

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkín 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 1-2/2020 dne 30.6.2020, recenzní řízení bylo uzavřeno 15.6.2020

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. 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>

Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 zařadila Psychosom do [Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)

Vychází 4× ročně

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

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

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, 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
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D. Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha
MUDr. Alena Večeřová-Procházková, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

OBSAH

<i>Obsah</i>	1
Editorial	3
<i>Vladislav Chvála: Koronavirové zastavení</i>	3
Pro praxi	5
<i>Radkin Honzák: Dráždivý tračník a emocionalita. Pocta Jaroslavu Zaorálkovi</i>	5
<i>Jaroslav Zaorálek: Psychosomatika v lidovém rčení</i>	12
Teorie	14
<i>Klára Čížková: TĚLO – POHYB – KRAJINA</i>	14
<i>Lucia Mazúchová, Simona Kelčíková, Linda Štofaničková: Psychosociálna podpora rodičkám počas pôrodu zo strany pôrodných asistentiek</i>	24
<i>Radkin Honzák: Novinky ze světa mikroutů</i>	32
Reflexe	35
<i>Vladislav Chvála: Kdo vypustil džina genderismu?</i>	35
<i>Honzák R, Krekulová L: Choroby počestné a nectné, pacienti milí a ti druzí</i>	45
<i>Jan Poněšický: Primát interakce a subjektivity terapeuta v psychoterapii</i>	48
Očima pacientů	52
<i>Petra Fojtíková: Transplantace střevní mikro-flóry mě vyléčila z depresí</i>	52
Recenze	61
<i>Ludmila Trapková: Walt Heyer: Odvrácená tvář transgenderu</i>	61
<i>Radkin Honzák: Julia Shawová ZLO</i>	64
Společenská rubrika	66
<i>Rozhovor s prof. MUDr. Jožo Hašto, Ph.D.</i>	66
<i>Vladislav Chvála: Kouzlo nenápadnosti</i>	69
<i>Radkin Honzák: Odešel Vašek Jirásek</i>	72
Akce, nabídky	73
<i>Systematický výcvik v KIP</i>	73
<i>Kurzy IPOP (Institut na proces orientované psychoterapie)</i>	73
<i>REVUE PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU</i>	75



Vychází.....	77
<i>Rüegg, Johann Caspar: Mozek, duše a tělo.....</i>	<i>77</i>
<i>Velká pochvala pre Louisa Bregera za knihu FREUD "Důležitý prínos.".....</i>	<i>78</i>
<i>Louis Breger: Dostojevskij Autor ako psychoanalytik.....</i>	<i>79</i>
<i>Sháníte DSM- V? Vyšlo v nakladateství- F.....</i>	<i>80</i>
<i>Psychologie učení.....</i>	<i>81</i>
<i>Pierre Morin: Big Medicine.....</i>	<i>82</i>
Literární koutek.....	84
<i>Radkin Honzák: Stabilní jistoty.....</i>	<i>84</i>



EDITORIAL



VLADISLAV CHVÁLA: KORONAVIROVÉ ZASTAVENÍ

Zastavilo se všechno. Školy, podniky, obchody, kina, divadla, koncerty, auta, letadla, akce o více než sto, pak třicet, a nakonec ani dva se neměli potkat. Svatby zakázány, (pohřby povoleny), zavřené hranice a někde celá města. Chyběly roušky, dezinfekce, respirátory, nemocnice, někde došly i rakve. Pandemie prověřovala schopnosti šéfů vlád vládnout, kompetenci kompetentních a trpělivost trpících. Ještě před nedávnem nepředstavitelné. Ta rychlost, s jakou přestala letadla křičovat naše nebe, byla ohromující. Zrušili jsme připravenou 18. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci. Kdyby se nebyl svět zastavil, právě dnes by konference končila a rozjížděli bychom se do svých domovů posílení ve svém odhodlání prosadit bio-psycho-sociální přístup v naší medicíně. Teď se budeme muset bez téhle vzájemné podpory obejít další rok do odložené konference. A co horšího: Zastavilo se i vydávání Psychosomu. Proto vychází až teď dvojčíslo, které držíte v ruce nebo čtete na webu.

Když přešel první úlek, a z kalendáře zmizelo plno najednou zcela postradatelných akcí, jaká to byla úleva! Tak tolik toho děláme zbytečné? Navíc? Svět se roztácel do nesnesitelných obrátek, pracovní čas se smíchal s osobním, chronos s kairosem, a kdyby se neobjevil koronavirus, kdoví, kde by to skončilo. Není jisté, zda to povede k opravdové změně. Ale to teprve uvidíme. Možná zpomalíme, zchudneme, třeba se spokojíme s málem. Chvilí se zdálo, že se lidé vrací k faktům, volají po jasných číslech, výzkumech, cestách, jak se dostat z ohrožení nikoli jen fantaziováním a plkáním, ale skrze skutečná fakta. Jako by se vraceli znovu k vědě jako autoritě vědění. Zesílila ovšem i propaganda totalitních systémů, takže výsledek je nejistý.

Co tedy vydala tato doba pro naše čtenáře? Radkin je bezkonkurenčně nejproduktivnější autor Psychosomu. Dokazuje to v tomto čísle, kde jej představujeme dokonce jako básníka v Literárním koutku! Svou seriózní práci *Dráždivý tračník a emocionalita* věnoval

památce Jaroslava Zaorálka a Psychosomu už v létě 2019. Víme, že poslední dobou se Honzák věnuje, kromě svého kabinetu v České televizi, také střevnímu obsahu, mikroutům, jak jim říká. Nejspíš v tomto tématu dobře čuje přínos pro psychosomatiku, která se vyvíjí snad příliš psychoterapeutickým směrem. Novinky z této oblasti shrnuje v krátkém přehledu i v tomto čísle. Upozornil nás také na text paní Petry Fojtkové, která sama na sobě vyzkoušela přenos střevní mikroflóry od dárce jako léčbu svých dlouhodobých potíží. Už delší dobu uvažujeme o publikaci zkušeností pacientů z léčby. Tady se naskytla příležitost, protože paní Fojtková poctivě prošla jak psychiatrickou farmakoterapií, tak psychoterapií u psycholožky, ale vyzkoušela i alternativní léčbu tzv. „biorezonancí“. Svou zkušenost umí dobře reflektovat, a proto nám text, z něhož publikujeme ukázky, připadá cenný. Nejcenější je ale její zkušenost s přenosem střevní mikroflóry, kterou si nakonec sama zorganizovala. Je to také svědectví, jak se z původně nepřijatelné metody stává pomalu byznys, ve kterém se dá dobře vydělat i na tom, co většina z nás považuje za pouhé nic, náš biologický odpad.

V oddíle Teorie najde čtenář publikaci Kláry Čížkové Tělo – pohyb – krajina, která se věnuje taneční terapii v přírodě. Cenný text vyšel v německém sborníku, takže díky překladu autorky a svolení německé redakce jej předkládáme také našim čtenářům. Slovenské autorky Mazúchová, Kelčíková a Štofániková se věnují tématu, které bylo dlouho u nás hlavní náplní psychosomatiky – psychosociální podpoře rodiček v porodnici. V přehledné práci se mohou pamětníci přesvědčit, jak a kam se věda v této oblasti za ta léta vyvíjela.

Pokud se těšíte na texty v Reflexích, jsou tady tentokrát tři. Honzák s kolegyní Krekulovou se věnují problému předsudečného

posuzování nemocných podle druhu onemocnění. Vztahu lékaře a pacienta se věnuje i Poněšického text Primát interakce a subjektivity, ve kterém autor shrnuje užitečné postřehy ze své celoživotní terapeutické praxe. Jde o doplněný text poslední kapitoly z autorovy knihy „Proces změny v dynamické psychoterapii“ (Praha, Triton 2019).

Psychosom se drží stále svého kréda nezávislosti na podnikatelích v medicíně i na programech různých ideologických a aktivistických skupin, takříkajíc na hraně přežití. Nechceme být čímsi jako samizdatem zdravotnického undergroundu, i když tak někdy vypadáme. Poslední text v Reflexích se týká stále kontroverznějšího tématu transgenderu. Text, který uveřejňujeme, byl určen původně pro Vesmír, kde byl jako kontroverzní sice přijat, ale nakonec neuveřejněn. I když jde z hlediska zdravotního o okrajové téma vzhledem k počtu skutečných transsexuálů, nebývalé hýbe společností. Navíc je málo symptomů, které by tak silně vyžadovaly bio-psycho-sociální přístup, jako jsou poruchy sexuální identity. A to znamená vysokou míru spolupráce mezi odborníky všech tří od sebe oddělených vědních oblastí. Proto se mu budeme nejspíš i v budoucnosti věnovat na našich stránkách časopisu psychosomatické a psychoterapeutické medicíny. V Kryštofově Údolí 30. 5. 2020

V. Chvála



PRO PRAXI



OBRÁZEK 1: MUDR. Z.VLAČIHOVÁ A MUDR. R.HONZÁK, FOTO: V.CHVÁLA

RADKIN HONZÁK: DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK A EMOCIONALITA. *Pocta Jaroslavu Zaorálkovi*

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze, přednosta doc. MUDr. B. Seifert, Ph.D.
Nefrologická klinika IKEM, přednosta prof. MUDr. O. Viklický, Ph.D.

SOUHRN: HONZÁK R.: DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK A EMOCIONALITA. PSYCHOSOM 2020; 19 (1-2), S. 5-11

Kazuistika muže trpícího obtížemi typu dráždivého tračníku v zátěžových situacích. (Chapman, 2011) Psychoterapie zaměřená na ovlivnění vegetativního systému relaxací a přestavbu miniscénáře „musíš být dokonalý“ podle metod transakční analýzy a farmakoterapie nízkou dávkou amitriptylinu vedly k rychlému ústupu příznaků a návratu k fyziologickému stavu do tří měsíců.

KLÍČOVÁ SLOVA: dráždivý tračník - autogenní trénink - miniscénář - amitriptylin



SUMMARY: HONZÁK R.: IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND EMOTIONS. PSYCHOSOM 1-2/2020, PP.5-11

Case presentation of man suffering from IBS in stressful situations. Brief psychotherapy oriented to relaxation training and restructuralization of miniscript "be perfect" by methods of transactional analysis and pharmacotherapy by low dose of tricyclic antidepressant amitriptyline led to normalization of GIT functions within three months.

KEY WORDS: Irritable bowel syndrome - vegetative training - miniscript - amitriptyline

PREAMBULE

Jaroslav Zaorálek, 1896–1947, vynikající překladatel, seznámil v krátkém časovém intervalu, který mu zde byl osudem poskytnut, českou veřejnost s rozsáhlou částí francouzské literatury a také s dalšími díly italskými a španělskými, pro mě je ale především autorem publikace Lidová rčení, o níž sám netušil, jak hodnotnou psychosomatickou učebnicí pořídil. Proto tuhle krátkou kazuistiku s úctou a s díky připisuji jemu.

ÚVOD

Dráždivý tračník je syndrom vyznačující se poruchou motility GIT, zvýšenou bolestivostí, poruchou sekrece s často změněnou konzistencí stolice. Z hlediska symptomatologie se liší pacienti trpící průjmy od těch, kteří trpí zácpou a od převážně bolestivých projevů, z hlediska patogeneze jsou dva základní typy: bottom-up vesměs postinfekční, kdy do patogeneze přistupují postinfekční změny sliznice a top-down s mnohvrstevnou patogenezí (Lukáš M.: Syndrom dráždivého tračníku. Interní Med, 20079 (12):544-547).

Pacienti trpící postinfekčním dráždivým tračníkem vzniklým mechanismem bottom-up vykazují především významnou neuroimunitní odpověď. Příčinou změn střevní motility i bolesti se zdá být zánět svaloviny vyvolaný žírnými buňkami; z rizikových faktorů pro dlouhodobější přetrvávání obtíží jsou významné: ženské pohlaví, psychosociální stres, kouření, čerstvé závažné životní události a neurotické rysy. (Wouters, 2011)

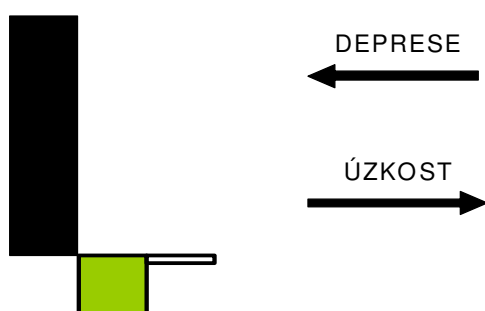
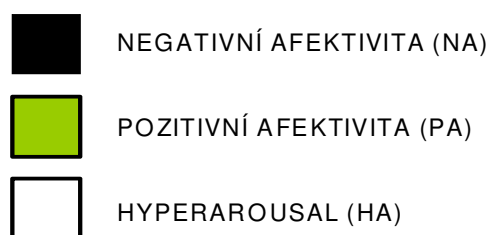
U dalších osob trpících dráždivým tračníkem typu top-down se nicméně také předpokládají určité somatické odchylky. Jsou to především genetické faktory, jak potvrzují studie na dvojčatech, dieta a záněť nízké intenzity. Tyto faktory ovlivňují střevní endokrinní buňky, jejichž denzita je u těchto pacientů snížena. Jejich abnormality pak mohou vysvětlit viscerální hypersenzitivitu, narušenou střevní motilitu i abnormální střevní sekreci. (El-Salhy, 2015) Co se týká střevního mikrobiomu, jsou potvrzovány odchylky ve smyslu převahy Firmicutes nad Bacteroides, specifické změny ukazující konkrétně na kauzální vliv některých bakterií ale prokázány nebyly. (Sung Noh Hong, 2014) Vlivy emocí jsou prokazovány u obou typů. (Muscatello, 2014)

Že emoce jsou tělesné děje, věděla lidová moudrost a umělci mnohem dřív než věda, která to často, ba většinou, nebere ve svých teoretických koncepcích a praktických aplikacích a výstupech na vědomí dodnes. Nicméně bez ohledu na oficiální školskou medicínu bádání v této oblasti



pokračuje dál a jednou ze zajímavých hypotéz o vlivu emocionality na některé zdravotní problémy je teorie o působení pozitivní afektivity (PA) a negativní afektivity (NA) na celkový psychosomatický stav.

V obecné rovině můžeme emoce kótovat na třech osách: nabuzení – útlum,

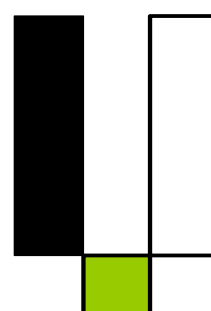


K těmto dvěma faktorům se v posledních letech připojuje třetí, označený v angličtině jako hyperarousal (HA), tedy extrémně zvýšené nabuzení. Setkáváme se s tímto konceptem u lidí s diagnózou deprese a úzkostné poruchy. Úzkostní pacienti mají vysoké skóre NA i HA, zatímco depresivní také vysoké hodnoty NA, ale negativní PA (tedy nulové HA).

Emoce se může vynořit a zase vymizet (state), a pak je zajímavé, jaký práh je dostatečný k jejímu vyvolání, jaká je mohutnost emoční odpovědi, doba potřebná k dosažení vrcholu, smysl té emoce pro řešení problému a doba trvání emoční vlny do jejího úplného odeznění. Emoční nastavení ale může být, a také bývá, dlouhodobou součástí až téměř trvalým rysem

přiblížení – oddálení a soupeření – spolupráce. V oscilaci mezi nabuzením a útlumem máme tendenci nedosahovat pomyslného aritmetického středu, ale odchylovat se od něj spíše k oblasti nabuzení, kde se cítíme čilí, živí, akční, kompetentní a schopní. Také větší blízkost a větší míra spolupráce jsou vnímány jako příjemnější, a tedy také žádoucí.

DEPRESE A ÚZKOST Z POHLEDU PA, NA a HA



osobnostní výbavy (trait), a pak pochopitelně emoční nastavení s aktivací a útlumem různých systémů působí dlouhodobě na organismus a na jeho kondici.

Pozitivní afektivita (PA) a negativní afektivita (NA) nejsou míněny jako dva extrémní protipóly jednoho kontinua, ale jako samostatné konstrukty, na jejichž generování se podílejí jiné mozkové struktury. PA se vyznačuje emocemi radosti, entuziasmu, štěstí, mentální čilostí, pocitem energie a výraznou motivací k aktivnímu životnímu stylu. Při něm je pozorována aktivace v přední oblasti levého frontálního laloku. Jeho nedostatek se projevuje útlumem a pocitem únavy. Negativní afektivitu (NA) charakterizují emoce distresu, smutku, zlosti, odporu,



frustrace, viny, ustrašenosti a deprese. Pokud se manifestně projevuje, aktivuje se přední část pravého frontálního laloku. Tyto stavy se projevují nejen v CNS, ale také v systému imunity, kdy NA je doprovázena vyššími koncentracemi prozánětlivých cytokinů (IL-6, TNF) a dalších prozánětlivých působků (C-reaktivní protein) a poklesem protizánětlivého IL-10. V běžné praxi se do značné míry překrývá s charakteristikami D-osobnosti a neuroticismu z Velké pětky (Big Five), která je považována za inventář intrapersonálně stabilních charakteristik pravděpodobně biologicky podmíněných.

Neuroticismus sdružuje negativní emotivní ladění: úzkostnost, depresivitu a hostilitu, vysokou reaktivitu a pohotovost k fyziologickým změnám a emoční nestabilitu, snadnou zranitelnost stresem a pohotovost k impulzivním reakcím. Extraverze přináší jedinci pozitivní emoce, vřelost, vyhledávání podnětů a aktivitu. Otevřenost vůči lidem a ke zkušenostem s sebou přináší vyšší úroveň tvořivosti, představitivosti a bohatou fantazii, myšlenkovou pružnost. Vstřícnost je charakterizována prosociálním postojem, altruismem, přímostí a důvěrou. Svědomitost je charakterizována jako odpovědnost, kompetentnost, smysl pro pořádek a sebekázeň.

Vedle nich bývají z psychologického hlediska považovány za významné další dvě charakteristiky: alexithymie, což stručně řečeno je neschopnost převést emoční signály do úrovně pocitů a vnímání pouze jejich somatických symptomů a D-typ osobnosti vyznačující se negativními emocemi a sociální inhibicí.

POPIS PŘÍPADU

Pan AB, 35letý ekonom pracující jako dealer neboli obchodní cestující s produkty jedné nadnárodní firmy. Objíždí své

Jsou to složky přiřazované k temperamentu, který je z větší části vrozený, nicméně nejde o mendelovskou dědičnost, protože genotyp může být – epigeneticky zejména vlivy z nejčasnějších období života – pozměněn. V současnosti se prokazuje, jak silný negativní vliv může mít strádání a chudoba, a to včetně přenosu změněné informace do dalších generací. Temperamentem se rozumí zásadní nastavení přístupu ke světu, zda jedinec se bude chtít světu přiblížit, nebo naopak se od něj stáhnout, a rychlost reakcí. Děti stahující se od zevních podnětů jsou posléze charakterizovány vyšší NA a ustrašeností v situacích, které jsou pouze nové, ale zdaleka ne ohrožující nebo strážidelné. U nemocných s dráždivým tračnickem NA je také spojována s větší zaměřeností na prožitky bolesti ve stresových situacích.

Je nutné zde upozornit, že uvedené osobnostní charakteristiky patří do širší normy a nejsou rozhodně hodnoceny jako patologie ve smyslu duševní poruchy. Skutečnost, že u mnoha pacientů trpících dráždivým tračnickem se vyskytuje jako duální chorobný stav depresivní nebo úzkostná porucha, představuje jiný okruh problémů. Bohužel velká část provedených léčebných studií tyto dva okruhy nerozlišuje. Nicméně jak psychologické charakteristiky, tak psychické poruchy se mohou podílet na náchylnosti k onemocnění dráždivým tračnickem, mohou významně ovlivňovat životní styl a také způsob copingu v případě onemocnění.

klienty autem a za volantem tak stráví nejméně 6 hodin denně. Ženatý, dvě děti, v manželství spokojen, s rodinou tráví



víkendy, někdy den navíc, protože pracovní rajon má 300 km vzdálený. Tamtéž má rodiče, o které se zajíždí postarat, spíš zatím jen dohlédnout na ně a v místě svého narození si staví dům, do něhož se chce s celou rodinou časem přestěhovat. Protože si vzal hypotéku, musel rozšířit i svůj rajon.

Vždy měl „citlivé trávení“ a reagoval průjmy na dietní chyby, většinou větší tukovou zátěží. Pak se přidaly obtíže v podobě nutkavých průjmů po svatbě; sám na to nahlíží jako na stav, kdy pocítil zvýšenou odpovědnost, a navíc věci často nešly tak, jak si představoval. To ho jednak znejišťovalo, zúskostňovalo, jednak zlobilo. Emoční výkyvy ale nikdy nedošly takové intenzity a takového trvání, že by je bylo možné považovat za úzkostnou poruchu. Na podzim loňského roku zjistil, že jeho střeva pracují rychleji, když se nad čímkoliv rozčílí nebo když nestíhá všechny cíle, které chtěl navštívit. To odpovídá zjištěním, že agresivní emoce zrychlují peristaltiku. (Welgan, 1988) Obtíže se začaly objevovat na jeho pracovních cestách autem prakticky denně a jedině včasné dojezdy na WC při benzinových pumpách zabránily debaklu. V lednu letos se nepříjemně zrychlená činnost střev začala projevovat i v dopravních zácpách. Dá se to shrnout lapidárně: v dopravní zácpě dostal průjem, a jak by jistě s radostí zaznamenal Jaroslav Zaorálek, jednou se dokonce přihodilo, že „když se nasral, tak se posral“.

Vyhledal pomoc psychoterapeutky, která ho po čtyřech měsících poslala za mnou se stručnou zprávou: *Dochází od ledna 2019, vzhledem k velké vyčerpání nechodí příliš pravidelně a často, zatím 4x. Perfekcionista, odpovědný, příliš zaměřený v práci, a i na stavbě domu,*

při práci nucen stále cestovat. Problémy s dráždivým tračníkem od svatby, zhoršují se ve větším stresu a vyčerpání. Doporučen pravidelný režim, pravidelná strava, zvládnutí, pravidelné procházky. Provádění nácviků relaxace a dýchání. Vstřícný, ale změny v životě zavádí jen pomalu.

Jeho dvě emoce spouštějící trávicí problémy byly ty dvě nejstarší, které sem před 250 miliony let přinesli dinosauři, a to strach a vztek. To jsme věcně probrali, včetně somatických projevů a významu nácviku autogenního tréninku. Psychoterapeutická podpora spočívala v ujištění, že při kompetencích, které má, má více než dostatečné schopnosti, což mu zajišťují navíc i jeho vlastnosti – smysl pro zodpovědnost, pečlivost a svědomitost. Dal jsem mu povolení (permission – v transakčně analytickém duchu) pochválit sám sebe za enormní výkon, který odvádí, a přestat hrát miniscénář „musíš být dokonalý“, protože dokonalost neexistuje.

U vědomí, že s tím by dlouho nevystačil, jsem přidal amitriptylin v dávce 50 mg na noc a jednu cennou mantru do znervozňujících okamžiků zcela v Zaorálkově duchu.

Po dvou týdnech hlásil telefonem výrazné zlepšení, po třech měsících je stav střevní peristaltiky zcela v normě, dokonce nereagoval ani na dietní chybu, po které očekával, že by se „něco“ mohlo objevit. Referuje také, že je to najednou příjemnější, že „nemusí být všude první“, což byl jeho hnací motiv v náročných a nepřehledných dopravních situacích, kdy bylo také evidentně zvýšené riziko nějaké kolize. Pokračujeme v medikaci s představou, že lékové prázdniny přicházejí v úvahu až příští rok.



DISKUSE

V uvedeném případě šlo v první fázi terapie především o to, jak ovlivnit emocionální impulzy vycházející z psychologického distresu a spouštějící patofyziologické děje v GIT a jak změnit prožívání v náročných situacích. Šest prvků autogenního tréninku jde přímo proti proudu stresových mechanismů a lze tak nacvičit změnu emočních stavů při psychické zátěži. Amitriptylin jako déle než půlstoletí používané antidepresivum první generace (skupina tricyklik) má jednak anti-depresivní a anxiolytické účinky, jednak účinky analgetické, a naposledy nežádoucí účinky anticholinergní, které v tomto případě mohou být využity ke zpomalení střevní motility. Jak uvádí studie provedená na 19 pacientech v roce 2008, amitriptylin snižuje hypersenzitivitu rektální sliznice na podněty vyvolané elektrickým drážděním a také snižuje prokrvení rektální sliznice bez ohledu na vegetativní tonus. (Thoua, 2008)

Léčebných účinků amitriptylinu u pacientů trpících dráždivým tračníkem úspěšně využívám od naší první studie, která prokázala účinnost u 90 % pacientů. (Honzák, 1979) Vynikající výsledky studie byly nesporně potencovány enormním zájmem řady mých spolupracovníků, kteří na studii participovali (Hawthorne effect), nakonec se v praxi efektivita ustálila přibližně na 60 %. V tom, že amitriptylin je v malé dávce bezpečný a úspěšný, se shoduje řada dalších autorů, (Rajagopalan, 1998) (Vahedi, 2008) (Bahar, 2008) a používám ho rád, přestože Trinkley a Nahata v metaanalýze z roku 2014 ho řadí až do méně účinné skupiny

na druhé místo za skupinu zahrnující rifaximin, lubiprostone, linaclotide, máťový olej a doplnění diety vlákninou. (Trinkley, 2014) Co se týká využití amitriptylinu u dětí, údaje nejsou jednotné. (Cooper, 2017) (Saps, 2015) Zatímco studie z Cochran Database neshledává námitky proti jeho použití, materiály FDA nabádají k opatrnosti.

Co se týká transakčně analytických (TA) miniscénářů, jde o originální myšlenku britské psycholožky, terapeutky a astroložky Mavis Klein(ové), která do své publikace „Lives people live“ shrnula celkem pět nesplnitelných Rodičovských příkazů (ve smyslu transakční analýzy-TA), které jejich obětem systematicky ztrpčují život. Musíš být dokonalý, vychází z rodičovských postojů: Ani to nejlepší není dost dobré a vede k honbě za nesplnitelným cílem se závěrečnou TA výplatou: Nestojím za nic! Dalšími příkazy jsou: Musíš být silný (a neříkat si nikdy o pomoc, protože to by znamenalo, že jsi selhal), musíš být vstřícný (a neumět říkat ne), musíš se snažit (ano, snažit, ale nedosáhnout cíle, trochu Sisyfos) a pospěš si (musíš být všude, a tím vlastně nikde pořádně). Miniscénáře jako nevýhodné a neadaptivní způsoby jednání se zakládají v časném dětství, často se táhnou transgeneračně rodinami po staletí a k jejich přestavění většinou nestačí pouhý náhled – ačkoliv aha-moment je někdy silnou motivací - a je třeba pomoci psychoterapeuta.

V Praze 30. 6. 2019

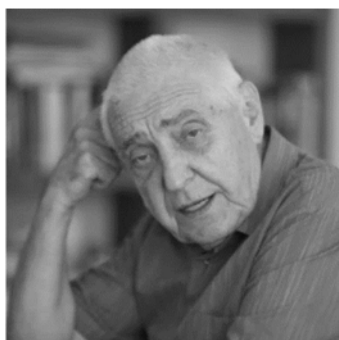
LITERATURA:

1. Wouters M. M. Boeckxstaens GE: Neuroimmune mechanisms in functional bowel disorders. Netherlands J Med, 2011;69(2):55-61



2. El-Salhy M.: Recent developments in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2015 July 7; 21(25): 7621-7636
3. Sung Noh Hong, Poong-Lyul Rhee: Unraveling the ties between irritable bowel syndrome and intestinal microbiota. *World J Gastroenterol* 2014 March 14; 20(10): 2470-2481
4. Muscatello M. R. A., et al.: Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World J gastroenterol*, 2014;20(24)“7570-7586
5. Chapman S., Martin M.: Attention to pain words in irritable bowel syndrome: increasing orienting and speeded engagement. *Br J Health Psychol*, 2011;16(1):47-60
6. Welgan P., et al.: Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*,1988;94:1150-1156
7. Honzák R., Skála I., Pirk F.: Léčebné použití amitriptylinu u pacientů s dráždivým tračníkem. *Čs Gastroent Výž*, 1979;32(6):379-385
8. Rajagopalan M., Kurian G., John J.: Symptom relief with amitriptyline in the irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 1998; 13:738–741
9. H., et al.: Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27:678–684
10. Bahar R. J., et al: Double-blind, placebo-controlled trial of amitriptyline for the treatment of irritable bowel syndrome in adolescents. *J Pediatr* 2008; 152:685–689
11. Trinkley K. E., Nahata M. C.: Medication management of irritable bowel syndrome. [Review] *Digestion*. 89(4):253-67, 2014
12. Cooper T. E. et al.; Antidepressants for chronic non-cancer pain in children and adolescents. [Review] *Cochrane Database Syst Rev*. 8:CD012535, 2017 08 05
13. Saps M., Lavigne J. V.: Abdominal pain endpoints currently recommended by the FDA and EMA for adult patients with irritable bowel syndrome may not be reliable in children. *Neurogastroenterol Motil*. 27(6):849-55, 2015 Jun.

