a se stavy vyčerpání, slabosti a snížené výkonnosti. V anamnéze bývá přísný, náročný či brutální otec, který nechválí a očekává jak výkonnost, tak i poslušnost. Dítě se o to snaží, samozřejmě potlačuje agresi (energii) proti němu, avšak selhává, a odpočinek si nemůže dovolit. Touha po něm se může projevit jen dystonně, jako symptom, za který nemůže a který předloží k léčení lékaři. Přesto, zvláště když je v pracovní neschopnosti, cítí za svou nemožnost stud a špatné svědomí, vinu, za kterou se musí potrestat – často bolestmi, které již i vznikly oním stálým, zvláště svalovým napětím se strachem nepodat očekávaný výkon, ale i napětím z potlačované agrese a neustálé snahy nebýt takový jako



vlastní otec. Žije v modu aktivovaného sympatiku a potlačovaného parasympatiku v jeho funkci ohledně relaxace, restitutione a regenerace, takže se kombinují symptomy, jež pramení jak v potlačování agresivity a ve snaze podat bezchybný výkon, tak i v zanedbání odpočinku. Pakliže vznikají psychosomatické symptomy na místě nežitého života a nevykonaného činu (V. v. Weizsacker), jak jej přesvědčit a motivovat k tomu, aby zpochybnil svůj stresový způsob života a respektoval známky únavy i hranice vlastní výkonnosti, aniž by tím trpělo jeho sebevědomí a mužnost? Během interakcí v psychoterapeutickém procesu mu může terapeut ukázat, že k projevení slabosti je třeba daleko víc „mužné“ odvahy např. tím, že sám občas přizná svoji nejistotu. Přesto klade takový pacient dlouho odpor vůči psychoterapii, vždyť ta sama o sobě, její potřebnost, znamená v jeho očích slabost.

Častá příčina rezistence vůči psychoterapii spočívá v primárním zisku z nemoci, který v zásadě spočívá v tom, že pacient může žít stále starým způsobem a zároveň si přeje jen „odžije“ a vyjádří, ba i komunikuje tu druhou, nepřijatelnou stránku reagování ve formě symptomu. Když si zmíněný pacient ve stavu slabosti odpočívá, žije jak zakázanou slabost, tak bojkot otcovského násilí i sebeúdržavnou tendenci či i touhu, aby se o něj někdo mateřsky staral. Tím se ovšem sníží tlak na to (a motivace) chovat se tak i v běžném životě. Tato vnitřní abreakce i tělesná komunikace probíhá automaticky a pacient se nemusí o nic starat, je to pohodlnější nežli psychoterapie, kterou odmítá.

Vás bude možná více zajímat, jaký zisk má člověk z deprese. Stejně jako u jiných afektů obsahuje smutek i behaviorální složku, totiž tendenci a apel, aby se k dotyčnému někdo přiblížil, utěšoval jej a pomohl řešit zatěžující životní situaci. Proč tento pasivní způsob, proč si pacient

neřekne přímo o pomoc či spoluúčast? Vyhne se tím riziku opětného zklamání. Navíc typicky depresivní pacient potlačuje agresivitu, aby se tím vyhnul konfliktům, ale tu může svým pasivním očekáváním vyjádřit jakousi němou výčitkou, oni musí sami vytušit, co pacient potřebuje. To je normální a oprávněné u novorozence vzhledem k mamince. A právě o to mnoha pacientům jde, dostat tu vciřující bezpodmínečnou mateřskou lásku, jíž nedostali dost. Svým stažením ze světa do sebe způsobují svému okolí špatné svědomí, což lze opět chápat jako skrytou agresi.

U narcistické formy deprese, častější u mužů, kde trpí pacient místo deficitu lásky nedostatkem uznání až selháním, stojí v popředí zisku z nemoci přípuštění nemohoucnosti pod pláštikem depresivního onemocnění. Proč se tato nepřiznaná insuficience projevuje jednou ve formě deprese a jindy psychosomaticky, např. přesunem na srdce či kompenzačně křečovitým napětím zádoových svalů, aby si pacient udržel vzpřímený postoj proti nebezpečí zkolabování, není zcela jasné.

K rezistenci vůči psychoterapii musím samozřejmě předeslat, jak jí rozumím. K tomu může sloužit krátká ilustrace vývoje psychoanalýzy. Ta byla zprvu velmi intelektuální, kladouc důraz na interpretace nevědomých procesů. Výsledná léčivá změna záležela ve vzhledu do osobní problematiky a tím možnost jejího řešení. V popředí stála důkladná znalost psychoanalytické teorie a její aplikace na léčebný postup. V průběhu doby nastal obrat o 180 stupňů. Psychoanalytici se začali zabývat tím, co vše se odehrává mezi nimi a pacienty a co má daleko větší vliv na jejich změnu, resp. uzdravení. Podobně jako při formování naší osobnosti v raném dětství působí i na pacienta jednak způsob, jak s ním terapeut jedná, tak i pohled na něj, jak jej vidí, obé pacient více či méně internalizuje. Takže daleko více



nežli naše chytré interpretace a moudré komentáře působí na pacienta naše osobnost. V psychoterapii jde tudíž o vzájemnou interakci a směnu, o vzájemné obohacení svojí vlastní osobností. Tím se stávají spory mezi různými psychoterapeutickými školami zbytečné. Někteří současní psychoanalytici proto prezentují své osobní problémy a názory na úvod k předloženým kazuistikám, čímž neskrývají svůj subjektivní pohled na pacienta.

Proces změny v psychoterapii, resp. ovlivnění pacienta terapeutem, je efektivní jen v situaci autentické interakce, jen tehdy může dojít k vytvoření nové, resp. korektivní vztahové zkušenosti. V tom záleží umění psychoterapie, jež se tudíž musí zabývat strachem, studem, vinou či vzpomínkami na traumatickou situaci, tím vším, co brání pacientovi se otevřít a v psychoterapii spolupracovat. Stejně tak se musí terapeut zabývat tím, co mu brání selektivně-autenticky na pacienta reagovat a co mu brání v tom mít o něj zájem a mít ho rád. V psychodynamické psychoterapii hovoříme o úvodním přenosovém odporu, dát prostor pro přenos, pro otevřené subjektivní reakce na terapeuta coby spolučlověka a nevidět v něm pouze odborníka, resp. autoritu. To se může stát, až když pacient terapeuta otestoval, zdali má o něj opravdový zájem, a je dostatečně tolerantní a odolný.

Poté, co pacient s pomocí terapeuta tyto zábrany překonal, se často projeví jeho úporné trvání (přenos) na vlastních maladaptivních vzorcích chování, zejména na jeho nárocích: na bezpodmínečnou lásku a uznání (u deprese), na výkonnost (u psychosomatických poruch), na síle či převahu (u hraniční a narcistické poruchy): borderline pacient bojuje o moc a převahu, její ztráta pro něj znamená bezmoc a porážku, tudíž musí terapeuta coby potencionálního nepřítele porazit. Narcista zase stále pozoruje, zda jej terapeut svými výroky nekritizuje, navíc trvá na

tom, že všechno ví, takže odmítá něco nového přijmout. Mnozí pacienti se brání psychoterapii, protože se obávají ztráty (sebe)kontroly a nejistoty poté, když se tohoto často převzatého self (tedy toho, jak se mají chovat a prezentovat), vzdali. Jindy jim jde o to dokázat, že jim nikdo není schopen pomoci, či se potřebují svými symptomy potrestat, aby tak zmírnili pocity viny. Obecně jde o konflikt mezi stagnací a životností, mezi uzavřením a otevřeností.

Zde je třeba rozlišovat, zda pacienti – vědomě či nevědomě – kladou výše zmíněný odpor vůči psychoterapii (potažmo změně), či zda je v popředí oprávněná sebezáchovná obava, že by se dostali do nevládnutelné krize, nebo zda je rezistence vůči psychoterapii způsobena nemožností, resp. dokonce neschopností psychoterapeuticky spolupracovat. Tento problém vyvstává obzvláště u schizofrenie, zejména v akutní fázi. V takových situacích (ale např. i u hraniční a narcistické poruchy osobnosti) je třeba zvážit, zda je vhodné psychoterapii modifikovat (např. zavést místo principu náhledu princip selektivně-autentické odpovědi), nebo zvolit místo ní jiný postup, např. sociální trénink, tak jak to praktikuje sociální psychiatrie u schizofrenie. U ní není indikované postupné přijetí vytěsněných nevědomých tendencí, nýbrž restituce osobnostní struktury a identity, akceptace reality a zacházení s ní. Z psychologického hlediska je často zdůrazňovaná kognitivní porucha (rozpoznávací a volní funkce), jež je dle mého názoru sekundárním příznakem. Primárním deficitem je ztráta vlastní identity vzdáním se sebeohrazení vůči realitě, která proniká do intrapsychieho prostoru. Jistou analogií by byla ztráta funkce semipermeabilní membrány buňky, která udržuje stálost vnitřního prostředí, což je i charakteristikou života. Přitom jde i o vnitřní realitu, o citové reakce, které



zaplaví a ochromí naše já, zodpovědné za smysl pro realitu. Když schizofrenik ztrácí představu, že na jedné straně existuje moje Já v opozici k realitě (nevydrží ono napětí mezi zachováním stálosti vnitřního prostředí a zevní realitou), tak realita ve své samostatnosti přestane existovat, což vyvolává jednu úzkost a jindy úlevu až extázi, a myšlení coby zkusmé jednání (Freud) a řešení různých situací v realitě, která přestala ve své samostatnosti existovat, ztrácí smysl. Samozřejmě se nabízí otázka, proč budoucí schizofrenik „dává přednost“ fúzi vnitřního a zevního světa před konstruktivním potýkáním s realitou. Jde o slabost CNS? Slabost ohledně regulace vnímání, zpracování a integrace vzruchů, tudíž funkce retikulární formace v mozgovém kmeni tak, jako je to částečně u Sensory Processing Disorder (SPD) či u některých forem ADHD (N. Doidge, 2015). V normálním případě „položí“ člověk osobní fólii do procesu vnímání a vnímá selektivně realitu dle svých potřeb, svých úzkostí, prostě subjektivně tak, aby mohl vše ještě zpracovat. Vždyť neuroleptika působí jako jakýsi filtr v retikulární formaci, který redukuje aferentní podněty. V raném dětství má tuto funkci matka (coby „mateřský štít“), která modifikuje vzruchy, jež pak může dítě zpracovat tak, aby ho nezaplavily. Vzpomínám na nedávno zesnulou psychoterapeutku Darju Kocábovou, která pracovala dlouhá léta se schizofreniky. V jedné své knize líčí situaci, jak byl přivezen její pacient v akutní fázi schizofrenie do Kosmonos. Lékař na příjmu jí zavolal a zeptal se, zda umístit tohoto excitovaného pacienta do klece a aplikovat silné neuroleptikum. Darja k němu přišla a „mateřským hlasem“ řekla: „Františku, tak ty jsi zase u nás, copak se ti stalo?“ K údivu okolostojícího personálu se pacient zklidnil a začal s ní mluvit. Byl by to příklad láskyplného přijetí reality existence druhého člověka, principu pozvolné stimulace a komunikace

podobně, jako se používá u autismu ve formě hudby promíchané hlasem matky (Tomatis)? Hudba ve frekvencích lidského hlasu stimuluje na jedné straně parasimpatikus a na druhé straně produkci dopaminu. Nově nastartuje funkci retikulárního aktivizujícího systému. V psychotherapeutickém vztahu to znamená být pacientovi stále víc blízko a zároveň mu stále víc dívat najevo, že jsme od něho separované osobnosti – obé pro něj bylo zatěžující, sotva zvládnutelné a stálo často coby vyvolávající situace na začátku vzniku onemocnění. Z toho plyne, že je nejlepší psychoterapií schizofreniků optimální vztahové chování lékařů, psychologů, veškerého zdravotního personálu, respektující a korigující úzkost jak z přílišné blízkosti, tak i velké distance. Klasická psychoterapie by byla příliš zatěžující, a tudíž „nestravitelná“, ono spojení s terapeutickou hudbou by stálo za vyzkoušením.

