

# PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

## Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: [chvala@sktlib.cz](mailto:chvala@sktlib.cz)

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

## Adresa:

[www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz)

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

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

[www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz)

Uzávěrka čísla 2-3/2018 dne 15. 7. 2018, recenzní řízení bylo uzavřeno 30. 6. 2018

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála, Kateřina Šestáková. The articles are peer-reviewed.

Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio.

Internetová verze na otevřené platformě [Joomla](http://Joomla). Zdarma dostupná na adrese [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz).

Autor stránek Design Point, s.r.o. [www.dpoint.cz](http://www.dpoint.cz)

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace [ERIH PLUS](http://ERIH PLUS)

© [LIRTAPS](http://LIRTAPS), o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

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](http://www.psychosom.cz). LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v 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  
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha  
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland  
MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetřovatelství 3. LF UK, Praha  
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice  
MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Hnízdo zdraví, Praha  
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. Alena Procházková-Večeřová, 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. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno  
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

# OBSAH

<b>Editorial</b> .....	<b>100</b>
<i>Vladislav Chvála: In filtrace</i> .....	100
<b>Pro praxi</b> .....	<b>103</b>
<i>Vladislav Chvála: Najdeme shodu o dobré psychosomatické praxi?</i> .....	103
<i>Ivo Telec: Nekalé praktiky v péči o zdraví</i> .....	117
<b>Teorie</b> .....	<b>131</b>
<i>Jan Poněšický: Pokus o integraci psychosomatických teorií</i> .....	131
<b>Filosofie</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>Vít Bartoš: Tělesnost a kognitivní procesy aneb Proč se Descartes mýlil.</i> <b>Chyba! Záložka není definována.</b>	
<b>Úvahy, eseje</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>Radkin Honzák: Čisté charaktery vědců budtež nám příkladem</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<b>Etika</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>Radkin Honzák: Pan doktor a uznávaný vědec Hans Asperger</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<b>Diskuse</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<b>Jiří Šimek: Co je psychosomatická medicína?</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<b>Recenze</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>Radkin Honzák: Třikrát o smrti</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<i>Radkin Honzák: Ad margo Vojtěch Šimíček (ed.): Lidská práva a medicína. MUNI Press, Brno, 2017</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<b>Z konferencí</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>Psychosomatická konference ve Šternberku (13. - 14. 4. 2018)</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<i>CKP Dobruška: Intimita v psychosomatice</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<b>Nabídky, akce</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>POZVÁNKA PRO PACIENTY DO VÝZKUMNÉ STUDIE</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<b>Vychází</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>Mentální postižení</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
<b>Literární koutek</b> .....	Chyba! Záložka není definována.
<i>Karel Čapek: O pěti chleběch</i> .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>



# EDITORIAL



## VLADISLAV CHVÁLA: IN FILTRACE

Od chvíle, kdy Česká televize odvysílala v hlavním vysílacím čase dokument *Infiltrace: Obchod se zdravím* režisérky Maixnerové, si nemůže psychosomatika stěžovat na nezájem veřejnosti.<sup>1</sup> Ne že by z dokumentu vycházela zrovna v dobrém světle. Zachycené střípky rozhovorů s domnělou psycholožkou nebo praktiky léčitelů (možná taky jen domnělých) vzbuzovaly v divácích spíše odpor, pochybnosti a smích než obdiv, mezi zastánci psychosomatiky údiv, zlost a stud. Je tohle ta psychosomatická medicína, kterou někteří z nás už více než třicet let prosazují jako samozřejmou a nezbytnou součást všeobecné medicíny? Jde lidem z *Aktipu* ještě

o psychosomatiku, o pacienty, nebo už jen o peníze?

Zakladatelka tohoto poradenského zařízení, lékařka a psychiatrička Jarmila Klímová byla nepochybně jedním z nadšenců psychosomatického přístupu k léčbě. Svůj podnik zakládala v době, kdy se nám o legalizaci a institucionalizaci psychosomatické medicíny mohlo jen zdát. Lékař, který se pokusil v rámci svého oboru rozšířit pohled na své pacienty o psychologickou a sociální vrstvu (rozuměj: věnovat se také životu pacienta a kontextu jeho somatického onemocnění), sklízel od kolegů jen nepochopení a posměch. Medicína ve své dominantní podobě rozdělená na jednotlivé obory, zaměřená především na

<sup>1</sup> <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10928>

13857-infiltrace/417235100061001-obchod-se-zdravim/



zobrazitelnou tělesnou složku nemoci, není příliš tolerantní vůči těm lékařům, kteří se na nemoc dívají šíře.