Do redakce přišlo 14. 7. 2019
K tisku zařazeno v dubnu 2020
Střet zájmů není znám



MUDr. Radkin Honzák
ÚVL 1. LF UK – Albertov 7, 12800 Praha 2
radkinh@seznam.cz



JAROSLAV ZAORÁLEK: PSYCHOSOMATIKA V LIDOVÉM RČENÍ

(Vybrala Pavla Loucká)



Emoce jsou tělesné děje a lidová rčení, která se do našich emocionálních projevů výborně strefují, jsou tělesnými příměry prošpikována skrz naskrz. Ukažme si to v praxi.

Ustrašenec pustí srdce z hrsti, protože je v něm moc malá dušička. Třesou se mu kolena, krev mu tuhne v žilách, oči mu lezou z důlků, vlasy mu hrůzou vstávají na hlavě, chlupy se mu ježí na zádech, krve by se v něm nedořezal. Pro jistotu strká říť do kouta, bojí se, aby mu říť na hlavu neskočila. Na zádech má husí kůži, zatahuje ohon, srdce mu padá do kalhot, někomu dokonce až do holínky.

Domýšlivec či hrdopych se naopak staví na špičky, nosí hlavu vysoko, chtěl by hvězdy zobat a prstem se nebe dotýkat, div že čelem nebe neprovtá. Je větší, než narostl, nosí nos ve čtvrtém patře, snědl všechnu moudrost světa, a teď je jako nadutý měchýř. Pýchou neví, kde mu říť sedí, myslí si, že hovno je jeho strýc (a ono je jeho vlastní bratr). Chodí na chůdách a mozek nosí vysoko nad kloboukem. Zdvihá se mu nos a podrůstají mu křídla. Kráčí jako korouhevna, nadnáší se, jako kdyby měl grunt, nese se jako za dva drátu. Vypíná se jako veš a chce výše zadkem, než dosáhne hlavou.

Dotěra k vašemu tělu lne jak pijavice, lepí se vám na paty, sedí vám za krkem, pije vám krev a brnká vám na nervy. Máte ho plné zuby. A i když to spolknete, leží vám dotěra v žaludku.

Lenoch má kosti v břiše, dělá jen hubou, válí si koule, mandluje si kůži, ohřívá si ruku za řadry, celý den na patách roznosí, pracuje, až se mu jazyk zapotí. Zakládá na špek, chodí se založenýma rukama, kam ho ráno postavíš, tam ho večer najdeš. Sedí jako kakáč, krátí se mu žíly. Suší zuby na slunci, je čerstvý div nelehne, kouká pánubohu do oken, leží doma vzhůru zadnicí, ruce má od práce odvrácené.

Zamilovaný vyvaluje bílé v očích, hledí bokem, dělá cukrbliky, fěrtoušek mu zavoněl, zavoněly mu i sukně, zavoněla mu zástěra, je z ní celý pař, padla mu do oka. Přišel na něj mařec (březen), dostal druhou mízu, chytil oheň. Má na ni oko, nosí ji v srdci, má ji zavrtanou v žaludku, je do ní celý blázen, snesl by jí modré z nebe, dala by se za něho na kříž pověsit, skočil by pro ni do vody. Hltá ji očima, za řadry



by ji nosil, je rozpálený jako hasičský kalendář. Má na ni anténu. Je do ní blázen – a leckde je za blázna on sám.

Toto všechno je opsáno z té nádherné Zorádkovy sbírky, v níž se nejrůznější stavy lidské mysli tak vehementně opírají o tělo. Co dodat? Nebuďme blázni a mějme anténu.

Pavla Loucká 3.6. 2020 Praha



Do redakce přišlo 3.6. 2020 jako doplněk k předchozímu textu
Konflikt zájmů není znám



TEORIE



KLÁRA ČÍŽKOVÁ: TĚLO – POHYB – KRAJINA

Tanečně pohybová terapie v krajině a její využití v psychosomatice

ABSTRAKT: ČÍŽKOVÁ K.: TĚLO-POHYB-KRAJINA. TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE V KRAJINĚ A JEJÍ VYUŽITÍ V PSYCHOSOMATICI PSYCHOSOM 2020; 19 (1-2), S. 14-23
Tento článek přináší zamyšlení nad možnostmi, které nabízí vnímání těla a pohyb v krajině. V článku popisujeme a reflektujeme průběh skupinových sesí tanečně pohybové terapie s klienty s psychosomatickým onemocněním. Tanečně pohybová terapie rozvíjí výrazovou, expresivní část neverbální komunikace a kultivuje uvědomění těla. Lidé s psychosomatickým onemocněním pociťují diskomfort, napětí nebo bolest v těle, zároveň však často nedokážou tělo plně vnímat a uvědomovat si, jaké potřeby jim signalizuje. Často obtížně rozeznávají, pojmenovávají a vyjadřují to, co prožívají. Znovuzískání kontaktu s tělesným Já pomáhá integrovat fyzickou, emoční a kognitivní rovinu jimi prožívané skutečnosti. Z tohoto pohledu se příroda jeví jako skvělý spojenec práce s tělem. Smyslové vnímání pomáhá klientům znovu začít vnímat tělo, a díky tělesnému naladění na krajinu a živoucí formy nacházejí bezpečnou a vitální podporu v přírodním prostředí. Skupinová setkání a jejich dynamika napomáhají rozvoji pohybového repertoáru, pohybových kvalit, a přispívají tak k vytvoření zdravějších kopingových strategií v životě klientů.

KLÍČOVÁ SLOVA: tanečně pohybová terapie, ekopsychologie, psychosomatika, vědomí těla, smyslové vnímání, embodiment krajiny



SUMMARY: ČÍŽKOVÁ K.: BODY - MOVEMENT – LANDSCAPE. DANCE MOVEMENT THERAPY IN NATURE WITH PSYCHOSOMATIC CLIENTS. PSYCHOSOM 2020; 19 (1-2), PP.: 14-23

The aim of this paper is to introduce possibilities of dance movement therapy practice in nature and to describe interventions and work processes with clients suffering from psychosomatic disease. The efficacy of verbal therapy can be limited when people with psychosomatic illnesses have difficulty recognizing, naming and expressing their feelings and emotions.

Often people simply feel discomfort, tension or pain in their bodies. Many lack full awareness of their body, including the body's innate needs and signals. Dance movement therapy enables us to cultivate the expressive part of nonverbal communication and embodied relational language in order to regain body awareness and sense of self. This, in turn, is necessary to integrate experiences on the physical, emotional and cognitive levels. From this perspective, nature is a great ally. In this article we will describe how focusing on perception and the senses while in nature can help patients find a sense of self in relation to their physical bodies. Through attunement to the landscape and its living forms, clients find safe and vital support in a group setting within a natural environment. They can experience and widen their range of movement, the quality of movement and range of emotions, which can then contribute to the creation of healthier coping strategies in their lives.

KEY WORDS: dance movement therapy, ecopsychology, body awareness, sensual perception, embodied nature

1. ÚVOD

Praxe tanečně pohybové terapie v krajině přináší mnoho zážitků, které kultivují uvědomění těla, a může tak podpořit léčbu psychosomatických symptomů. V kontextu ekoterapie nabízí jednoduchý, přirozený a účinný způsob, jak se znovu spojit s naším fyzickým Já, a zároveň také s živými a dynamickými silami okolní krajiny. Lidské tělo – naše fyzické Já (Self) je chápáno jako ekologické tělo (Frizell, 2014), neboli „ekologické Já, zakotvené naší fyzickou přítomností v biosféře“ (Frizell, 2008, s. 1). Ekoterapie, jak

uvádí Kopytin, „se snaží pomoci jednotlivcům zlepšit jejich zdraví, a zároveň rozšiřuje a podporuje jejich schopnost propojit se s přírodou“ (Kopytin & Rugh, 2016, p. ix).

Lidské tělo je samo o sobě krajinou. Ať si to uvědomujeme či nikoli, je přímým pojítkem mezi námi a přirozeným prostředím planety. Vztah k tělu i k přírodě byl však v naší kultuře degradován, a nyní je vnímán a prožíván vzdáleně a z odstupů.



2. TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ V PSYCHOSOMATICE

Taneční terapie patří mezi umělecké terapie a je definována jako „terapeutické využití pohybu v procesu, který vede k fyzické a psychické integraci jedince“ (Bernstein 1979, s. 3 in Stanton Jones, 1992). Pomocí pohybu umožňuje klientům propojit fyzické a psychické aspekty emoční zkušenosti, a skrze pohybové interakci ve skupině rozvíjí mezilidské vztahy a sociální dovednosti. Kreativní pohyb slouží jako nástroj uchopení nevědomých pocitů jednotlivce i skupiny. Je využívána v mnoha oblastech jako samostatná psychoterapeutická metoda, nebo jako adjunktivní léčba pro pacienty s duševním onemocněním, autismem, fyzickým a duševním handicapem, či fyzickým onemocněním. Nemalé využití také nachází v oblasti školství (Payne 1992, Stanton-Jones, 1992, Zedková 2012, Čížková 2005). Vhodná je však zejména tehdy, když mají klienti potíže s verbální komunikací, jako je to například v případě alexithymie – kdy klient nedokáže popsat a vyjadřovat vnitřní prožívání a emoce (Koh 2013, McDughall 1989).

Vztah mezi klientem a terapeutem v tanečně pohybové terapii je specifický právě díky využití neverbálního pohybového dialogu v léčebném procesu. Terapeut kromě verbální komunikace využívá v interakci s klientem principy neverbálního naladění, zrcadlení, synchronizování, amplifikace a rozvíjení pohybových kvalit a vzorců (Meekums 2002, Payne 1992, StantonJones 1992, Tortora 2011). V případě skupinové terapie je využíván pohybový dialog a interakce mezi terapeutem a skupinou, i mezi jednotlivými členy navzájem.

Meekums (2002, s.14), popisuje tvorbu vztahu mezi klientem a terapeutem jako kreativní cyklický proces, který má čtyři fáze:

1. První fáze je **přípravná**, „**zahřívací**“, a to jak ve smyslu psychologickém jako vytváření pocitu důvěry a bezpečí, tak i fyzickém – jako rozehrátí a rozhýbání těla, a zaměření pozornosti na jeho vnímání.
2. Druhou fází je **inkubace**, kdy se objevuje více spontánních pohybů, i více expresivity v projevu. Pohyby se stávají metaforou a symbolem, i když význam, který nesou, si klient nemusí uvědomovat.
3. Třetí fází je **iluminace**. Tato fáze je procesem zvědomování významu.
4. Poslední fází je **evaluace**, kdy se využívá a zapojuje více aktivita levé hemisféry, a klient a terapeut diskutují o významu terapeutického procesu v životě klienta.

V případě lidí s psychosomatickým onemocněním bývá často nejdůležitější první fáze. Mnoho z nich si uvědomuje tělo zejména skrze pocit nekomfortu, bolesti nebo napětí, které často nedokážou vědomě spojit s žádnými emocemi, životním stylem, konkrétními příběhy či traumatickými okolnostmi v osobní historii.

Jak již bylo výše uvedeno, tanečně pohybová terapie nabízí možnosti, jak propojit psychické a fyzické aspekty osobnosti, a naučit se pojmenovat a rozlišovat vnitřní prožitky. Klienti mohou prožívat tělo z jiné perspektivy – nikoli jako pouhý zdroj symptomů, ale jako zdroj zdravých podnětů, impulzů a potřeb, které lze vyjádřit a kterým lze naslouchat.

Ukotvení v těle a jeho uvědomování nám umožňuje vnímat přítomný okamžik a sensuálně prožívat vztah k okolní realitě. Ač to nemusí být na první pohled patrné, plné tělesné uvědomování a vnímání je již v prostředí naší kultury neobvyklá zkušenost. Věnujeme se hygieně, oblékáme se a záleží nám na vnějším vzhledu, zajímá



nás jídlo, sexuální uspokojení a spánek, přesto v každodenním životě věnujeme tělu ve skutečnosti jen velmi malou pozornost. Tělo a náš vztah k fyzické části naší osobnosti prožíváme s téměř automatickou samozřejmostí. To platí také – a možná zejména – u lidí s psychosomatickými obtížemi. I když cítí mnoho bolesti a nepříjemných vjemů, jejich kapacita naslouchat sensuálním a fyzickým impulzům může být nedostatečná, do určité míry omezená nebo zcela potlačená, a to včetně základních potřeb či pocitů únavy. Ti, kteří trpí následkem traumatu somatoformní disociací (Bremner a Marmar 1998, Scaer 2014), někdy nedokážou plně vnímat jednotlivé části těla, nebo je dokonce vnímají jako tabu. To se týká

zejména oblasti pánve či dolních končetin.

Zaměření pozornosti k tělu změní naše vnímání. Klienti, kteří se takto setkávají se svým fyzickým Já, mohou prožívat různě silné emoce, nebo si mohou uvědomovat, že schopnost vjemů je omezená. Zažívají překvapení, uvolnění, osvěžení, radost či hravost. Taky se mohou cítit nejistí, smutní, nebo je může vnímání těla vyděsit. V takovém případě je nutné postupovat citlivě, zajistit v rámci setkání strukturu a edukaci, a nabídnout bezpečné a respektující prostředí, abychom se během terapeutického procesu vyhnuli retraumatizaci.

VNÍMÁNÍ TĚLA A POHYB V PŘÍRODĚ

V této části se budeme věnovat reflexi skupinových setkání tanečně pohybové terapie v krajině, které vznikly ve spolupráci s Centrem komplexní péče Dobřichovice. CKP Dobřichovice zajišťuje komplexní zdravotnické služby pro pacienty s psychosomatickými obtížemi a nachází se v obci poblíž Prahy v blízkosti lesa. Tato poloha nabízí bezpečnou základnu, kde se pacienti mohou setkat před skupinovou aktivitou, a kam je možné se přemístit v případě špatného počasí. Přístup v CKP Dobřichovice je založen na mezioborové spolupráci lékařů, fyzioterapeutů, psychologů a dalších odborníků.

Skupinové tanečně pohybové terapie v krajině se obvykle účastní 8 – 10 klientů, skupina se setkává po devět týdnů. Jde o podpůrnou skupinu, která doplňuje léčbu klientů s různými psychosomatickými obtížemi, mezi nimiž se nejčastěji objevují bolesti a obtíže pohybového aparátu, svalové dysfunkce, chronická únava, nedostatek vitality a mnoho dalších. Lékaři a ostatní odborníci doporučují tanečně pohybovou terapii jako metodu pracující

s tělem, která spolu s ostatními postupy pomáhá léčit obtíže, podporuje nácvik relaxace a uvolňuje tělesné i psychické napětí.

Práce se skupinou v tanečně pohybové terapii obvykle vychází z následující struktury (Stanton – Jonesová, 1992):

1. zahřátí – zahřátí a protažení jednotlivých částí těla,
2. uvolnění napětí,
3. téma – konkrétní témata vyplývají často již z první «zahřívací fáze»,
4. diskuse – verbální sdílení, pokud je možné,
5. závěr – klidné uzavření setkání v pohybu.

Skupinové sezení mají strukturu, terapeut skupinu vede, a dává klientům jasné instrukce. Stejně důležitý je však prostor pro improvizaci a tvorbu, imaginaci a pohybovou práci s metaforou. Skupina začíná procházkou v lese, kdy se všichni přesouvají na místo skupinového setkání. Během této doby jsou účastníci vyzváni,



aby začali věnovat pozornost smyslovému vnímání krajiny a uvědomovali si skutečnosti, že se nacházejí v «jiném než lidském» světě (Abram 2013). Skupina si často vybere jedno místo, na které se stále vrací.

Setkání začínají v kruhu, který skupina obvykle vytvoří spontánně. Zajímavé je zkoumat přírodu, která kruh obklopuje, a zároveň vnímat prostor uvnitř kruhu.

Klienti se nejprve rozhýbají a „zahřejí“ pomocí jednoduchých a strukturovaných pohybů, které jsou iniciovány terapeutkou. V tanečně pohybové terapii si terapeut všímá spontánní pohybů a pohybových změn klientů, zachycuje je, zrcadlí a

SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ

Na začátku sese zaměřují účastníci pozornost na rozhýbání jednotlivých částí těla, protažení a na smyslové vjemy, na ukotvení v přítomném okamžiku. Uvědomování jednotlivých smyslů je kultivováno během celého skupinového procesu, a někdy se rozvine v obsáhlejší téma celého setkání.

K zesílení smyslového vnímání dochází většinou spontánně, a pokud se tak nestane, proces zesiluje terapeut. Každé smyslové modalitě je věnován dostatečný čas. Krajina a přírodní prostředí nabízí širokou paletu smyslových podnětů. Nejsilnější podněty bývají zrakové, dalším nejsilnějším smyslovým zážitkem je hmat, který vzniká při kontaktu chodidel se zemí. Účastníci si většinou již na začátku sese spontánně sundávají boty, a to bez ohledu na to, zda je teplé, chladné nebo deštivé počasí. Země nabízí spoustu rozmanitých vjemů a podnětů – ať už jde o hlínu, větvičky, listy, trávu, plody nebo jehličí. Hmatové počítky jsou propojeny s vizuálními vjemy, účastníci vidí a pojmenovávají barvy a pocity z nich mohou vyjádřit pohybem. Dotýkají se země a jejího

rozvíjí. Tento tzv. chaceovský kruh, (Chaiklin and Schmais, 1979, Čížková 2005), kde jsou pohyby jednotlivců zrcadleny terapeutem a ostatními členy skupiny, je využíván k tvorbě bezpečí, respektu a pocitu soudržnosti ve skupině. Každý člen skupiny je viděn, vnímán, a jeho projev je na neverbální i verbální rovině druhými uznán.

Během této první fáze si terapeut všímá, jak je skupina naladěna a jakou energií disponuje, a může tak dále nabízet, popřípadě spolu se členy skupiny tvořit skupinové téma. V následujícím textu shrneme témata, která během setkávání vystávala a byla účastníky nejčastěji reflektována.

povrchu se zavřenýma očima, všímají si, jak voní či jak chutná. Neméně důležitý je sluch. Příroda nabízí spoustu zajímavých zvuků, kterým lze naslouchat, vyjádřit je pohybem nebo je výtvarně zachytit a zakreslit do „zvukové mapy“ (Cornell 2012).

„Prohlížel jsem si malé kamínky, byly krásně barevné a oblé. Třpytily se ve vodě. Dotkl jsem se jich nohou. Pocítil jsem ostrý vjem ledové vody, masíroval jsem si o kameny chodidla a vnímal jejich povrch. Teď mám v chodidlech pocit živosti a je mi velmi příjemné dotknout se teplé země.“

„Pozorovala jsem různé odstíny a záblesky světla v korunách stromů nad hlavou. Zdálo se mi, jako by tančily nějaký klidný a zároveň velmi živý tanec. Napodobovala jsem tanec svými pažemi. V tom jemném pohybu byla neuvěřitelná lehkost. Vnímala jsem kontakt se slunečním světlem. Cítila jsem vzduch. Zafoukal vítr, v tu chvíli jsem ucítila silný impulz k pohybu, který postupně i s větrem odvanul a ustal.“



UZEMNĚNÍ – GROUNDING

Ukotvení ve smyslech pomáhá klientům, aby se spojili se zemí, uvolnili se a relaxovali. Stejně jako většina lidí v naší kultuře, i lidé s psychosomatickým onemocněním často zapomínají na přirozený rytmus aktivity a regenerace. Nedokážou odpočívat. I když o problému vědí a mají na situaci náhled, je pro ně těžké své chování změnit.

Když zkoumají texturu zemského povrchu, vnímají ji chodidly a dotýkají se jí rukama, často pocítí impuls si na zem lehnout.

„Jsem hrozně unavená, nejraději bych si lehla. Můžu?“ zeptala se Katka a posadila se. Sklonila se a zblízka přivoněla k trávě a malým větvičkám na zemi: „Úžasně voní.“ Ona i ostatní účastníci si lehli na zem a dostali čas na to, aby našli polohu, která je pro ně nejpohodlnější, pozorovali pocity a zkusili je po chvíli popsat.

„Připadám si těžká, mám pocit, že každou chvíli usnu.“

Klienti jsou překvapeni, když je podpoříme v tom, aby své potřeby uvolnění a odpočinku brali vážně a následovali impulzy vedoucí k určitému chování – například aby se uvolnili v poloze, kterou si sami vybrali. Když později mluvíme o těchto zkušenostech, objevuje se téma „zakázaného odpočinku“.

„Neodkážu se uvolnit.“

„Nemůžu najít čas.“

„Když nic nedělám, cítím se provinile.“

Je zajímavé, že při porovnání s tradičním terapeutickým settingem se lidé v přírodě uvolní mnohem rychleji. Jako by byli gravitací přímo svedeni do nižší polohy, lehají si na zem, a to mnohem častěji než v místnosti, kde obvykle terapie probíhají. Příroda k pohodlí a uvolnění přímo vyzývá, možná proto, že si ji spojujeme ve vzpomínkách s prázdninami a dovolenou, a představa relaxace na louce nebo na mechu v lese je pro mnohé z nás přirozenější a snazší. Jedním z nejsilnějších pocitů, které klienti sdílejí, je přímý kontakt s podporující kvalitou země.

„Je to úplně jiný pocit, nežli na matraci nebo dřevěné podlaze. Mám pocit, že jsem opravdu nesená Zemí.“

„Cítím oporu, můžu se odevzdat.“

„Cítím vztah k zemi, je to něco, na co se mohu opravdu spolehnout, položit...“

Někteří klienti nesou v těle tolik napětí, že nedokážou relaxovat vůbec. Těm pak lépe vyhovují dynamické pohyby, jako je například dupání, skákání, vydávání zvuků nebo vyklepávání napětí z těla, aby se tenze zbavili a mohli se aspoň trochu uvolnit. Vnímání země jako pevné základny jim může pomoci pevně se postavit, a dopřát si dynamiku pohybů ve skupině.

Smyslové uvědomování a aktivity spojené s uzemněním se ukazují jako velmi důležité u klientů trpících somatoformní disociací, kteří nedokážou vnímat vlastní váhu a centrum tíže v pánvi, a propojení pánve, nohou a země. Pocit opory, důvěry a odevzdání ve vztahu k zemi zde může být důležitou součástí léčebného procesu.



DÝCHÁNÍ

Vnímání dechu – jeho mělkosti či hloubky – a dýchání do jednotlivých částí těla je v práci s tělem důležité téma, a jistě nejen v psychosomaticce. Spolu s uzemněním a tělesným uvědoměním dech navozuje a podporuje tvorbu pocitu bezpečí, tělesného ukotvení a vnímání osobního prostoru.

Účastníci setkání stojí mezi stromy a představují si, jak se skrze chodidla propojují se zemí, jako by měli kořeny, a s každým nádechem přijímají její výživnou energii.

„Jasně jsem cítila, jak se zakořeňuji,“ řekla Romana. „Vnímala jsem, jak se

„VÝKON VERSUS BYTÍ“

Lidé, jejichž problémy jsou spojeny se stresujícím životním stylem, mohou vnímat terapii jako další úkol ve svém životě – jako „práci, kterou je třeba udělat“. V životě čelí neustálým výzvám a požadavkům, které na sebe sami kladou. Žijí rychle. Prostor, ve kterém mohou zkoumat, co je těší, a ve kterém cítí pohodlí, v nich může vzbuzovat značný pocit nejistoty. V takovém případě je terapeut opět vede k prostému vnímání, přesouvá pozornost ke smyslové percepci, později propriocepci (koordinovanému vnímání) a ukotvení v těle.

Plné vnímání přítomnosti přírodních elementů a krajiny, rostlin či zvířat, může účastníkům pomoci užít si okamžiky přirozeného stavu bytí.

„Najednou jsem neměl potřebu vůbec nic dělat.“

moje tělo naplňuje energií. Snažila jsem se představit si, jak daleko a hluboko mohou kořeny dosáhnout. Připadala jsem si silná a klidná, a svět kolem byl přátelský. Cítila jsem propojení.“

Ivana přistoupila ke stromu, a položila ruku na kůru. Zhluboka se nadechla, zavřela oči a s pomalým výdechem se naklonila ke kmeni. „Představovala jsem si, že s výdechem posílám energii stromu. Když jsem se nadechla, ucítila jsem, jak se ke mně vrací. Jako by se mnou strom komunikoval. Vyměňovali jsme si energii, bylo to osvěžující a měla jsem radost.“

„Opravdu jsem si užíval přítomný okamžik. Cítil jsem lehkost a radost.“

„Měla jsem pocit, že vše je dokonalé. Stromy jenom tak byly, nic nedělaly. Viděla jsem, že – stejně jako oni – i já jsem důležitá a hodnotná, bez ohledu na to, zda vykonávám nějakou činnost. Najednou mi bylo smutno. Uvědomila jsem si, jak se pořád tvrdě snažím.“

„Cítila jsem prostě život.“

Za určitých podmínek si účastníci sese dovolí pocítit nejen únavu a potřebu odpočinku, ale i pocity či emoce, které mohou být nepříjemné. Příroda nabízí osvěžující a výživné prostředí, které pomáhá tyto emoce zpracovat, a nabízí inspiraci k přemýšlení o možných změnách. Stejně důležitou roli hraje v procesu podpora terapeuta a ostatních členů skupiny.



INSPIRACE JINÝM NEŽLI LIDSKÝM SVĚTEM – PŘÍBĚHY KRAJINY PROŽITÉ V TĚLE

V krajině můžeme zkoumat různé kvality pohybu a prožitků díky pohybovému vyladění (attunement) na všechny její aspekty, včetně přírodních živlů, rostlin a zvířat. V tom nám napomáhá představitost, kinestetická empatie a neverbální dialog. Na počátku účastníci zrcadlí své pohyby ve skupině, poté si zkoušejí pohyb ve dvojici, a později se tímto způsobem vyladují na okolní přírodu.

Během pohybové zkušenosti zkoumají pohybovou kvalitu stromů, keřů, země, vody, potoka, rybníka, větru či jiných elementů přírody. Mohou zůstat v klidné, téměř kontemplativní poloze, nebo se mohou přiblížit okolnímu světu v pohybovém dialogu, aby získali pocit, „jaké to asi je“ být na místě druhého – být tou konkrétní rostlinou, přírodninou nebo živlem, která upoutá jejich pozornost a „pozve“ je k vzájemnému setkání. Jednotliví členové skupiny sdílejí s ostatními pohyb, který na vybraném místě vznikl ze setkání s krajinou. Skupina se postupně zapojuje do pohybu, participuje na této zkušenosti a později hledá způsob, jak převést pohybovou metaforu do slovní podoby. Ze slovních spojení, poetických metafor, označení vjemů či fantazií mohou dále vznikat společné podněty k tvorbě, či vhledy do souvislostí v kontextu každodenního života. Pokud účastníci chtějí, mohou zážitek zpracovat i výtvárně.

Jana často popisovala, jak se cítí v přítomnosti ostatních lidí osamělá a izolovaná. Tento známý pocit se objevoval i ve vztahu ke skupině. Během tance v krajině měla možnost prozkoumávat pocit propojení. Spolu s ostatními členy skupiny stála klidně mezi stromy a hledala postoj či pohyb, který by jí umožnil vnímat jejich kvalitu. Jaké by to bylo být stromem, být jedním z nich? Janin postoj se zpevnil a zesílil. Trochu pokrčila nohy,

chvíli vyčkávala, a pak v spontánním impulzu pomalu zvedla ruce. Lehce jimi pohybovala v horizontální rovině, jako by se jí zlehka dotýkal vítr. Po chvíli natáhla ruce do dálky, a pak směrem vzhůru.

„Vnímala jsem zemi, kořeny, a to mi dávalo pocit síly. Zároveň jsem však pocítila velikou lehkost v horní části těla,“ sdělovala pak ostatním. „Mohla jsem vnímat obojí najednou. Byla jsem součástí okolního světa a věděla jsem, že se mu otevírám novým způsobem. Necítila jsem samotu a opuštěnost. Nebylo třeba nic dělat, ale zároveň nebylo pochyb o tom, že jsem s ostatními. Bavilo mě hrát si s představou propojení skrze kořeny a větve.“

Zdena si vybrala stéblo trávy. Sklonila se k němu a zrcadlila jemný pohyb trávy pohybující se ve vzduchu. Po chvíli sešlápla stéblo nohou. Odstoupila, a se zájmem pozorovala, jak se tráva pomalu vrací do vertikální polohy. Dotkla se jí rukou. „Všimla jsem si odolnosti. Stéblo působí jemně a křehce, a zároveň je silné a přizpůsobí se.“ Celý zážitek zesílil skrze skupinu, která zrcadlila pohyb stébel na louce. Téma citlivosti a zranitelnosti ve skupině přineslo slzy a uvolnění. „Když tě někdo pošlape, neznamená to, že už se nezvedneš,“ řekl někdo ze skupiny. Zdena, které se jemnost v každodenním životě spojovala s pocitem nejistoty a bolesti, byla dojatá. Dialogy se stébly trávy, prožívání jejich kvalit a podpora skupiny umožnili jí uvolnit pocity spojené s jejím problémem. Dostavil se pocit přijetí a klidu.