Rezistenci vůči psychoterapii kladou právem pacienti, pakliže je v popředí reálný problém vyžadující přednostní řešení. To bývá aktuální v situaci psychického traumatu, kdy je zapotřebí poskytnout v první řadě teplo, klid, teplý nápoj a odvoz do bezpečí. Podobná situace nastává při domácím násilí, kdy by nebylo vhodné se věnovat latentnímu masochismu oběti. Ale i v běžnějších situacích, např. zadlužení či rizikového chování je vhodné poukazovat na reálné důsledky a nebezpečí, které z tohoto jednání hrozí.

Nakonec se zmíním o oprávněné rezistenci vůči psychoterapii, která jde na účet psychoterapeuta. Ten, když neabsolvuje úspěšně testování pacientem (zájmu, jeho tolerance a resilience), tak se mu pacient neotevře a skutečně nespolupracuje. S tím souvisí i frustrační tolerance terapeuta a jeho schopnost kontejnování (přijetí, pochopení). Je totiž třeba si uvědomit, že – jak jsem uvedl již na začátku – se nevyhneme konfliktu: vždy se liší



očekávání pacienta od naší představy, co by měl na sobě i ve svém chování změnit. Tím, že tento fakt neakceptujeme a neposkytneme dostatečný prostor jeho utrpení, blokuje terapeutický proces. Jedna depresivní pacientka si stále stěžovala, že je terapeutická místnost nehostinná, terapeutka chladná, nic jí nedává, načež terapeutka neustále poukazovala na situace, ve kterých pacientka musí přece vnímat, jak se jí věnuje a co pro ni dělá. To je samozřejmě na hony vzdáleno efektivní psychoterapii. Místo toho by se měla zabývat otázkou, proč je jí zatěžko snášet negativní přenos a dát pacientce prostor na ventilaci svých negativních zkušeností ohledně láskyplnosti. Oprávněný odpor vůči psychoterapii nastává samozřejmě vždy, když je nesprávně vedena, např. je příliš rychlá, nerespektující schopnost pacienta vše zpracovat, nebo když se snaží terapeut vydolovat za každou cenu z pacienta jeho tajemství, či jeho nejhlubší podstatu. Pacienti mohou klást odpor i v případě, že není psychoterapie správně indikovaná. Tak u anorexie, ale často i u schizofrenie je mnohdy indikovaná rodinná terapie. Vůči individuální může klást pacient odpor, když tuší, že mu bude v rodině opět přisouzena ta stará role, proti které není schopen se ubránit. Nebo otázka, zda je u perfekcionisty, který reaguje na každé smítko velkým úklidem, vhodná KBT (kognitivní behaviorální terapie) s cílem přerušování tohoto spojení, či je oprávněné analyzovat a interpretovat, co všechno by

mohla ta nečistota či nepořádek znamenat. Smutná zkušenost tkví v tom, že skoro každý psychoterapeut se cítí být kompetentní pro terapii všech poruch.

Pro úplnost se zmíním o rezistenci vůči psychoterapii coby sekundárním zisku z nemoci. To frustruje terapeuty, zvláště v případech, když si přeje pacient úlevu od svých symptomů a zároveň invalidní důchod, který však dostane jen tehdy, když bude i nadále argumentovat svou nemocí. Vyhýbá se rozhodnutí, zda se chce snažit pracovat na vyléčení s tím následkem, že pak nemůže žádat o důchod. To však může být složitější, když zapadá jeho usilování o invalidní důchod do jeho psychopatologie, např. jako odčinění příkoří, jehož se mu neprávem od dětství dostávalo.

Co říci na závěr? Když se nám jeví pacient rezistentní vůči psychoterapii, máme sáhnout po psychofarmacích? To je velmi lákavé a časté řešení. Ale nebylo by i v tomto případě vhodnější zabývat se napřed tím, zda i neúčinnost léku nesouvisí s interakcí a vztahem k lékaři? To by bylo třeba zvláště tehdy, když pacient přestane brát léky.

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.
Literatura u autora

Do redakce přišlo 26. 11. 2023
Konflikt zájmů není znám.
K tisku zařazeno 12. 12. 2023



MAGDALÉNA JEŽKOVÁ: SPIRITUÁLNÍ ZAKOTVENÍ JAKO FAKTOR ZDRAVÍ 2 - O MODLITBĚ



Modlitba je prvotní silou naděje. Když se modlíš, naděje sílí a rozvíjí se. Vždyť lidé, kteří se modlí, opatrují základní pravdy. Jsou těmi, kdo opakují především sobě a potom všem ostatním, že tento život je navzdory všem námahám, zkouškám a těžkostem plný podivuhodné milosti. A jako takový vždy zasluhuje obranu a ochranu.

Papež František

Před časem jsem sepsala osobní příběh, kazuistiku, o své konverzi ke křesťanství, která vedla k tomu, že jsem v dubnu 2019 přijala v katolické církvi křest. V článku jsem popsala východiska své konverze i to, jak nalezená víra obohacuje a činí plnohodnotným můj život, přináší vyrovnanost, odvalu, sílu i radost a pomáhá mi v hledání mé vlastní cesty životem.

Nyní jsem se rozhodla nabídnout další zkušenost z cesty praktikující víry – a to zkušenost osobní modlitby.

Své zkušenosti osobní modlitby stavím a opírám o duchovní rozhovory s katolickými kněžími, ale nejen s nimi; praktická skupinová duchovní cvičení; četbu literatury, jejíž částečný přehled uvádím na konci textu, a zejména o zkušenost společné modlitby s duchovním průvodcem,

která mi je nejhlubším a nejnítějnějším poznáním toho, co může modlitba do života přinášet.

Cílem mého sdělení je nabídnout vhled do postupného rozvíjení duchovního života zakotvením v křesťanství – v náboženské spiritualitě, která je původní a dominantní českému kulturně-společenskému prostředí.

Myslím si, že hledání toho, co nás přesahuje, je vlastní každému člověku, a že péče o vlastní spiritualitu je součástí plnohodnotného zdravého života. Křesťanství vnímám jako jednu z cest a osobně dodávám (rozhodně nevnucuji), že je vnímám jako cestu nejlepší, protože to, k čemu se jako křesťané vztahujeme, je láska. Bůh je láska, láska ke všemu



stvořenému (lidem i přírodě) i k sobě samotnému.

Co je modlitba, řeší řada definic. Mně pro potřeby tohoto článku vyhovuje popis, který přejímám ze stránek řádových sester sv. Karla Boromejského, že modlitba je naslouchající přítomná pozornost k životu, který se právě děje.

Tuto dále doplňuji o své nedokonalé rozvinutí ve snaze přiblížit, jak modlitbu sama vnímám. Modlitba je rozhovor s Bohem – pozornost zaměřená k Bohu, kdy Bůh je osobou, která ale přesahuje všechny naše představy o něm – je zároveň dobrem, přítomností, životem samotným. Svou vírou věřím, že někdo takový existuje, že mi dal život a že mi chce ukazovat, jak ho dobře žít.

Modlit se lze různě. Já se v tomto textu budu věnovat tématu osobní modlitby a záměrně se nebudu věnovat modlitbám ve společenství – např. při slavení mše svaté nebo v modlitební skupině – i když také patří k rozvíjení vlastní spirituality. Jejich forma a přínos jsou ale trochu odlišné od osobní modlitby, kterou vnímám jako základní kámen vlastní duchovní praxe.

Modlitbou jsem před časem začala hledat sílu a vyrovnanost pro svůj život. Začala jsem intuitivně odříkávat naučený Otčenáš, po němž následovaly prosby za to, co mě zrovna tížilo.

Přístup k modlitbě se mi vyvíjí, postupem času nacházím nebo upravuji prostředky, které mi lépe pomáhají cíleně a soustředěně zaměřit svou pozornost k Bohu, k tomu, který mě přesahuje. Na následujících řádcích popíšu, jak modlitbu praktikuji v současné době.

Často se k ní uchyluji do malé kaple, ve které je přítomna Eucharistie – my katolíci věříme, že v Eucharistii je přítomen sám Bůh. Eucharistie je proměněná

hostie (tělo Páně, fyzicky je to oplatka, kterou přijímáme při mši). Je to předmětem víry, toto přijímám srdcem a nerozporuji si to. V kapli před Eucharistií se mi modlí zřetelně nejlépe, podobného zklidnění nedosahuji ani v přírodě, ani na jiných tichých a klidných místech.

Snažím se zklidnit už cestou k modlitbě – nebýt rozběhaná, ve stresu, nesoustředěná. Většinou se mi daří přicházet v klidu, připravena k setkání.

Protože věřím, že se v modlitbě setkávám s osobou, Bohem, začínám pozdravením, které následuje ztišení. Soustředím se na klidný dech, vnímám tlukot srdce, čekám, až hlavou přestanou proudit roztěkané myšlenky. Proti těm nebojuji, nechám je přijít a odejít, nevěnuji se jim, nerozvíjím témata, která přinášejí. Pozornost zaměřuji na čas, který jsem prožila. Vyvolávám si jednotlivé chvíle a předkládám je Bohu. Možná se soustředím více na ty, které se mi úplně nepovedly, kdy jsem nebyla spokojena s tím, jak jsem se zachovala. Odevzdávám je. Dál je to čas vděčnosti za to dobré, co se událo, vždy se něco najde. Čerpám z toho sílu. S pokračujícím zklidněním si obvykle přečtu úryvek z Bible pro daný den spolu s krátkým komentářem. Bývá objevný. V tichém soustředění v textu najednou vidím obsah, jehož bych si v jiné náladě asi nevšimla. Nechávám se textem i komentářem chvíli inspirovat.

Dál k osobní modlitbě často využívám předem definovanou strukturu modlitby v breviáři (kniha církve s připravenými modlitbami pro daný den). Text čtu klidně, pomalu a nahlas, nechám vyslované procházet, nijak zvlášť daný text neanalyzuji. Zařazuji chvíle ticha. Mám místa, do kterých se mi hodí zpěv nějaké písně, často gospelu nebo křesťanské písně, žalmu. Moc jich neumím, opakuji stále tytéž a zpívám, jen když cítím, že je pro zpěv ta správná chvíle. Zpěv je mi



osobním prostředkem k hlubšímu ponoření do aktuálně žité chvíle.

Všechno toto mi přináší velký klid, velmi se zklidňuje a prohlubuje dech, zklidňuje tepová frekvence, snižuje se svalové napětí, uvolňují se svalové spasmy. Předem definované texty mi pomáhají nenechat rozvířit vlastní myšlenky, nesou žádoucí rytmus, harmonizují.

Při chvílích ticha pak někdy slyším vnitřní hlas, někdy ke mně přicházejí povzbuzující myšlenky, někdy získávám nadhled a vhled do řešených situací, někdy si vzpomenu na něco, co jsem zapomněla. Někdy ke mně více promlouvá sousloví z přečteného Písma nebo z připravených modlitebních textů, nacházím odpovědi na to, čím se zrovna zabývám. V těchto chvílích úplného ztišení a usebrání žiju, že hovořím s Bohem. Někdy předkládám otázky, někdy jen naslouchám. Někdy se uchyluji k prosbám, někdy chválím a děkuji. Zcitlivuji se pro aktuální témata života svého, svého okolí i světa.