Osamění, jemuž je vystaven lékař, který se svým názorem, zkušeností a způsobem práce od ostatních odlišuje, snáší každý jinak. Ne každý má trpělivost dělat si věci po svém, vysvětlovat to ostatním a čekat, až případně i někteří další pochopí, že věci jsou TAKÉ jinak, než nás učili na fakultách. Na těch českých bio-psycho-sociálně pojatá psychosomatika dodnes chybí. Jak moc chybí, viděli jsme například v rozhovoru pro DVTV kolegy Kubka, prezidenta lékařské komory. Její vedení dodnes odmítá vědět, co je současná psychosomatická medicína, a proto se také snaží neustále bojovat proti ní. Marně se pokoušela redaktorka dostat z prezidenta ČLK odpověď na to, proč se tolik lidí uchyluje k alternativní medicíně, kam ani psychosomatika ovšem nepatří. Jeho jistota je jediná: jsou zdraví. Proto se v rukou léčitelů (nebo i psychosomatiků) uzdravují. Neví nic o odborných textech v impaktovaných časopisech o bio-psycho-sociálním přístupu, kterým je dnes vědecká psychosomatická medicína, protože vědět nechce.

Arogance některých mocných je tak velká, že se snad ani nemůžeme divit tomu, že občas někomu rupnou nervy, z medicíny odejde a pracuje s pacienty mimo zdravotnictví tak, jak si myslí, že je nejlepší. Možná jen nechce zavalit svého pacienta administrativou, která dávno převážila nad tématy, se kterými pacient přichází. „*Na pacienta nemá lékař v běžné ordinaci čas,*“ brání lékaře sám prezident ČLK. Jenže současně tvrdí, že naše medicína je celá vlastně psychosomatická a není třeba budovat samostatný obor. Je to tak? Vědí naši lékaři něco o bio-psycho-sociálním přístupu a umějí s ním pracovat? Mají na to čas? Nemají. Tak jak se dostaneme

k podstatné změně v přístupu našich lékařů k pacientovi? Dalším nařízením, opatřením, hlášením, zvýšením platů, popřením reality? Kubek dodnes nechápe, že právě absencí psychosomatické medicíny tlačíme mnoho lékařů do oblasti léčitelství, kde temné se vysvětluje ještě temnějším.

Až potud bychom se mohli doktorky Klímové zastat, přestože také ona odmítá prosazování psychosomatiky jako lékařského oboru a otevřeně proti němu vystupuje (viz její fcb). Ale tím, co nabídli pracovníci Aktipu pacientce-reportérce v dokumentu jako léčbu únavového syndromu, lze jen těžko ostatní lékaře přesvědčit o nezbytnosti psychosomatické medicíny. Tajně nahrávaný dokument jistě vytrhl věty z kontextu, byl určitě překvapením pro všechny v Aktipu. Ale v následující obhajobě těžko obhajitelných „terapií“ se Klímová chová stejně arogantně jako ti, proti kterým se rozhodla bojovat. Jako „lékařka žiletka“ vystupuje i jindy. Sebejistými výroky se její mediální vystoupení jen hemží. Jako by se držela zásady „na hrubý pytel, hrubá záplata“. Se stejnou převahou, s jakou Kubkové popírají efekty a význam psychosomatické medicíny, má zase ona jasno v tom, že „slovem měníme DNA“ nebo že „lze nádor vyloučit stolicí po očištné kůře“.

Psychosomatický přístup samozřejmě nespočívá jen v tom, co s pacientem děláme nebo kolik času mu věnujeme, jaké prostředky pro navození změny použijeme (zda vědou ověřené nebo neověřitelné), ale především ve změně myšlení. A to se ukazuje jen velmi těžko. Pokud se taková změna v myšlení lékaře odehraje, nemůže zůstat stejně arogantní, jako byl před tím. Určitě pak také nebude obviňovat své pacienty, že „si za svůj nádor můžou sami“. Systemické myšlení vidí jevy v cirkulární, a ne v lineární kauzalitě. Tam otázka viny



nemá místo. Prosté přednášení dalších informací lékařům o „psychosociálních faktorech nemocí“ nemůže vést ke změně myšlení. To vyžaduje několikaletou sebezkušenost a zdaleka ne každému se to podaří. Několikadenní kurzy z nikoho psychosomatického lékaře neudělají.