Martina byla ve skupině, která si vybrala kontakt se skálou. Dva lidé stáli poblíž masivního šedého kamene a zkoušeli najít jeho kvalitu ve svém těle. Martina s několika ostatními účastníky



přistoupila ke skále, dotkla se jí rukou a opřela si o ni čelo. Zaklonila se a chvíli pozorovala okolí. Pak zavřela oči, jako by se celý zážitek prohloubil. Otočila se a opřela se o chladný kámen zády.

„Cítla jsem pevnost a chlad tvrdého kamene. Ucítla jsem chlad na obličeji, a když jsem se na skálu podívala,

uvědomila jsem si, kolik toho na ní žije. Mech, hmyz, a malé rostlinky. Opřít se o něco tak velkého byl úlevný pocit.“

Někdo jiný řekl: „Uvědomil jsem si, že nemusím vždy šplhat vzhůru, nemusím brát všechno jako výzvu. Můžu zůstat u základů a cítit klidnou a mocnou přítomnost bez pocitu soutěžení a výkonu.“

JINÉ PERSPEKTIVY, JINÉ SVĚTY

My, lidské bytosti, žijeme ve zvláštním světě, který jsme vytvořili a který je nyní velmi ovlivněn technologiemi a novými materiály. To nás odcizuje přírodě, i vnímání vlastního těla. Během pozorování a pohybových aktivit účastníci setkání často zmiňují překvapivá zjištění, která jim přinášejí pocit úlevy. Jde o přímý smyslový kontakt s realitou, která přesahuje náš dosavadní pohled na to, co jsme považovali za jedinou realitu světa, který obýváme.

„Ležela jsem na zemi. Když jsem se otočila a položila se na břicho, mohla jsem pozorovat život, který by normálně zůstal mým očím neviditelný. Viděla jsem celý nový svět. Maličké cestičky, tajná zákoutí, překážkovou dráhu pro hmyz... Neznámá místa, v jejich vlastní vážnosti tak odlišná od těch, co známe,“ řekla Markéta.

„Džungle z trávy je úplně jiný svět, než do kterého patřím. Měla jsem dojem, že problémy, kterým v životě čelím, nemusí být na celé Zemi ty nejdůležitější.“

ZÁVĚR

Jak uvádí Tellmann, ekologickou perspektivu psychoterapie lze popsat jako „terapii, během které jako by záleželo na celé Zemi“. (Telleman, 2001)

Žijeme, tvoříme, a sdílíme své příběhy. Chytáme se do neviditelné sítě našich vlastních dramát a často jsme tak ponořeni do vlastní bolesti či nepohodlí, že můžeme jen stěží vidět něco jiného. Stres či chronická bolest mohou zúžit naše vnímání. Jiný než lidský svět (Abram, 2013) nabízí nejen zajímavé a uklidňující

podněty, ale doslova může měnit náš úhel pohledu.

Krajina kolem nás odpovídá na naše emoce, a zároveň je probouzí. V tanečně pohybové terapii využíváme pohyb a tanec, který „nám umožňuje napojit se na celistvost převážně ne-verbálního světa“ (Frizell, 2008, s. 16). Tento svět beze slov je přítomný v přírodě a v našich lidských tělech. Naslouchat mu a inspirovat se jím může být velmi cenné v každodenním životě i v psychoterapeutickém léčebném procesu.



LITERATURA:

1. Abram, D. (2013). *Kouzlo smyslů. Vnímání a jazyk ve více než lidském světě*. Praha: DharmaGaia.
2. Bremner, J. D. & Marmar, Ch. R. (1998). *Trauma, memory a dissociation*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
3. Chaiklin, S. & Schmais, C. (1979). The Chace approach to dance therapy. In P. L. Bernstein (Ed.), *Eight Theoretical Approaches to Dance Movement Therapy* (pp. 15–30). Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt.
4. Čížková, K. (2005). *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton.
5. Cornell, J. (2012). *Objevujeme přírodu. Učení hrou a prožitkem*. Praha: Portál.
6. Frizell, C. (2008). In *Search of Wider Self. e-motion*, 28(1), pp. 6–10. Retrieved from: <http://admp.org.uk/wp-content/uploads/2013/07/2008Spring.pdf>
7. Frizell, C. (2014). *Discovering the Language of the Ecological Body. Self & Society: An International Journal for Humanistic Psychology*, 41(4), pp.15–21).
8. Kopytin, A. & Rugh, M. (2016). Introduction. In A. Kopytin & M. Rugh (Eds.), „Green Studio“. *Nature and the Arts in Therapy* (pp. vii –xviii). New York: Nova Science Publishers.
9. Koh, K. B. (2013). *Somatization and Psychosomatic Symptoms*. New York: Springer.
10. McDougall, J. (1989): *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: W. W. Norton & Company.
11. Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy: A Creative Psychotherapeutic Approach*. New York: SAGE publications.
12. Payne, H. (1992). *Dance movement therapy: Theory and Practice*. London: Routledge.
13. Scaer, R. (2014). *The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation and Disease*. London: Routledge.
14. Stanton-Jones, K. (1992). *An introduction to dance movement therapy in psychiatry*. London: Routledge.
15. Tellmann, L. (2001). *Dance/Movement Therapy: a Brief History and it's Potential for Ecopsychology*. Retrieved from http://www.ecopsychology.org/journal/gatherings6/html/Movement/movement_dance.html
16. Tortora, S. (2011). *The Dancing Dialogue. Using the Communicative Power of Movement with Young Children*. Baltimore: Paul. H.Brookes Publishing
17. Zedková, I. (2012). *Tanečně pohybová terapie: teorie a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Text poprvé vyšel ve sborníku *Natur und Psychotherapie* and add the following information: © 2019 Psychosozial-Verlag, Gießen, Germany.

V češtině vychází v *Psychosomu* se souhlasem nakladatelství. Překlad autorka.

Konflikt zájmů vyřešen.

Klára Čížková, Mgr. je taneční terapeutka a psychologička. Vystudovala jednooborovou psychologii na FFUK, výcvik v tanečně pohybové terapii pod záštitou American Association of Dance Movement Therapy. V současnosti je frekventantkou hlubinně-dynamického výcviku Rafael Institutu se specifickým zaměřením na problematiku psychotraumatu. V minulosti pracovala s lidmi po poranění mozku. V současné době pracuje v Centru komplexní péče Roseta s klienty s psychosomatickým onemocněním, kde propojuje verbální terapii s tanečně pohybovou terapií a prací se sny. Vyučuje a publikuje v oblasti tanečně pohybové terapie, spolupracuje s pražskou HAMU. Svou zálibu v taneční improvizaci realizuje s přáteli a kolegy v projektu *Taneční piknik*, jehož je autorkou.



LUCIA MAZÚCHOVÁ, SIMONA KELČÍKOVÁ, LINDA ŠTOFANÍKOVÁ: PSYCHOSOCIÁLNA PODPORA RODIČKÁM POČAS PÔRODU ZO STRANY PÔRODNÝCH ASISTENTIEK

Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta UK, Martin

ABSTRAKT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., ŠTOFANÍKOVÁ L.: PSYCHOSOCIÁLNA PODPORA RODIČKÁM POČAS PÔRODU ZO STRANY PÔRODNÝCH ASISTENTIEK. PSYCHOSOM 2020; 19 (1-2), S. 24-30

Účelom príspevku je zdôrazniť význam psychosociálnej podpory počas pôrodu. Táto podpora počas pôrodu zo strany pôrodných asistentiek je dôležitá ako v somatickej, tak aj v psychologickú oblasti a je významným kritériom spokojnosti žien. Cieľom starostlivosti o ženu počas pôrodu by malo byť poskytovanie kvalitnej starostlivosti, rešpektovanie a uspokojenie individuálnych potrieb žien a vytváranie pozitívnej skúsenosti s pôrodom, ku ktorej je potrebné využiť vplyv psychosociálnych faktorov. Ústretový, podporný a empatický prístup, dobrá komunikácia, dostatočná informovanosť, možnosť účasti rodičky na rozhodovaní, ochrana intimity, úcta a rešpekt k rodiacej žene môžu zvýšiť fyziologické pôrodné procesy a tým znížiť potrebu pôrodnicej intervencie. Spokojnosť žien s pôrodom môže mať dopad na ich psychické i fyzické zdravie, vzťah k dieťaťu, k partnerovi a následne na vývin dieťaťa. Zohľadňovanie psychosociálnych aspektov v perinatálnej/pôrodnicej starostlivosti je zároveň účinnou prevenciou mnohých sociálnych patológií.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: psychosociálna podpora, potreby žien počas pôrodu, psychosociálne faktory, pôrodné asistentky

ABSTRACT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., ŠTOFANÍKOVÁ L.: PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR PARENTS DURING NATURE BY NATURAL ASSISTANTS. PSYCHOSOM 2020; 19 (1-2), PP.: 24-30

The purpose of this paper is to emphasise the meaning of psychosocial support during the childbirth. This support of midwives to mothers during the childbirth is important in somatic as well as psychological field and is an important criterion for women's satisfaction. The aim of caring for a woman during childbirth should be providing quality care, to respect and satisfying the individual needs of women and to create a positive experience of childbirth, to which the influence of psychosocial factors must be exploited. An accommodating, supportive and empathetic approach, good communication, sufficient information, the possibility of maternal participation in decision-making, protection of intimacy, esteem and respect for the birthing woman can increase physiological birth processes and then reduce the need of obstetric intervention. The satisfaction of women with their childbirth can have an impact on their mental and physical health, their relationship with the child, their partner and subsequently the growth of the child. Consideration of psychosocial aspects in perinatal /obstetric care is also an effective prevention of many social pathologies.



KEYWORDS: psychosocial support, needs of women during the childbirth, psychosocial factors, midwives

ÚVOD

Cieľom pôrodnickej starostlivosti by mala byť zdravá matka a zdravé dieťa, vrátane pozitívneho zážitku z pôrodu, bez ohľadu na jeho normálnosť, alebo komplikácie a tiež uspokojenie individuálnych potrieb žien (Nilsson et al., 2013; Bryar, Sinclair, 2011). Pôrod sa často stáva medicínskou udalosťou s mnohými zásahmi a menej ako ideálnymi výsledkami. V mnohých prípadoch sa rozhodnutia robia tak, aby vyhovovali zdravotníckym pracovníkom a rutinám v nemocniciach, a nie matke. Rozhodnutia zdravotníkov by mali byť však založené predovšetkým na rešpektovaní potrieb dieťaťa a potrieb matky (Bergman, Bergman, 2013).

Pôrodná skúsenosť môže mať pre ženu krátkodobý, ale aj dlhodobý vplyv na jej psychické a fyzické zdravie, vzťah k dieťaťu, k partnerovi a následne na vývin dieťaťa. Uspokojivý pôrodný zážitok prispieva u žien k sebaúcte, posilňuje ich psychickú odolnosť v rodičovstve a uľahčuje adaptáciu na materskú rolu. Významným aspektom starostlivosti o ženu počas pôrodu zo strany pôrodnej asistentky by malo byť poskytovanie kvalitnej starostlivosti, uspokojenie individuálnych potrieb žien a vytváranie pozitívnej skúsenosti s pôrodom, ku ktorej je potrebné využiť vplyv psychosociálnych faktorov na pôrod. Pôrod vplyvom negatívnych psychosociálnych faktorov môže byť pre niektoré ženy mimoriadne stresujúca udalosť, pripomínajúca prežitú popôrodnú traumou, spĺňajúcu diagnostické kritéria posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD). Výsledky štúdií v zahraničí uvádzajú prevalenciu PTSD po pôrode v rozmedzí od 1 do 30 % žien

(Grekin, O'Hara, 2014). Ženy s PTSD cítia úzkosť, smútok, bolesť, nenávisť, ľútosť, hnev, strácajú pocit bezpečia a istoty, niektoré majú pocit, že boli pôrodom znásilnené, často si myslia, že majú popôrodnú depresiu. Majú pocit, že sa im pri pôrode niečo stalo, nemôžu na to zabudnúť (Mrowetz, 2013). V štúdiu na Slovensku bolo zistené riziko posttraumatickej stresovej poruchy u 3,56 % žien. Negatívna skúsenosť z pôrodu a popôrodná trauma u týchto žien súvisela s komplikovaným pôrodom, bolesťou, zlým prístupom personálu, nedostatočnou informovanosťou, stratou dôstojnosti (Mazúchová et al., 2014). Na základe výsledkov systematickej revízie Cochran databázy, podporná starostlivosť počas pôrodu môže zvýšiť fyziologické pôrodné procesy, ako aj pocity kontroly a kompetencie žien, a tým znížiť potrebu pôrodnickej intervencie. Ženy, ktorým bola poskytnutá nepretržitá podpora počas pôrodu, pravdepodobne spontánne porodili a nenastal u nich pôrod cisárskym rezom, vákuumextraktorom, ani kliešťami. Okrem toho bolo u týchto žien menej pravdepodobné, že budú používať lieky proti bolesti a boli spokojnejšie. U ich detí bolo menej pravdepodobné, že budú mať nízke Apgar skóre (Hodnett et al., 2012).

V súčasnosti sa hovorí o potrebe humanizácie pôrodu. Je to jedinečný prístup, ktorého cieľom je urobiť pôrod pozitívnym a uspokojujúcim zážitkom pre ženy aj ich rodinu ako celok. Táto stratégia slúži na posilnenie postavenia žien, zohľadnením humanizovaných hodnôt, ako je emocionálny stav žien, ich hodnoty, presvedčenie, pocit dôstojnosti a autonómie počas pôrodu. Humanizovaný pôrod



podporuje aktívnu účasť žien na rozhodovaní a iné aspekty ich vlastnej starostlivosti, ktorá využíva skúsenosti lekárov,

pôrodných asistentiek a umožňuje, aby spolupracovali ako rovnocenní (Behruzi et al., 2010).

POTREBY RODIČKY POČAS PÔRODU

K základným biologickým alebo fyziologickým potrebám patrí napr. potreba kyslíka, potravy a tekutín, vylučovania, telesnej integrity a spánku. Tieto základné potreby sú dôležité pre prežitie organizmu, a pokiaľ nie sú uspokojené, nedajú sa uspokojovať potreby vyššie. Na uspokojenie týchto základných potrieb je dôležité myslieť aj počas pôrodu. K biologickým potrebám patrí aj potreba pohybu. V rámci tejto potreby by sa pôrodná asistentka mala snažiť u rodičky doceliť relaxáciu svalov panvového dna, ktorá znižuje odpor pôrodných ciest, skracuje pôrod a znižuje vnímanie pôrodných bolestí rodičkou. Požadovanú relaxáciu možno doceliť brušným dýchaním, odľahčovacími manévrami a stimuláciou akupresúrnych bodov v oblasti panvy (Roztočil, 2008). Chôdza, pohyb a meniace sa pozície počas pôrodu pomáhajú napredovaniu pôrodnej činnosti, zvyšujú pohodlie a znižujú riziko komplikácií (Shilling, 2014). Medzi biologické potreby taktiež radíme potrebu zmiernenia bolesti. V priebehu prvej doby pôrodnej je možné tíšiť pôrodné bolesti farmakologickými či nefarmakologickými prostriedkami. Medzi nefarmakologické postupy tíšenia bolesti patrí: zmena polohy a priebežná mobilita rodiacej ženy v prvej dobe pôrodnej, dýchanie a relaxácia, pobyt v sprche, masáž, hudba, aromaterapia, či akupunktúra (Roztočil a kol., 2008).

Zo strany pôrodnej asistentky by sa mali brať maximálne ohľady aj na psycho - sociálne potreby rodiacej ženy. Ich uspokojenie má veľký vplyv na prežívanie pôrodu. Podkategóriami týchto potrieb

sú empatia, emocionálna podpora, informovanosť. Dôležité je oboznámenie rodičky s prostredím pôrodnej sály, s plánom starostlivosti, s ošetrovateľskými postupmi a poskytnutie možnosti účasti na rozhodovaní. Taktiež je potrebné u ženy rešpektovať jej želania, a to na individuálnej úrovni. Súčasťou psycho - sociálnych potrieb je aj potreba súkromia a intimity rodičky. Leino-Kilpi et al. (2002) uvádzajú štyri druhy súkromia: informačné, fyzické, sociálne a psychologické. Je veľmi dôležité a cenné chrániť matku pred environmentálnym stresom a zabezpečiť jej ochranu súkromia a pokoj. Rodiaca žena by sa mala cítiť bezpečne, nemala by byť vydaná do rúk niekoho, kto o nej rozhoduje, ale pýta sa jej, čo si praje. Uspokojenie potreby bezpečia a istoty, je jedným z kľúčových faktorov vydareného priebehu pôrodu. K naplneniu tejto potreby môže zásadne dopomôcť prostredie, v ktorom žena rodí a ľudia, ktorí ju sprevádzajú a poskytujú jej psychosociálnu podporu.

Podkategóriou potreby bezpečia a istoty je strach z pôrodu, strach o dieťa, strach z neznáma, strach o vlastné zdravie, strach zo zdravotníckeho personálu (Iravani et al., 2015). Medzi aspekty vyvolávajúce strach môžeme zaradiť napr. nedostatok informácií, stratu istoty, nedostatok dôvery v zdravotnícky personál, akútne vznikajúca bolesť a novo vzniknutá situácia, ktorá je pre rodičku neznáma. Bolo zistené, že až 75 % žien prežíva nízky alebo stredný strach z pôrodu, štvrtina vysoký alebo veľmi vysoký strach (Demšar et al., 2015). Ak prežíva rodička úzkosť, strach či ohrozenie, zvyšuje sa



hladina stresových hormónov katecholamínov, ktoré tlmia maternicové kontrakcie a môžu tiež znížiť prietok krvi placentou. Nadmerné obavy a strach zvyšujú citlivosť na bolesť a znižujú schopnosť jej tolerancie, spôsobujú predĺženie doby trvania pôrodu, nepostupujúci pôrod a zvýšené riziko operačného pôrodu (Adams et al., 2012). Klappers et al. (2016) uvádzajú, že intenzita prežívania strachu z pôrodu je ovplyvnená kvalitou komunikácie a podporou zo strany zdravotníckeho personálu (pôrodné asistentky, sestry, gynekológovia, pôrodníci, terapeuti).

Jedinečnou potrebou žien v oblasti podpory pri pôrode je mať dôverný vzťah s pôrodnou asistentkou (Nilsson et al., 2013). Pôrodná asistentka je aktívnym sprievodcom počas tehotenstva a pôrodu a vyjadruje silnú vieru v schopnosť ženy porodiť (Karlström, 2015). Niektoré štúdie ukazujú, že vzťah dôvery medzi ženou

a pôrodnou asistentkou je dôležitý pre emocionálny aspekt súvisiaci so skúsenosťami s pôrodom (Lyberg a Severinson, 2010, Aune et al., 2012). Potreba uznania a úcty ovplyvňujú vnímanie, myslenie, emócie, pozornosť, vôľu, rozhodovacie procesy a interpersonálne vzťahy. Od jej uspokojenia môže závisieť spolupráca rodičky. Každý jednotlivec má v sebe zabudovanú aj potrebu sebaúcty a ak sa stretne so skutočnosťami, ktoré sú v rozpore s jeho sebakoncepciou a sebaúctou, bráni sa a následne zapája psychické obranné mechanizmy, ktoré môžu pôrodnú činnosť ovplyvniť negatívne. Počas pôrodu by mala pôrodná asistentka s rodičkou vytvoriť vzťah istoty a dôvery, akceptovať jej pocity, mala by byť ochotná ju vypočuť, poskytnúť oporu, slovne vyjadriť emočnú podporu, priebežne poskytovať pozitívnu spätnú väzbu, vyjadriť uznanie, pochvalu, a tak rodičku neustále motivovať k spolupráci k úspešnému priebehu pôrodu.

PSYCHOSOCIÁLNE FAKTORY AKO VÝZNAMNÉ DETRMINANTY PRIEBEHU PÔRODU

Význam psychosociálnych aspektov je v medicíne dôležitý a zvlášť v pôrodníctve. Nilsson et al. (2013) uvádzajú, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú počas pôrodu povinní venovať väčšiu pozornosť psychosociálnym aspektom, bez toho, aby zanedbali lekársku bezpečnosť. Rodiace ženy nie sú pacientkami v obvyklom zmysle, prechádzajú prirodzeným, hoci niekedy aj rizikovým procesom, ktorý závisí aj od psychosociálnych faktorov ako napr. prístup zdravotníkov k rodičke, teplota, osvetlenie v pôrodnej sále, súkromie atď. a môžu samostatne alebo vo vzájomnej súhre ovplyvňovať jeho priebeh vrátane vnímania bolesti (Pirdel, Pirdel, 2009). Bryanton et al. (2008) výskumom zistili, že z 20 prediktorov vnímania skúsenosti žien, najsilnejšími boli: typ pôrodu, stupeň

informovanosti, relaxácia, kontrola pôrodu, užitočnosť partnerskej podpory a možnosť byť spolu s dieťaťom ihneď po pôrode. V inej štúdií sa preukázalo, že spôsob pôrodu priamo neovplyvňuje spokojnosť žien s pôrodom, ale zapájanie sa do rozhodovania, podpora počas pôrodu a účinná analgézia sa zdajú byť najdôležitejšími faktormi, ktoré zlepšujú skúsenosti žien s pôrodom (Spaich et al., 2013).

Psychosociálne faktory ako empatia, ústretovosť, dostupnosť, informovanosť, komunikácia, úcta, rešpekt sú dôležité pre vytvorenie príjemnej atmosféry v pôrodnej sále a pozitívnu pôrodnú skúsenosť. Taktiež príjemné, útulné prostredie, v ktorom má žena pocit bezpečia a chráneného súkromia, primerané svetlo, teplota prostredia, odstránenie



nepríjemných zvukov a používania hudby pomáha fyzickému pohodliu a pozitívne ovplyvňuje prežívanie pôrodu (Iravani et al., 2015). Ak sa ženy cítia podporované zdravotníckym personálom, sú silnejšie, majú vyššiu kontrolu nad sebou, sú spokojnejšie a majú aj lepšiu schopnosť zvládnuť pôrodnú bolesť (Nilsson et al., 2013). Psychosociálne faktory sa ukázali ako významné pre vnímanie intenzity a kvality bolesti počas pôrodu (Havelka Mestrovic et al., 2015). Relaxácia, dýchacie cvičenia, polohovanie, masáže sú opatrenia na zlepšenie osobnej pohody. Fyzické pocity bolesti sa zosilňujú a často sa stávajú utrpením, keď sú v kombinácii s negatívnymi psychologickými vplyvmi.

Významným psychosociálnym faktorom ovplyvňujúcim prežívanie pôrodu je podpora bondingu po pôrode. Vďaka kontaktu skin to skin (SSC) bezprostredne po pôrode ženy vyjadrujú pozitívny zážitok z pôrodu. Podpora SSC po pôrode predstavuje biokomfort pre matku, ktorý sa prejavuje vďaka vyšším hladinám oxytocinu rozbehom laktácie, ľahším prekonávaním bolesti, rýchlejšim zavinovaním maternice. SSC znižuje aj riziko

ZÁVER

Vnímať danú problematiku v širších súvislostiach s dôrazom na znalosť potrieb, preferencií a očakávaní ženy počas pôrodu môžu byť nápomocné zdravotníckym pracovníkom najmä pôrodným asistentkám pri poskytovaní čo najlepšej starostlivosti o rodičky. Starostlivosť založená na dôkazoch je dôležitá pre zlepšenie kvality starostlivosti a zvyšuje šance

popôrodnej depresie. Bolo zistené, že časť popôrodných blues alebo dokonca aj depresií matiek môže súvisieť s ich odlúčením od dieťaťa, keďže je frustrovaný ich prirodzený opatrovateľský program, ktorý je biologicky zmysluplne zakódovaný (Hašto, 2014). Taktiež bolo preukázané, že matky, ktoré mali po narodení kontakt SSC prejavujú väčšiu dôveru a kompetencie v starostlivosť o svoje deti, lepšie zvládajú stres spojený s materstvom. Zároveň SSC predstavuje aj biokomfort pre dieťa, a to najmä v oblasti adaptácie dieťaťa, jeho fyzickej a psychickej stability, v oblasti termoregulácie a tiež jeho imunity (Mazúchová et al., 2016). V raných hodinách života je u dieťaťa položená platforma pre trvalé biologické spájanie s matkou, z ktorej sa vyvíja bezpečná pripútanosť pre dieťa. Spolu tieto procesy predstavujú platformu pre následné fyzické a duševné zdravie jedinca v dospelosti (Bergman, Bergman, 2013). Podpora bondingu po pôrode znamená realizáciu fyziologického spôsobu starostlivosti o dieťa a naplnenie biologických, psychických a sociálnych potrieb ako matky, tak aj dieťaťa (Mazúchová et al., 2016)

na pozitívnu skúsenosť z pôrodu. Taktiež má význam aj pre telesné a duševné zdravie žien. Skvalitňovanie starostlivosti v pôrodniciach predpokladá posilnenie postavenia rodičiek. Zo strany pôrodných asistentiek, ako aj ostatných zdravotníkov sú žiadúce profesionalita, kompetencie, múdrosť, empatia a interpersonálne zručnosti.



LITERATÚRA

1. Adams, S., Eberhard - Gran, M., Esklid, A. Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 119 (10): 1238–1246.
2. Aune, I., Dahlberg, U. and Ingebrigtsen, O. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*. 2012; 28 (4): 372-378.
3. Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Ii, M., Misago, Ch. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2010; 10: 25.
4. Bergman, J., Bergman, N. Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs. *The journal of perinatal education*. 2013; 22 (1): 8–13.
5. Bryanton, J., Gagnon, A.J., Johnston, C. and Hatem, M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. 2008; 37 (1): 24-34.
6. Bryar, R., Sinclair, M. *Theory for Midwifery Practice*, New York: Palgrave Macmillan, 2nd ed., 2011. 344 s. ISBN 978-02-302-1192-6.
7. Demšar, K., Velikonja, V. G. Svetina, M., Verdenik, I. Fear of childbrith. Midwifery in the international context, challenges and visions for the future. In: Petročnik P, Došler A., editors. *Proceedings of scientific papers with peer review*. Ljubljana: University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, 2015.
8. Grekin, R., O'Hara, M. W. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2014; 34 (5): 389-401.
9. Hašto, J. Diskusia o význame popôrodného kontaktu matky a dieťaťa. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika* 2014; 2: 39–41.
10. Havelka Meštrović, A., Bilić, M., Buhin Lončar, L., Mičković, V., Lončar, Z. Psychological Factors in Experience of Pain during Childbirth. In *Collegium antropologicum*. 2015; 39 (3): 557-565.
11. Hodnett, E. D., Stremler, R., Weston, J.A. and McKeever, P. Re conceptualising the hospital labor room: the PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial. *Birth*. 2009; 36 (2): 159–166.
12. Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., and Bahrami, M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*. 2015; 4: 6.
13. Karlström, A., Nystedt, A. and Hildingsson, I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15: 251.



14. Klabbers, G. A, van Bakel H.J.A, van den Heuvel, M.M.A. and Vingerhoets, A.J.J.M. Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*. 2016; 25(1): 107–27.
15. Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T. et al. 2002. Maintaining privacy on post-natal wards: a study in five European countries. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 37(2): 145-154.
16. Lyberg, A., Severinsson, E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18 (4): 391-399.
17. Mrowetz, M. 2013. Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 2013; 20 (1): 59-64.
18. Mazúchová, L., Kelčíková, S., Paráková, D. Identification of negative experience and risk factors post-traumatic stress disorder of women in relation to childbirth. *International symposium: Science and Research in Nursing*. Ed. Pospisilova A, Jurenikova P. Masaryk University: Brno 2014. ISBN 978-80-7013-574-7.
19. Mazúchová L., Kelčíková S., Vasilková P., Buchanec J. Podpora bondingu po pôrode. *Čes-slov Pediat*. 2016; 71 (4): 196–201.
20. Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. and Ekström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing research and practice*. 2013: 6.
21. Pirdel, M., Pirdel, L. Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. *Journal of reproduction & infertility*. 2009; 10 (3): 217–223.
22. Roztočil, A. et al. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 8024719412.
23. Shilling, T. Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*. 2014; 23 (4): 188–193.
24. Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., Kehl, S. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*. 2013; 170 (2): 401-406.

Do redakce přišlo 5. 8. 2019
 Po recenzi zařazeno k tisku březen 2020
 Konflikt zájmů není znám.



Kontaktná adresa:

Mgr. Lucia Mazúchová, Ph.D.
Malá Hora 5,
036 52 Martin SLOVENSKO
tel. č. 00421 432633430
mazuchova@jfmed.uniba.sk



RADKIN HONZÁK: NOVINKY ZE SVĚTA MIKROUTŮ



OBRÁZEK 2: RADKIN HONZÁK MEZI MIKROUTY. FOTO V.CHVÁLA

Střevní mikrobiom má vztah k depresi a k hypertenzi, jak opakovaně sdělila Americká kardiologická společnost. Bruce R. Stevens se svým týmem z Gainesville na Floridě zjistil, že složení střevního mikrobiomu se liší podle charakteru onemocnění. Na základě mazané shlukové analýzy s pomocí umělé inteligence rozdělil mikrobiom sledovaných osob do čtyř skupin se svérázným a vzájemně odlišným složením. A podle složení mikrobiomu se jeho vzorek rozpadl do čtyř odlišných diagnostických skupin: nemocní trpící hypertenzí, nemocní trpící depresí, nemocní trpící kombinací obou chorob a zdravé osoby. Při té příležitosti je dobré vzpomenout na starší úvahu, že zmiňované choroby táhnoucí se rodinami a považované za geneticky podmíněné, mohou mít svou možná významnější etiopatogenetickou složku v tradovaném životním stylu a stravovacích zvyklostech.