Zajímavé mi přijde i to, co jsem se při modlitbě odnaučila – už neprosím o to, aby se události děly tak, jak já chci/potřebuji, neprosazují svá řešení. Spíš hledám, co mám dělat právě v tomto čase, jak se na řešenou situaci dívat, jak obstát. Jde to a je to osvobozující.

Tyto chvíle trvají různě dlouho, minuty. Takto usebranou pozornost neudržím moc dlouho. Nejdu na sílu, nechávám všemu čas. Jsou i časy vyhrazené modlitbě, kdy tyto chvíle rozhovoru s Bohem, nebo chcete-li s vlastním nitrem, nepřijdou. Pak trpělivě pročítám definované modlitby, a i toto samotné přináší klid.

Modlitbu končím připomenutím toho, co mě čeká, s prosbou, aby mě Bůh vedl jednotlivými okamžiky a byl mi rádcem a pomocníkem (zvládat vlastní emoce, nerozhodovat se zbrkle, být rovná a statečná v komunikaci, neparanikařit, když se něco

děje jinak, než bych chtěla a potřebovala...), dále poděkováním a přiznáním Bohu, jak jsou pro mě tyto chvíle modlitby důležité, rozloučením.

Z kaple pak odcházím s čistou hlavou, smířena sama se sebou, s odhodláním v klidu unést vše, co mě v následujících hodinách potká. S důvěrou, že prožiju následující hodiny, jak nejlépe mohu.

Tato modlitba mi zabere 20–40 min. Zvykla jsem si ji praktikovat jednou, spíše ale dvakrát denně, před prací a večer i ve dnech volna. A je to nejlépe využitý čas, čas investovaný do sebe, opravdu se o něj nechci nechat připravit. Překvapující je, že si čas na modlitbu poskládám i přes všechny povinnosti, kterým musím dostát. Pečuji o to, abych čas modlitbě dala, a on se skoro vždy najde a nemám pocit, že by mi někde scházel – snad naopak, ranní modlitba přináší efektivní využití dalšího času daného dne.

Od doby, co se modlím pravidelně, žiju ve svém životě řadu povzbudivých změn. Zklidnil se můj zběsilý denní program, obvykle vše poskládám a absolvuji ve větším klidu. Méně prokrastinuji, najdu čas i na jízdy na koloběžce po brdských kopcích. Chodím více připravená a vyladěná na setkání, která mám v programu. Lépe vnímám, co mi říkají druzí, ať už pacienti v ordinaci, nebo vlastní děti. Víc si pamatuji, méně zapomínám. Mám víc trpělivosti. Nemívám epizody tachykardií a hypertenze, nebolí mě hlava ani záda. Jsem schopna otevírat v hovorech těžká témata a bez emocí a pravdivě sdělovat své postoje a názory. Více rozumím sama sobě a tuším, jak rozvíjet své silné stránky, které to jsou a jak umenšovat své slabosti. Více si uvědomuji, co je v mém životě skutečně důležité, a pro to si najdu čas. Děláním víc věcí, které mi dávají smysl, nebojím se změn a reakcí okolí. Píšu papírové dopisy.



Na závěr: Výše napsané není a nemá být univerzálním návodem jak se modlit. Je to mé zastavení a reflexe toho, jak žiji svou spiritualitu zakotvenou v křesťanství a co mi přítomnost Boha v životě a komunikace s ním v modlitbě přináší. Jsem v úžasu nad tím, kam mě má původní myšlenka neutopit se ve svých problémech doteď dovedla. Vidím, kolik se toho v mém životě změnilo k lepšímu tím, že jsem začala hledat, otevřela své srdce Bohu a započala hledání cesty k němu.

Cesta to není jednoduchá. U mě byla navíc zpočátku ztížená řadou předsudků vůči náboženství vůbec, vůči křesťanství, vůči některým projevům lidové zbožnosti, vůči akcentům některých témat v ústech některých církevních autorit.

Nevzdala jsem to, po jejich vyargumentování jsem získala velký dar svého života. Cesta křesťanské víry je pro mne mnohem barevnější než jen výše napsané – modlitba je jedním z velmi důležitých střípků, za které jsem vděčná. Dál mi víra dává oporu v Bohu, někom, kdo mě přesahuje a má mě rád takovou, jaká jsem. Dává smysl mé existenci. Je mi kompasem v každodenním rozlišování, co je dobré pro svět, mé okolí i mě samotnou. Přivádí mě do společenství lidí hledajících poctivý, rovný a prospěšný život. Učí mě bezpodmínečné lásce, nesobeckosti, přináší mi do života odvahu, vyrovnanost a opravdovost v jakkoliv nestabilním okolním světě. Spojuje mě s někým, kdo jediný ze mě umí sejmout pocity viny, selhání, vede k přijetí pádů, odpuštění. Třeba ve svátosti smíření. A o té třeba příště.

Pokud výše napsané někoho povzbudilo k tomu, aby si šel na chvíli sednout do ticha některého z kostelů nebo kaplí, pokud někoho podnítilo k tomu, aby přemýšlel o tom, jak hledá a žije svou vlastní spiritualitu, text splnil svůj účel.

K plnohodnotnému, celostnímu zdraví patří žití a hledání duchovního přesahu našich životů. Tento text věnuji všem hledajícím.

Bůh od nás není vzdálený. Je na hrotu mého pera, mého krumpáče, mého malířského štětce, mé jehly - a mého srdce a mých myšlenek.

Pierre Teilhard de Chardin, Hymnus vesmíru

POUŽITÁ LITERATURA:

1. Scazzero, Peter: Emočně zdravá spiritualita
2. Peroutka, David: Vnitřní mlčení – uzdravující cesta meditace
3. Guardini, Romano: O modlitbě
4. Phillippe, Jacques: Čas pro Boha, o vnitřní modlitbě
5. Greig, Pete: Když Bůh mlčí - Vstoupit do ticha nevyslyšených modliteb
6. Pralong, Joël: Najít smysl v našich selháních s Viktorem Franklem a sv. Terezičkou
7. Pralong, Joël: Cesta důvěry se sv. Terezičkou z úzkosti, deprese, pocitu viny

Do redakce přišlo 29. 11. 2023

K tisku zařazeno 12. 12. 2023

Konflikt zájmů není znám



EDITORSKÁ POZNÁMKA

RADKIN HONZÁK: MODLITBA V LÉČEBNÉ PÉČI

¹IKEM, Vídeňská 1958, 14000 Praha 4, tč. bez ředitele pod protektorátem MZ ČR

²Remedis, Vladimírova 10, 14000, ředitel MUDr. V. Řehák, CSc.

Mezi základní lidské potřeby patří potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Na ty poslední se v rámci scientismu pozapomnělo, protože spirituální zkušenosti nelze měřit standardními měřítky vědy. Věda se v tomto ohledu zachovala jako blbec, protože vyhlásila vše, co se vymyká jejím zákonům, za tmářství, pověry a neexistenci. Věda si udělala svoje chlívky na psychologii (i při výkladu snů), na sociologii, ale odmítla zkoumat mnoho jevů, které „nepatří do její kompetence“, a tedy nestojí za pozornost.

Nicméně od 80. let minulého století začíná strmě přibývat publikací věnujících se souvislostem spirituality, religiozity, praktikování některých cvičení, meditací a rituálů se zdravím a nemocností. Byla to pozorování věnovaná vegetativním změnám, změnám některých mozkových aktivit, nebo epidemiologické studie. V posledních letech se počet publikovaných prací pohybuje okolo 3000 ročně.

Mezitím také padl mýtus o jedinečnosti člověka jako tvora sebeuvědomělého, tedy takového, který má jasné vědomí o své individuální existenci a jedinečné osobnosti. Bylo zjištěno, že sloni a delfíni mají totéž vědomí a navzájem se oslovují jmény. U šimpanzů bylo pozorováno jednání, které je možno nazvat rituálním. Zjišťuje se, že mozek považovaný za centrum vědomí, nemusí být tím jediným. Objev střevního mikrobiomu mění poněkud paradigmatu neurofyziologie. Křehké hvězdice (*Ophiocoma echinata*) nemají žádnou centrální nervovou soustavu, a přesto jsou schopny se učit. Paměť těla je pomalu objevována.

Lidem evropského kontinentu nastala neobyčejně štedrá prosperita, vzestup ekonomické úrovně a zdánlivé sycení všech potřeb, přičemž na ty spirituální se nedostalo. Platí biblické, že nelze sloužit současně Bohu a Mamoně (1), přičemž Mamona představuje modloslužbu konzumu.

Spirituální rozměr se objevuje nejen u nás mnohem mocněji v dobách kritických a tísnivých, Newberg dokonce měl pocit, že v klaustrofobické situaci CT a dalších vyšetřeních prováděných „v tunelu“ se lidé modlili intenzivněji než při vyšetření EEG. Rád bych zde též připomněl společné zpěvy chorálu Svatý Václave v pohnutých dnech, radost z vysvěcení české osobnosti Anežky, návštěvu papeže Jana Pavla II. Naproti tomu arcibiskup a kardinál Duka, když se povozil ve zlatém kočáře, odradil i ty, kteří měli k církvi pozitivní vztah.

Proč k církvi? Protože do 20. století to byly především křesťanské církve, které sýtily duchovní potřeby. A zdá se, že jediné církve by byly s to obnovit sycení spirituality v širším měřítku. Snaha o duchovně naplněné necírkevní společenství (Zednáři) končila elitářstvím a na veřejnosti nejrůznějšími – někdy trapnými, někdy spikleneckými – dohady. Občasná gravitace sekt se z hlediska jejich životaschopnosti jeví jako efemérní, a to i tehdy, stojí-li na silných ekonomických pilířích (Mormoni a jejich sociální systémem).

O modlitbu ve zdravotnictví roste zájem. Modlitba je činnost související se spiritualitou a náboženstvím. Byly zjištěny pozitivní výsledky týkající se spirituality ve



zdraví. Byl ale zjištěn i pravý opak. Začněme tedy napřed horšími zprávami, které přináší opakovaně citovaná Harvardská studie z roku 2006 (5) zaměřená na pacienty po kardiologické operaci. Neostře výsledky předchozích studií a nestejně metodiky přiměly výzkumníky, aby provedli dosud největší a vědecky nejprísnejší výzkum. Zahrnovalo 1802 lidí, kteří podstoupili operaci koronárního bypassu v šesti různých nemocnicích od Oklahoma City po Boston.

Modlitby nabízené cizími lidmi nezmenšily zdravotní komplikace velké srdeční operace. Nejen to, ale pacienti, kteří věděli, že se za ně jiní modlí, dopadli hůře než ti, kterým se takové duchovní podpory nedostalo, nebo kteří ano, ale nevěděli, že ji dostávají. (Pro mě tady vyvstává otázka, jak tedy působila tato poslední část modliteb negativně, kterými cestami se dostalo úsilí vyvinuté jinými lidmi ke zdravotnímu stavu pacientů???)

„Lékaři a poskytovatelé zdravotní péče chtějí pochopit, zda lze modlitbu použít jako součást lékařského ošetření,“ zdůrazňuje jeden z autorů. *„Mohla by se v tomto příkladu kromě léků a jiných léčebných postupů použít modlitba ke snížení komplikací koronárního bypassu?“* Odpověď je zjevně „ne“.

Studie známá jako STEP (Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer) zkoumala pacienty podstupující bypass koronární arterie, což je operace považovaná za běžně prováděný kardiokirurgický výkon. Výzkumníci zařadili první pacienty do STEP v roce 1998. Sběr dat skončil v roce 2001 a jejich analýzy byly dokončeny v roce 2005. Účastnit se mohli lidé jakéhokoli vyznání nebo bez vyznání. Mezi vyvolenými byli katolíci, Židé, protestanti a lidé bez vyznání.