Psychosomatická medicína nemá světu co ukazovat. Dobře to vědí novináři, kteří marně volají po „nějakých atraktivních obrazech“, aby mohli referovat o psychosomaticce v běžných médiích. Vytváříme intimní prostor pro setkání pacienta a lékaře. Čím lépe pracujeme, tím méně je to vidět. Žádná dramata, žádná krev, nic, co by se dalo ukazovat. Poctivost, uměřenost, ochota snášet nejistotu, bez diagnózy, často bez naděje, vystavení jen fenoménům života a jeho selhávání ve vší složitosti bio-psycho-sociální koexistence člověka. K tomu není

třeba se opírat o tajemné síly vesmíru, minulé životy, tajemné bioinformační rezonance, kundalíní, a jak všelijak atraktivně jsou systémové síly nazývány ve starobylých i novodobých terapeutických systémech. Možná to potřebují pacienti, protože podívat se pravdě do očí je prostě příliš těžké. Ale jen proto bychom se my lékaři neměli stávat šamany, průvodci minulými životy nebo odborníky na bioinformační rezonanční technologie, které naše dominantní vědecká technologie nemůže verifikovat. Neměli bychom být jen prodavači deště.

Vydání druhého čísla ročníku 2018 se nakonec tak protáhlo, že nám nezbylo než rozšířit celé číslo rovnou na trojku. Tím se čtenářům, kteří se již ozývali, omlouváme a doufáme, že posečkání stálo za to.

V Liberci 30.6.2018



# PRO PRAXI



## VLADISLAV CHVÁLA: NAJDEME SHODU O DOBRÉ PSYCHOSOMATICKÉ PRAXI?

*SOUHRN: CHVÁLA V.: NAJDEME SHODU O DOBRÉ PSYCHOSOMATICKÉ PRAXI? PSYCHOSOM 2018; 16 (2-3), s. 103-116*

*V poslední době se rozhořela na veřejnosti diskuse o tom, co je správná psychosomatická praxe. Jak ji rozpoznat od pouhého „obchodu se zdravím“? Nalézt jednoznačnou odpověď vůbec nebude snadné. Přístupů k léčbě psychosomatických pacientů je totiž velmi mnoho. Zahrnují široké spektrum metod od vědecky uznávaného bio-psycho-sociálního modelu dle Engela, přes alternativní a léčitelské praktiky až po exotické tradiční medicínské systémy, jako je čínská medicína nebo ajurvéda. Kdybychom zůstali jen u metod vycházejících z psychoterapie, měli bychom před sebou tolik odlišných psychosomatických přístupů, kolik je psychoterapeutických škol. Když navíc vezmeme v úvahu další jednotlivé metody, jako je homeopatie, osteopatie, autopatie, kineziologie, shiatsu, meditace a mnohé další, které používají jak lékaři, tak laici k ovlivňování psychosomatických symptomů, nemůžeme se nikdy dobrat shody v tom, jak má vypadat dobrá psychosomatická péče. Nejen pro lékaře, ale i pro veřejnost je třeba vytvořit základní orientační mapu, kam až sahají možnosti legitimního zdravotnického systému (včetně legitimní psychosomatické a psychoterapie) garantujícího kvalitu a bezpečnost péče, a kde už je území léčitelství bez jakékoli garance. Jako příklad uvádíme úspěšnou léčbu „záhadné“ močové inkontinence u dospívající dívky v ordinaci psychosomatické medicíny ovlivněné rodinnou terapií.*

*SUMMARY: CHVÁLA V.: CAN WE AGREE ON GOOD PSYCHOSOMATIC PRACTICE? PSYCHOSOM 2018; 16(2-3) PP.:103-116*



*There has recently been a public debate about what is right psychosomatic practice. How to recognize it from a mere "healthcare business"? Finding a clear answer will not be easy at all. There are a lot of various approaches to the treatment of psychosomatic patients. They include a wide range of methods from the scientifically recognized bio-psycho-social model by Engel through alternative and natural healing practices to exotic traditional medical systems, such as Chinese medicine or Ayurveda. If we only stuck to methods based on psychotherapy, we would get as many different psychosomatic approaches as there are psychotherapeutic schools. In addition, if we take into account other individual methods, such as homeopathy, osteopathy, autopathy, kinesiology, and many others that are used by both physicians and laypeople to influence psychosomatic symptoms, we can never agree on how good psychosomatic care should look like. It is not only for physicians, but also for the public to create a basic orientation map where the possibilities of a legitimate healthcare system (including legitimate psychosomatic medicine and psychotherapy) that guarantees the quality and safety of care extend and where the natural healing territory is without any guarantee. As an example, we present a successful treatment of "mysterious" teenage girl's urinary incontinence in a psychosomatic consulting room affected by family therapy.*