O něco málo starší práce uvádí rozdíly ve složení mikrobiomu nalezené u starších

hypertoniků se sníženou a normální fyzickou kapacitou. U těch, kteří na tom byli hůře, bylo shledáno méně zástupců *Betaproteobacteria*, *Faecalibacterium* a *Ruminococcae*, zatímco více patogenních *Escherichia coli*, které produkují prozánětlivé cytokiny.

O tom, že se deprese u hypertoniků vyskytuje pětikrát častěji než v ostatní populaci s normálním krevním tlakem, se ví už nejméně 45 let (alespoň tehdy jsem to poprvé četl). Že ale tato kombinace může mít některé společné, pravděpodobně etiopatogeneticky významné, přitom specifické činitele, je poznatek nový, který otevírá cestu k hledání nových léčebných postupů.

Tentýž tým před rokem publikoval své poznatky o tom, že zvýšená propustnost střevní stěny doprovázená zvýšenou koncentrací lipopolysacharidů v plazmě souvisí s klinickou úzkostí a depresí.



Když mikrouti souvisejí s depresí a úzkostí, jaký vztah mají k agresí, řekla si Nicole Kirchoff z Oregonské univerzity a spolu s dalšími odvážlivci podrobila analýze střevní mikrobiom 21 zlých a agresivních pitbullů a deseti jejich hodných kamarádů stejné rasy a zjistila, že agresivní psi mají mnohem více laktobacilů.

Poslední číslo Vesmíru uveřejňuje návod Františka Vyskočila, jak se stát maratoncem. Stačí dostatečné množství bakterie rodu *Veillonella*, která se umí poprat s kyselinou mléčnou – tedy s látkou, která způsobuje svalovou únavu. Tyto pracovitě bakterie se namnožily ve střevech 87 olympijských sportovců během náročného maratonského běhu, ale jen jedna z nich umí přeměnit laktát na kyselinu propionovou, která je pro organismus zdrojem energie. Je to *Veillonella atypica*, která také jako jediná dokáže zvýšit výkon myši, je-li do jejího střeva transplantována. Zda měl ve střevech tuto bakterii první vítěz Spirydon Louis, už autor neuvádí.

Japonští autoři vyšetřili 128 pacientek navštěvujících kliniku pro zlepšení paměti Národního geriatrického centra ve věku mezi 69–82 roky. Ve skupině bylo diagnostikováno 34 žen trpících demencí. U dementních pacientek byl typický výskyt enterobiomu III. s nedostatečným počtem rodu *Bakteroides* a tato korelace byla daleko těsnější než ostatní nálezy predikující demenci. Jak vyplývá z prací bakteriologu v Seattle (WA, USA), jsou tyto bakterie důležité mimo jiné také při vyrovnávání antagonismu mezi bohatou mikrobiální populací.

Vědci z George Washington University zjistili ve střevech pacientů trpících kolo- rektálním karcinomem mutovaný protein CAECAM, který blokuje růst nových buněk a který je spojen s výskytem některých bakteriálních druhů podílejících se na růstu nádoru.

K tomu je ovšem také pozitivní zprávou starší údaj o tom, že pravidelné požívání sušených švestek zlepšuje složení střevního mikrobiomu v distálním tlustém střevě, a to tak, že zvyšuje počet Bakteroidů a snižuje množství Firmikutů, což působí protektivně.

Stejně pak pomáhají vlašské ořechy. Nutriční tým z Connecticutu prokázal, že myši, v jejichž stravě bylo 7–10 % ořechů, měly méně střevních nádorů. Ořechy dobře fungují v organismu myšáků, kde snížily incidenci dvojnásobně až trojnásobně oproti myším krmným typickou americkou stravou.

Zatímco Darwin postuloval, že přežívají ti nejschopnější, u bakterií se zdá, že přežívají ty nepřátelštější. Poslední výzkumy bakteriologů z Kodaně naznačují, že ty druhy, jejichž příslušníci se dovedou „uskromnit“, je-li to v zájmu celku, jsou úspěšnější. Ty, které spolupracují, jsou schopné vytvořit bakteriální film, který je společně ochraňuje a dovoluje růst i těm slabším.

Zájem mikrobiologů se soustředil i na situaci v kosmické lodi, kde jsou jiné podmínky než ve větraném pokoji na Zemi. Je zde mikrogravitace, radiace, větší množství oxidu uhlíku v těsném prostoru, kde je navíc až šest lidí. Ve srovnání s čistým laboratorním prostředím či větraným pokojem zde badatelé našli více aktinomycet, které jsou potenciálně patogenní a měly by být brány v úvahu při delších pobytech. Dále se zdá, že mikrogravitace některým druhům nesvědčí. Většinou se však mikrobi chovají podobně jako v přirozených podmínkách. Pouze jeden typ roste o 60 % rychleji než na Zemi, a to *Bacillus safensis*, jak zjistili badatelé v projektu MERCCURI, v němž vyslali do vesmíru 48 druhů mikrobů. Dotyčný bacil patří mezi Firmikuty, předpokládá se, že má třináct kmenů a v přírodě napomáhá růstu rostlin. Patrně jsme ho ze



Země dopravili už také na Mars, protože je velmi odolný vůči radiaci.

Astronauti prostě nastoupí do kosmického korábu a netuší, že bakterie jdou s nimi. Některé z nich jsou patogenní, jiné se mohou stát patogenními v důsledku jiných podmínek. Proto vědci vyvinuli úplně nový systém, jak zabránit přemnožení možných patogenů. Pokrytí povrchů novou sloučeninou-AGXX®, která

obsahuje stříbro a ruthenium spolu s deriváty některých vitaminů, a ničí všechny druhy bakterií, jakož i určité houby, kvasinky a viry. Účinky jsou podobné bělicím účinkům, kromě toho se povlak sám regeneruje, takže je prakticky stále aktivní a měl by sloužit jako ochrana také proti dnes již rezistentním gram-pozitivním patogenním kmenům.

Psáno 14. 10. 2020



REFLEXE



OBRÁZEK 3: ILUSTRAČNÍ FOTO, KLÁRA MAŠÍNOVÁ

VLADISLAV CHVÁLA: KDO VYPUSTIL DŽINA GENDERISMU?

Ovládly většinu západních univerzit a médií stoupcem nové levice, jak píše Pavel Matlocha ve svém článku v České pozici ze dne 10. 8. 2019? (Matlocha, 2019) Kde se bere na univerzitách dokonce i ve staré dobré Anglii ta extrémně netolerantní atmosféra, o které svědčí ostrakizace profesorů Jordana Petersona nebo Rogera Scrutona, jen proto, „*aby nezneklidňovali svými konzervativními názory studenty*“? Profesor psychologie Peterson prý přišel o místo na Torontské univerzitě, když si dovolil kritizovat kanadský zákon o politicky korektním jazyku, který pod trestnými sankcemi za „*diskriminaci na základě genderové identity a jejího vyjádření*“ přikazuje

občanům používat alternativní genderová zájmena. Že by k podobnému zásahu do svobody slova měl co říci právě profesor psychologie, není pochyb. Nedávno mu nebylo dovoleno přednášet ani na cambridgeské univerzitě pro jeho konzervativní názory. Mají ale ještě odborníci vůbec šanci vstoupit do diskuse kolem genderu? Doufáme, že u nás ještě ano, když hned dvě české univerzity pozvaly oba umlčované profesory k přednáškám na své půdě. Ale jak dlouho si tuto svobodu budeme moci ještě dovolit?

Jak se vůbec stalo, že se z klinicky okrajového tématu transsexuality, podivné, ale celkem dobře klinicky popsané anomálie, jejíž četnost byla odhadována na 1



promile mužské i ženské populace, stalo ústřední téma transgender ideologie? Ta dnes se svým požadavkem sňatků homosexuálů doslova hýbe západním světem a v zavedených demokraciích leckdy rozhoduje volby. (Švecová, 2000) Jak to, že hlavním znakem svobody se stal vztah k ideologii LGBT komunity? Proč ve jménu svobody sexuálně odlišných jedinců musí být měněny zákony o rodině, falšovány vědecké studie, umlčování profesori, obětováno právo dětí znát své rodiče? Proč máme rozvíjet trh se surrogátním těhotenstvím, tedy trh s dětmi, aniž bychom znali důsledky všech těchto kroků pro stabilitu celých populací? A jak to, že se LGBT aktivisté ohánějí argumentem vrozenosti a současně trvají na svobodné volbě genderu po celý život? Proč současně dramaticky stoupá počet dospívajících, kteří žádají radikální změnu svého pohlaví? Od r. 2010 stoupl počet žadatelů na specializované klinice v Tavistocku z 94 na 2519 ročně! I naše ordinace jsou dnes tématem transsexuality zaplavovány, podobně jako jsme před časem zažívali nápor rodin s tématem anorexie a bulimie v podobném věku populace. Oba okruhy poruch mají spolu ostatně hodně společného, jak bychom rádi ukázali. Podle našich zkušeností souvisí mnohem spíše se stagnací celé trojice matka – dítě – otec v době separačního procesu než s nečekaně zblázněnými geny. Také proto je těžké těmto symptomům porozumět při sledování jen jednoho z trojice spojené vrozeným poutem, nebo výzkumem jen jedné vrstvy ze složitých souhry bio-psycho-sociálního systému rodiny. Jenže lze ještě v ideologicky ovlivněné akademické obci argumentovat klinickými zkušenostmi? Když to nedávno zkusila americká lékařka Lisa Littmanová ve studii uveřejněné v odborném časopise PLOS One, ve které navrhla, že za nárůstem počtu žadatelů o změnu pohlaví může být určitá „sociální nákaza“, stala se terčem zuřivé kritiky, a

to nejen z řad aktivistů LGBT komunity. (Littman, 2018)

KRÁTCE Z HISTORIE ANTROPOLOGIE

Při hledání odpovědí na tyto otázky stojí za to ohlédnout se kousek zpátky. Zajímavá je v tomto ohledu stručná historie antropologie, jak se o ní lze poučit v monografii Martina Soukupa z r. 2018. (Soukup, 2018) Na sérii portrétů nejvýznamnějších postav této mladé disciplíny ukazuje vývoj od tápavých začátků otců zakladatelů, přes získání univerzitních pozic a vznik kateder na významných světových univerzitách, až po současnou „antropologii v postparadigmatické době.“ První nadšenci klasického evolucionismu byli motivováni snahou zachránit poslední autentická svědectví o životě původních aliterárních kultur v Novém světě a v koloniích. Podnikali dobrodružné výpravy do exotických krajů. Terénní studie se staly prubířským kamenem každého graduovaného antropologa. Už proto mezi nimi převažovali svérázní muži. Později se k nim přidaly i svérázné ženy, jakou byla Margaret Maedová nebo Cora Alice Du Boisová. Antropologům nemohl uniknout devastující vliv západní civilizace na původní kultury a často se pak stávali jejími kritiky.

Zcela jistě sebrali velmi cenná data a pomohli Západu orientovat se v otázkách kultury a jejího vlivu na člověka. Mnohým z nich imponoval marxismus, což můžeme sledovat především u britské sociální antropologie, ale vliv levicové ideologie se vyhnul jen málokteré katedře. Například silně levicové sdružení akademiků kolem Rhodes-livingstonského institutu se vyznačovalo angažovaností v otázkách koloniální politiky. V době, kdy my tady za železnou oponou jsme zažívali praktické důsledky aplikace marxismu na každodenní život a vědu až do naprostého znechucení, intelektuálové na západních univerzitách prožívali



znechucení z rozvoje kapitalismu a jeho dravosti. Revoluce na konci šedesátých let a nástup derridovského sociálního dekonstrukcionismu vliv levice ještě posílily.

Svoboda a demokracie západních zemí vedla k rozvoji feministického hnutí. Ženy pronikaly i do antropologie a jejich hlas tam byl stále významnější. Ukazovaly na mužskou předpojatost oboru a přinášely vlastní hledisko na problematiku mužů a žen (např. M. Maedová *Muž a žena* z r. 1949). „Od sedmdesátých let se diskurz začal rychle měnit, objevovaly se práce věnované dekonstrukci mužsky založené a orientované antropologie a rychle se zvyšoval význam a postavení feministické antropologie, jejíž stoupenkyně usilují o vytvoření teoretických rámců a konceptů, které umožnily antropologicky porozumět genderu, genderovým vztahům a zkušenostem, vztahu mezi pohlavím a genderem, dále otázce genderových rolí a genderové identity.“ (Soukup, 2018, s. 650) Významným mezníkem se stal sborník *Ženy, kultura a společnost* (1974), který připravily M. Rosaldová a L. Lampherová společně se šestnácti autorkami. Ženy objevovaly své potlačované postavení vedle mužů. „Nerovnost mezi pohlavími je podle Laecockové až mnohem pozdějším produktem vývoje společnosti, konkrétně spjatým s nástupem kapitalismu.“ (tamtéž str. 655)

Gayové a lesby byly v antropologickém diskurzu prakticky neviditelní, a i výzkumy zaměřené na homosexualitu byly celkem výjimečné. Když se takové práce začaly objevovat, jejich autory a autorkami byly nepřekvapivě gayové a lesby, což mělo své nezanedbatelné důsledky. Když se tímto tématem začali zabývat, cítili se jako „insideři“, a čelili podezření, že jsou výsledky jejich práce kontaminovány osobními zájmy autorů. Můžeme se dnes jen dohadovat, jak tato situace ovlivnila

soudržnost a strategii prosazení homosexuálně orientovaných badatelů, kteří vydali v r. 1996 kolektivní monografii *Vyoutování v terénu*. (Lewin, 1996) Současně v devadesátých letech takřkajíc došel klasické antropologii výzkumný materiál v exotických destinacích. Zájem o studium, vypracovaná metodologie a akademické struktury si však vyžadovaly nalezení nových témat. To vedlo k tomu, že „...stále více se antropologie pěstuje jako etnografie s někým a pro někoho. Klade důraz na pomáhající rozměr antropologické práce, antropologové se snaží pomáhat komunitám v prosazování jejich práv... aby se zvýšila kvalita života komunity.“ (tamtéž s. 726)

AKTIVISTÉ PROTI FAKTŮM

Potud bychom mohli porozumět tomu, jak se dostala antropologie k tématům LGBT komunity a proč byla silně ovlivněna levicovými radikály. Kde se ale vzal problém s biologickým zakotvením lidského chování? Na jednu stranu zde byl silný požadavek na genetiky, aby objevili gen homosexuality, současně však musí být pohlaví stále více věcí svobodné volby po celý život. Ilustrativní jsou prudké reakce na práce dvou autorů, kteří shromáždili v rámci svých výzkumů doklady o biologických základech lidského chování. Kontroverzní Napoleon Chagnon, který prováděl svá bádání u venezuelských Janomámů, antropolog poučený o genetice, dospěl k závěru, že drsné a agresivní chování zdejších mužů je podporováno a udržováno jejich větší reprodukční úspěšností, což publikoval v časopise *Science* v r. 1988. (Chagnon, 1988) To vyvolalo bouři odporu s odůvodněním, že tím snad chce biologicky zdůvodnit mužské násilí a sexismus. Následovala systematická dehonestace vědce v tisku. I když lze mít výhrady k jeho metodologii, odpor k biologickým determinantám lidského chování, snad následek traumatu z doby,



kdy nacisté zneužili vědu ke své rasistické teorii, se zde projevil v plné síle. Sám Chagnon vyjádřil obavy o další vývoj antropologie, v níž se podle jeho slov objevují tři nevědecké trendy: „1) biofobie, která setrvale odmítá biologická vysvětlení lidského chování, 2) postmodernismus, jenž pokládá „fakta“ za čiré „konstrukce“ lidské mysli, a 3) aktivismus a advokacie, jejichž cílem je řešení problémů a kauz z etického a politického hlediska.“ Vidíme, že dnes už tento styl prosazení vlastního „názoru“ dominuje nad vědeckou diskusí na mnoha západních univerzitách.

Kromě dehonestace v médiích mají levicoví radikálové na univerzitách další prostředky, jak umlčet hlasy, které jim nejsou po chuti. Zažil to na sobě jiný badatel už o desetiletí dříve než Chagnon, totiž Edward O. Wilson (nar. 1929), když ve své rozsáhlé Sociobiologii (1975) přišel s programem studia biologických základů veškerého sociálního chování. To bylo nejspíš příliš ambiciózní tvrzení, které vycházelo z teorie mezialeické kompetice. Ta jen krátce na to vešla do povědomí veřejnosti jako teorie sobeckého genu, jak ji zpopularizoval Richard Dawkins. Wilsonova práce se stala roznětkou nejen antropologických diskusí. O bouřlivé atmosféře svědčí usnesení Americké antropologické asociace z r. 1976, která odmítla sociobiologii jako „pokus geneticky ospravedlnit sexismus, rasismus a elitarismus statu quo v lidské společnosti“. Nepřevládla spíš ideologická hlediska? Zaujalo nás, jak probíhala diskuse s autorem. „Zejména křídlo hardwardských levicových intelektuálů vynaložilo značné úsilí na zdiskreditování sociobiologie. Někdo z tohoto okruhu má zřejmě na svědomí i nechvalně proslulý incident, k němuž došlo při zasedání Americké společnosti pro rozvoj vědy v r. 1976. Když zde Wilson prezentoval své názory na lidskou přirozenost,

vtrhla k němu na pódium skupina neznámých útočníků, skandovali „Wilson, jsi úplně mimo!“ a jeden z nich ho zchládl studenou vodou...“ (Soukup, 2018, s. 507). Pozoruhodné není hloupé chování aktivistů, ale reakce celé akademické obce. Ještě léta po tomto konfliktu jsem se setkával i u nás s úlekem ve tváři akademiků při vyslovení slova sociobiologie. Co je proboha na faktu biologické podmíněnosti některých součástí našeho chování tak pobuřujícího?

AKTIVIZMUS BRÁNÍ VĚDECKÉMU POZNÁNÍ

Obáváme se, že aktivismus na univerzitách brání vědeckému poznání. Může vést k zavržení dobrých a nadějných myšlenkových proudů, jak se to stalo také v případě Daryla J. Bema s jeho EBE (Erotic Becomes Exotic) teorií sexuality. (Bem, 1996) Někdy k zamítnutým teoriím dospějí i ti, kdo svého kolegu dříve umlčovali a dehonestovali, jako se to našťestí stalo proslulé genetičce Barbaře McClintockové v šedesátých letech. Ta ještě stihla za svůj původně odmítnutý objev dostat Nobelovu cenu. Když přijde badatel s myšlenkou příliš brzy nebo do nevhodné doby, má smůlu a my ostatní s ním. Chceme ukázat, že také Daryl J. Bem přišel s EBE teorií sexuality do extrémně nevhodné doby, v devadesátých letech, kdy to na amerických univerzitách vřelo, levicoví radikálové a aktivisté LGBT komunity byli v plné síle, tak jak to začínáme pociťovat už i u nás, a nakonec rozhodli nejen o zamítnutí velmi zajímavé teorie, ale i o odstranění jejího autora z čela Americké psychologické asociace. A to přitom měl autor v úmyslu smířit zastánce biologických a sociálně konstrukcionistických teorií sexuality!

S VANIČKOU I DÍTĚ

V době publikace i zavržení EBE teorie jsme již pracovali jako rodinní terapeuti a



neznali jsme ji. V naší klinické práci jsme však dospěli ke shodnému poznání, které je jádrem EBE teorie: pro zdravý vývoj jedince (u Bema-pro vývoj sexuality) je nezbytné, abychom vyrůstali v genderově polarizované kultuře. Publikovali jsme své klinické zkušenosti s mnoha rodinami v r. 2004 v češtině jen u nás, kde se LGBT aktivisté teprve rozhlíželi. (Trapková, 2017 [2004]) Je zřejmé, že někteří kolegové z oblasti genderových studií, nebo i kulturní antropologové sledující jiné cíle a vyznávající jiné hodnoty, si rozdílů mezi pohlavími pro vývoj jedince a sexuální zrání zatím nedovedou cenit, když nejsou v kontaktu s klinickou praxí, která je nejlepším ukazatelem pravdivosti našich hypotéz. (Desmet, 2019) Centrem naší pozornosti je dítě, nejbezpečnější součást trojice tvořící rodinu. Ta je nejmenším bio-psycho-sociálním systémem schopným úplné sebe reprodukce, a to jak biologické, tak kulturní a psychologické. Podrobnosti jsme popsali jinde, zde chceme upozornit na atmosféru v naší společnosti, která tíhne pod tlakem aktivistů k odstraňování rozdílů mezi muži a ženami, aniž by byla známa rizika takového počínání. A akademická obec váhá, někteří kolegové se nechávají strhnout studenty k lákavému libertariánství a vydávají ho za liberální demokracii, jiní s nimi chtějí být prostě jen zadobře, a někteří za námi chodí a říkají: „Máte v mnohém pravdu, a já bych vás podpořil, ale strašně bych to schytl od kolegů...“

NEUSTUPOVAT DEMAGOGII

A přitom by stačilo klidně trvat na tom, co dnes o vývoji sexuality víme, a neustupovat demagogii tam, kde zatím nevíme. Není to zas tak složité. Velmi stručně řečeno je zřejmé, že na základě X a Y chromozomu jsou biologicky kódována dvě pohlaví. Podle toho se vyvíjejí gonády a pod vlivem hormonů i další tkáně včetně

struktur mozku. Pod mnoha dalšími vlivy, včetně psychického stavu matky, už prenatálně mohou vznikat odchylky biologického vývoje, takže na svět sice přichází dítě zpravidla s pohlavím ženským nebo mužským (a podle toho s ním okolí zachází a malý rozdíl významně zesiluje), ale potenciál dalšího vývoje je pestřejší. Podle vrozených dispozic (temperamentu) můžeme sledovat vývoj celého spektra od jasně ženských vloh, přes chlapecké dívky a zženštilé kluky až k jasným mužským vlohám. Podle toho se pak dítě ve svém sociálním prostředí chová, poznává sebe a svět a postupně se tak upevňuje příslušnost k některé ze sociálně konstruovaných subkultur, ženské nebo mužské. K tomu ale ten rozdíl musí existovat! Složitý, bio-psycho-sociálně podmíněný proces nelze zjednodušit na jen biologické nebo jen sociální či psychologické příčiny. Jde vždy o nesnadné vyladování všech vrstev, ke kterému je třeba stabilita, dostatek času a vhodných podmínek. Rodina je, a musí být chráněný prostor pro osobní intimní vztahy s matkou i s otcem, sourozenci a dalšími příbuznými. Teprve v nich se upevňuje sebeobraz do konečné podoby dospělé sebevědomé ženy nebo dospělého sebevědomého muže.

Ve většině kultur existují pohlavně odlišné přechodové rituály do dospělosti, umožňující maturovat buď jako žena, nebo jako muž. Nejspíš proto, že právě jen tato kombinace spolu s převažující heterosexuální vedou k naplnění generativní funkce další generace. Rituály tak zajišťují udržitelný rozvoj populace. Není pochyb o tom, že pro jedince s odlišným sebeobrazem a sexuálním chováním byly takové rituály zvláště obtížné nebo neprůchodné. U nás jich je málo, ale přece jsou. Například maturitní ples, kde je třeba se jasně prezentovat jako dívka nebo chlapec, je pro genderově zatím nevyhraněného jedince velký problém. Důslednou



dekonstrukcí a odstraněním této „sociální kontroly dospělosti“ vzniká mnohem větší svoboda jednotlivce vstupujícího do života. Populace je tak stále genderově pestřejší, ve jménu „genderové spravedlnosti“ se stírají rozdíly mezi ženskou a mužskou rolí, „bojem proti genderovým stereotypům“ se ztrácí genderová polarita.

Výhodou může být snazší naplnění života dříve odmítaných sexuálních variant a mnohem větší tvořivost společnosti. Potíž není se svobodnou volbou sexuálních aktivit, ale s politickou aktivitou stále většího množství sexuálních menšin, které

se sdružují ve svých informačních bublinách a s velkou razancí si na většinové společnosti vynucují důkazy své normality změnami zákonů a požadavky nemožného – aby mohli mít vlastní děti. Tím tlačí na rozvoj trhu s dětmi. A ten se rozvíjí. Pokud však je podmínkou pro vznik sexuálního chování, ať už hetero- nebo homosexuálního, potřebné vyrůstát v genderově diferencovaném prostředí, další dekonstrukce tohoto rozdílu může být pro celou populaci nevýhodná.

Psáno 14. 8. 2019

K tisku zařazeno v květnu 2020

Konflikt zájmů: Psáno pro Vesmír, kde nebylo publikováno.

Použitá literatura

SCHWAB, Reinhold, Elmar BRÄHLER, ed., 2001. *Schwangerschaft, Geburt und der {Ü}bergang zur Elternschaft*. 2nd. Giessen: Psychosozial-Verlag, s. 54-70.

BALINT, M., 1999. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Psyché. Praha: Grada Publishing.

BANDURA, A., 1997. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.

BATESON, G, 1988. *Mind and Nature: Necessary Unity*. New York: Bantam Book.

BAUDIŠ P., Mudra, 1986. Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře. *Sborník referátů a diskuse*. Kroměříž: vydala Psychiatrická léčebna.

BEM, J., 1997. Exotic Becomes Erotic: Explaining the Enigma of Sexual Orientation. *Cornell University, APA adres*.

BEM, D., 1996. *Exotic Becomes Erotic. A Developmental Theory of Sexual Orientation*. s. 320-335.

BOWLBY, J., 2012. *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

CARTER, E. a M. MC GOLDRICK, 1980. *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner Press.

CUTRONA, C. a B. TROUTMAN, 1986. Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*. **57**(6), 1507-1518.

DAHLKE, Rüdiger, Zdeněk DAN, 2000. *Nemoc jako symbol*. Praha: PRAGMA. Něm. orig. Krankheit asl Symbol, Handbuch der Psychosomatik München Bertelsmann Ver. 1996.

DESMET, M., 2019. *Iluze objektivit v psychologii*. 13. s. 6-21.



- DOHERTY, W a M BAIRD, 1983. *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
- ENGEL, G, 1977. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. s. 129-136.
- EUROSTAT, 2006. *Population Statistics 2006*. Dostupné také z:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EH-06-001/EN/KS-EH-06-001-EN.PDF
- FINK, P, L SORENSEN, M ENGBERG a et AL., 1999. Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics*, 40 (4) . 40 . s. 330-338.
- FOWLES, E., 1998. Labor concerns of women two months after delivery. *BIRTH*. **25**(4), 235-240.
- FROMAN, R.D. a S.V. OWEN, 1989. Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal*. **3**(3), 199–210.
- GLOGER-TIPPELT, G., 1988. *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- GREEN, J.M. a H.A. BASTON, 2003. Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *BIRTH*. **20**(4), 235-247.
- HALPERN, L.F. a W.E., MCLEAN, 1997. Hey mom, look at me!. *Infant Behavior and Development*. **20**(4), 515–529.
- HERRNSTEIN , R a Ch. MURRAY, 1996. *Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. New York: A Free Press Paperbacks Book. Autoři dokazují, že lidé jsou různí, že je nesmysl chtít dosáhnout rovnosti mezi lidmi, a že sociální programy zhoršily situaci chudých vrstev.
- HODNETT, E.D., 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. **186**, 160-172.
- HOLMES, T.H., 1978. *Life situations, emotions and disease*. . s. 747-754.
- HONZÁK, R., 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření, 2.vydání*. Praha: Vyšehrad.
- HONZÁK, R a V CHVÁLA, 2015. Psychosomatická medicína. HOSÁK L, Hrdlička. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 555-655.
- CHAGNON, N., 1988. *Life Histories, Blood Reverenge, amd Warfare in a Tribal Population*. s. 986.
- CHRISTIAENS, W. a P. BRACKE, 2007. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **7**(26) [cit. 2009]. DOI: 10.1186/1471-2393-7-26. Dostupné z:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/26>
- CHROMÝ, K. a R.(eds.) HONZÁK, 2005. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- CHVÁLA, V, 2009. *Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci*. s. 93-103.
- CHVÁLA, V., 1995. *Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti*. Praha, str.26-31.