1802 účastníků bylo rozděleno do tří skupin po asi 600, s průměrným věkem asi

64 let. Jedna skupina nedostávala žádné modlitby. Pacienti ve druhé skupině byli informováni tak, že jim bylo řečeno, že se za ně může nebo nemusí modlit. Třetí skupina byla informována, že jiní lidé se za ně budou modlit 14 dní počínaje nocí před operací. Modlitby přicházely ze tří křesťanských skupin, dvou katolických a jedné protestantské, jiné skupiny nebyly k dispozici. Přímluvci vyslovili standardní modlitbu „za úspěšnou operaci s rychlým, zdravým zotavením a bez komplikací“. Tento systém poskytuje praktický způsob provádění experimentu, ale omezuje výsledky na jeden typ modlitby.

Při operacích se vyskytly nejrůznější komplikace, včetně 197 srdečních komplikací u skupiny, která věděla, že dostávají modlitby, oproti 187 a 158 ve zbývajících dvou skupinách. Další komplikace se vyskytly u 59 procent těch, za které se modlili, ve srovnání s 51 procenty těch, kteří žádné modlitby nepřijali, a 52 procenty ve skupině, která přijímala modlitby, ale nevěděla o tom. Úmrtí během 30 dnů po operaci byla podobná napříč skupinami.

Možný závěr z této studie shrnuli autoři do hypotézy, že pacienti, kteří byli informováni, že se za ně někdo modlí, vnímali svůj stav jako závažnější a prožívali větší stres a větší úzkost. Což je závažná metodologická chyba v celé studii, protože na začátku mají jednotlivé skupiny už závadující informaci, která může znejistit. Trochu to připomíná známou bajku: Nesmíte přitom myslet na tygra. Proto jsou výsledky studie ne zcela jednoznačné a jsou dalším výzkumem zpochybňovány.

Zcela opačné výsledky přináší později provedená metaanalytická studie kládoucí si za cíl prozkoumat dopady používání modlitby na zdraví pacientů (6). Systematický přehled literatury byl proveden v květnu 2015 a aktualizován v listopadu 2015. Byly prohledány elektronické a



mezinárodní databáze a kritéria zařazení byla založena na PICOS: (Populace) pacienti jakéhokoli věku a jakékoli klinické situace, (Intervence) všechny typy modliteb, (Srovnání) běžná péče, (Výsledky) jakákoli zdravotní změna, (typ studie) randomizované klinické studie. Nebyl zohledněn časový rámeček ani jazykové omezení. Celkem bylo identifikováno 92 prací a 12 bylo zahrnuto do recenze. Modlitba byla považována za pozitivní faktor v sedmi studiích a bylo identifikováno několik pozitivních účinků modlitby na zdraví: snížení úzkosti matek dětí s rakovinou; snížení úrovně obav účastníků, kteří věří v řešení jejich problému; a zajištění lepšího fyzického fungování pacientů, kteří věří v modlitbu. Modlitba je nefarmakologická intervence a zdroj a měla by být zahrnuta do ošetrovatelské holistické péče zaměřené na blaho pacientů.

Křesťanská víra podporuje myšlenku, že Bůh ve světě vždy působí. Bůh zve lidi, aby se s ním spojili a pak se zapojili do jeho díla. Tři sestry předávají nadpřirozené události, kde Bůh působil v jejich ošetrovatelské praxi a skrze ně, a posilují tak porozumění tomu, co autor Henry Blackaby nazývá prožíváním Boha. Řádové sestry byly povolány, aby vstoupily hluboce do vztahu s Bohem (7).

„Existuje řada studií o přímluvné modlitbě neboli modlitbě nabízené ve prospěch jiné osoby,“ řekl druhý autor této práce, Hodges, přední odborník na spiritualitu a náboženství. *„Někteří našli pozitivní výsledky pro modlitbu. Jiní nenabízejí žádný účinek. Provedení metaanalýzy bere v úvahu celý soubor empirických výzkumů o přímluvné modlitbě. Pomocí tohoto postupu zjišťujeme, že modlitba nabízená za někoho jiného přináší pozitivní výsledky.“*

Roberts se spolupracovníky (8) věnovali svůj zájem „pomocným“ modlitbám

zaměřeným na zlepšení stavu pacientů a prošli databází publikovaných prací až do roku 2007. Z literatury vybrali jako spolehlivých celkem deset studií zahrnujících celkem 7646 pacientů. Zjištění jsou nejednoznačná, a přestože některé výsledky jednotlivých studií naznačují pozitivní účinek přímluvné modlitby, většina ne a důkazy nepodporují doporučení, ať už pro nebo proti používání přímluvné modlitby. Autoři nejsou přesvědčeni o tom, že by měly být provedeny další studie věnované této intervenci, protože nečekávají ani jiné výsledky.

Pravděpodobně nejkompexnější pohled nabízí socioložka Brandeisovy University Wendy Cadge(ová) v recenzi její publikace *Síla Modlitby?* (9)

Text recenze přinesly stránky EurekaAlert a myslím, že je rozumné přetisknout je v plném znění.

Recenzovaná publikace: Wendy Cadge: *Síla modlitby?* UNIVERSITA BRANDEIS, 2009

Waltham, Massachusetts – Zdraví a náboženství byly vždy propojeny, nejzjevněji prostřednictvím modlitby za nemocné. Pomáhá skutečně přímluvná modlitba za nemocné uzdravit? Po tisíce let tomu někteří lidé věřili. Ale nový výzkum Brandeis University v *Journal of Religion* tento měsíc ukazuje, že za poslední čtyři desetiletí lékařské studie přímluvné modlitby – modlitby cizích lidí na dálku – ve skutečnosti vypovídají více o vědcích, kteří studie provádějí, než o síle modlitby vyléčit.

Přímluvná modlitba je předmětem vědeckého zkoumání přinejmenším od devatenáctého století, kdy se anglický vědec, který předpokládal, že za krále se modlí častěji než za ostatní, snažil zjistit, zda byly tyto modlitby vyslyšeny. Došel k závěru, že ne, ale že modlitba může být



útěchou pro lidi, kteří se modlí tak jako tak.

Po rozhovoru s lékaři, kteří přemýšleli o tom, jakou sílu má modlitba k léčení pacientů, se brandeiská socioložka Wendy Cadge(ová), expertka na průnik náboženství a medicíny v současné americké společnosti, pustila do výzkumu lékařských studií přímluvné modlitby, která sahá až do roku 1965, první roku byly takové studie publikovány v anglické lékařské literatuře. Tato analýza v *Journal of Religion* je první, která sleduje sociální historii studií přímluvné modlitby a zařazuje je do jejich lékařského a náboženského kontextu.

Cadge(ová) vyhodnotila osmnáct publikovaných studií o přímluvné modlitbě, které byly provedeny v letech 1965 až 2006. Studie společně poskytují fascinující snímek měnící se americké náboženské demografie, vyvíjející se představy o vztahu mezi náboženstvím a lékařskou vědou a vývoj klinické studie jako zlatý standard biomedicínského výzkumu.

„Nevím, proč lékaři a vědci provedli tyto studie,“ řekla Cadge(ová), *„ale zdá se, že spolu se zvědavostí hrálo roli osobní náboženské přesvědčení.“*

Nejstarší studie provedené v šedesátých letech byly založeny výhradně na

protestantských modlitbách, zatímco novější studie, odrážející rostoucí sociální povědomí o jiných náboženstvích, kombinují křesťanské, židovské, buddhistické a jiné modlitby, objevila Cadge(ová). Některé studie naznačovaly, že modlitba fungovala, zatímco jiné tvrdily, že ne.

Vědci vedoucí studie aplikovali klinické vědecké metodologie na studium přímluvné modlitby, ale Cadge(ová) zjistila, že i tento přístup je plný problémů. Výzkumníci se například ptali, zda lidé, za které se přímluvci nemodlí, jsou skutečně kontrolní skupinou, protože se za ně pravděpodobně modlí jejich rodinní příslušníci. Výzkumníci se také ptali, jaká by byla správná „dávka“ modlitby, jak by se měly modlitby přednášet a co dělat s nekřesťanskými přímluvci.

„Díky dvojité slepým klinickým studiím se vědci snažili co nejlépe prostudovat něco, co může být za hranicemi jejich nejlepších nástrojů,“ řekla Cadge(ová), *„a odráží více o nich a jejich předpokladech než o tom, zda modlitba 'funguje'.“*

Otištění úvahy Magdaleny Ježkové, které nám dovoluje nahlédnout hluboko do subjektivních prožitků i o životních proměnách, považuji za velmi cenný příspěvek do této neustále (a asi ještě dlouho) nedopsané kapitoly neurotheologie.

K DALŠÍMU STUDIU:

1. Bible; Matouš 6:24-34.
2. Newberg A, Waldman MR: How God changes your mind. Random House Publ., New York, 2008
3. Newberg A: Neurotheology. Columbia Univ. Press, 2018
4. Ameling A: Prayer: an ancient healing practice becomes new again. *Holist Nurs Pract.* 2000 Apr;14(3):40-8.
5. Cromie WJ: Prayers don't help heart surgery patients. Some fare worse when prayed for. *Harvard News Office*, April 6, 2006
6. Simao TP, et al: The Effect of Prayer on Patients' Health: Systematic Literature Review. *Religions* 7(2), January 2016, DOI:10.3390/rel7010011
7. Simon EB, Hodges R, Schoonover-Shoffner K. Experiencing God in Nursing. *J Christ Nurs.* 2020 Apr/Jun;37(2):94-99.



8. Roberts L, et al.: Intercessory prayer for the alleviation of ill health. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;2009(2):CD000368. doi: 10.1002/14651858.CD000368.pub3.
9. Eurekaalert, NOVINKY 17. ČERVNA 2009. Wendy Cadge: Síla modlitby? Nová sociální historie studia přímluvné modlitby odhaluje rostoucí náboženskou rozmanitost a klesající víru ve vědu, která měří hodnotu modlitby.
10. Bremner RH, Koole SL, Bushmanet BJ: "Pray for Those Who Mistreat You": Effects of Prayer on Anger and Aggression. Personality and Social Psychology Bulletin, 2011; DOI: 10.1177/0146167211402215
11. Lehak N, et al: Prayer and Mental Health in Later Life: The Role of Positive Emotions. Issues Ment Health Nurs. 2023 Jul;44(7):639-648
12. Klitzman R: Typologies and Meanings of Prayer Among Patients. J Relig Health. 2022 Apr;61(2):1300-1317.

Nejsem si vědom žádného střetu zájmů.
V Praze 2. prosince 2023

radkinh@seznam.cz



JAN ŠIKL: NOVĚ NALEZENÝ APOKRYF



„Neuved' nás v pokušení, ale zbav nás od zlého, ode všeho zlého Pane.“

Nezdá se vám, že se nám tahle část modlitby Páně nějak zadržela? Asi ji budeme muset, krom naděje, kterou máme „na nebesích“, vzít více do rukou, mysli, srdce, modlitby a odpovědnosti. Do celého člověka. Jinak si její utržené části, ke kterým se nechceme znát, vyšlápnu na pravdu s krátkýma nohama a budou chodit mezi námi ve všech svých podobách, jako v průvodu masopustních masek.

Nově nalezený apokryf z apokalyptické literatury:

„Již přichází středověká hrůza z moru, kdy nás v hlavních zprávách učí ministr zdravotnictví, jak si správně mýt ruce, přijíždějí alegorické vozy s nastoupenou vládou v rouškách na mramorových schodech ministerstva, jak při inscenaci Bílé nemoci, s prohlášením k národu o covidu.“

...a tu již je mocnár veliké země s prohlášením, že sousední národ, který se rozhodl jít svojí cestou, vlastně neexistuje a

nikdy nebyl. Je jen nárazníkovou zónou, sférou vlivu a teritoriálním zájmem, a tak válka není válka. Až na bolest, utrpení a smrt.