### ÚVOD: PSYCHOSOMATICKÁ BÍDA A ZOUFALSTVÍ

Školská medicína se ještě v minulém režimu problému těla a duše zbavila jeho odmítnutím a likvidací tématu psychosomatiky na lékařských fakultách. Bylo to zdánlivě geniální řešení. Kde nejsou katedry a akademičtí pracovníci, kteří vedou doktorandské práce, není výzkum, a co není vědecky doloženo, neexistuje. Jenže pacienti s převážně chronickými tělesnými symptomy, které nereagují na postupy běžné školské medicíny, nezmizeli (Fink, 1999). Tvoří početnou a velmi pestrou skupinu, která bloudí nejen po všech možných ordinacích, ale i mimo zdravotnictví (Křížová, 2004). Pomoc zoufale hledají u kohokoli, kdo jim dá naději na vyléčení.

Řada lékařů, kteří se na lékařských fakultách samozřejmě nesetkali s tématy psychosomatické medicíny, kvůli těmto pacientům hledá jiné cesty, jak jim pomoci. Učí se používat akupunkturu, která byla vzata medicínou na milost jako sice podivná, ale užitečná procedura. Jiní se dali na cestu studia homeopatie, což už je pokládáno (zatím?) za mnohem větší prohřešek proti dobrým mravům správného lékaře, s ohledem na Avogadrovo

číslo, které přece musí každý vzdělaný člověk znát!

Ještě horší je to s těmi, kdo se dali zlákat nejrůznějšími přístrojovými metodami, které vycházejí ze (zatím?) nedokazatelných bio-rezonančních či bio-informačních nebo vůbec jakýchkoli energií, které samozřejmě „zaručeně“ vyléčí vše, zvláště když jsou vydávány třeba za výsledek kosmického výzkumu. Tady už je investice do přístrojů větší a také hranice mezi léčbou a „obchodem se zdravím“ mnohem tenčí. Apokud se těchto metod zmocňují bez skrupulí naprostí laici a léčitelé, situace je ještě složitější (Křížová, 2015). Tak se nemůžeme divit, že se pacienti s psychosomatickým typem stonání stávají nakonec snadnou obětí obchodníků se zdravím. Jenže medicína, která se vzdala psychosomaticky orientovaného výzkumu, se nemůže z této šlamastiky vyvinut (Loewe, 2015).

Pouhé odmítání psychosomatiky jako nevědecké metody jen svědčí o nedostatečné vzdělanosti našich lékařů, když v nedalekém sousedství jde o obor bohatě





akademicky zastoupený a respektovaný (Uexküll, 2003).

### CO V PSYCHOSOMATICE VLASTNĚ LÉČÍ?

Když přehlédneme celý ten bohatý arsenál možností, co se nabízí psychosomatickým pacientům, zdá se, že jediné, co metody opravdu spojuje, jsou tito zoufalí pacienti sami. Poskytovatelé často označují své metody za celostní, holistické, psychosomatické, i když se někdy chovají jako kritizovaná biomedicína a nabízejí např. jen konzumaci „toho správného léku“.

Ale co má společného dejme tomu poctivě prováděná homeopatie a vybraný lék připravený podle Hanemannova návodu s akupunkturou či celou čínskou medicínou, nebo s meditativním přístupem podle buddhistických škol? Jak souvisí s psychosomatikou „nalezení parazita“, té „jediné příčiny“ nemoci, a jeho „vyhnání“ správnou vlnovou frekvencí? Co je na měření drah podle dr. Volla psychosomatické? Nevíme. Musíme ale uznat, že každá z metod bude v jistém procentu úspěšná, jinak by se na trhu neudržela. Nelze vyloučit, že hlavní jejich účinek jde přes placebo efekt, ale to by nemuselo být důvodem k jejich odmítnutí (Honzák, 2016).

Nejde jen o to, aby byl pacient spokojený a cítil se zdravý, záleží také na prožitku lékaře z dobře vykonané práce. Používat metodu, u které není jisté, jak funguje a jestli to není jen šidítka, není moc povzbudivé. Jinde jsme ukázali, že práce s psychosomatickým pacientem je především práce s nejistotou, a na to nejsou naši lékaři příliš připraveni (Honzák, 2015).