- CHVÁLA, V. a L. TRAPKOVÁ, 2008. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- CHVÁLA, V., L. TRAPKOVÁ a D. SKORUNKA, 2012. *Social Uterus: A Developmental Concept in Family*. Springer Science+Business Media, LLC 2012, s. 293–312.
- JACKSON, A. a C. HUANG, 2000. Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers: the mediating role of self-efficacy. *Journal of Social Service Research*. **26**(4), 29–42.
- KLAINSTÄUBER, M, M WITTHÖFT a A STEFFANOWSKI, 2013. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Sys Rev*. [online]. [cit. 2015]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25379990>
- KODYSOVA, E., 2012. Social support and personal control in childbirth, education and parental self-efficacy. [EHPS 2012 Abstracts.]. *Psychology & Health*. **27**(1), 249.
- KOMÁREK, Stanislav, 2005. *Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta, edice Kolumbus.
- KOUKOLÍK, F. a J. DRTILOVÁ, 2006, 2008, 2011. *Vzpouza deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén.
- KRATOCHVÍL, Zdeněk, 1994. *Filosofie živé přírody*. Praha: Herrmann & synové.
- KŘÍŽOVÁ, E, 2015. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, s. 150.
- LEERKES, E. a S. CROCKENBERG, 2002. The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*. **3**(2), 227–247.
- LEWIN, E. a W. LEAP, 1996. *Out in the Field*. Ilinoa: Urbana: University of Illinois Press.
- LIRTAPS, 2005. [Http://www.lirtaps.cz/vycvik_04/vycvik_rt.htm](http://www.lirtaps.cz/vycvik_04/vycvik_rt.htm). *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. [cit. 2013]. Dostupné z: www.lirtaps.cz
- LITTMAN, L., 2018. *Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports*. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>]. 13.
- LOWE, N.K., 2002. The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. **186**(5), 16–24.
- MARNER, Torben, 2000. *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- MATLOCHA, P., 2019. Progresivisté na západních univerzitách potlačují jiné názory. *Ceskapozice.lidovky.cz* [online]. Praha: MAFRA [cit. 2019]. Dostupné z: ceskapozice.lidovky.cz/tema/progresiviste-na-zapadnich-univerzitach-potlacuji-jine-nazory.A190808_015340_pozice-tema
- MINUCHIN, S., 1977. *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- MONTIGNY, F. a C LACHARITÉ, 2005. Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. **49**(4), 387–396.



- OLDE HARTMAN, TC, AH BLANKENSTEIN, AO MOLENAAR et al., 2013. *NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS)*. 56. s. 222-30.
- PEVELER, R., L. KILKENNY a A. KINMONTH, 1997. *Medically unexplained physical symptoms in primary care; a comparasion of self-report screening questionnaires and clinical opinion*. s. 245-52.
- PILOWSKY, I., Q. SMITH a M. KATSIKITS, 1987. *Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective stdudy*. . s. 177-83.
- PONĚŠICKÝ, J, 1999. *Neurózy, psychosomatická onemocnění, psychoterapie*. Praha: Triton.
- PORCELLI, P a C RAFANELLI, 2010. *Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting*. s. 246-254.
- RAIKES, H. a R. THOMPSON, 2005. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*. **26**(3), 177-190.
- RAVER, C. a B. LEADBEATER, 1999. Mothering under pressure: Environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology*. **13**(4), 523-534.
- REECE, S.M., 1992. The parent expectations survey. *Clinical Nursing Research*. **1**(4), 336-346.
- REID, S., S. WESSELY, T. CRAYFORD a M. HOTOPF, 2001. *Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study*. s. 767-769.
- RIEF, W. a E. BROADBENT, 2007. *Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms*. s. 821-41.
- ROSENDAL, M, 2013. *Functional disorders*. DSAM's clinical guidelines.
- ŘIHÁČEK, T a J KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, 2012. *Integrace v českých psychoterapeutických výcvicích*. s. 162-174.
- SAWYER, A. a S AYERS, 2009. Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health*. **24**(4), 457-471.
- SIMKIN, P., 1991. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *BIRTH*. **18**(4), 203-210.
- SOUKUP, M., 2018. *Antropologie. Teorie, koncepty a osobnosti*. Červený Kostelec: Kosmas, s. 773.
- STIFTER, C. a M BONO, 1998. The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother--infant attachment. *Child: Care, Health & Development*. **24**(5), 339-351.
- ŠTÍPEK, P., 2010. *Využití terapeutického potenciálu projektivních technik v práci s rodinou. Technika Zakleté kameny (rukopis)*. Praha: FF UK Praha.
- ŠVECOVÁ, B. a P. WEISS, 2000. *Transsexualismus- definice, etiologie a léčba*. 80. s. 553-556.



ŠVECOVÁ, B. a P. WEISS, 2001. *K některým rozdílům mezi transsexuály male-to-female a female-to-male*. 97. s. 13-19.

TAKÁCS, L. a E. KODYŠOVÁ, 2011. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*. **76**(3), 199-204.

TETI, D. a D. GELFLAND, 1991. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*. **62**, 918–929.

TRAPKOVÁ, L. a CHVÁLA, V., 2004. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2004. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2017 [2004]. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2004. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

TRESS, W., 2004. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

TRESS, W., J. KRUSSE a J. OTT, 2004. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

VAN DER WEIJDEN, T., M. VAN VELSEN, G. DINANT, C. VAN HASSELT a R. GROL, 2003. *Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior*. s. 226-31.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

WALDENSTRÖM, U., 2004. Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? , 31(2), . *BIRTH*. **31**(2), 102-107.

WEBER, J., 2011. *Individual and Family Stress and Crises*. London: Sage Pub.,Inc.

WINNICOT, D.W., 1987. *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley.



HONZÁK R, KREKULOVÁ L¹: CHOROBY POČESTNÉ A NECTNÉ, PACIENTI MILÍ A TI DRUZÍ



OBRÁZEK 4: ILUSTRAČNÍ FOTO Š. PIKOUS

Jestliže knihy mají své osudy, jak nás poučil Terentian Maur, mají je i další jsoucna. Ani ta, jimiž se intenzivně zabýváme, se jim nevyhnu. Nepočestná choroba syfilis byla k označení hanebností sousedních národů jmenována tu nemocí španělskou, tu francouzskou, tu zase jinou, jak se to komu hodilo do krámu. Dodnes každý pacient pohovoří s pýchou o chorobách svého srdce (ještě lépe, srdíčka), naopak zakrývá cudně špatný stav své prostaty. Ani se nepochlubí, že když si v hostinci Na růžku stěžoval, že má nadýmání, dostal tuto radu: když na něj máte, tak si dýmejte! Je málo mužů, kteří jsou ochotni nechat zasadit svůj úspěšně vypuzený močový kámen do zlatého prstenu a věnovat tento skvost dámě svého srdce, jak to učinil hrdina Maupassantovy

povídky. Také ho to stálo život. Když dívka mrštila na ulici darem směrem ke kanálu, sklátila ho na místě mrtvice, dnes by to byla cévní mozková příhoda, nicméně s tímž výsledkem.

S pacienty je to ještě komplikovanější, protože kromě toho, že jsou nositeli počestných či nectných chorob, jsou majiteli nej-různějších osobností, které jsou nemocí často dále změněny v neprospěch svých nositelů. Kdysi jsme s Michalem Andělem a Vládou Brodanem podnikli studií¹ zaměřenou na to, kteří pacienti jsou kolegyním, kolegům a sestřičkám příjemní a s kterými by se jim dobře pracovalo. Sestry ještě připustily úzkost a jistou nekázeň, ale lékaři a doktorky viděli své optimální pacienty asi

¹ Remedis, s. r. o., Vladimírova 10, 14000 Praha 4

¹ Honzák R., Anděl M., Brodan V.: Jaké osobnostní vlastnosti očekáváme u nemocných. Čas. lék. čes., 1982; 121: 410-411.



jako ideální partnery na strávení příjemného sobotního večera (to ani tehdy nebylo v televizi nic, na co by se dalo koukat).

Jistou dávkou diskriminace u somatických kolegů trpí psychiatři pacienti, ať již diagnostikovaní a někde léčení, nebo ti, kteří na to vypadají. Za všechny bych uvedl ženu trpící depresí, kterou jsem odeslal na ORL s prosbou o vyšetření polykacích obtíží. Do parere jsem verbatim uvedl, že nejde o funkční potíže, protože pacientka bez problémů polyká tekutiny a vážnou tuhá sousta. Vrátila se mi s diagnózou „psychická nadstavba“, aniž se jí kdo do chrčtánu podíval. Vzal jsem ji tedy za ruku a zašel na ORL oddělení za jiným kolegou, s nímž jsem měl a dosud mám dobré vztahy, a ten konstatoval, že jde o strikturu jícnu poleptaného některým předchozím suicidálním pokusem – vypitím přípravku určeného k pročištění ucpaného vodovodu patrně s příměsí žíravín.

Vzmemme-li jako východisko skutečnost, že antické Řecko pokládalo krásu za ekvivalent zdraví, ptejme se, co je krása, která nás všechny po celou dobu lidské existence přitahuje. Je to maximálně zprůměrovaný člověk. Položíme-li – počítačově – padesát obličejů na sebe, začne se nám krása vynořovat a položíme-li jich tisíc, zjeví se ideál. Mona Lisa se může jít zahrabat! To, co nás naopak popuzuje, je skutečnost, která se od průměru liší o více než dvě směrodatné odchylky. Ať již jde o nectnou chorobu, vzhled, či o jednání en bloc nebo jeho některé prvky. Pacienti, kteří vzbudí naši amygdalu, nahodí orientační reflex a podpálí první plamínky pod poplachovou stresovou reakcí, jsou ti, kteří se dostávají mimo mantinely, v nichž se pohybují „slušní lidé“. A neskrývejme, že navzdory profesionalitě a ochotě věnovat se činností, kterých se většina lidí bojí nebo si je oškliví, jsme se nezbavili předsudků ve standardní sociální sféře. Výjimkou jsou chirurgové, kteří nemají pacienta, ale operační pole.

Když se začala sledovat šikana a výzkumníci to vzali od školek, zjistili, že terčem útoků se stávají děti s nestandardním motorickým projevem, tedy především ty s tehdy platnou diagnózou DMO. V osmdesátých letech instalovali sociální psychologové v Central parku v New Yorku kameru a zabírali hodinu provoz v nejexponovanější době, Vystříhali hluchá místa a byla z toho půlhodinová projekce, s níž sjezdili americké kriminály křížem krážem a po předvedení filmu se dotazovali kapsářů, které lidi by zvolili jako svou oběť. Ti se téměř sto procentně shodli na několika osobách. Při další analýze se ukázalo, že tyto osoby se pohybují v nějakém směru nestandardně. Podobně káně krouží a bystrým okem sleduje, jak se myši pohybují, a když najde tu pomalejší nebo pajdavější, střemhlav se na ni snese a ví, že ta mu neuteče.

Feťáci jsou v neformální hierarchii oblíby hluboko dole, zejména jsou-li k tomu ještě bezdomovci. Při jejich hodnocení vítězí nad profesionalitou moralizující pohled nižší střední třídy. Zavinili si to sami! Nejenže v cestě za zážitky a extatickými stavy se chovali krajně nezodpovědně, ještě získávali peníze na drogy všemi jinými cestami než poctivou prací (zatímco my jak blbci dřeme od nevidím do nevidím!). Jejich neurotransmitterové systémy jsou puchány a z toho plynou odlišnosti v jejich chování v nejširším slova smyslu – od vstupu do dveří, přes tón řeči, neadekvátní emoce, až po sice minimálně, ale podprahově přečtenou zhoršenou koordinaci. Na první kontakt s kýmkoliv všichni bleskově vyhodnocujeme dvě charakteristiky: vřelost a kompetenci. V obou jsou hluboko pod průměrem, nevyvolávají ale soucit, nýbrž něco mezi existenciální úzkostí (ecce homo), strachem (kdo ví čím všim jsou prolezlí), odporem a pro jistotu (jsou pro mě nevypočitatelní) skrytou agresi. Amygdala hbitě osciluje mezi oběma emocemi, které umí. Jsou víc než mínus 2SD od standardních nemocných, s nimiž rutinně vycházíme. Tohle vše se ale většinou nepřehoupne přes práh do vědomí, je tam jen



nepříjemný pocit a touha mít to rychle za sebou.

Co se týče té nejobecnější etiopatogeneze, tedy cesty do neštěstí, neliší se zásadními prvky od cesty diabetiků 2. typu. Míra překračování racionálních doporučení a opovážlivé spoléhání na milosrdenství Boží, které mě zachrání před léčbou, je srovnatelná. Ale tohle diabetici dělali v rámci platných maloměšťáckých pravidel, dokonce shodně s „rozumem epochy“, kterým byl především konzum a narůstající prosperita, což splňovali. Sice na 200% úrovni, ale v zásadě jako poslušní občané. Neboť spotřeba byla všemi politickými strukturami doporučována jako motor blahobytu. Feťáci na rozdíl od nich nespoteřbovali, ale „užívali si“, nebo to alespoň chtěli.

Náš postoj k „jinakosti“, zejména té, kterou vyhodnocujeme jako špatnou, zavrženíhodnou a také nebezpečnou, je podvědomý, tedy neuvědomovaný. Podobně nemáme rádi depresivní osoby, protože emoce jsou ze své vývojové podstaty „neinfekčně nakažlivé“ a chytrý test, na němž je zachycena řada sedadel v divadle, nám prozradí míru vnitřních obav zcela jednoduše. Na sedadlo s číslem 1 ve svých představách posadíte osobu, jejíž fotografii vám experimentátor ukáže a zeptá se, na které sedadlo v téže řadě byste usedli vy. Vzdálenost je mírou

naší vnitřní úzkosti. A promítnuto do profesionální sféry, úzkost ve své práci nemáme rádi.

Tohle je dobré si uvědomit nejen u feťáků a fetek (já vím, že to je nekorektní pojmenování, ale – ruku na srdce – řekneme jim v duchu jinak?), ale také u dalších pacientů, kteří nám „nesednou“ a které máme začazené jako problémové, obtížné až protivné. Primárně jde o komunikační problém, ale právě ten, nikoliv neznalost, se nejčastěji promítá do odborných pochybení. Komunikace s lidmi, kteří jsou pro nás problémoví, je náročná a čím dříve se ji naučíme zvládat, tím dříve z ní budeme mít prospěch i potěšení. Všichni víme, jak setkání s člověkem, který je nám nepříjemný, vyčerpává. Čtyři takoví pacienti za dopoledne představují slušnou stresovou nálož. Naučíme-li se vycházet s tou sortou nemocných, s kterou nám to dělá zatím potíže a přináší více negativních emocí, staneme se sami vnitřně zralejšími. Na začátek je to možné překonat tak, že si řekneme: Lepší tenhle feťák, než některý psychopatický politik!

2. května 2020 Radkin Honzák



JAN PONĚŠICKÝ: PRIMÁT INTERAKCE A SUBJEKTIVITY TERAPEUTA V PSYCHOTERAPII¹



Jan Poněšický: Primát interakce a subjektivity terapeuta v psychoterapii

Co se odehrává a působí během psycho-
terapie, jsou vzájemné interakce dvou
subjektů, a to jak vzájemné reagování na
sebe, tak i oboustranné vciťování, identi-
fikace. Terapeut se snaží postupovat dle
svého odborného zaměření, které však do
značné míry odpovídá jeho subjektivním
postojům, či příslušnou metodu posléze
modifikuje, přizpůsobuje vlastní osob-
nosti.

Osobní historie určuje a omezuje schop-
nost pro empaticko-introspektivní zkou-
mání a porozumění, a především ome-
zuje či rozšiřuje emocionální disponibi-
litu pro toho kterého pacienta. Našimi
subjektivními interpretacemi se snažíme
o co nejkompexnější a empatické, ale i o

co nejméně úzkostné porozumění (týka-
jící se obou účastníků dialogu).

Objektivní (pravdivé) vnímání izolované
pacientovy mysli se rovná defenzivní
grandiozitě, obraně proti kartesiánskému
strachu (proti strachu z nevědění, proti
pochybnostem ohledně vědeckého po-
znání).

Pakliže autor zdůrazňuje primát subjektivi-
vity a vzájemného ovlivňování, a účinnost
psychotherapie odvozuje z toho, co se ve
skutečnosti mezi terapeutem a pacientem
odehrává, vyvstane otázka, proč setkání
dvou subjektivních světů vede k úzdavě.
Co je na této vzájemné interakci terapeu-
ticky specifické? Jak takovéto setkání
probíhá a vede k náhledu na dosavadní

¹ Přednáška na Česko-slovenské psychoterapeutické konferenci v Přerově 16. 10. 2019.



chování a jeho změnu? Nestačilo by zprostředkování náhledu přímou cestou, kognitivním vhledem? Je nutná cesta skrze interaktivní zkušenost?

Než se dostaneme k odpovědi, stručně shrnu psychopatologii z psychodynamického hlediska. Symptomatika je chápána jako vyústění nevyřešeného problému, interpersonální situace, na které se podílí vlastní způsob její(ho) vnímání, její(ho) hodnocení i možnosti řešení podmíněné zvnitřnělým vztahovým vzorcem, interpersonální zkušeností.

U neuróz jde o vnitřní konfliktovou situaci ve způsobu, jak si zajistit obě hlavní psychické potřeby, totiž jistotu ve vztahu (lásku, spolehlivost apod.) a osobnostní růst (individuaci, pozitivní sebehodnocení, seberealizaci atd.) Neurotický symptom je chápán jako kompromisní řešení konfliktu protichůdných tendencí. U vývojových (strukturálních) poruch jde o bazálnější problém, o zachování osobnostní stability, resp. o to, jak čelit nebezpečí jejího zhroucení kompenzacemi jejích vývojových deficitů. Tak bojuje narcista všemi prostředky proti komplexu méněcennosti za zachování své sebeúcty, sebevědomí, důstojnosti apod. Klient s hraniční poruchou osobnosti s deficitem zkušenosti empatické a spolehlivé vztahovosti nalézá kompenzatorně stabilitu v násilí dle hesla „buď já, nebo ty“.

Odpověď na výše položenou otázku, jak léčí vzájemná intersubjektívni interakce, lze spatřit v obecném cíli psychoterapie rozšířit prostor pro vnímání, myšlení, cítění a jednání otevřením se emoční i kognitivní interakci. Ta je podmínkou k získávání nových zkušeností, během terapie i mimo ni. Psychoterapie tak poskytuje pomoc k svépomoci, je přípravou k novému startu. Psychoterapeutovi umožní autentická interakce zažít na vlastní kůži to, čemu se pacient vyhýbá, jakými oklikami, jakým maladaptivním či

devastujícím způsobem se snaží uspokojovat své potřeby či se alespoň vyhýbá zklamání, retraumatizaci. A pacient interakcí s terapeutem koriguje staré či si dělá nové zkušenosti, něco od něj přejímá, něco nového se mezi nimi vytváří. Vzniká nový náhled na sebe, nová sebe reprezentace i reprezentace objektů, nový „organizační princip“, dle kterého jedná. Tak vztahová zkušenost se změnou osobnosti souvisí s tím, že to, co si člověk sám zažil, je stálejším a trvalejším výdobytkem nežli rada nebo kognitivní náhled.

Avšak znovu: Jde-li v psychoterapii o interakci/ovlivňování setkáním se subjektivním světem druhého, mohl by ji přece praktikovat každý otevřený a komunikativní člověk. K čemu je třeba tak dlouhý psychoterapeutický výcvik?

Psychoterapeut, kromě znalostí psychogenních chorob, je na základě svého výcviku v prvé řadě specialistou na to, jak takovouto autentickou, resp. smysluplnou komunikaci zprostředkovat, navodit. To není tak jednoduché, jak se na první pohled zdá. Podívejme se, jak během setkání s pacientem postupuje a čeho si musí všimnout:

1. Snaží se udržovat rovnováhu mezi quasi objektivním pohledem zevnějšku (posuzování anamnestických údajů a současné problematické situace i následků dosavadního, popřípadě i budoucího chování) a pohledem zevnitř, vcítěním se do pacienta, do toho, o co mu jde vědomě i nevědomě, co očekává, čeho se obává, s jakým zadáním, otázkou přichází. Již to vyžaduje vědění o různých možnostech, o nevědomé psychodynamice apod.

2. Jde tudíž i o to se otevřít pro jeho nevyřešený problém, pro tu starou zkušenost (a tendenci k jednání), pro to, čím si stojí pacient v cestě k vyzkoušení nových alternativ – je to strach, stud, špatné



svědomí (vina) či bolestivá vzpomínka? Někdy lze pacienta přirovnat k člověku, který, byť chce, se nemůže pořádně osprchovat, neboť si nesundá pláštěnku.

3. Toto rozpoznat v interakci „zde a nyní“ – tzv. přenos – vyžaduje u terapeuta práci na vlastním (proti)přenosu ve vztahu k pacientovi v důsledku aktivace jeho nevyřešené problematiky proto, aby se tím vymanil ze společné koluze (*enactment*) s pacientem. Psychoterapeut se musí naučit sledovat rozvíjející se pacientovu psychodynamiku, své vlastní pohnutky a fantazie, a hlavně to, co se mezi oběma děje a vytváří a na čem mají oba pracovat. Musí se naučit zacházet s vlastními strachy, zábranami, traumatickými vzpomínkami apod. Aktivní práce na protipřenosu znamená nejen jeho uvědomění, nýbrž i řešení tohoto ve skutečnosti přenosu terapeutovy aktualizované problematiky na pacienta. Změna postoje i interakce se musí udát napřed u terapeuta.

4. Dále musí mít na paměti nejenom fakt, že pozice terapeuta-pozorovatele mění vnímání pozorovaného, nýbrž i skutečnost, že pacient též reaguje na něj, že musí rozlišovat reakce pacienta na sebe (včetně reakcí na vlastní nevědomé impulzy a fantazie) od chování, které pacienta charakterizuje. Přenos a protipřenos jsou „dvě tváře společné dynamiky“ (Orange, 2004).

5. Teprve poté je možno terapeuticky odpovědět tak, aby se cítil pacient pochopen, a to hlouběji a smysluplněji nežli se sám (včetně své symptomatiky) chápe. To se může dít skrze nabídku empatického porozumění, skrze interpretaci či radu, selektivně autentickou reakcí, zprostředkováním vlastní zkušenosti či znalosti, ale i gestem či dotykem v příhodné situaci. Jde totiž o bipersonální systém a jeho dynamiku. Ten má

tendenci se ustálit, stagnovat a je úkolem terapeuta, aby přispěl k jeho vývoji.

6. To znamená dekonstruovat starou významovost, resp. spojit ji s novým označením v situaci jistého kontextu. Je však nezbytně třeba odhadnout i rizika takového postupu, včas poskytnout oporu v situaci destabilizace či postřehnout nebezpečí příliš rychlé nabídky sebereflexe nebo autentické blízkosti. Někdy je pacient v psychoterapii přirovnáván k člověku, který putuje po cizím domě a pomalu postupně zjišťuje, že jde o jeho vlastní dům.

K bodu 3 uvedu krátké kazuistické příklady:

Mladý aktivní a sportovně vyhlížející psychoterapeut si během supervize stěžuje na stagnaci terapeutického procesu. Je mu nápadné, že neodolává očekávání své depresivní pacientky s poruchami zažívacího traktu, aby jí dával rady, jeho aktivita vede spíše k pacientčíně pasivitě a závislosti na něm. Na otázku, zda se neopakuje něco z jeho osobního života, udává, že od něj rodiče již od dětství očekávali aktivitu, prosazení se a kladli důraz na výkon, což honorovali. Představu, že by se měl tohoto aktivního přístupu někdy také vzdát, např. během terapie, spojoval s pocitem nejistoty a strachu z pacientčina zklamání. Přesto začal tímto směrem „experimentovat“ a jen s obtížemi získával důvěru v účinnost terapeutického procesu, aniž by do něho příliš zasahoval.

28letá psychoterapeutka představila v balintovské skupině 50letého manažera s bolestmi zad, který jí dával najevo, že toho ví o životě daleko víc než ona. To si mladá terapeutka nechtěla od tohoto narcisty nechat líbit a na oplátku mu dávala pocítit, že on ve srovnání s ní nemá ani ponětí o psychologii a psychoterapii. A tak šlo místo o terapii o spor, kdo je kompetentnější. Sama se pak přiznala k tomu,



že takové machisty nesnáší. Bylo jí za těžko se rozhodnout pracovat na této téměř automatické reakci a zkusit si nechat líbit, resp. zažít na vlastní kůži, když se na ni někdo (pacient) vytahuje.

Na začátku terapie si stěžuje psychoterapeutka v supervizi, že její pacientka celou hodinu mluví a mluví, jeden problém za druhým, a ona se sotva dostane ke slovu, a když si doma celou hodinu ze záznamu přehraje, stydí se za to, jaké říká nesmysly. Zároveň má pocit, že nedochází ke skutečnému kontaktu. Pacientka, studentka medicíny, poněkud hovořila o svém intimním vztahu k ženatému lékaři. Stydí se za to, že nedovede tento vztah ukončit. Během supervize si terapeutka uvědomuje, že se soustředila jen na vnímání sdělovaných obsahů a nereagovala na to, co se odehrávalo v interakci. Zřejmě šlo o to, že pacientka zamezovala možnou kritickou reakci své terapeutky na to, jak se nemožně chová, což sama odsuzovala. Vlastně se za nedostatek kompetence odsuzovaly obě. Zde by bylo terapeuticky přínosné, aby pacientka zažila, že její terapeutka s touto problematikou tak velký problém nemá. Proto jsme hovořili o tom, jaké by to bylo, kdyby klidně dál říkala „nesmysly“, totiž se bez bázně vystavila ztrapnění.

Na těchto příkladech chci demonstrovat skutečnost, že vliv určité osobnosti psychoterapeuta vzhledem k pacientovi nelze chápat staticky, jako např. jeho nadání či jak se k sobě osobnostně hodí,

nýbrž konstituuje se pod vlivem různých terapeutických situací. Pravidelně se totiž ukazuje, že nějaké téma či určitá interakce aktivuje nevyřešený psychoterapeutův problém, a teprve práce na něm otvírá prostor pro pacienta. Během psychoterapie na sobě v optimálním případě pracují a mění se oba účastníci. Z hlediska psychoterapeutů se tím stává psychoterapie přitažlivější, demokratičtější a angažovanější.

Cíl psychodynamické psychoterapie zložit moc minulosti a otevřít se přítomnosti i budoucnosti platí pro oba účastníky terapeutického dialogu.

Práce na pacientově i terapeutově přenosu není samoúčelem, nýbrž otvírá cestu k autentickému setkání, na které by měl terapeut odpovědět svým „osobním rukopisem“ (D. Stern). To jsou terapeutické okamžiky setkání, v nichž může vzniknout nová zkušenost.

Psychoterapie je emocionálním lékem na emoční poruchy.

Při přemýšlení nad těmito závěry o vzájemném setkání a směně pacientova světa se světem terapeutovým mě tak trochu jímají pochybnosti, když si představím, že může být i leckterý terapeut pouze zvědavý, soustředěný na techniky, bez skutečného zájmu a láskyplnosti, či dokonce morálně pochybený. Morální lidské dimenze jsou samozřejmě podmínkou úspěšné psychoterapie.

Dopsáno 3. 1. 2020

Do redakce přišlo 3. 1. 2020

Konflikt zájmů: Jde o doplněný text poslední kapitoly z autorovy knihy „Proces změny v dynamické psychoterapii“, Praha, Triton 2019.

Jan Poněšický

MEDIAN Klinik Berggiesshübel



OČIMA PACIENTŮ



OBRÁZEK 5: ILUSTRAČNÍ FOTO Š.PIKOUS

Petra Fojtíková: Transplantace střevní mikro-flóry mě vyléčila z depresí

PETRA FOJTÍKOVÁ: TRANSPLANTACE STŘEVNÍ MIKRO-FLÓRY MĚ VYLÉČILA Z DEPRESÍ

V Psychosomu bychom rádi v souladu s moderními trendy četli také pohledy pacientů na jejich problémy a zkušenosti s léčbou. Psychosomaticky orientovaná medicína bere pacienta jako svého partnera vážně. Víme, že bez jeho aktivního hledání, bez vlastních objevů v jedinečné bio-psycho-sociální realitě, se naše práce neseťká s úspěchem. Takových svědectví, která by nebyla jen neplacenou reklamou na skvělého lékaře nebo metodu, není mnoho. Náhodou se nám dostal do ruky text Petry Fojtíkové, která se ze svých letitých potíží dostávala těžce a lopotně. Tím, že si prošla pokusem o léčbu farmaky, psychoterapií, ale i tzv. biorezonancí, a o všech svých pokusech přinesla pozoruhodná svědectví, může být její text pro nás inspirativní. Rukopis se do redakce dostal už v létě 2019, ale pro časopis byl příliš dlouhý. Samostatně vyšel jako publikace v nakladatelství Fontána, Olomouc.