Pak jde lež. Jak si vykračuje „v oděždě“ jedinečné snůšky polopравd a dezinformací současného Babylonu! Přichází s aktualizovaným úkolem pro 21. století: Jak rozlišit pravdu od lži?

Ale to není všechno – přijíždí strašidelný zámek prastaré územní blízkosti a nenávisť v odvěkém klinči tří velkých náboženství o symboly a mýty. O mešitu, „zemi zaslíbenou“ a „věčný Jeruzalém“ v teritoriální podobě. V tvář hrůzy dvou spálených, k sobě drátem spoutaných mích se rozpadá každá metafora-na scéně je čiré zlo.

Všechny „síly světa“ si myjí ruce a svědčí zároveň ve zmatení jazyků o propletení současných výkladových karet. Chudoba a bohatství, píle a lenost, sever a jih, kolonialismus, levice i pravice,



demokracie i autoritářství, solidarita i terorismus. Tři velká náboženství, ve kterých se tísní zástupy, „na východ od ráje“. Cherubínův plamenný meč i „Svatoplukovy pruty“ vytvořily nezlomitelnou rákosku, kterou jsme bití.

Když už propadáme pokušení myslet si, že zlo je vnější záležitostí a jen tam lze s ním bojovat, když už se zdá, že i zlo se vyčerpalo ve své invenci, z externího světa politiky přichází explozivní zpráva z nitra subjektu.

Privátní, nekomunikované neštěstí konvertovalo do pomstychtivého šílenství psychotické ataky. Jak vzniká šrapnel? Konflikt a boj v člověku nechte o samotě

v tuhé krustě trojobalu, až najde vyústění v ústí hlavní. Úzkostný projektil bude hnán úzkou hlavní, aby vnitřní zasažení našlo vnější cíl. Infantilní pomsta strhne sebou v grandiózní podobě do sebevraždy, co nejvíce nedobrovolných svědků vnitřního hněvu. Dáme tomu pro uklidnění diagnózu. To nejsme my, to je šílenství a psychóza.“

Co zbývá?

Prastarý a prapůvodní úkol člověka. Můžeš rozpoznávat pravdu od lži, dobro od zla. „Můžeš panovati nad hříchem.“ Vítejme na počátku.

Na Štěpána pozdě z rána.



RECENZE



JAKUB MEDAL: STRUČNÁ HISTORIE VŠEHO – KNIHA, KTEROU BYCH SI PODLE NÁZVU NEKOUPIIL

Shrnutí knihy K. Wilber: Stručná historie všeho. 1996. (ISBN 978-80-7397-307-3)

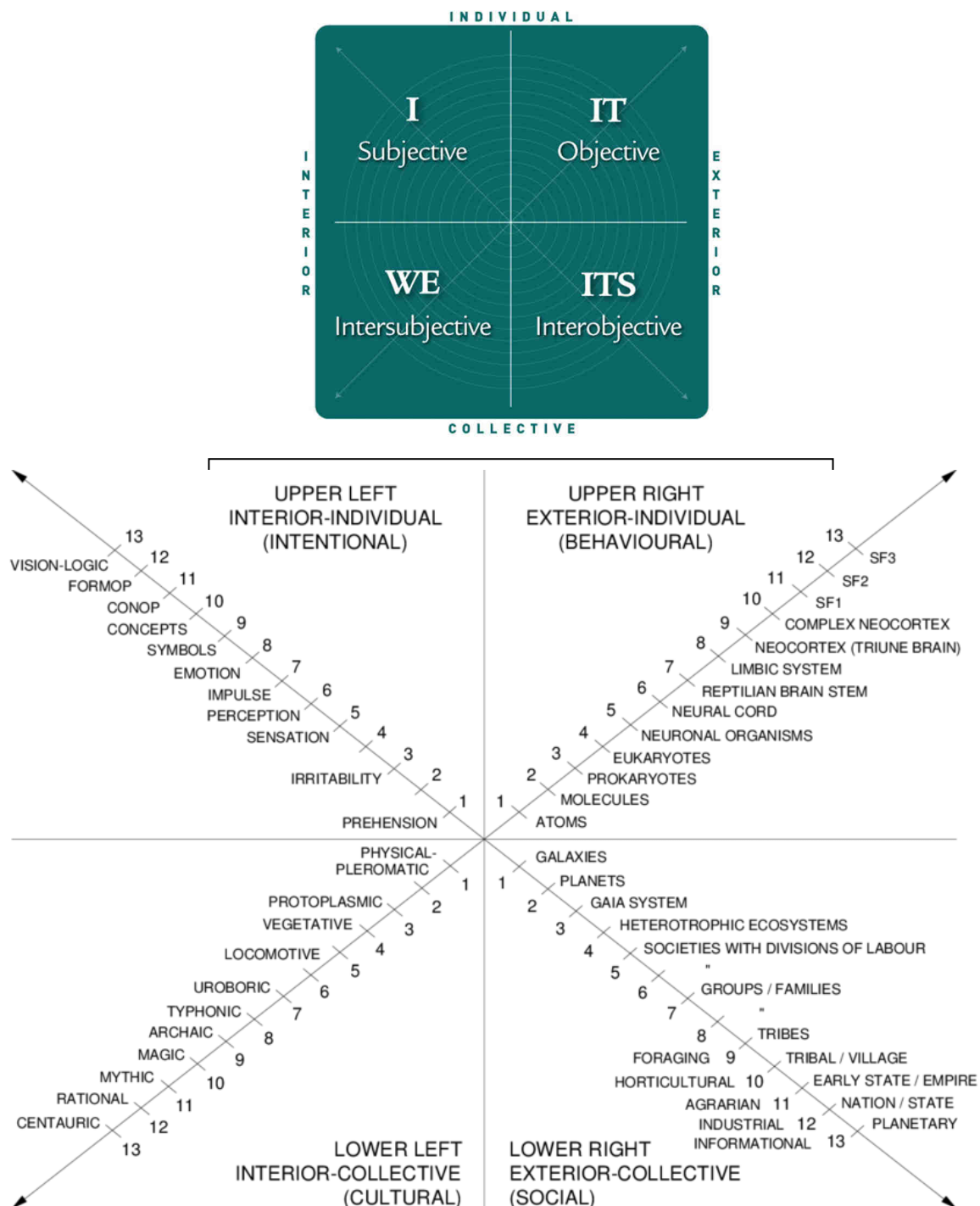
Název knihy působí provokativně, ale nelže. Integrativní filozof a transpersonální psycholog Ken Wilber shrnuje průřez historie lidstva na Zemi se zohledněním vývoje individuálního „já“ (subjektivno), kulturního „my“ (intersubjektivno) i vývoje chování-mozku a společnosti (objektivno a interobjektivno). Autor se proslavil vydáním knihy „The Spectrum of Consciousness“ ve svých pouhých 23 letech, jeho zřejmě vrcholným dílem je kniha „Sex, Ecology, Spirituality. The Spirit of Evolution“. V přeložené „Stručné historii všeho“ je na 364 stránkách formátu A5 (čtivou velikostí písma i délkou kapitol a podkapitol spolu s názornými obrázky) srozumitelným a

poutavým způsobem představeno něco tak dlouhotrvajícího a složitého, jako je cesta vývoje vědomí lidského jedince i lidstva – a jaké souvztažnosti to má až k problémům moderního a postmoderního světa. Kniha je psaná formou rozhovoru s fiktivní tazatelkou a jejím základním poselstvím je – v duchu psychosomatické medicíny – stop redukcionismu (jakémukoliv). Po přečtení knihy má člověk dostupný vnitřně-zevní model, do kterého si může dosadit jakýkoliv zážitek či znalost a lépe jim rozumět v kontextu vývoje lidstva (je jedno, jestli jde o aktuální problematiku genderu, imperialistické války Ruska na Ukrajině nebo moderní



krátkozraké vědy a její neméně krátkozrakých odpůrců).

Ústředním motivem knihy je rozdělení kosmu na 4 kvadranty – viz dva obrázky níže, které znázorňují to samé:



Obr. 2: Marriage of Sense and Soul: Embodying Integral Leadership in the City 2.0. In: *Integral Leadership Review* [online]. [cit. 2023-08-03]. Dostupné z: <http://integralleadershipreview.com/10773-a-marriage-of-sense-and-soul-embodying-integral-leadership-in-the-city-2-0/>



Tyto kvadranty se dají rozdělit na VNITŘNÍ s „levorukými aspekty“, které je potřeba poznávat pomocí interpretace (dialogický pohled) a na ZEVNÍ s

„pravorukými aspekty“, které je možné poznávat pomocí pozorování (monologický pohled).

A) CESTA LEVÉ RUKY (INTERPRETAČNÍ, HERMENEUTICKÁ, VĚDOMÍ)

- Levoruké aspekty nejsou vidět, nejde je jednoduše lokalizovat, nejde ukázat na závist, pýchu, vědomí, hodnotu, záměr či touhu. To ale znamená, že neexistují, jenom je nelze spatřit mikroskopem, teleskopem či jiným sensoricko-empirickým přístrojem s pomocí našich smyslů. Je potřeba umět si vyložit/interpretovat své nitro a to se děje v dialogu – např. i nejjednodušší definice Freudova učení by se mohla nazvat „léčbou rozhovorem“ k objevování nitra.

1.) Levoruký individuální aspekt „JÁ“ (intence-úmysl)

Kvadrant vlevo nahoře je projevem vývoje individuálního „já“ (subjektivita) a odpovídají mu vývojově-psychologické teorie. Vývoj jde hierarchicky od bazální schopnosti vázat se přes dráždivost, čítí až ke stadiu představové logiky se zvyšující se úrovní zralosti. Sestává z cca 9 „fází obratu“ – hierarchicky od nejranějších prepersonálních přes personální až k transpersonálním (zvyšování hloubky vědomí).

Slova vyjadřující tento kvadrant: subjektivita, pravdivost, upřímnost, integrita, celistvost, spolehlivost, věrohodnost, krása, estetika, umění, soudnost.

Myslitelé typičtí pro tento kvadrant: Freud, Jung, Piaget, Aurobindo, Plótinus, Buddha.

2.) Levoruký kolektivní aspekt „MY“ (kultura-světoprostor)

Kvadrant vlevo dole je projevem vývoje kulturního „my“ (intersubjektivita) a jeho odrazem je kolektivní světonázor – světoprostor – tedy různé úrovně kulturní zralosti. Např. světoprostor archaický, magický, mytický, racionální či existenciální. Kulturní aspekt se vztahuje ke všem vnitřním významům, hodnotám a identitám, které člověk sdílí s příslušníky podobných společenství. Cílem je vzájemné porozumění – subjektivní prostor individuálního „já“ je od intersubjektivního prostředí neoddelitelný – především tento prostor umožňuje vznik subjektivního prostoru. Bez kulturního zázemí by osobní myšlenky byly beze smyslu a člověk by i postrádal nástroj pro interpretaci myšlenek samého sobě.

Slova vyjadřující tento kvadrant: intersubjektivita, oprávněnost, kulturní sladění, vzájemné porozumění, vhodnost, přiměřenost, správnost, dobro, etika a morálka, světonázory, společný kontext, kultura, intersubjektivní smysl

Myslitelé typičtí pro tento kvadrant: Kuhn, Dilthey, Gebser, Weber, Gadamer



B) CESTA PRAVÉ RUKY (MONOLOGICKÁ, EMPIRICKÁ, POZITIVISTICKÁ, FORMA)

- Pravoruké aspekty jsou vidět, jsou lokalizovatelné (a je jedno, jestli jsou uvnitř jako ledviny či plíce, nebo vně jako ekosystém), jsou to objekty a povrchy, jež lze empiricky pozorovat. K poznání není potřeba si s těmito vnějšky povídat, stačí pozorovat jejich objektivní chování – atomů, buněk, jedinců, rodin, společnosti atd. Cesta pravé ruky je jako žít pod dohledem laboranta – s lidmi se zachází jako s pouhým objektem monologického pohledu, ne jako se subjektem ke komunikaci – proto je biomedicína tak odlidštěná. Paradigma osvícenství (moderna) se zřeklo levorukých dimenzí a přihlásilo se výhradně k mapování zevnějšku – jako k jedinému vědění, které stojí za to. Zřeklo se vědomí, hodnot, smyslu, záměrů, hloubky. A vypukla postmoderní vzpoura.

3.) Pravoruký individuální aspekt „TOTO“ (chování)

Kvadrant vpravo nahoře je projevem vývoje objektivních forem, je součástí standardní, objektivní vědecké mapy, která popisuje – opět se vzrůstající zralostí – vývoj od atomů, molekul, buněk k jednoduchým organismům až k složitějším organismům – plazům, ptákům až k lidem s komplexním trojdílným mozkem, který transcenduje a zahrnuje mozek předchůdců – skládá se z plazího mozkového kmene, z limbického systému paleosavců a z novinky – složitěho neokortexu, který je pravorukým protějškem levoruké schopnosti abstrakce až představové logiky.

Slova vyjadřující tento kvadrant: objektivita, pravda, korespondence,

reprezentace, výpověď, věda a technika, objektivní příroda, empirické formy (včetně mozku a společenských systémů)

Myslitelé a obory typičtí pro tento kvadrant: Skinner, Watson, Locke, fyzika, biologie, medicína

4.) Pravoruký kolektivní aspekt „TYTO“ (společnost-systém)

Kvadrant vpravo dole je projevem vývoje společnosti či sociálních systémů. Týká se všech vnějších, materiálních, institucionálních společenských forem – od technicko-ekonomické základny přes architektonické styly, písemné záznamy až po velikost populace. Jde o materiální základnu kulturního světónázoru. Popisuje podle dominujících výrobních prostředků pro danou epochu společenství sběračsko-loveckých kmenů, hortikulturálních vesnic, agrárních říší, industriálních států až informačních globálních federací.

Slova vyjadřující tento kvadrant: interobjektivita, funkční sladění, síť systémových teorií, strukturní funkcionalismus, soukolí sociálních systémů, věda a technika, objektivní příroda, empirické formy (včetně mozku a společenských systémů), výpovědní pravda (jedinečná pravda a funkční sladění)

Myslitelé a obory typičtí pro tento kvadrant: Parsons, Comte, Marx, Lenski, systémové teorie

Nyní je možné nastínit základní myšlenky knihy – uvedu je zjednodušeně jenom pro hrubou představu v bodech:



- Kosmos zahrnuje kosmos (fyziograféru), bios (biosféru), psýché = nús (noosféru) a theos (teosféru)
- Realita jako celek = Kosmos – je tvořena tzv. holony – celky, jež jsou částmi jiných celků (např. celé atomy jsou zároveň částmi celých molekul, jež jsou částmi celých buněk atd.)
- Čím větší hloubka holonu, tím větší je jeho stupeň vědomí (člověk vs. améba)
- Všechny holony mají hodnotu Podstaty – která je rovnocenná (např. existence atomu je stejně hodnotná jako existence člověka), pravou hodnotu = vyjadřující hodnotu celku, vlastní hloubky celku (např. člověk má vyšší pravou hodnotu než atom, má mnohem větší hloubku, větší stupeň vědomí a menší rozsah) a vnější hodnotu = vyjadřující částečnou hodnotu pro jiné celky (např. atom má vyšší vnější hodnotu než člověk – zničení všech atomů bude mít pro Kosmos mnohem větší následky než zničení všech primátů – menší hloubka, větší rozsah)
- S tím jsou spojeny i práva a povinnosti – se vzrůstající hloubkou přibývá práv, ale ruku v ruce s tím i povinností – kdo chce být celkem, musí být zároveň i částí čehokoli
- Holony mají tzv. holarchický (hierarchický) charakter – celý Kosmos je ze své podstaty hierarchický.
- Evoluce je proces neustálé transcendence (přesažení) a integrace (zahrnutí) (např. buňka transcenduje své molekulární komponenty, ale zároveň je zahrnuje).
- Žádný z kvadrantů – které jsou vyjádřením individuálních a kolektivních holonů – nelze redukovat na jiný – celistvý Kosmos bude vždy sestávat ze všech.
- Moderně se podařilo diferencovat (transcendence mytického světoprostoru v racionální) „já“, „my“ a „toto-tyto“ – což je podmínka pro možnost integrace (pozitiva „důstojnosti moderny“: demokracie, práva žen, ekologické vědy, zrušení otroctví...).
- Moderně se zatím nepodařilo integrovat „já“, „my“ a „toto-tyto“ a tyto oblasti jsou rozštěpené hlásající vlastní pravdy (které jsou jenom částečnými pravdami a není možné je považovat za celkové pravdy – obzvláště agresivní je věda, která redukuje veškeré „já“ a veškeré „my“ na „toto“ nebo – v trochu lepším případě - na „toto-tyto“).
- Tato integrace je úkolem postmoderny, přičemž je třeba být obezřetný, aby překonání negativních stránek moderny nešlo cestou regrese k magicko-mytické nerozlišenosti (středověk, např. upalování čarodějnic) nebo tzv. hrubého redukcionismu (redukce všeho na „toto“ – monologický atomismus) či jemného redukcionismu (redukce všeho na „toto-tyto“ – monologický holismus).
- Vnitřní vývoj vědomí člověka („já“) se děje přes tzv. „fáze obratu“ – autor jich popisuje 9, přičemž kulturní světónázor („my“) souvisí s tím, do jaké „fáze obratu“ se dostala většina populace (např. v racionálním popření Boha je více Ducha než v mytickém potvrzení Boha).
- Vyšší „fáze obratu“ (7, 8, 9) jsou transpersonální a hluboce duchovní.
- Evoluce je Bůh i Bohyně – transcendentní i imanentní proudy jsou důležité – a vývoj může pokračovat, jen když se místo vzájemného boje sjednotí.
- A mnoho dalšího...



Zdroj:

WILBER, Ken. *Stručná historie všeho*. Praha: Triton, 2010. Nové světy. ISBN 978-80-7387-307-3.

Do redakce přišlo: 3.8.2023

K tisku zařazeno 12.12.2023

Konflikt zájmů není znám

INFORMÁCIE O AUTOROVI

Jakub Medal^{1,2}

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

²Denní sanatorium Horní Palata, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nesypky 28, 15000, Praha 5, Česká republika

Kontaktná adresa:

MUDr. Bc. Jakub Medal

Institut sociálního zdraví OUSHI

Univerzita Palackého v Olomouci

Univerzitní 22

77111 Olomouc

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



POLITIKA, KONCEPCE



DOPORUČENÉ DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE

ČECH, Pavel, KRYL, Michal & STACKEOVÁ, Daniela. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče. Čas. Lék. čes. 2023; 162: 238-247. ISSN 0008-7335 (Print), ISSN 1805-4420 (Online)

Dostupné on-line na: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2023-6-1/doporucene-diagnosticke-a-terapeuticke-postupy-psychosomaticke-pece-135889>

V souvislosti se schválením kódu lékařského výkonu „psychosomatická intervence“ v roce 2023 vyvstala potřeba vytvoření doporučených postupů psychosomatické péče, která byla deklarována i zdravotními pojišťovnami jako nutná podmínka implementace kódu do praxe. Vedení výboru SPM tedy vytvořilo na základě tohoto požadavku text doporučených diagnostických a terapeutických postupů, který byl pojišťovnami akceptován, a následně jej publikovalo v Časopise lékařů českých.

Text se skládá ze tří částí. První, jejímž autorem je předseda SPM MUDr. Pavel Čech, popisuje doporučený pohyb psychosomatického pacienta v systému zdravotní péče vyplývající z organizace psychosomatické péče u nás. To je důležité nejen pro zdravotníky, ale i pro zdravotní pojišťovny, aby bylo zřejmé, co se v systému zdravotní péče děje s pacientem, který je indikován k psychosomatické péči, a jací odborníci a jakým způsobem se na ní mohou podílet. Autorem druhé části textu je místopředseda SPM MUDr. Michal Kryl a obsahuje popis



diagnostických kategorií v oblasti psychosomatické medicíny a s ní související diferenciální diagnostiku. Na ni navazuje třetí část textu, jejíž autorkou je vědecký sekretář SPM doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., a která popisuje základní diagnostické jednotky v oblasti psychosomatiky včetně reflexe změn a novinek, jež

přináší ICD-11, resp. MKN-11, jejíž implementace do naší praxe v současné době probíhá. V přílohách najdete příklady dotazníkových metod zaměřených na screening psychosomatických poruch.

D. Stackeová, 1.1.2024

NOVÝ DOPORUČENÝ POSTUP FUNKČNÍ A PERSISTENTNÍ TĚLESNÉ POTÍŽE: PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

Pacienti s déletrvajícím tělesným potížením, které neodpovídá nálezům běžných lékařských vyšetření, tvoří významnou část pacientů v ordinacích praktických lékařů a pro lékaře i pro celý zdravotně-sociální systém mohou být velmi zatěžující. Dle současných vědeckých poznatků a mezinárodních doporučených postupů je potřebné tyto pacienty co nejdříve identifikovat a přistupovat k nim se zvláštním důrazem na budování důvěry ve vztahu lékař-pacient a na důslednou aplikaci bio-psycho-sociálního přístupu k jejich stonání. Tento komplexní a v jádru lidský přístup k pacientům nazývají autoři tohoto doporučeného postupu (DP) „psychosomatický přístup“. Jisté představuje základy lékařského přístupu ke každému pacientovi nejen v primární péči, avšak u pacientů, kde běžné diagnostické metody medicíny nevysvětlují jejich potíže a běžná terapie se neseťká s žádaným efektem, je důsledný psychosomatický přístup nutností. A to nejen kvůli pacientům, nýbrž i pro lékaře samotné, kteří si osvojením psychosomatické praxe mohou ulevit od frustrace z chybějících výsledků svého odborného snažení a z neuspokojivé komunikace s nespokojenými pacienty. V roce 2015 vznikl první DP Společnosti všeobecného lékařství zaměřený na psychosomatické

potíže. Tento nový DP není pouhou aktualizací toho staršího. Své zaměření definuje mírně odlišně a také nabízí jiný pohled na problematiku funkčních a přetrvávajících tělesných potíží v souladu s aktuální světovou odbornou diskusí a dobrou praxí založenou na důkazech. V mnohých věcech se tedy tyto dva DP doplňují a praktický lékař může jistě využívat ke své praxi oba. Tento nový DP by měl však zároveň dle autorů k navigaci v problematice funkčních poruch a psychosomatického přístupu k tělesným potížím postačovat sám o sobě. Je jasné, že ne všechna doporučení budou realizovatelná ve všech regionech pro chybějící zastoupení psychosomatických a psychoterapeutických služeb. Optimální péči může také výrazně limitovat finanční dostupnost těchto odborných služeb. Autoři DP jsou přesvědčeni, že nejen zdravotní, ale i společenský a ekonomický dopad funkčních poruch a persistentních tělesných symptomů je obrovský (Rask et al., 2017) a vyžaduje urychlené zvýšení dostupnosti psychosomatické zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Této změny může být dosaženo pouze při neustálém tlaku ze strany patientské i odborné veřejnosti na politiky a zdravotní pojišťovny a také na vzdělávací instituce. Celý text je ke stažení na:



<https://www.svl.cz/doporucene-postupy/doporucene-postupy-pro-pl-zpracovane-od-2023/>

MUDr. Martin Seifert (Text převzat z úvodu doporučeného postupu)

CENA VÝBORU SPM ČLS ZA NEJLEPŠÍ VĚDECKOU PRÁCI V OBLASTI PSYCHOSOMATIKY ZA ROKY 2022 A 2023

Jedním z cílů SPM ČLS JEP je podpora odborného zázemí a vědeckého výzkumu v oblasti psychosomatiky, proto se její výbor rozhodl ocenit nejlepší odbornou práci vždy za uplynulé dva kalendářní roky.