Autorka svědčí o tom, co může pacient prožívat v průběhu farmakologické léčby, v psychoterapii, ale i během alternativních pokusů o změnu svého stavu. Pozoruhodný je poslední experiment, který svědčí o velké cílevědomosti. V něm se vydala na málo probádanou cestu „transplantace střevní mikroflóry“, a nakonec uspěla. Protože tato metoda je



zatím spíše experimentální, i když nadějnou cestou léčby, velmi cenné je svědectví, jak se z podivné metody stává lukrativní byznys. Neměli bychom na to zapomenout, až bude jednou tato metoda běžná. Otázkou je, zda právě vlastní angažovanost pacienta, jeho vlastní způsob překonávání překážek, není tím hlavním léčebným nástrojem, ať už si o jeho způsobech myslíme cokoli. Následné části celého textu jsme vybrali se souhlasem autorky. (Redakce)

PŘEDMLUVA:

Tato kniha je mou osobní zpovědí popisující můj šílený životní příběh, kterému se vám možná nebude chtít ani věřit. Zvláště lidé, kteří nikdy neokusili stav hluboké deprese, zřejmě nebudou schopni do hloubky pochopit utrpení, kterým jsem si prošla. Tuhle knihu jsem napsala hlavně pro lidi, kteří trpí depresemi, nebo je trápí stavy úzkosti, abych je motivovala a dala jim naději, že i oni mají šanci dostat se ze svých psychických problémů. Dvanáct let (od svých 14 do 26 let) jsem žila v naprosté beznaději a zoufale hledala cestu ze svého vnitřního pekla. Kdo někdy trpěl úzkostmi, nebo dokonce depresemi, dobře ví, že vnitřní peklo odehrávající se v našem mozku je horší než peklo vnější, které se odehrává kolem nás. Odjakživa existovali lidé, kteří si dokážou udržet svoje štěstí i v nejkruťších podmínkách, v absolutní bídě či v těžkých žalářích, některé jedince nezlomí dokonce ani vážná choroba. Existují však i lidé opační, kteří, ač jsou zdraví, krásní

a obklopeni přepychem, neustále trpí úzkostmi střídajícími se s depresí a jsou pronásledováni myšlenkami na sebevraždu. K těm druhým jsem patřila i já, ale naštěstí už tomu tak není, už tři roky jsem šťastným člověkem; přesněji řečeno, už tři roky jsem jiným člověkem. Měla jsem to štěstí, že jsem se náhodou dostala k informacím, které mi pomohly k mé absolutní transformaci. Většina lidí trpících depresemi se upíná buď k chemické léčbě pomocí antidepresiv, nebo zkouší různé psychoterapie, či experimentují s alternativní medicínou. V podstatě jdou správným směrem, protože pravá příčina psychických problémů stojí vždy na dvou základech: na příčině fyzické a duševní. Ovšem jen málo lidí ví, že fyzická příčina je ukryta v naší střevní mikroflóře a duševní příčina, to jsou negativní vzorce myšlení, které se během života stanou naším zlozvykem. A pokud tohle víme, máme klíč k úplnému uzdravení...

1. NEJPRVE JSEM NEVĚDĚLA, ŽE TRPÍM DEPRESEMI

Zpětně si uvědomuji, že jsem se potýkala s úzkostnými stavy a depresemi už od útlého dětství, nicméně naplno se projeví až v pubertálním věku, odhaduji, že někdy kolem čtrnáctého roku života. V té době se objevily první myšlenky na sebevraždu. Touha uniknout utrpení, všechno definitivně skončit ovládla naplno můj mozek. Ovšem ani v této době jsem netušila, že mám deprese. Myslela jsem si, že tyhle moje strašné duševní pocity

pramení z toho, že se mi nic nedaří, že mě nikdo nemá rád, že jsem hloupá, že můj život nemá žádný smysl. Příčinu mého utrpení jsem viděla ve vnějším světě a vůbec mě nenapadlo, že za vším stojí ŠPATNÁ CHEMIE MÉHO MOZKU a něco, co dnes nazývám jako ZLOZVYK ŠPATNÉHO MYŠLENÍ. Až teprve ve dvaceti letech jsem si přečetla v nějakém časopise článek o depresivní pacientce, která popisovala svoje stavy, a já



pochopila, že jsem psychicky nemocná. Došlo mi, že to peklo není kolem mě, ale uvnitř mě.

Ztotožnila jsem se s těmi oficiálně uznávanými příznaky deprese:

- pocit smutku a špatná nálada,
- změna chuti k jídlu: buď ztráta celkového apetitu, či přejídání se,
- problémy se spánkem,
- ztráta energie a zvýšená únava,
- nechuť do života a celkový nezájem,
- zpomalené reakce a mluvení,
- pocit viny a bezcennosti,
- obtížné myšlení, ztráta koncentrace, či problémy s rozhodováním,
- myšlenky na smrt či sebevraždu.

Velice důležité je zdůraznit, že depresivní stav se ve své podstatě emočně liší od pocitu smutku či zármutku. Pokud zažijeme ve svém životě například úmrtí blízkého člena rodiny, je logické, že zažíváme stavy smutku a bolesti. Tyto pocity však nelze vůbec přirovnat k pocitům deprese. Pokud totiž zažíváme nějakou životní katastrofu, díky které jsme smutní, naše emoce přicházejí pouze v nárazových vlnách právě v okamžiku, kdy si na tu událost vzpomeneme. Bohužel člověk v depresi se nedokáže většinou dlouhodobě ze špatných pocitů vůbec dostat a často se tyto pocity i postupně zesilují, až nás dostanou na samé dno našich sil. Jde tedy o dlouhodobý stav, který se může objevit i bez předchozí příčiny. Ano, je tomu tak, spousta depresivních pacientů vlastně vůbec ani netuší, proč zrovna dnes se ta deprese objevila...

Co se týče mého dětství, nemohu říci, že bych pocházela ze špatného rodinného zázemí, což je většinou hlavní příčina veškerých problémů psychiky dospělého věku. Od malička jsem v porovnání s ostatními byla vždy trochu víc uplakaná. Dokázalo mne rozhodit i to, že jsem třeba prohrála v kartách, a když se mi za to

někdo posmíval, neuměla jsem se na vše podívat z nadhledu. Byla jsem schopná zavřít se na několik hodin v pokoji a usilovně brečet. Lidé brzy pochopili, že jsem dosti zranitelná a doslova lehká kořist, která se rychle stala cílem jejich různých vtípků. Ve škole jsem působila hodně introvertně a styděla jsem se kdykoli cokoli říct nahlas ze strachu, že nebudu pochopena, nebo se opět potkám s výsměchem ostatních. Byla jsem osobností bez sebevědomí a vlastního názoru, snadno ovlivnitelnou ostatními lidmi. Ačkoliv mě druzí lidé kvůli mé povaze někdy až zneužívali, těšilo mě, že jsem jimi obklopena; měla jsem pocit, že něco znamenám. K mé útěše mi sloužily často kamarádky, ke kterým jsem se natolik upnula a emočně jsem s nimi tolik souzněla, že jsem vlastně opakovala vše podle nich a chovala jsem se tak, jak ony zrovna chtěly a potřebovaly. Přitahovala jsem si do svého života pouze lidi, kteří mnou mohli jednoduše manipulovat, a já, aniž bych si to zrovna uvědomovala, jsem na jejich hru hrdě přistupovala.

Fungovala jsem jako taková spící Růženka, jež celý svůj život neprožije, ale prospí v útlumu a v přesvědčení ostatních. Dlouho jsem si svůj tristní stav ani neuvědomovala, často jsem upadala do úzkostných stavů a brala jsem to prostě jako součást mého JÁ. Nepřipouštěla jsem si, že bych někdy mohla žít i jinak. Navíc mé okolí mne často v této myšlence utvrzovalo. „Prostě jsi jenom víc citlivá,“ říkali mi ostatní. Tak jsem tedy žila v tomto domnění a přijala jsem fakt, že často reaguji na dané okolnosti příliš senzitivně.

Daleko větší problémy přicházely až v období navazování vážných vztahů. I muži v mém okolí samozřejmě vycítili jistě možnosti snadné manipulace s mou osobou. Skoro vždy jsem upadla do stavu obrovské euforie a zamilovanosti, byla jsem ochotná jít až na pokraj svých možností.



Prostě jsem se vždy pro toho druhého zcela rozdala, aniž by to kdy bylo doceněno. Očekávala jsem naprosto stejný cit od svého protějšku, ten se však bohužel nikdy nedostavil. Dostala jsem se tedy skoro vždy do spárů manipulátorů, využívačů či mužů, kterým jsem doslova byla lhostejná.

Tyto rádobý vztahy s sebou přinášely pouze deprese a úzkostné stavy. Často jsem se ocitla v situacích, kdy jsem cítila strach, napětí, pocity, že všechno již dávno ztratilo svůj smysl. Upadala jsem do prázdnoty, beznaděje a pocitů méněcennosti. Ta beznaděj mne doslova vtahovala hlouběji a hlouběji do mého nitra a má mizerná psychika, ten jemný vnitřní hlas, ten kritik v mé hlavě mě neustále utvrzoval v tom, že jsem naprostá nicka. Cítila jsem se tak zbytečně a špatně, že už jsem mnohdy nevěděla co dál. Proto se postupně začaly objevovat i ty zlé, temné myšlenky ohledně sebevraždy, což už je doslova poslední fáze našeho myšlení, do které bychom neměli vůbec nikdy dojít...

...Mimo jiné jsem se dostala i do fáze, kdy jsem sama na sebe pohlížela jako na slabocha, jako na člověka, který v tom svém životě selhal a už to nemůže patřičně napravit. Chápala jsem se jako bytost, která

v životě nikdy nic nedokázala, přestože to nebyla vůbec pravda. Vždy šlo pouze o mé psychické domněnky, pouhé fámy, kterým jsem já však bezmezně věřila.

V prvé fázi svých depresí jsem se snažila občas někomu svěřit. Vždy jsem však narazila a setkala se s naprostou ignorací a bagatelizací mého problému. Spousta lidí dokáže stav trpících depresí zlehčovat. Neuvědomují si, že tito nemocní lidé mají opravdu vážné psychické problémy a nutně potřebují pomoc. Pouhá zmínka o sebevraždě může pro některé jedince znamenat to, že nás společnost jednoduše zaškatulkuje do skupiny 'blázen'. Mnoho lidí si také vůbec nedokáže představit, že úvahy o sebevraždě mohou být pro depresivního člověka každodenní skutečností. Takto nemocná osoba totiž vůbec nepřemýšlí o tom, že jde o velmi vážné téma. Pro trpícího jedince je téma sebevraždy natolik běžné, že je schopen o něm mluvit, jako bychom se zrovna bavili o počasí. Naše společnost není bohužel vůbec připravena lidem se suicidálními tendencemi pomoci. Chybí nám informovanost, otevřenost a emocionální citění vůči druhému. Namísto toho pouze kritizujeme, téma deprese nás popuzuje a bereme ho jako jakési stigma: Depresivní člověk (Sebevrah) = Blázen.¹

2. ŘEŠENÍ: ANTIDEPRESIVA, ČI PSYCHOLOGIE?

Já si své břímě s sebou nesla až skoro do svých dvaceti let, kdy jsem postupně začala chápat, že jsem vlastně obětí své psychiky, a že je tedy potřeba něco s tím konečně udělat. Začala jsem usilovně studovat články o depresi a postupně jsem se v těch jednotlivých popisech poznávala. Ano, to je ono, skoro celý ten čas trpím

nedořešenými depresemi, které mi moje žití tak ztěžují, že nejsem absolutně schopna si pozemského života naplno užívat. Nechtěla jsem již nadále trpět a po několika hrozných incidentech jsem se rozhodla, že dám svou důvěru odborníkům a navštívím nějakého vhodného psychiatra. V té době jsem totiž ještě žila v

¹ <https://psychologie.cz/sebevrazedne-myslenky/>



domnění, že léky mne spasí. Malovala jsem si to krásně, prostě spolknou pár pilulek a během několika týdnů ty pilulky zařídí, že už v životě nikdy žádnou depresi mít nebudu. Má naivita mne tedy přivedla do ordinace psychiatra, který mi po stručném ústním pohovoru předepsal antidepresiva Seropram s tím, že se dostavím za měsíc na kontrolu a uvidíme, jak se má situace bude dál vyvíjet.

Byla jsem plna očekávání a zároveň jsem se těšila z toho, že jednou provždy budu mít tuto kapitolu svého života vyřešenu. Kýžený výsledek se však nedostavoval. Naopak jsem byla po většinu času spíše apatická, někdy i dosti spavá a mimo jiné mi užívání tohoto přípravku úplně zrušilo libido. Můj pekelný život nadále pokračoval bez naděje na jakékoli zlepšení. Přestože jsem o svých pocitech spojených s užíváním přípravku řekla svému psychiatrovi, naprosto nesouhlasil s tím, že by daná antidepresiva měla zrovna na mě tolik negativních účinků. Pobídl mě, abych byla trpělivá, že si mé tělo pouze musí na dané látky zvyknout. S vírou v pana doktora jsem tedy nic nenamítala a pokračovala v poctivém užívání ještě dalšího půl roku. Ovšem ani po půlroce jsem nepocitovala sebemenší zlepšení mé psychiky. Proto mi psychiatr navrhl změnu léků s odůvodněním, že je potřeba najít druh antidepresiv, který mi bude naprosto vyhovovat. Postupně jsem během dalších pěti let vyzkoušela Seroxat, Deprex a nakonec Cipralex. Upřímně, Cipralex představoval to nejhorší, co mne kdy potkalo, protože mi látky obsažené v léku dokonce zesilovaly myšlenky na sebevraždu a pod jeho vlivem jsem se dostala až do stavu sebepoškozování, což nebylo vůbec nic příjemného, a nikdy bych nevěřila, že kritické myšlenky spolu s kombinací některých léčiv nás dokážou dostat až na úplné psychické dno, až na

pokraj našich sil, kdy už opravdu nic nemá smysl...

...Vzhledem k tomu, že jsem svá psychiatrická sezení úplně zrušila, rozhodla jsem se navštívit nějakého kvalitního psychologa. Dlouho jsem na internetu studovala různá doporučení klientů na jednotlivé odborníky, až mě jedna zajímavá diskuse přivedla k psychologce Jarmile Pavelkové¹. Paní Pavelková byla ochotna mě přijmout jako novou pacientku. I když tři měsíce čekání na první schůzku se mi zdály nekonečně dlouhé, věděla jsem, že je to standardní doba objednání u psychologů, a rozhodla jsem se počkat. Na první sezení jsem šla s jistými obavami. Šlo o mou první psychologickou zkušenost. Nevěděla jsem, do čeho vlastně jdu. K mému překvapení působila však paní Pavelková velmi sympaticky, klidně a vnímavě. Ihned mi bylo jasné, že provádí svou práci naprosto poctivě. Celou diskusi jsme započaly otázkou mého dětství. Objevily jsme lehký nedostatek lásky ze strany mé matky. Tím se částečně objasnilo, proč se cítím tak méněcenná a nesebevědomá. Prostě neustále hledám lásku a někoho, kdo by mi ji dal. Proto se často upínám ke kamarádkám a mužům, kteří vesměs tuto moji potřebu zneužívají. Stala se ze mě jednoduše řečeno neustálá hledačka lásky, která chce jen naplnit svůj úděl a cítit se šťastně. Celé sezení trvalo jen něco málo přes hodinu, ale dozvěděla jsem se o sobě spousty zajímavých informací. Paní Pavelková však neshledala, že bych někdy za svůj život byla vystavena nějakému extrémnímu traumatu, proto viděla problém v mém negativismu. Bylo zjevné, že si ve své hlavě vytvářím naprosto umělé problémy, které vlastně nemají ani reálný základ. Příliš svoji mysl zaměřuji na budoucnost a také se často upínám k minulosti, jež mi přináší pouze bolest. Trýzním se tím, co

¹ Jméno je fiktivní



jsem vlastně udělala špatně, a mám deprese z toho, že už to nelze vrátit či napravit. Dále mi bylo řečeno, že příliš lpím na jistotách, které jsou pro mne alfou-omegou mého života. Příliš také ve své hlavě řeším, co si o mně myslí ostatní. Prostě se snažím každému zalíbit, aniž bych zapřemýšlela nad tím, že to vlastně ve své podstatě ani nejde...

...Můj psychický stav se vážně o dost zlepšil, nicméně jakmile se objevila sebelepší svízelná situace, upadla jsem opět

do své negativity a začala se potýkat s hlubokou depresí. Už to sice nebyla ta dlouhá nepřetržitá deprese jako dřív, ale můj stav byl „jako na houpačce“. Má nálada se zmítala někde mezi pozitivitou a negativitou. Věděla jsem, že ani tento stav není docela v pořádku. Postupně jsem si dokázala se svou psychikou trochu více poradit, ale nezvládala jsem se ubránit pádu do mého negativismu, který mne stále dost ovládal. Potřebovala jsem se ho jednoduše zbavit.

3. ŽIVOT S CANDIDOU

Má sezení s paní psychologkou stále pokračovala a během jednoho z nich si paní psychologka všimla, že mám celkem málo vlasů. Opravdu mi na mnoha místech prosvítala lebka a často mě to v zrcadle zarazilo, ale připisovala jsem to mé neklidné psychice a dlouhodobému stresu. Věděla jsem, že spousta osob, jež procházela nějakou delší depresí, často trpí i úbytkem vlasů. Stres prostě ničí skoro celý náš organismus. Paní Pavelková mne však doslova vyvedla z omylu a zamířila na mne cílenou otázkou: „Nemáte náhodou candidu?“ Upřeně jsem se na ni podívala, jelikož jsem si absolutně vůbec nedokázala představit, co to ta candida je. Paní Pavelková mi pověděla, že jde o přemnoženou kvasinku rodu *Candida albicans*, jež v normálním množství tvoří součást střevní mikroflóry zdravého tlustého střeva (přibližně mezi 10–15 %).¹ Tlusté střevo zdravého člověka je osídleno

několika druhy bakterií, jež mají za úkol nás chránit, mimo jiné tím, že povzbuzují a regulují reakce našeho imunitního systému. Dnes již moc dobře víme, že 80 % našeho imunitního systému leží právě ve střevech. Bakterie, které střevo obývají, nazýváme střevní mikroflóra či střevní mikrobiom. Jakmile se naruší jejich rovnováha – léky, dlouhodobým stresem, nadměrným příjmem cukru –, dává to prostor k přemnožení kvasinek, nejčastěji rodu *Candida*. Tyto kvasinky se živí převážně cukrem, čili produkují obrovskou chuť na sladké a způsobují zažívací a jiné potíže, mimo jiné i padání vlasů. Jejich odpadním materiálem jsou toxiny, takzvané mykotoxiny, jež spadají do skupiny neurotoxinů (nervové jedy), které otravují celé naše tělo. Z candidy se tak jednoduše může stát velmi rychle patogenní organismus, jenž může přispívat k rozvoji dalších nemocí...²

4. DALŠÍ VARIANTY LÉČBY, SLAVNÁ BIOREZONANCE

Roky jsem pátrala, jak bych se mohla uzdravit. Ani mě tedy nemohla minout vlna

popularity takzvaných biorezonančních přístrojů. Jde o moderní alternativní

¹ To nevypadá jako obvyklý postup v psychoterapii...

² To všechno se dověděla autorka na internetu a zdroje dokládá



metody, které pracují s teorií, že každá buňka či látka má svou individuální frekvenci a elektromagnetické vlnění, jež je možné za pomoci biorezonančních přístrojů změřit. Existují tak vibrace cizorodých látek a prvků v těle, jako jsou například viry, paraziti, těžké kovy atd., které můžeme přístrojem jednoduše zachytit.

Rozhodla jsem se tedy vyzkoušet i tuto metodu. Objednala jsem se na celkovou diagnostiku pomocí EAV přístroje, který dokáže přesně detekovat problémy lidského těla a možné přemnožení různých bakterií či invazi parazitů. Paní v jednom nejmenovaném studiu mne přivítala do slova s otevřenou náručí. Patnáct minut si se mnou povídala. Snažila se působit velice odborně. Používala naučené medicínské výrazy, které však často neměly ani hlavu, ani patu. V podstatě mi nedsdělila nic nového, nic, co bych už dávno nevěděla. Léčbou psychiky jsem se zabývala již několik let, takže jsem věděla, že některá její tvrzení jsou naprosto scestná. Sice jsem začala tušit, že pravděpodobně půjde o vyhozené peníze, přesto mě zvědavost dotlačila do pohodlného křesla, kde jsem měla strávit celkové biorezonanční vyšetření. Na ruce mi připevnila nějaké elektrody, spustila přístroj a na 30 minut odešla. Na obrazovce okamžitě naskakovaly jednotlivé obrázky orgánů lidského těla a na nich různorodé barevné body. Vůbec jsem tomu nerozuměla, ale byla jsem zvědavá na výsledky.

Jakmile program diagnostiku ukončil, paní mě vysvobodila z přístroje. Podívala se na závěrečnou zprávu a začala ji postupně vyhodnocovat. Sdělila mi, že se absolutně vůbec nediví, že mám zdravotní problémy, jelikož mám tělo naprosto plné parazitů. Upozornila mě, že mám tasemnici, škrkavku a spoustu jiných virů a bakterií, jejichž jména jsem nikdy v životě neslyšela. „Musíme okamžitě začít s léčbou,“ pronesla. Během dalších pěti minut už na stole přede mnou

ležela spousta šíleně drahých přípravků. Některé na odkyselení, jiné na odparazitování. Poté následoval dlouhý monolog o jednotlivých přípravcích, které údajně musím všechny užívat, aby byl efekt co nejlepší. Postupně jsem tedy všechny výrobky za nemalé peníze nakoupila. V hlavě mi běžela myšlenka: co kdyby to nakonec byla ta metoda, která by mi dokázala pomoci. Svým přesvědčovacím umem mi tato paní navíc doporučila, abych si zakoupila permanentku na zářačný plazmový generátor, který celou tu práci vypuzování škodlivých organismů udělá za mě. Tak jsem tedy docházela několikrát týdně na plazmový generátor a říkala jsem si, že tento přístroj mne zbaví všeho toho špatného a také té candidy. Bohužel jako vždy jsem se šíleně spletla. Místo toho, abych se cítila daleko lépe, přišly nepříjemné problémy. Začala jsem trpět bolestmi hlavy, migrénami a šílenou spavostí. Dokázala jsem prospat skoro celé dny a nikdy jsem nevstávala s pocitem naprosté čerstvosti. Bylo to doslova šílené období, připadala jsem si, jak zdrogovaný fetiš na pokraji svých sil. Přece není možné, abych se po užívání všech doporučených přípravků a využití plazmového generátoru cítila totálně vyčerpaně?!

Příští měření na přístroji EAV ovšem k mému obrovskému údivu ukázalo velké zlepšení zdravotního stavu, přestože já jsem se dobře a zdravě vůbec necítila. Paní terapeutka mi s radostí oznamovala, že jsem se zbavila velkého množství parazitů a konečně mohu žít zdravý plnohodnotný život. Koukala jsem na ni, jako kdyby spadla z višně. Rázně jsem zamítla jakékoliv zlepšení mého zdravotního stavu. „*Cítím se pod psa a z těch vašich přípravků mi bývá dost nevolno,*“ sdělila jsem jí už trochu rozzlobeně a čekala jsem na její reakci. „*No, to se nedivte, když celý váš organismus byl tolik zanesen a my jsme ho postupně začali čistit, všechny*



toxiny se uvolnily do systému, čili je logické, že se nebudete zrovna cítit dobře,“ odpověděla mi s klidem. V ten okamžik mi její odpověď zněla logicky. Až později jsem si uvědomila, že tyto terapeutky vlastně ke každému klientovi přistupují naprosto stejně a používají tytéž argumenty na obhajobu své práce.

Trvalo několik dalších měsíců, než jsem sama pochopila, že zde ztrácím nejen své peníze, ale i spoustu času. Že plazmový generátor, který měl za úkol zničit údajně

parazity v mém těle pomocí předem nastavených vln, je docela obyčejný podvod.

Po této nemilé zkušenosti jsem se rozhodla, že se stanu členkou klubu skeptiků Sisyfos. Toto občanské sdružení si vzalo za cíl odhalovat podobné podvody a při obhajování svých názorů se opírají pouze o vědní poznatky. Vyřídila jsem si tedy registraci a řekla jsem si, že již nikdy více nebudu experimentovat s předem vědecky nepodloženými postupy...

5. SEZNÁMENÍ S TRANSPLANTACÍ STŘEVNÍ MIKROFLÓRY

Nakonec jsem se rozhodla, že přestanu nadobro pátrat, zda mám candidu, nebo ne, a zkusím si dohledat nějaké informace ohledně již zmíněné metody TSM. Pojdme si tedy vysvětlit, co tento pojem ve své podstatě znamená.

Jde o přenos zdravé střevní flóry ze zdravého člověka (dárce) do střeva pacienta. Stolice zdravého dárce totiž obsahuje velkou škálu bakterií, dle posledních výzkumů zhruba 700 různých bakteriálních kmenů, jež udržují náš organismus ve zdraví. Mimo bakterie jsou běžnými mikroorganismy ve střevech i různé houby a prvoci, jejichž úloha ohledně vlivu na naše zdraví není doposud detailně prostudována. Nemocnému člověku prakticky vždy chybí spousta druhů prospěšných bakterií, hub či prvoků, naopak některé škodlivé bakterie, houby a prvoci zase přebývají. Existuje také vědní obor zvaný helmintoterapie, který se zabývá tzv. pozitivním vlivem některých parazitických červů v našem střevě. Výzkumy na poli tohoto nového vědního oboru přinesly důkazy o tom, že střevní parazité, tedy červi, jsou modulátory imunitního systému a někteří jsou pro nás nepatogenní. Zjednodušeně řečeno, některé drobné červy ve střevech nutně potřebujeme k tomu, aby naše imunita fungovala

správně. Dle základní teorie helmintoterapie byla po celou dobu lidské evoluce ve střevech člověka široká škála různých parazitů. Samozřejmě někteří byli škodliví, ale jiní prospěšní, ba přímo nepostradatelní. V moderní době parazitů v našich střevech ubylo. Kvůli téměř sterilnímu prostředí, ve kterém posledních pár generací žijeme, zmizeli z našich střev nejen škodliví parazité, ale také ti prospěšní. Laicky řečeno, imunita je geneticky nastavena na určité interakce ve vztahu vůči parazitům, ale když se žádní v našich střevech nevyskytují, imunita se začne nudit a útočit proti našemu tělu, a tak vznikají autoimunitní choroby jako roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, Crohnova choroba, celiakie apod. Vědecký výzkum například přinesl zajímavé výsledky v léčbě celiakie pomocí vložení parazita měchovce z kmene hlístic do pacientova střeva.

Metoda se tedy zdá být slibnou pro řadu metabolických a jiných onemocnění. Nicméně tuto otázku musíme přenechat dalšímu postupnému vědeckému bádání. Dnes už však existuje nespočet studií, jež odkrývají právě důležitost mikrobiální střevní flóry a fungování celkového organismu lidského těla...



6. RADOST ZE ŽIVOTA, HUSTÉ VLASY A PERFEKTNÍ PLEŤ

Když tedy shrnu výsledky mých dvou domácích transplantací, ze všeho největší úspěch je ten permanentní pocit štěstí, ta radost ze života, která mě naplňuje a přetrvává. Jako bonus mi TSM vrátila husté vlasy a perfektní pleť. Ty fyzické bonusy jsou však proti té změně duševní docela nepodstatné. Když zapátrám hodně hluboko ve své paměti, vybavuji si, že takovou vnitřní radost, jakou cítím poslední tři roky, jsem prožívala jako malé dítě. Je to radost naprosto nepodmíněná, prostě bez jakéhokoli důvodu. Jakmile si totiž člověk začne klást podmínky, proč se radovat, něco je v jeho psychice špatně!!! Takové to: „Až dostavím dům, budu konečně šťastný(á).“ Nebo „Až si koupím nové auto, budu skákat radostí.“ Nebo „Kdybych vyhrál(a) ve sportce, radostí bych se zbláznil(a).“ Tohle je iluze; štěstí nestojí na materiálních věcech, je závislé pouze na chemii našeho mozku a našeho střeva. A samozřejmě také na způsobu našeho myšlení, držet se více v přítomnosti a neřešit zbytečně moc minulost a budoucnost. Ani nedokážu vyjádřit, jak moc jsem šťastná, že jsem se dostala z toho pekla depresí – připadám si jako na novém světě. Dnes se deprese léčí pomocí TSM zatím pouze v domácích podmínkách nebo na soukromých klinikách. Ovšem kvalitní kliniky, které používají větší objem transplantátu, začínají na ceně 9 000 dolarů, tedy v přepočtu na

koruny kolem 200 000 Kč. A to zmiňuji opravdu ty nejlevnější americké kliniky. Jsem však optimistka a pevně věřím, že v budoucnu se budou deprese léčit prostřednictvím zdravotního systému a vše pacientovi proplatí pojišťovna. Nevím, jak dlouho to bude trvat, ale jednou k tomu přece dojít musí!...

...Nechci tvrdit, že TSM je jediným možným postupem, jak se efektivně léčit. Určitě dnes existuje spousta jiných přístupů, které jsou daleko méně radikální. TSM by opravdu měla být až tou poslední možností, pokud shledáme, že jiné metody selhaly. Vzhledem k tomu, že většina pacientů, které jsem kontaktovala, trpěla dosti závažnými formami nemoci, TSM jim tak vnukla naději, že se mohou ze svých problémů překvapivě rychle dostat. Netvrdím, že TSM je 100% úspěšná ve všech případech, pouze zastávám názor, že jde o léčbu budoucnosti, která v sobě ukrývá obrovský potenciál. Sama doufám, že současné výzkumy budou velice brzy natolik propracované a přinesou nové poznatky, které zajistí větší dostupnost a možnosti léčby i pro jiné druhy nemocí, jež jsou doposud pokládány za nevléčitelné...