Oceněny budou především ty práce, které zásadním způsobem rozvíjejí poznání v oblasti psychosomatické medicíny, a to jak práce vědecké, tak práce s významným praktickým dopadem.

Cena bude udělena ve **dvou kategoriích**, a to

1. **vysokoškolské kvalifikační práce** (bakalářská, diplomová, rigorózní, disertační či habilitační práce).
2. **jiné odborné publikace** (odborný článek, odborná monografie, kapitola v odborné monografii, články v odborných časopisech apod.).

Nominace na oceněné práce za roky 2022 a 2023 posílejte nejpozději do 31.3. 2024 na e-mail SPM info@psychosomatika-cls.cz

V nominaci uveďte autora či autorský tým, jeho afiliaci, odkaz na dílo, pokud je dostupné na internetu, případně jej přiložte k mailu, pokud na internetu dostupné není. Práce může nominovat člen i nečlen SPM.

Autoři oceněných prací obdrží **finanční podporu 5000 Kč** (v případě, že autor práce je více než jeden, cenu převezme hlavní, tedy první autor práce, který rozdělí finanční ocenění mezi autorský tým).

Výsledky budou vyhlášeny na 20. psychosomatické konferenci konané 20. – 22. 6. 2024 v Liberci.

Výbor SPM ČLS se bude těšit na všechny vaše práce.



VÝPRODEJ MONOGRAFIE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA 2020: NÁSTROJE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

(kolektiv 12 autorů), knihu vydala VŠTVS Palestra



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

Kapitoly:

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

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

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

Monografie vychází péčí doc. Stackeové z Vysoké školy tělesné výchovy a sportu PALESTRA jako editorky a Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, která vydání



prostřednictvím Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci finančně umožnila. Kapitoly jednotlivých autorů byly plánovány jako příspěvky na 18. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, která nemohla být kvůli pandemii uskutečněna.

Objednávky: sekretariát SPM ČLS JEP

Mgr. Katarína Kubíková, tel. 601 594 293, email: katarina.kubikova@tulsia-clinic.cz

PRAVIDLA A CENÍK INZERCE SPM ČLS JEP

Pravidla platná od 13. 06. 2023

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

Ceník:

1. kategorie – INFORMAČNÍ INZERCE PRO ČLENY SPM

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

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

Texty

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



- Kategorie – INFORMAČNÍ INZERCE PRO OSTATNÍ

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

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

Texty

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

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

Kontaktní osoba:

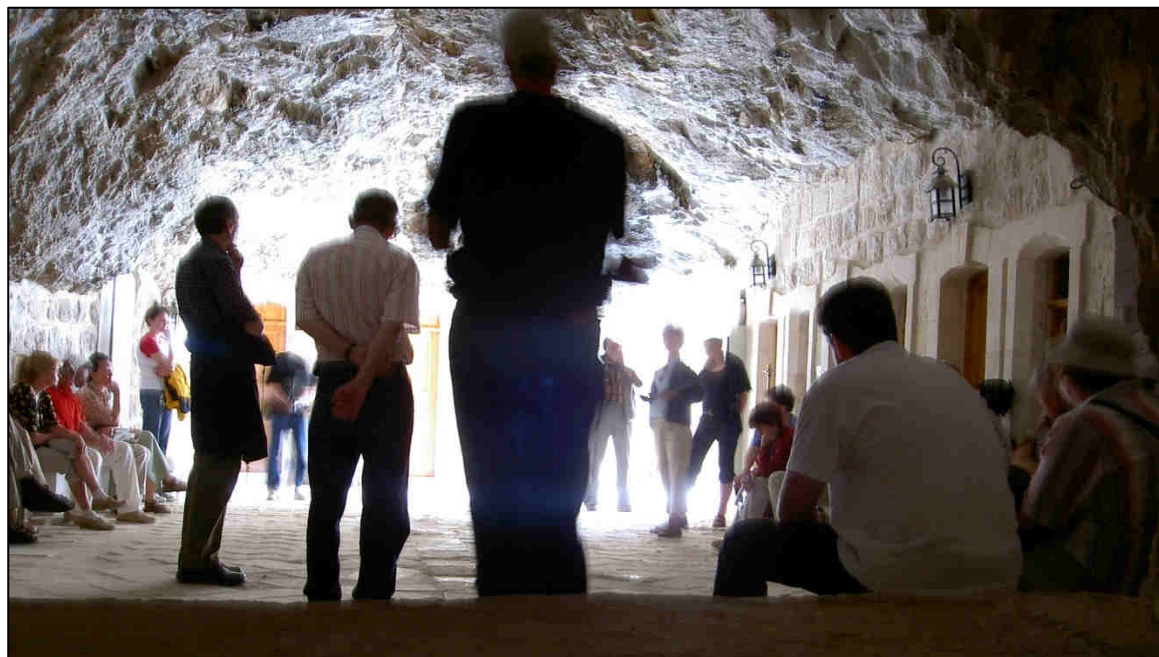
Mgr. Katarína Kubíková – sekretariát SPM ČLS

Tel. +420 601 594 293

Email: info@psychosomatika-cls.cz



AKCE



AKCE S PSYCHOSOMATICKOU TĚMATIKOU

Zde jsou uvedeny jen některé zásadní akce. Více informací najde zájemce na stránkách odborné společnosti SPM ČLS JEP (www.psychosomatika-cls.cz)



POZVÁNKA DO DOBŘICHOVIC NA 14. PSYCHOSOMATICKOU KONFERENCI

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

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

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

Naši tradiční psychosomatickou konferenci pro rok 2024 věnujeme tématu transgender. Proběhne v CKP Dobřichovice 27. 1. 2024. Uděláme ji malou pouze v prezenčním formátu. Chceme vytvořit bezpečné prostředí pro sdílení různých pohledů, příběhů, zkušeností, postojů a názorů, které se tématu transgender týkají. Na seznamu přednášejících a vedoucích workshopů pracujeme. Plánujeme přehledovou přednášku, plánujeme přizvat lékaře, fyzioterapeuty, psychology, právničku, člověka, který prošel tranzicí aj. Vše postupně najdete na našich webových stránkách <https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminare/rubrika/pro-odborniky/>. Jako každý rok se budeme těšit na vaši účast.

Marta Lebedová,

Vedoucí kurzů CKP Dobřichovice



POZVÁNKA - 20. PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE, 20. – 22. 6. 2024, LIBEREC

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí přátelé české psychosomatiky,

s počátkem roku 2024 dochází k historickému okamžiku zakotvení psychosomatické péče do českého zdravotnictví. Kód lékařského výkonu „psychosomatická intervence“ byl oficiálně uznán zdravotními pojišťovnami.

Tato významná událost nás logicky vede k zamyšlení nad dalším směřováním psychosomatické péče v ČR. Z tohoto důvodu jsme jako hlavní téma 20. ročníku Psychosomatické konference konané ve dnech 20. – 22. 6. 2024 v prostorách Technické univerzity v Liberci zvolili otázku „Kam kráčíš, česká psychosomatiko?“

Dovolujeme si vás srdečně pozvat na toto mezioborové setkání lékařů, kteří rozvíjejí bio-psycho-sociální přístup v klinické i akademické medicíně, stejně jako dalších odborníků podílejících se na psychosomatické péči, jako jsou psychologové, psychoterapeuti, fyzioterapeuti atd. Stejně tak vítáme výzkumníky a reprezentanty různých oborů, kteří přispívají k našemu porozumění zdraví, nemoci a možnostem léčby.

Věříme, že toto třídní setkání v přátelské atmosféře pro vás bude přínosné, příjemné a obohacující. Přednášky doplní řada praktických workshopů i večerní společenský program.

*Těšíme se na osobní setkání v Liberci.
Za výbor SPM předseda MUDr. Pavel Čech*

Aktuální informace a přihlášky on-line jsou k dispozici na stránkách konference.
<https://psychosomatika-konference.cz>

Rezervujte si své místo [ZDE](#)
Rezervace místa je možná na celou konferenci i jednotlivé dny. Pro přihlášení prosím vyplňte přihlašovací formulář.

Registrace k aktivní účasti: [ZDE pro přihlášení Vaší přednášky, nebo workshopu](#)
Registraci k aktivní účasti zašlete nejpozději **do 15. 3. 2024.**

I. informace v PDF: [ZDE](#)

Těšíme se na setkání s Vámi v Liberci.

**Sekretariát sympozia, informace:
Bc. Květuše Petáková**



Tel.: +420 475 214 224
E-mail: petakova@bos-congress.cz

Registrační oddělení:

Tel.: +420 475 531 098
E-mail: info@bos-congress.cz

BOS.org s.r.o.

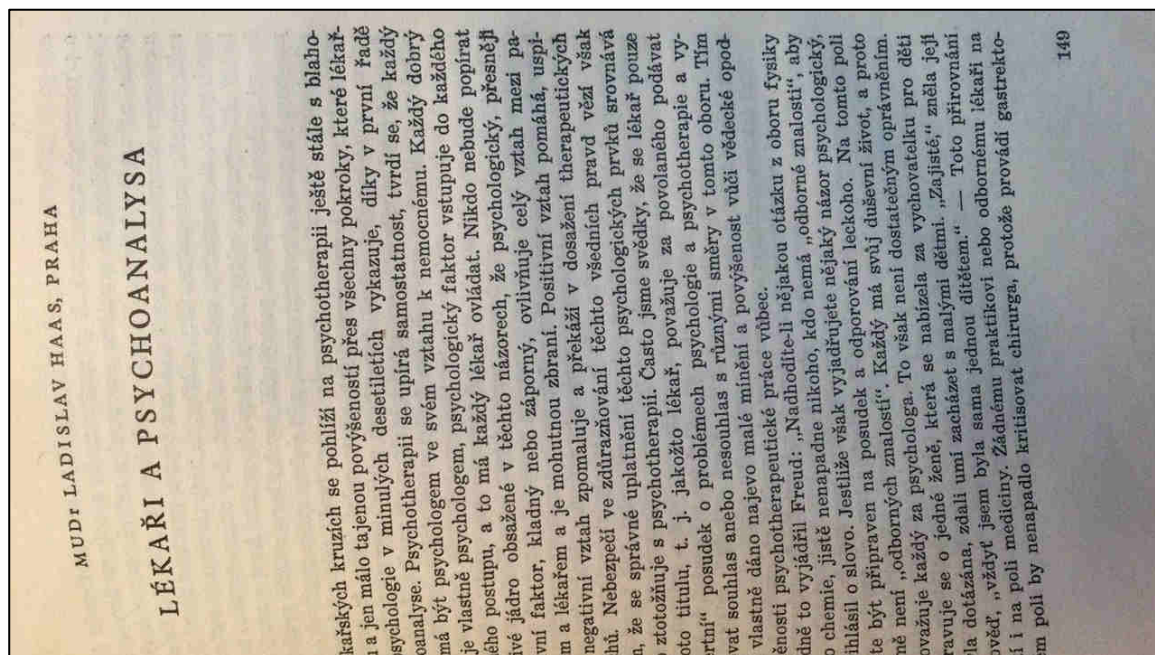
Kekulova 615/38
400 01 Ústí nad Labem
www.bos-congress.cz

<https://psychosomatika-konference.cz>

Firma BOS. org s.r.o. je zapsána u Krajského soudu v Ústí nad Labem, oddíl C, vložka 9733, IČ: 64049876, DIČ:
CZ64049876.