Výběr textu a úvod V. Chvála



RECENZE



OBRÁZEK 6: ILUSTRACNÍ FOTO V.CHVÁLA

LUDMILA TRAPKOVÁ: WALT HEYER: ODVRÁCENÁ TVÁŘ TRANSGENDERU

Kniha Walta Heyera *Odvrácení tvář transgenderu*, je především svědectvím, kterých se u nás nedostává. V mediích převažuje nabídka a obhajoba biologického řešení genderové dysforie bez ohledu na psychosociální kontexty konkrétních osobních příběhů a osudů, kterým se věnuje malá pozornost, málo se zkoumají, anebo se o výsledcích takových výzkumů mlčí. Chybí tak vyvážená informovanost o tématu, které se teprve v posledním desetiletí dostává do povědomí společnosti a především těch, kterých se genderová dysforie týká. Téma se bohužel často prosazuje více svou povrchní atraktivitou, než abychom se ve větším měřítku zamýšleli na tím, co nového by nás tento fenomén mohl naučit.

Nestačí rychlé soudy ani tvrdohlavé trvání na ideologicky podbarvené či otevřeně mocensky prosazované obhajobě individuálních přání proti sociálnímu okolí. To jako by nebylo složeno z citlivých a přemýšlivých jedinců, ale jako by bylo jednou nerozlišitelnou masou, kterou je třeba za každou cenu přesvědčit. Někteří z nich si řeknou: Proč ne?

Ano, proč ne? Než se však přizpůsobíme a přitakáme pochopitelné netrpělivosti těch, kteří trpí bolestným prožíváním rozštěpení maskulinity/ feminity a biologického pohlaví, je cenné přečíst si svědectví z druhého břehu, jakým je kniha Walta Heyera. Autor je svědkem povoláním. Osm let žil jako transgenderová žena, před pětadvaceti lety prošel detranzicí zpět na muže a jednadvacet let je



šťastně ženatý. Z prvního manželství před tranzicí má dvě děti, které s ním jeho hledání prožívaly a nyní jej obdivují, jak o tom Walt Heyer vyprávěl na semináři v Praze.

Po novém přijetí své mužské identity a po překonání všech úskalí chirurgických operací, vystudoval psychologii, která mu dopomáhala pochopit a porozumět hlubší podstatě jevu, který prožil doslova na vlastní kůži. Svůj profesionální život zasvětil pak lidem s podobným osudem a také dětem a dospívajícím, kteří svou identitu, nejen genderovou, teprve hledají. O těch všech, a jsou jich stovky, přináší Walt Heyer svědectví. Vyvažuje tak zprávy o štěstí transgender lidí, kteří díky chirurgům užívají života v převleku opačného pohlaví, než se kterým se narodili.

Nutno hned poznamenat, že jde o přeměnu především sociální, a jak píše Heyer, ani ta není neškodná, s psychologickou to není ani zdaleka jednoznačné a biologická proměna možná není. V genetickém materiálu jedněch už navždy zůstanou v každé buňce chromozomy XX a u jiných pouze chromozomy XY. Walt Heyer nás seznamuje s příběhy lidí, kteří o sobě říkají, že změna pohlaví byla největší chybou jejich života.

Dříve než čtenář začne listovat knihou, aby se přesvědčil, zda jí věnovat svůj čas, stojí za to, začíst se do předmluvy překladatele, který ji zasazuje do kontextu v českých rodinách a školách. Odtud také formuluje palčivé otázky, kterým by jinak mohlo hrozit, že budou bagatelizovány s odkazem, že odpovědi už jsou známé a prověřené americkou liberální společností, my bychom měli její zkušenosti s výhodou převzít. Není nad to, i prověřené odpovědi znovu kriticky promýšlet a validizovat je vlastním životem.

Následuje autorův úvod, ve kterém hned v prvním odstavci nalezneme ne

náhodnou parafrázi z Hamleta: „Je něco shnilého v transgenderovém ráji.“ První dvě třetiny knihy obsahují na třicet komentovaných e-mailů lidí, kteří se Waltru Heyerovi svěřovali se svými příběhy, a kteří u něj hledali psychologickou a lidskou pomoc. Zahlédneme rozmanitost osudů, které lze jen povrchně charakterizovat výzkumy založenými na metodologii pozitivistické vědy hodící se tak výborně pro zkoumání biologie člověka. Biologickou stránku vývoje člověka je v tomto případě naprosto nezbytné doplňovat kvalitativními studii, které zohledňují originální příběhy psychosociálního a sexuálního, tedy i genderového, vývoje člověka. Hypotézy o bolestném štěpení fyzické a duševní stránky lidské sexuality pak obsáhnou mnohem víc možností, než jsou ty o genetické vrozenosti. Tak například deprese a suicidální pokusy bývají lékaři označovány za důsledky neřešeného vnitřního konfliktu. Ale co když je tento vnitřní konflikt, a také deprese, naopak pochopitelným důsledkem neléčených a potlačovaných dávných traumat či „pouhé“ stagnace vývojového procesu díky nevhodnému uspořádání nebo škodlivým podmínkám v rodinách v důsledku dnes tak častých rozpadů rodin?

Teprve v poslední třetině knihy Walt Heyer vystupuje jako profesionál, který se problematikou transgender lidí zabývá většinu svého života a bohužel je za své postoje a práci ve své vlasti natolik pronásledován, že se musí skrývat. Zprávy o netoleranci k odlišnému poznání pro někoho nečekaně právě ze západu od našich hranic jsou natolik neuvěřitelné, že je třeba brát je s největší vážností a pěstovat toleranci na vlastním území každého z nás.

I v České republice zažíváme prudký nárůst zájmu dospívajících, jejichž psychosexuální vývoj není ještě ani zdaleka ukončen, o chirurgické řešení genderové



dysforie, jejíž vrozenost ještě žádný výzkum spolehlivě neprokázal. V Heyerově podání nevycházejí chirurgové dobře, ale co když oni často jen perfektně vykonávají svou práci? Co když je potíž v nesprávných indikacích, které nelze stanovit pouze důkladnými vyšetřeními fyzického těla a psychiatricko-psychologickou diagnostikou? Je nutné zaměřit se na hlubinně-dynamický rozměr člověka v síti rodinných vztahů, kterému neporozumíme bez znalosti systémové teorie. Musíme rozvíjet dialog mezi odborníky všech oblastí, jichž se téma týká. Pravděpodobně jej lze pochopit právě jen v meziborovém dialogu medicíny, psychologie, psychoterapie a rodinné terapie,

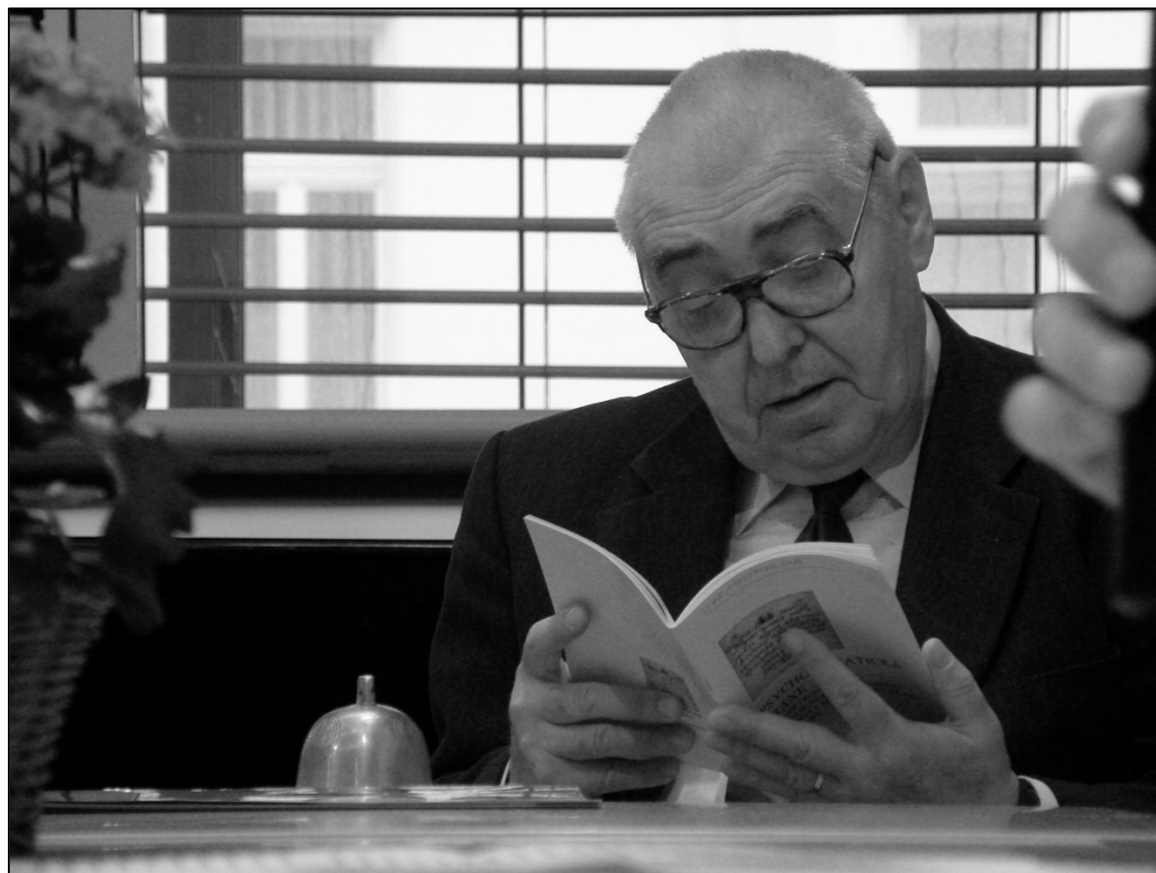
sociálních věd a dalších pomáhajících profesí, ve kterých se bude dávat přednost kritickému myšlení opřenému o znalosti před jakýmkoli názory pouze ideologicky a mocensky prosazovanými. Na politické rovině pak hrozí, že se s odlišnými postoji bude zacházet jako s politicky nekorektními, a mohou být i kriminalizované, jak o tom svědčí i osobní zkušenost autora předkládané knihy.

PhDr. Ludmila Trapková
dětská klinická psycholožka, psychoterapeutka a rodinná terapeutka
V Kryštofově Údolí 1.6.2020



OBRÁZEK 7: WALT HEYER PŘI PŘEDNÁŠCE V ČR V R.2020



RADKIN HONZÁK: JULIA SHAWOVÁ ZLO*PASEKA, PRAHA, 2020*

Budme poučenější než naši osvícení předkové, kteří když zakázali Boha, nebyli schopni připustit, že Homo sapiens sapiens je také živočich (tím nechci člověka zoomorfizovat). Proto mohla Darwinova teorie emocí odpočívat více než století, aby se nikterak nepozměněna vynořila v dílech Damasia, Pankseppa a dalších. Nebraňme se poznatkům, které nám sice nevyhovují, ale které nelze změnit tím, že je budeme zakazovat, či ignorovat.

Každý, kdo stačí ještě číst to lepší, co vychází, zná úžasnou publikaci britské psychologičky, spolupracující s londýnskou policií, Julie Shaw Iluze paměti, která tu vyšla před dvěma roky a která by měla být mementem všech, kteří důvěřují větě: pamatuju si to naprosto přesně. Od téže autorky, tentokrát se zčeštěným příjmením,

vydává Paseka další knihu, v originálu Making evil.

Konání dobra a bránění zlu je podstatou morálky, jejíž pravidla dovolují vesměs sobeckým jedincům, aby měli všichni užitek ze společné existence. Jenže zlo samo o sobě je velmi ohebný pojem. Před dávnými roky poskytl jeden africký náčelník tuto definici: Zlo je, když mě okradou, a dobro je, když náčelníkovi sousedů unesu ženu. Zdá se, že navzdory Kantovi, a pak i zjednodušujícím čtyřem principům Childrese a Beauchampa, jsme se moc neposunuli.

Autorka ukazuje, že zlo je většinou to, co dělají jiní. A zde může začít velmi kreativní manipulace. Text plynule navazuje na Kristův výrok: Nesuďte, abyste nebyli souzeni, neboť jakým soudem soudíte,



takovým budete i souzeni a jakou mírou měříte, takovou vám může být naměřeno. Úžasná studie o podstatě naší duše a švindlování ve vztazích, navíc velmi dobře napsaná.

Pokud vás nenadchne už první kapitola, která se ptá, zda byste v zájmu dobra byli ochotni usmrtit malého jednorozčného Dolfíka Hitlerů, začněte někde uprostřed, kde je o těch ambivalencích nasbíráno tolik příkladů, že se jdeme schovat. Jedna

věc totiž je přirozená emotivita obsahující emoci vzteku a druhá věc jsou sociální pravidla a jejich dodržování. Emoční svět se tak potkává s racionálním a ten druhý není radno přeceňovat. U vědomí, že ryby mají vědomí své existence¹, neboli svého JÁ, je otázkou, zda smíme uskutečňovat jejich každoroční transport do rybího Tezezína a odtud do soukromých likvidačních jednotek.

Radkin Honzák, 18. 1. 2020

¹ <https://email.seznam.cz/?hp#search/prefix%3APLOS/511640>



SPOLEČENSKÁ RUBRIKA

Výbor společnosti psychosomatické medicíny se rozhodl předat ocenění za přínos pro psychosomatiku zasloužilým kolegům a kolegyním během 18. konference v Liberci. Protože byla konference z důvodů pandemie o rok odložena, uveřejníme rozhovory s některými oceněnými zde.



OBRÁZEK 8_ PROF. JOŽO HAŠTO, FOTO Š. PIKOUS

ROZHOVOR S PROF. MUDR. JOŽO HAŠTO, PH.D.

Ptá se Aneta Paurová

Co Vás přivedlo k oboru psychosomatiky?

Zvedavost', ako človek funguje. Ako súvisí jeho subjektívny svet a jeho správanie s tým, čo sa deje v tele a čo vníma a prežíva a ukladá v sebe z vonkajšieho sveta.

Kto byl pro Vás v psychosomatice největší inspirací?

Ešte pred štúdiom medicíny to bol Sigmund Freud, čítanie jeho prác posilnilo môj záujem o subjektívne svety a introspekciu, potom počas medicíny v Prahe čítanie časopisu Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, ktorý vydával Werner Schwidder a Annemarie Dührssen, bol dostupný v čitárni v Lékařském domě. Ako medik som fiškusoval na Psychiatrickej klinike Vladimíra Vondráčka a chodil som do



endokrinologického krúžku na klinike Josefa Charváta. Obaja títo šéfovia boli inšpiratívni a aj docenti, ktorí sa nám venovali. Neskôr ma zaujal Manfred Bleuler s jeho endokrinologickou psychiatriou a Franz Alexander s jeho poznatkami o psychosomatických ochoreniach.

V čem podle Vás spočívá podstata psychosomatické péče lékaře s pacientem?

V záujme a zvedavosti na jeho ťažkosti, okolnosti ich vzniku, reakcie pacienta na ne. Biomedicínske myslenie musí pritom lekár posunúť do bio-psycho-sociálneho. Už samotný dobrý empatický vzťah s pacientom má liečivý potenciál. Sprostredkováva ho o.i. pravdepodobne aj hormón oxytocín a synchronizácia biorytmov.

Kto je podle Vás psychosomatický pacient?

V užšom slova zmysle, ak jeho ťažkosti, symptómy, ich vznik a priebeh súvisia časovo a/alebo subjektívne so spracovávaním záťažových životných udalostí a jeho vnútorných pohotovostí. V širšom zmysle je to každý pacient, aj ten, ktorý má psychickú poruchu v dôsledku primárne somatického ochorenia, ktoré priamo ovplyvňuje mozgové funkcie alebo je pre človeka výzvou k psychosociálnemu vysporiadavaniu sa.

Myslíte si, že obor psychosomatika patrí do dnešnej medicíny?

Áno, a mal by mať ambíciu pozitívne ovplyvňovať aj iné medicínske špecializácie smerom k psychosomatickému chápaniu v užšom zmysle a aj v širšom zmysle k bio-psycho-sociálnemu chápaniu zdravia a choroby/poruchy.

Co jste přinesl do oboru psychosomatiky?

Vyškolil som mnoho lekárov a psychologov v terapeutických metódach, ktoré môžu pomôcť časti psychosomatických

pacientov. Ide napr. o autogénny tréning-základný i vyšší, meditačný stupeň, Jacobsonovu progresívnu svalovú relaxáciu, hypnózu, hlbinné, resp. psychodynamické psychoterapie, inicioval som vzdelávanie v metódach diagnostiky a terapie traumy (hlavne formou EMDR). V našom Vydavateľstve F som zariadil preklady a vydania viacerých kníh, ktoré súvisia s psychosomatikou, napr. *G. Rudolf, P. Henningsen: Psychoterapeutická medicína a psychosomatika*. Úvodná učebnica na psychodynamickom základe. Na Univerzite Palackého v Olomouci v Inštitutu sociálneho zdravia vediem pod organizačnou akademickou záštitou prof. Petra Tavela školenia v psychosomatike. V ČR a SR na reprezentatívnych vzorkách dospelého obyvateľstva skúmame súvislosti medzi psychickou traumatizáciou v detstve, subjektívnym prežívaním blízkych vzťahov, subjektívnymi pocitmi osamelosti, resilienciou a chronickými zdravotnými ťažkosťami. Výsledky sú fascinujúce, postupne ich publikujeme.

A co přinesl obor psychosomatika Vám?

Odmeňovaná je moja zvedavosť a záujem ako človek funguje a ako mu možno pomáhať pri ťažkostiach.

Co si myslíte o současné situaci psychosomatiky ve zdravotnictví a společnosti?

V ČR ste na tom lepšie, dá sa u Vás atestovať z psychosomatiky. To na Slovensku nemáme. Snažíme sa aspoň, aby bola dostupnejšia psychoterapia. Ale ide to pomaly. Myslím si, že musíme dať pozor, aby nebola psychosomatika v spoločnosti diskreditovaná. Je totiž v hre tendencia niektorých akože odborníkov alebo priamo šarlatánov skrývať za dobre znejúci pojem psychosomatika rôzne vedecky nepodložené a nepotvrdené, niekedy až ezoterické prístupy a postupy. Niekedy ide zrejme o prejavy magického, autisticko-dereistického myslenia, prípadne



v kombinácii až s liečiteľskými bludmi, inokedy sú pravdepodobné i pekuniárne motivácie.

Otázky: Mgr. Aneta Paurová
za Výbor Společnosti psychosomatické
medicíny ČLS JEP
Odpovede:
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D.
Pro mente sana
Bratislava 3. 2020



VLADISLAV CHVÁLA: KOUZLO NENÁPADNOSTI

K SEDMDESÁTINÁM DOC. MUDR. JIŘÍHO BERANA, CSC.



OBRÁZEK 9: JIŘÍ ŠAVLÍK A JIŘÍ BERAN, FOTO.V.CHVÁLA

Kolem psychosomatiky bylo mnoho let ticho po pěšině. A pak najednou až příliš rámusu. Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS pod vedení docenta Bašteckého byla téměř undergroundem české medicíny. Individuálním školícím místem, které v osmdesátých letech zorganizovala, nemohla nikoho ohrozit ani urazit. Umožnila tím však přenést informace o možnostech psychosomatické medicíny a psychoterapie přes dobu největšího psychosomatického temna. Psychosomatická sekce sdružovala lidi z různých oborů, lékaře i psychology, pamatujeme si na konference, které měly i 400 účastníků. Právě při práci tohoto výboru jsem Jiřího Berana poznal.

Naděje na rozvoj bio-psycho-sociálního způsobu myšlení v medicíně po pádu železné opony se tak docela nenaplnila. Přišla medicína jako byznys, další vysoké

specializace, přístrojové vybavení, lobbing, politické a mocenské hry, léková závislost, EBM prověřování účinnosti léčby, ve které dominovaly biologické vědy. Psychosociální aspekty stonání, vedle těch BIO, zase přicházely zkrátka. Naštěstí se hned od začátku usebrali také psychologové a psychoterapeuti a etablovali psychoterapii ve zdravotnictví, což vůbec nebylo snadné (na to, jak velmi důležitá je to složka léčby). Dodnes ale o svou existenci vedle biomedicínských postupů musí tvrdě bojovat.

Nastal čas propagace a reklamy, boje o zákazníky. V té době začali být vidět i propagátoři psychosomatiky, čím provokativnější, tím viditelnější. Jan Hnízdil, dříve velký bojovník proti akupunktuře, inicializován kolegou Jiřím Šavlíkem, který pro psychosomatiku hodně vykonal, stal se nejznámějším lékařským zastáncem psychosomatiky. Bohužel



přítom dost tvrdě útočil na hlavní proud medicíny, čímž brzy začal dělat psychosomatické medvědí službu. Podobně se to vyvinulo s Jarmilou Klímovou, která také neměla dost trpělivosti na uznání psychosomatiky na půdě oficiální medicíny, a proto si otevřela pracoviště mimo půdu zdravotnictví a spojila se léčiteli. Hlavním viditelným propagátorem psychosomatiky tak dnes je Radkin Honzák.

Takhle rozsáhlý úvod k připomenutí životního jubilea Jiřího Berana není zbytečný. Chci ukázat na něco, co není obvykle vůbec vidět: na význam nenápadné práce nenápadných lidí. Ve vši tichosti se dožívá sedmdesátin doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., lékař, psychiatr, emeritní přednosta Psychiatrické kliniky v Plzni, který nikdy nepochyboval, že psychosomatické se musí věnovat lékařům všech oborů, především však praktickým lékařům. Rozhodně stál proti názoru, že je o psychosomatické pacienty dobře postaráno v rámci psychiatrie. A to byly doby, kdy takový postoj byl opravdu statečný! Viděl jsem to na docentu Bašteckém, který si dělal velké starosti s tím, co si o tom či onom pomyslí členové výboru Psychiatrické společnosti. Byli to jistě mocní muži, podle toho, co to s erudovaným docentem dělalo! Nezapomněte, že svědectví románů o Židkovských bohyních, pokud jde o působení psychiatrie, sahá do let sedmdesátých dvacátého století. V takové atmosféře po celou dobu svého působení, byl a stále je Jiří Beran vytrvalým a nenápadným zastáncem psychosomatiky.

Prošel zajímavými pracovišti, měl šanci být ovlivněn významnými kolegy zastávajícími psychoterapii. Po maturitě na gymnázium v Příbrami zahájil studia Fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze (dnes 2. LF UK). Velmi časně se rozhodl pro psychiatrii. Po úspěšně dokončeném studiu nastoupil v roce 1974 do Dětské psychiatrické léčebny v Opařanech a po roce přešel na psychiatrické

oddělení v Sadské, kde se pod vedením prim. MUDr. Milana Hausnera setkal s léčbou neuróz pomocí dynamické psychoterapie. Ve druhé polovině 70. let mělo toto pracoviště významný vliv na řadu kolegů, kteří se vydali podobnou cestou. Není pochyb o tom, že ovlivnilo také mladého Jiřího Berana.

Dalším významným místem, které nemohlo nepoznamenat mladého sekundáře, byl Výzkumný ústav psychiatrický v Praze – Bohnicích, vedený prof. MUDr. Lubomírem Hanzlíčkem, DrSc. Pracoval zde na oddělení pro léčbu neuróz, kde psychoterapie byla významnou součástí léčby. Poznal zde řadu vynikajících osobností, mezi které patřil např. PhDr. Jaroslav Madlafousek, CSc., doc. MUDr. Ctirad Škoda, DrSc., MUDr. Zdeněk Dytrych, CSc., a další. (Ze zastánců psychosomatiky tam byl, pokud vím také již zesnulý Felix Irmiš.) Zde se seznámil s metodologií výzkumu v psychiatrii.

V roce 1981 nastoupil na místo odborného asistenta Katedry psychiatrie Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů (dnes Institutu postgraduálního *vzdělávání* ve zdravotnictví) vedenou prof. MUDr. Alojzem Janíkem, DrSc. Získal zde mimo jiné základy pedagogické práce a precizní psychiatrické diagnostiky a léčby. V roce 1984 obhájil na Fakultě všeobecného lékařství UK (nyní 1. lékařské fakulty UK) kandidátskou disertační práci „Vliv psychoterapeutova výcviku a odborné praxe na jeho percepce psychoterapeutické interakce“. V 80. letech absolvoval psychoterapeutický výcvik v systému SUR (Skála, Urban, Ruběš), vzdělání v rodinné terapii u prim. MUDr. Petra Boše a cvičnou analýzu.

V lednu 1995 nastoupil po doc. MUDr. Václavu Mikotovi, CSc., do funkce přednosti Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Plzeň, kde se vedle péče o pacienty věnoval také



výuce mediků. V roce 1996 obhájil habilitační práci na téma „Psychoterapie v klinické praxi“ a 19. 6. 1996 byl jmenován docentem pro obor psychiatrie. Psychiatrickou kliniku vedl do konce roku 2016.

Významný vliv měla jeho podpora psychosomaticke z pozice šéfa katedry IPVZ. Když nový výbor psychosomatické sekce PS ČLS už pod mým vedením hledal cesty, jak zvýšit prestiž vzdělávání v psychosomaticke, pomohl vyjednat s vedením IPVZ vzdělávací program pro lékaře i psychology Základní psychosomatická péče, který byl zakončen kolokviem a potvrzením o ukončeném vzdělání. Podmínkou bylo absolvování psychoterapeutického výcviku. Tehdy ještě nebylo jasné, k čemu takový diplom bude dobrý. Vedlo to však k upevnění vzdělávacího programu, který byl implementován do nové vyhlášky o nástavbových oborech

v momentě, kdy se, díky kontaktům MUDr. Jiřího Šavlíka, podařilo zdánlivě nečekaně v r. 2013 zařadit psychosomaticku mezi nástavbové obory. Je jasné, že štěstí přeje připraveným a my připraveni byli. Tím, že se Jiří Beran ujal vedení subkatedry psychosomaticke, umožnil další upevnění vzdělávání na půdě IPVZ.

Doba psychosomatického temna, léta sedmdesátá a osmdesátá, byla temnou dobou i pro psychiatrii. Dodnes jsme se nedočkali významné reflexe oboru, který působil pod tlakem tehdejšího režimu. Čas prověřil jen ty činy, které připravily půdu pro současnost. Takovým nenápadným ale vytrvalým zastáncem psychosomaticke byl a je Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

V. Ch., 1.6.2020



RADKIN HONZÁK: ODEŠEL VAŠEK JIRÁSEK



OBRÁZEK 10: MUDR. VÁCLAV JIRÁSEK, CSc. FOTO: LUBOŠ WIŠNIEWSKI

V noci na přelomu roků zemřel báječný člověk, kamarád, doktor, nositel dobrého jména, docent MUDr. Václav Jirásek, CSc., gastroenterolog s úžasným medicínským i všeobecně kulturním rozhledem, uměleckým nadáním, psychosomatik, který to o sobě nedeclaroval, ale který psychosomatickou medicínu provozoval, a to v praxi až do roku 2018, kdy zavřel svou ambulanci na poliklinice na Karlově náměstí. Jako doktor byl precizní, poctivý a neustále hledající vědec, jako lékař byl geniální šaman v jednání s lidmi a zahánění jejich útrap. Jako učitel a kolega byl vždy přátelský a dobře naladěný. Jako zastánce pravdy a dobrých mravů byl nekompromisní. Jako milovník života byl do posledních chvil houževnatý v překonávání nelehkých zdravotních překážek, kterých nebylo málo. Zdena, jeho kouzelná žena, mu v tom byla cennou pomocnicí a hojnost potomstva mu dělala radost stejně jako pejska Sára. Těm všem se bude stýskat a já brečím s nimi.

Vnuk Aloise Jiráska, narozený 12. srpna 1929, kterému zemřel otec, když mu byly čtyři roky a maminku popravili nacisti za heydrichiády, dospěl v péči babičky ve zralého muže. Zrozenec ve Lvu měl

všechny královské vlastnosti typické pro ty, kterým vládne Slunce, a nikdy neměl posedlost Faethona chtít to obráceně. Byl hrdý a skromný, a radost rád rozdával jiným i sobě. Uměl se těšit z dobrých a vtipem řešit špatné situace. Byl vlastenec svými skutky, znal velice dobře celou českou literaturu, miloval český jazyk a – kde mohl – napravoval škody, které na něm páchali jiní. Měl klasické vzdělání, a byl proto také očištným duchem medicínské hantýrky, což jsem poznal, když jsme spolu byli třináct let v redakci Praktického lékaře.

Měl jsem to štěstí, že jsem se s ním ze své pozice v Ústavu výživy, podobně jako s celou plejádou dalších gastroenterologů (jako byli Mařatka, Gregor, Šetka, Brodánová, Kocián, Nedbal a mnoho jiných) sešel už na konci šedesátých let a mohl od něj přebírat především medicínské umění. Jeho přínos pro vědu zhodnotí lépe kolegové z jeho oboru, já jsem se od něj nejvíc naučil, když jsme spolu „jezdili s cirkusem“ po vlastech českých a v různých spolcích lékařů přednášeli na téma neorganických, funkčních gastroenterologických poruch. Byly to nejen přednášky, ale hodiny strávené společně na cestách, kde se probere kdeco. Počínaje politickou situací a konče budováním zázemí na chalupě – ta jeho je v Kleci v jižních Čechách a svědčí také o jiných než medicínských schopnostech.

Milý a jedinečný Vašku! Děkuju Ti za všechno, a přestože jsem od Tebe mnoho dostal, co si nesu, teď jsem ztratil Tvou živou přítomnost a je mi smutno. Čest Tvé památce.

1. 1. 2020 Radkin

Do redakce přišlo 2. 1. 2020
K tisku zařazeno v březnu 2020
Konflikt zájmů: není znám



AKCE, NABÍDKY

SYSTEMATICKÝ VÝCVIK V KIP

Česká společnost pro katatymně imaginativní psychoterapii otevře nový výcvikový běh na podzim roku 2020, jehož hlavní část bude probíhat v Praze, sebezkušenostní skupina mimo Prahu. Výcvik je akreditován pro práci ve zdravotnictví, ale uvítáme, když se do něj přihlásí i absolventi VŠ, kteří dosáhli v době zahájení výcviku věku 25 ti let a pracují, či hodlají pracovat v tzv. pomáhajících profesích. Pro ty, kteří se chtějí specializovat pro práci ve zdravotnictví, platí pro přijetí do výcviku podmínka absolvování magisterského studia jednooborové psychologie, či studia medicíny a zařazení do předatestační přípravy. Výcvik je rozplánován do pěti let. Součástí výcviku je absolvování sebezkušenostní skupiny.

Podrobné informace o výcviku, včetně platebních podmínek a časového plánu výcviku najdete na www.cskip.cz.

KURZY IPOP (INSTITUT NA PROCES ORIENTOVANÉ PSYCHOTERAPIE)

Milí naši příznivci a přátelé,

doufám, že se vám daří dobře a podařilo se vám najít svůj způsob, jak čelit a vyrovnávat se s aktuálním děním ve světě. Neustálé změny, určitá míra nejasnosti a zájem o péči o naše zdraví, nám zatím stále nedovolují setkávat se osobně ve větších skupinách, proto i nadcházející akce proběhnou on-line.

Nejen pro ty, kteří se stále snaží najít cestu, jak se spřátelit s online světem, ale i pro ty, kteří chtějí dále objevovat krásy procesové práce, jsme připravili malou letní ochutnávku. Můžete ji využít k dalšímu seznámení s procesovou prací nebo jako možnost naladit se na zářijový seminář.

Online setkávání je pro mnohé z nás stále nové a můžeme o něm mít různé pochybnosti. Rád bych se s vámi podělil o svou zkušenost s mými klienty a členy rodiny, kdy i online práce na jejich tělesných symptomech přinesla neuvěřitelné výsledky. Proto věřím, že tato zkušenost bude užitečná i pro vás.

Srdečně vás zdraví,

Anup Karia a IPOP tým



Prozkoumejte procesový způsob práce s tělesnými symptomy a nemocemi

Večerní ochutnávka zdarma

večerní online seminář s Anupem Kariou (zoom platform)

Středa, 17:30 - 19:00 CET, 22. července 2020

Procesová práce propojuje moudrost starodávných šamanských tradic s jungiánskou psychologií, aby oba směry mohla prakticky využít při práci s tělesnými symptomy. V průběhu ochutnávky si ukážeme, jak přistupovat k práci se symptomem více holisticky, a jak podhalit význam symptomů nejen v osobní rovině, ale také v kontextu širší komunity. Budeme mít prostor vysvětlit si základní koncepci snového těla v procesové práci a čas bude i na otázky.

Pokud máte chuť využít možnost pracovat na některém ze svých symptomů nebo onemocnění, dejte nám prosím vědět (vzhledem k časovému omezení nebude zřejmě možné dát tuto možnost všem zúčastněným, ale informace o vašem zájmu nám pomůže v organizaci).

Po oficiální části bude následovat půlhodinová otevřená diskuze. V případě zájmu se neváhejte připojit a zeptat se na cokoli, co vás zajímá. Ochutnávka je zdarma a není nutnou podmínkou účasti na zářijovém semináři. Zájemci pouze o zářijový seminář se mohou registrovat přímo (viz níže).

V případě jakýchkoliv nejasností nebo otázek se na nás neváhejte obrátit - kurzy@processwork.cz.

Těšíme se s vámi na viděnou a společné objevování. **Přihlásit se můžete [zde](#).**

Tělo a svět!

*Příspěvek proces-orientovaného přístupu k tělovému uvědomění
víkendový online seminář s Anupem Kariou, platforma Zoom*

Pátek až neděle, 11.-13. září 2020

Naše symptomy a nemoci neexistují pouze izolovaně v našich tělech, jsou součástí sociálního, kulturního a politického pole, ve kterém žijeme. Seminář je postaven na kombinaci praktických zážitkových zkušeností, teorie a rozvoje dovedností.

Zajímáte se o vlastní tělové zážitky jako zdroj uvědomění a dalšího směřování, a/nebo jste facilitátoři, terapeuti, psychologové, poradci, koučové, či ti, co dělají tělovou práci? Připojte se ke zkoumání.

Seminář bude probíhat v angličtině s možností pustit si simultánní překlad do češtiny. Online platforma nás o nějaké věci ochuzuje, a na druhou stranu nám umožní tento seminář vůbec realizovat a zároveň přizvat i v této době zajímavé účastníky z jiných zemí a obohatit tak naše učení.

Zde je celý [leták](#).

Máte-li zájem, přihlaste se přes [formulář](#), prosím.



Redakce Psychosomu doporučuje svým čtenářům, aby četli REVUE PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU

Je to výborný zdroj.

Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) je určen především psychoterapeutům a odborné veřejnosti z příbuzných, nejen psychoanalytických profesí.

- Obsahuje původní teoretické práce předních českých a zahraničních odborníků, recenze publikací z oboru, informace o aktivitách ČSPAP aj.
- Vychází dvakrát ročně.
- Objednávky a dotazy zasílejte na revue@cspap.cz
- Další informace (včetně obsahů čísel a editorialů) najdete na www.cspap.cz

Zvýhodněná nabídka (do konce června):

Při objednávce nad 500 Kč zdarma poštovné

Při objednávce nad 800 Kč zdarma poštovné a jedno ze starších čísel (na výběr je 2003/1, 2003/2 a 2006/1)

Dostupná čísla:

- Téma ROK Roč./č. Cena
- Články mj. o narcismu, čištění anality, závislosti na stavu blízkému smrti 2000 II/2 90 Kč
- Hranice ve vývoji, terapii i teorii 2003 V/1 90 Kč
- Modality psychoanalytických terapií 2003 V/2 90 Kč
- Terapie a vývoj dětí a adolescentů 2004 VI/1 90 Kč
- Adolescence 2006 VIII/1 90 Kč
- Sigmund Freud a současná psychoanalýza 2006 VIII/2 150 Kč
- Moderní psychoanalýza I. Kleiniánský přístup 2007 IX/1 90 Kč
- Otcovství 2007 IX/2 290 Kč
- Moderní psychoanalýza II. Francouzská psychoanalýza 2008 X/2 150 Kč
- Párová a rodinná psychoanalytická psychoterapie 2009 XI/1 290 Kč
- Bridging Identities - Současné přístupy v psychoanalytické skupinové psychoterapii 2009 XI/2 150 Kč
- Terapie traumatu a současná německá psychoanalýza 2010 XII/2 150 Kč
- Traumatizované dítě v dnešní době 2011 XIII/1 290 Kč
- Čas a psychoanalýza 2011 XIII/2 290 Kč
- Psychosomatika 2012 XIV/2 290 Kč
- Proměny psychiky - Italská témata v psychoanalýze 2013 XV/1 290 Kč



- Láska a psychoanalýza – Britská psychoanalytická tradice 2013 XV/2 290 Kč
- Obtížně přístupný pacient. Modifikace techniky a chápání psychické změny
2014 XVI/1 290 Kč
- Psychoanalytické interview. První setkání s dospělými, dětmi a páry. 2014
XVI/2 290 Kč
- Vzájemné ovlivňování v psychoanalýze. Dozvuky konference k českému vydání Kli-
nického deníku S. Ferencziho 2015 XVII/1 290 Kč
- Úzkost a strach ve skupině 2016 XVIII/1 290 Kč
- Totalitní mysl 2016 XVIII/2 290 Kč
- Autismus 2017 XIX/1 290 Kč
- Jak se stát psychoanalytikem. Supervize 2017 XIX/2 290 Kč
- Jak rozumět pacientovi. Interpretace v současné psychoanalýze 2018 XX/1
290 Kč
- Psychoanalytická psychosomatika v dětství a dospívání 2018 XX/2 290 Kč
- Neobvyklé páry v terapii 2019 XXI/1 290 Kč

V uvedených cenách jednotlivých čísel není zahrnuto poštovné

Předplatné na rok včetně poštovného činí 580 Kč.



VYCHÁZÍ

RÜEGG, JOHANN CASPAR: MOZEK, DUŠE A TĚLO

Neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie

Kniha, jejíž vydání v ČR finančně podpořila Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP.

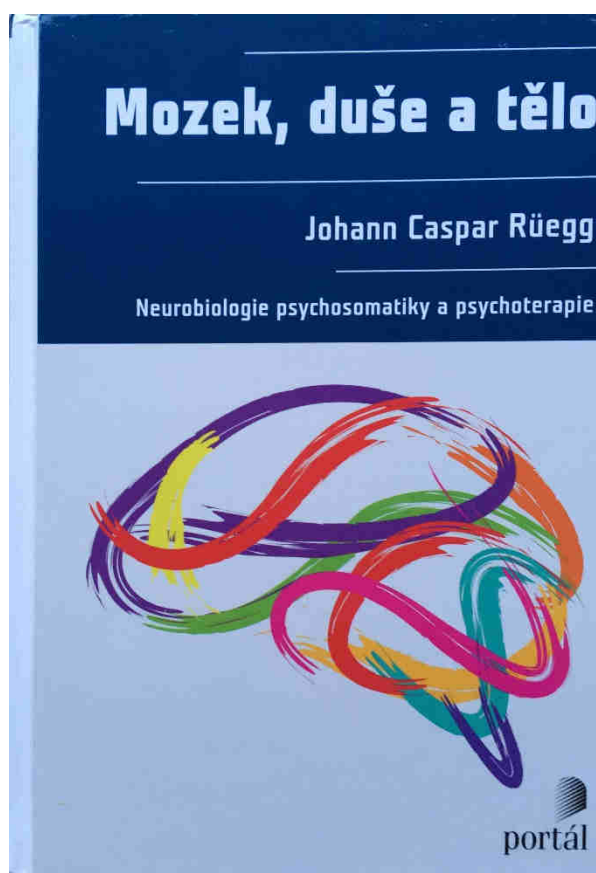


Překlad: Kabát Jaromír; Lucáková Kristýna

To, že strukturální změny v mozku, např. po zranění nebo při degenerativním onemocnění, ovlivňují naše chování, vědí vědci již poměrně dlouho. Jak může mozek a psychika ovlivnit zdraví našeho těla, zejména funkci srdce a krevního oběhu, funkci obranyschopnosti organismu proti infekcím a malignitám či funkci žláz s vnitřní sekrecí, najdete v této publikaci.

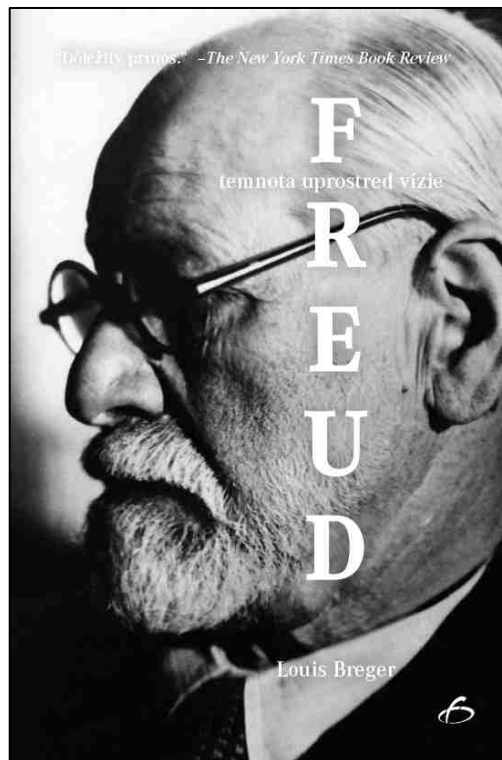
Prof. Dr. med. Dr. phil. Johann Caspar Rüegg byl švýcarský lékař v oboru fyziologie a autor několika publikací o psychosomatice.

váz., 360 str., 555 Kč



VEĽKÁ POCHVALA PRE LOUISA BREGERA ZA KNIHU FREUD “DÔLEŽITÝ PRÍNOS.”

- The New York Times Book Review: FREUD „Veľmi obsažná a zrozumiteľným jazykom napísaná štúdia Freuda od Louisa Bregera ponúka rozvážny a komplexný opis veľkého, ale chybujúceho muža. Každý, kto sa zaujíma o psychoanalýzu a psychoanalytické hnutie, bude môcť túto absolútne fascinujúcu knihu s radosťou skúmať, zápasíť s ňou, hádať sa o nej a učiť sa z nej.“
- JUDITH VIORST, spisovateľka, *Necessary Losses* a *Imperfect Control* „Kniha Freud: Temnota uprostred vízie, je napísaná brilantne a vnímavo. Vezme nás na odvážnu – niekedy až mrazivú – cestu k počiatočným rokom psychoanalýzy a odhalí ľudské slabiny ako aj profesionálne triumfy jej zakladateľa... Breger odstrihol nahromadené fabulácie a vymyslené príbehy o Sigmundovi Freudovi a vrátil historickú úprimnosť na jej pôvodné a oprávnené vysoké miesto, ale postava, ktorá sa na konci tohto strhujúco úprimného životopisu vynára, je takmer taká mimoriadna, ako legenda, ktorú zosnoval Freud a ktorú zvečnili jeho nasledovatelia. Svieže, dôrazné a zrozumiteľné.“
- PHILIP M. BROMBERG, Ph.D., profesor klinickej psychológie, New York University: „Skvelý nový životopis Freuda je vítaným prínosom do existujúcej literatúry, ktorý ju v mnohom koriguje. Je taktiež jednou z najlepších intelektuálnych historických štúdií o počiatku a vývoji psychoanalýzy, akú som za posledné roky čítala. Bregera treba pochváliť za jeho originálny výskum, objektivitu jeho názorov a za eleganciu a pôvab jeho písomného prejavu.“
- DEIRDRE BAIR, víťazka národnej knižnej ceny (National Book Award) za dielo Samuel Beckett a autorka životopisu Carla G. Junga: „Konečne je tu životopis Freuda, na aký sme dlho čakali. S históriou Európy v pozadí sledujeme fascinujúcu cestu Freuda z jeho chudobného detstva plného strát k svetovej sláve, ktorá končí exilom v Anglicku. Pochopíme, aký dopad mala Freudova osobnosť na vývoj jeho brilantných ako aj sporných teoretických myšlienok. Breger píše súciteľne a férovo o Freudovi aj o mnohých zaujímavých osobnostiach, ktoré prešli jeho životom, ako aj o ich komplikovaných vzťahoch k tomuto veľkému mužovi.“
- SOPHIE FREUD, Freudova vnučka a emeritná profesorka sociálnej práce, Simmons Colege: „Veľkolepá kniha Louisa Bregera je mimoriadne významnou prácou o osobnej psychológii Sigmunda Freuda. Brilantným spôsobom objasňuje, ako bola psychoanalytická história ovplyvnená temnotou vo Freudovej vízii.“



Táto kniha bude mať počas nasledujúcich dekád centrálny význam pre psychoanalytické vzdelávanie.“

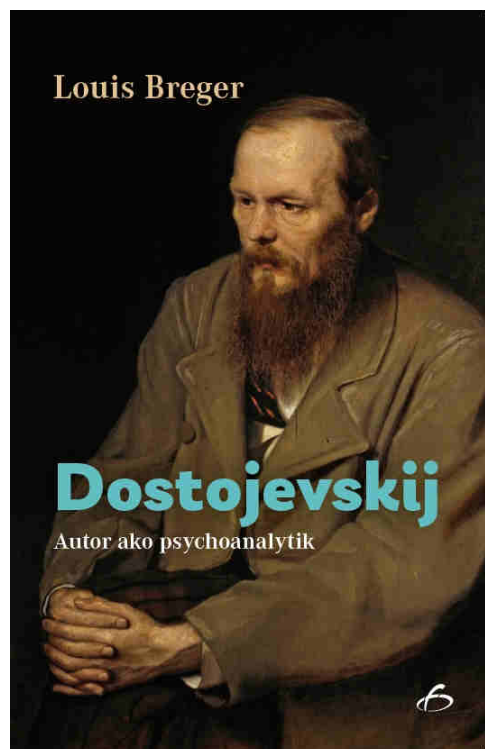
- GEORGE E. ATWOOD, Ph.D., profesor psychológie, Rutgers University LOUIS BREGER (1935) je emeritný profesor psychoanalytických štúdií na California Institute of Technology a zakladajúci prezident Inštitútu súčasnej psychoanalýzy. Bol klinicky aktívny psychoterapeut/psychoanalytik počas 55 rokov a publikoval množstvo vedeckých článkov a kníh zameraných na sny, vývoj osobnosti, interpretáciu literatúry a psychoanalytickú teóriu. V slovenčine vyšla jeho kniha Súčasná dlhodobá analytická psychoterapia.

Vydalo: www.vydavatelstvo-F.sk

LOUIS BREGER: DOSTOJEVSKIJ AUTOR AKO PSYCHOANALYTIK

André Gide kedysi povedal, že Fjodor Dostojevskij „stratil samého seba v postavách svojich kníh, a preto ho v nich opäť možno nájsť“. V knihe Dostojevskij – Autor ako psychoanalytik pristupuje Louis Breger k Dostojevskému psychoanalyticky nie ako k „pacientovi“, ktorý má byť analyzovaný, ale ako ku kolegovi psychoanalytikovi, k niekomu, koho život a fikcia sa prelínali v procese literárneho sebaskúmania.

Raskol'nikovov sen o utrpení koňa v Zločine a treste sa stal jedným z najznámejších v celej literatúre, je to silné, expresívne vyjadrenie na viacerých úrovniach. Breger ho použil ako počiatkový bod svojej detailnej analýzy tohto románu, dáva ho do súvislosti s kľúčovým bodom v Dostojevského živote medzi smrťou jeho prvej manželky a druhým manželstvom. Využívajúc vhľady získané psychologickým tréningom skúma Breger aj iné Dostojevského diela, medzi nimi jeho raný román Dvojník. Breger ho spája s nervovým zrútením, ktorým Dostojevskij trpel po dvadsiatke. Ďalej sa zaoberá Zápiskami z podzemia, Diablom posadnutými, Idiotom, Bratmi Karamazovcami a ďalšími dielami. Okrem toho Breger podrobne analyzuje detaily z Dostojevského života, zaoberá sa jeho kompulzívnym hráčstvom, epilepsiou, jeho filozofickými, politickými, náboženskými a mystickými presvedčeniami a ich interpretáciami v existujúcich biografiách.



„Ohromujúca a brilantná analýza umelca v procese jeho uzdravovania. Veľa mi dala a dá každému, kto sa zaujíma o Dostojevského, literatúru a ľudský údel.“ - JUDITH VIORST, autorka *Necessary Losses* „Breger sa pohodlne pohybuje medzi biografiou a interpretáciou Dostojevského veľkých diel, v brilantných kapitolách o Zločine a treste, Zápiskoch z podzemia a o význame Dostojevského hráčstva. Prídavok o epilepsii je veľmi zhustené a lucídne stanovisko... v aplikovanej psychoanalytickej literatúre posledného desaťročia.“ - MURRAY M. SCHWARTZ: *Psychoanalytic Quarterly*

Vyšlo ve vydavateľství – F: www.vydavatelstvo-F.sk

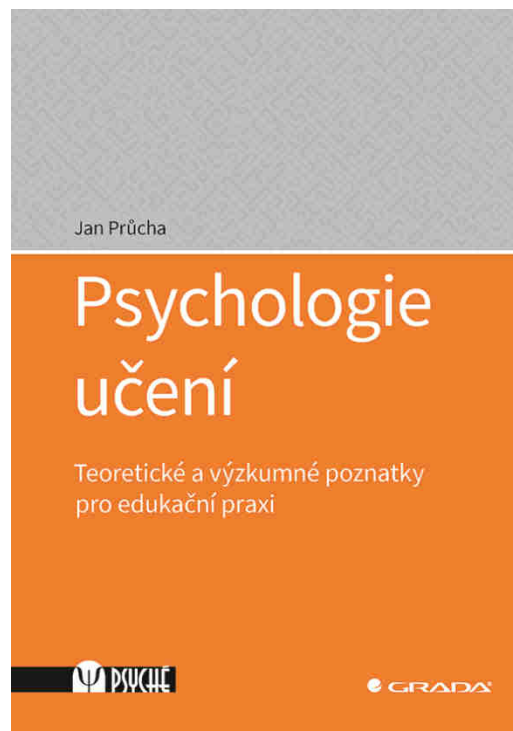
SHÁNÍTE DSM- V? VYŠLO V NAKLADATESTVÍ- F



Novinka

PSYCHOLOGIE UČENÍ

Teoretické a výzkumné poznatky pro edukační praxi



Fenomén učení hraje v životě všech lidí prvořadou roli – setkáváme se s ním od kolébky až do nejvyššího stáří. Kniha klade důraz nejen na klasické teoretické koncepce učení, ale i na aktuální problémy ve výchovně-vzdělávací praxi.

Autor vychází ze současného názorového trendu v zahraniční psychologii a pedagogice, založeného na přesvědčení, že objasňování a ovlivňování veškerých edukačních procesů ve školním i jiném prostředí musí být podloženo důkazy. Proto je velká pozornost věnována výzkumům učení, jejich metodám a výsledkům, a to i těm, které jsou v českém prostředí málo známé nebo mohou být pro čtenáře jinak pozoruhodné.

Kniha je určena studentům pedagogických a psychologických oborů, učitelům a výzkumným pracovníkům ve společenskovední oblasti.

Psychologie učení
Průcha Jan
272 stran, 349 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:
Rosalie Wernischová
+420 724 626 352, wernischova@grada.cz
GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7
www.grada.cz



PIERRE MORIN: BIG MEDICINE

Big Medicine je průvodce pro každého, kdo má zájem a uzdravení, včetně poskytovatelů „pacientů“ a pečovateli, kteří chtějí odhalit hlubší význam fyzických symptomů a navázat nový vztah s jejich těly. Autor Pierre Morin, MD, PhD, revoluci v oblasti medicíny vysvětluje projevy těla jako proces - proces, který není ani špatný, ani dobrý, ani „nemocný“ ani „zdravý“. Dr. Morin zkoumá, jak skrze vrozenou inteligenci našeho těla, můžeme získat kreativní a duchovní vhled, který nám pomůže ocenit naši vnitřní rozmanitost a porozumět našim nejhlubším já. Tyto mocné objevy budou nejen stimulovat naše vlastní uzdravení - mohou nás také inspirovat k podpoře komunitních, systémových a sociálních změn.

Product Details

Health / Psychology

238 Pages

6 x 9" Trade Paper (softcover) w/B&W interior

Contains index, bibliography & illustrations

ISBN: 978-0-9998094-4-0 (paperback)

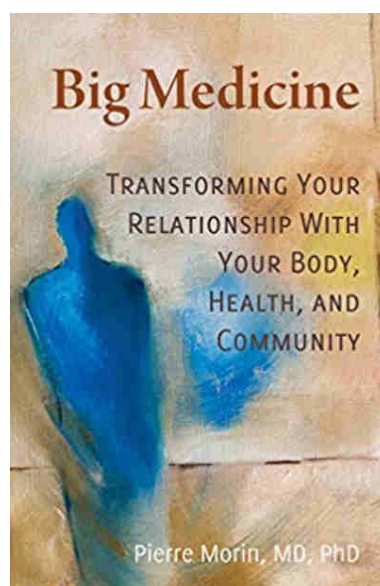
Price: \$17.95 US (\$21.95 CA)

Publisher: Belly Song Press

Distributor: IPG / SPU

Publication Date: September 1, 2019

Available on [Amazon.com](https://www.amazon.com).



O knize řekli:

"Po přečtení Velké medicíny možná nikdy nebudete myslet na zdraví stejným způsobem a pravděpodobně budete zdravější než kdy předtím."

—LARRY DOSSEY, MD, autor One Mind: Jak je naše individuální mysl součástí většího vědomí a proč je důležitá "Big Medicine je nutností pro každého." ... kdo má zájem o prohloubení zdraví a uzdravení jednotlivců a komunit. "

—ARNOLD MINDELL, PhD, autor Quantum Mind and Healing a 2. školení Leader

Recenze

„Velká medicína: Transformace vašeho vztahu s vaším tělem, zdravím a komunitou patří do jakékoli sbírky zdraví nebo psychologie, která se netýká jen zlepšování zdraví, ale uzdravujících vztahů mezi poskytovateli zdravotní péče, pečovateli a těmi, kteří hledají lékařskou pomoc.

Dr. Morin vidí tělo jako proces a vysvětluje, jak duchovní i psychologické pohledy a volby ovlivňují tento proces běžně definovaný jako „zdraví“.

Použitím procesně orientované psychologie a koncepce Process Work na větší úhel pohledu o řízení fyzického a duševního zdraví jsou čtenáři oprávněni zvážit řadu vlivů na zdraví, které jdou nad rámec normy, od rovnic zdraví k bohatství, k tomu, jak poskytovatelé může pomocí Big Medicine navázat na zkušenosti pacientů komplexnějším způsobem.



Čtenáři nemusí předvídat přidání konceptů snění, přítomnosti, tribalismu a rozmanitosti v kosmickém čase a toho, jak komfortní zóna zdraví „nás udržuje v bezvědomí“, ale Velká medicína přináší široká propojení, která se zabývají a vzdělávají a nabízejí mnoho jídla pro myšlenka, protože spojuje zdánlivě nesourodé koncepty.

Tato perspektiva pochází od lékaře specializujícího se na regeneraci poškození mozku. Jeho autoritativní přístup, podporovaný 35letými zkušenostmi v oblasti fyzického i duševního zdraví, zaujme a vychovává čtenáře nového věku i zdraví. Společnost Big Medicine se velmi doporučuje pro to samé, co může v tradičních kruzích získat určitý počáteční odpor: její schopnost vnést komunitní a sociální otázky do rovnice řízení zdravotní péče a individuálních zdravotních problémů. “

- Midwest Book Review, D. Donovan, Senior Reviewer

Obsah

1. Krajina zdraví, medicíny a léčení
2. Model zdraví a medicíny Bell Curve
3. Velké zdraví a velká medicína
4. Proces
5. Vnitřní empirismus
6. Velká medicína pro pacienty a poskytovatele
7. Vnitřní empirismus komunit
8. Velká medicína a naše sociální a kulturní prostředí
9. Výkonová dynamika a vztahy
10. „Já jsem“: Kdo jsem?
11. Závěr: Burnout a Vicarious Resilience



LITERÁRNÍ KOUTEK



RADKIN HONZÁK: STABILNÍ JISTOTY

STABILNÍ JISTOTY

Bývalo kdys pivo za korunu dvacet
 a z tehdejší vlády chtělo se nám zracet.
 Dneska se už pivo na tři pětky cení,
 ale s naší vládou to furt jiné není.
 Je tu poučení: jen něco se mění.

VARIACE NA OSVĚTOVÉ TÉMA „STOP“

Před chorobou krej se!
 Vždy, když vidíš na ulici výkal
 Ptej se, ptej se, ptej se:
 Opravdu se toho nikdo jiný nedotýkal?



MARNÁ SNAHA

Kdybys se snažil celé září
udělat díru
v koronaviru
nikdy se ti to nepodaří

ŘEŠENÍ

Myši slyší svými oušky,
že by měly nosit roušky
Kde by je asi sebraly?
A tak se na to vysraly.

RELATIVITA

Není v světě větší hnus
Nežli koronavirus
Někteří si nejsou jistí
Zda nevedou komunisti

PANDEMIE

Tohle je kumulus, tohle je cirrus
Dle předpovědí Sáby
Z prvního padaj žáby
a z toho druhého koronavirus



O LEZENÍ KE KŘÍŽKU

Nikdy bych nevěřil, kolik na víru
obrátí mých bližních čas koronaviru,
že Kristus na kříži k sobě přiláká
mezi ateisty i estébáka.

SETKÁNÍ

Potkali jsme Moranu
Jedla housku se sýrem
Vedla si pět Číňanů
s koronavirem.
Lkala, co dá za práci
Než někoho zabije
Její čas že utrácí
Byrokracie
Býti dneska aktivní
není žádná legrace
Jeť náplní všedních dní
Prokrastinace



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

Literatura dle ISO 690

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), 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 úhovech, 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 ISO 690. Vše potřebné najdete na webu zde: <https://www.citace.com/vytvorit-citaci>.