LITERÁRNÍ KOUTEK



MUDR. LADISLAV HAAS: LÉKAŘI A PSYCHOSOMATIKA

Haas, L. (1948). Lékaři a psychoanalýza. Sborník psychoanalytických prací 1948. Ročenka společnosti pro studium psychoanalýzy v Praze. Praha: Máj: 149–152

V lékařských kruzích se pohlíží na psychotherapii ještě stále s blahovolnou a jen málo tajenou povýšeností přes všechny pokroky, které lékařská psychologie v minulých desetiletích vykazuje, v první řadě díky psychoanalýze. Psychotherapii se upírá samostatnost, tvrdí se, že každý lékař má být psychologem ve svém vztahu k nemocnému. Každý dobrý lékař je vlastně psychologem, psychologický faktor vstupuje do každého léčebného postupu, a to má každý lékař ovládat. Nikdo nebude popírat pravdivé jádro obsažené v těchto názorech, že psychologický, přesněji afektivní faktor, kladný nebo záporný, ovlivňuje celý vztah mezi pacientem a lékařem a je mohutnou zbraní. Pozitivní vztah pomáhá, uspišuje, negativní vztah zpomaluje a překáží v dosažení

therapeutických úspěchů. Nebezpečí ve zdůrazňování ve zdůrazňování těchto všedních pravd vězí však v tom, že se správné uplatnění těchto psychologických prvků srovnává nebo ztotožňuje s psychotherapií. Často jsme svědky, že se lékař pouze z tohoto titulu, tj. jakožto lékař, považuje za povoláného podávat „expertní“ posudek o problémech psychologie a psychotherapie a vyjadřovat souhlas anebo nesouhlas s různými směry v tomto oboru. Tím už je vlastně dáno najevo malé jínění a povýšenost vůči vědecké opodstatněnosti psychotherapeutické práce vůbec.

Pádně to vyjádřil Freud: „*Nadhodíte-li nějakou otázku z oboru fyziky anebo chemie, jistě nenapadne nikoho, kdo nemá „odborné znalosti“, aby se přihlásil o*



slovo. Jestliže však vyjadřujete nějaký názor psychologický, musíte být připraven na posudek a odporování leckoho. Na tomto poli zřejmě není „odborných znalostí“. Každý má svůj duševní život, a proto se považuje každý za psychologa. To však není dostatečným oprávněním. Vypravuje se o jedné ženě, která se nabízel za vychovatelku pro děti a byla dotázána, zdali umí zacházet s malými dětmi. „Zajisté“, zněla její odpověď, vždyť jsem byla sama jednou dítětem.“ – Toto přirovnání platí i na poli medicíny. Žádnému praktikovi nebo odbornému lékaři na jiném poli by nenapadlo kritizovat chirurga, protože provádí gastrektomii podle Billrotha, a ne podle jiné techniky. Jenom odborníci diskutují o přednostech a nevýhodách chirurgie neb o roentgenoterapie gliomů. Neodborník přizná, že problému nerozumí a uctivě naslouchá výkladům svého kolegy. Na poli psychologie se však cítí ihned doma a schopen samostatného úsudku. A což teprve psychoanalýza! Na ni se může zaútočit jménem morálky, ethiky, ta hází všechno do pytle sexuální, pro ni nic neexistuje než sexualita. A v otázce sexuální se teprve cítí každý expertem, vždyť každý má svůj sexuální život a mluví ze zkušenosti. Takový vševědoucí postoj vůči psychotherapeutické problematice, jak jsme jej právě charakterizovali, měl ovšem velice nepříznivý vliv na vývoj nejen vlastní psychotherapie, nýbrž brzdil také plné pochopení pathogenesy celé řady somatických onemocnění, jako je bronchiální astma, žaludeční vřed, různé dyspeptické potíže, hyperthyreosa a řada jiných. I když se připustí psychologický faktor při vzniku těchto nemocí, odbyl se a odbyvá se sumárně jako funkcionální složka, psychická nadstavba pod. K vlastnímu obsahu této psychologické složky se nepřihlíží, a proto se také nezíská skutečné pochopení pro vztahy a souvislosti mezi

psychologickým obsahem a somatickými jevy. Teprve v poslední době se věnuje těmto otázkám v Americe soustavná pozornost a ta vedla ke vzniku zvláštního pracovního směru psychosomatické medicíny, která se rozvíjí plánovitou spoluprací zejména internistů s lékařskými psychology. Nepřekvapuje, že tento směr je psychoanalyticky orientován a vedl k obohacení interní medicíny jak s theoretického, tak i praktického hlediska a byl ovšem také pln podnětů pro psychoanalýzu samotnou. Psychosomatická medicína se však nemůže rozvinout a uplatnit při postoji „dobrý lékař-dobrý psycholog“, nýbrž jen při uznání, že klinická psychologie a psychoanalýza jsou obory, které vyžadují zvláštní průpravy, odpovídající složité struktuře psychického dění.

Titul doktora medicinae universae jest sice zvučný, ale erudice a kvalifikace, která se za tímto titulem skrývá, má daleko do universálnosti a na poli psychologické medicíny zůstává jeho držitel vědomostmi nezatížen, zato obrněn předsudky. Zejména nezaručuje kvalifikace doktora veškerého lékařství jakékoliv znalosti o tom, co psychoanalýza objevila, její dynamické pojetí duševních pochodů, její topickou theorii duševní struktury, výklad snů, hlubší chápání mythologie, antropologie, sociologie, literatury, kromě ovšem, také nového základu, který dala celé sexuologii. Marně bychom za těchto okolností dokazovali, že moderní psychiatrii a psychologii nelze si představit bez objevů psychoanalýzy. Běžná lékařská výchova se však prostě přenáší přes celé epochální životní dílo geniálního zakladatele Zigmunda Freuda a jeho školy.

Tak se mohlo stát, že se nedávno zase jednou vytáhla stará zbraň (značně již zrezivělá) proti psychoanalýze a byla

¹ Proloženě red.



pozoruhodná jedině tím, že se nazývala „ethikoterapií“. Ta je povolána potírat kohabitothterapii, kterou prý psychoanalýza doporučuje! A tak jsme byli svědky, jak reagovala laická lékařská veřejnost na článek dr. B. Dosužkova „O úzkostné neurose“, uveřejněný v Praktickém lékaři ve dvou prosincových číslech r. 1946. Dr. B. Dosužkov projednává ve svém článku otázku aktuálních neuros, u kterých psychoanalýza není indikována, proto psychoneurosám, doméně to psychoanalýzy. Dr. Dosužkov poukazoval ve svém článku na ethiologický faktor úzkostné neurosy – pohlavní dráždění bez ukojení – vylíčil osud 5 pacientů, z nichž 4, kteří změnili tyto špatné sexuální praktiky v normální coitus, se uzdravili, jeden však, který ve svém manželství setrval při koitu interuptu, zůstal nadále nemocen.

Praktický lékař z Mirotic dr. F. Brunclík vystoupil v Praktickém lékaři s diskusí o nemravnosti „kohabitothérapie“ a ve svých mravokárných člancích nešetřil ani psychoanalýzy. Dospěl dokonce k tomu, že prohlásil „freudovskou psychoanalýzu“ za nemravnou, a žádal v psychologické praxi uplatnění jakési náboženské ethikoterapie.

Zůstává záhadou, oč se dr. Brunclík při svých výtkách proti dr. Dosužkovovi opírá. Psychoanalýze vytýkati, že je zastánkyní „kohabitothérapie“, svědčí o neznalosti její podstaty a jejího obsahu. V psychoanalýze je takový nesmyslný pojem jako je kohabitothérapie úplně neznámý a jejími zásadami neslučitelný. Pro psychoanalýzu kohabitace není terapeutickým prostředkem. Psychoanalýza pohlíží na uspokojivou sexuální činnost jako na důležitý znak duševního zdraví a tam, kde schází, pokládá její dosažení za cíl terapie. Jestliže se však může někomu vytýkat právem, že uplatňuje „kohabitothterapii“, je to právě ta stará „osvědčená“ školní psychotherapie. Kdo jiný, než známý rodinný lékař-

psycholog doporučuje matce, která si stěžuje na nervositu dcery, aby si z toho nic nedělala, až se provdá, že to ztratí?

Jak často slyšíme od inteligentních neurotiků, jejichž hlavní symptomy jsou nutkavé stavy, úzkost ze společnosti a neschopnost navázat vztahy k ženě, že jim nervový lékař radil, aby chodili do společnosti a aby se oženil. Není právě to kohabitothérapie nejčistšího zrna? Jak hluboce je ve školní medicíně zakotven takový postoj k hysterii, je nejlépe znázorněno anekdotickým sdělením Freudovým v jeho stati „K dějinám psychanalytického hnutí“. Vypravuje v něm, jak známý vídeňský gynekolog profesor Chrobak mu svěřil k léčení hysterickou pacientku, o které řekl, že její nemoc se zakládá na impotenci manžela a pro kterou podle jeho názoru by byl nejlepší léčbou předpis:

Rp: Penis normalis
 Dosim
 Repetatur!

Tuto příhodu vypravuje Freud vlastně jako důkaz pro to, že dobří pozorovatelé klasické školní medicíny již dávno vystihli význam sexuálního faktoru pro ethiologii neuros. Tato anekdota je však také příkladem pro jadernou resolutnost, se kterou právě tito představitelé školní medicíny se přenášejí přes složité duševní mechanismy neuros a typickým způsobem radí právě k tomu, co chybí, a co teprve plné duševní zdraví může zajistit, totiž k pohlavnímu styku a k manželovi.

V praxi jsou tedy zastánci „kohabitothérapie“ nejčastěji právě ti, kteří to psychoanalýze neprávem a s morálním rozhořčením vytýkají. Je to výraz nepromyšlených názorů autisticky nedisciplinovaného myšlení, jak na to Bleuler v medicíně v četných případech poukazoval, a příspěvky pana dr. Brunclíka jsou jen dalším a neposledním příkladem.



Pojem a představa nějaké etikoterapie je také produktem nedisciplinovaného myšlení. Uvažme: etikoterapie má pomoci neurotikovi, který trpí konfliktem mezi požadavky své pudovosti a vlastními morálními zábránami a to tím, že mu zdůrazňuje ethické požadavky. Je to však právě vlastní ethika nemocného, která mu znemožňuje řešit svůj konflikt. Tento konflikt chce etikoterapie rozřešit tím, že zvětšuje morální nároky pacienta, zostřuje napětí mezi jeho pudovostí a svědomím a tím zvětšuje pocity viny.

Nelogičnost a beznadějnost takového počinání je na bílé dni.

Psychoanalýza není ovšem etikoterapií v tomto smyslu, její léčebnou metodou je právě analýza, rozbor a rozpoznávání dynamiky duševních pochodů v každém individuálním případě. Uvědomování a vyřešení vytěsněných pathogenních duševních komplexů (zážitků a afektů) umožňuje vytváření harmonie mezi požadavky pudovosti a požadavky reality, tj. také požadavky sociálními a ethickými.



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>