Všechny léčebné metody mají bezesporu jedno společné: poskytují lékaři jistotu. Když ví, jaký lék vybrat, co odoperovat, jaké cvičení uložit, co pacientovi zakázat,

nařídít, doporučit atd., může si být ve svém jednání jistější. Tato jistota pak je k dispozici pacientovi, a jeho sebeúzdavné síly mohou začít v klidu pracovat. Nelze si nevšimnout, že většina alternativních postupů vyžaduje dostatek času a dostatek prostoru pro podrobný rozhovor lékaře s pacientem. Probírány jsou nejen okolnosti samotné nemoci, ale pozornost je často věnována také dalším zdánlivě nedůležitým aspektům psychickým i sociálním, například emočnímu poli, které nechává běžná medicína prakticky bez povšimnutí. To však v mnoha psychosomatických případech hraje klíčovou roli (Keleman, 2005).

Takové podmínky splňuje bezesporu také psychoterapie, která je ve vědeckém světě mnohem více respektována, i když ani její prosazení u nás nebylo samozřejmostí. Klinický psycholog s psychoterapeutickou erudicí (a odbornou kompetencí) má na pacienta dostatek času a podle svého vzdělání v nejrůznějších psychoterapeutických školách postupuje při rozhovoru s pacientem (Prochaska, 1999).

Nabízí se otázka, proč rozvíjet psychosomatickou erudici lékařů, když jsou tady k dispozici psychologové, kteří se mohou věnovat pacientovi dostatečně intenzivně a bezpečně v rámci psychoterapie (bez ohledu na to, že jich je v medicíně velmi málo). Naše odpověď je jednoduchá. Je to pacient, kdo rozhoduje o tom, co je ochoten podstoupit pro své uzdravení. Souvislost jeho symptomů s jeho prožíváním a se vztahovou realitou je často nápadná, ale pro pacienta může být dlouho neviditelná. Většina psychoterapeutických škol usiluje o reflexi, o aktivizaci samotného pacienta, o změnu jeho prožívání nebo vztahů (Vybíral,



2010). Taková psychoterapie je jistě dobrou cestou k úzdravě z psychosomatického onemocnění v nezdravých nebo nejistých vztazích, ale ne vždy je pro pacienta přijatelná (Poněšický, 2010). Příliš rychlé „odhalení“ může být kontraproduktivní a celý proces se může na léta zastavit, když se změní v „boj pacienta slékařem o důkaz, že stoná doopravdy“.

Erudice lékařů v bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci je nezbytná, máme-li být svým pacientům dost dobře k dispozici (Engel, 1977). Lékař může svým pochopením pro prožívání i pro životní situaci pacienta a kontext nemoci hodně pomoci buď tím, že postupně přivede pacienta k náhledu, nebo ho převede do přiměřenější odborné péče,

tedy do psychoterapie. Není na tom nic objevného. Už lékař maďarského původu Michael Balint si všiml, že hlavním léčebným prostředkem je vztah lékaře s pacientem. Lékař může být tím hlavním lékem (Balint, 1999).

Tak nutně docházíme k závěru, že tím hlavním ukazatelem psychosomatické péče je myšlení lékaře. Jeho schopnost pracovat se vztahem, jeho ochota zabývat se celým kontextem nemoci, nejen mechanistickými představami o příčině a následku, jak se to naučil na lékařské fakultě. Ochota snášet nejistotu a nevědění. Komplexní terapii nevidíme v poskytování kdejakých služeb a metod, ale v důsledném respektu k celému bio-psycho-sociálnímu celku pacienta.

### *JAK BY MĚLO VYPADAT ZDRAVOTNICKÉ PRACOVÍŠTĚ PRO PSYCHOSOMATICKÉ PACIENTY?*

Když necháme stranou (jistě správnou, ale nereálnou) variantu, že by měla být (i podle definice zdraví WHO) celá naše medicína bio-psycho-sociálně orientovaná<sup>1</sup>, neobejde se zavádění psychosomatického myšlení bez vzdělávání lékařů v oblasti psychologické a sociální. To představuje dosti náročné studium se sebezkušeností, a nelze čekat, že si ho všichni lékaři mohou osvojit (Trapková, 2013).

Naprosto zanedbávaná oblast sociálních systémů nepředstavuje orientaci v sociálních dávkách, ale v rodinné terapii (Doherty, 1983). To je metoda, která má v civilizovaném světě za sebou už více než sedmdesátiletou tradici, kdy se bouřlivě rozvíjela, ale u nás o ní něco ví zatím jen

málo lékařů (McDaniel, 1997). Na rozdíl od ostatních psychotherapeutických škol pracuje s celou rodinou nemocného a ovlivňuje tak současně celé sociální prostředí pacienta (Trapková, 2017). Teoreticky je taková léčba pevně zakotvena ve vědecké oblasti, vychází totiž mj. z teorie systémů, z kybernetiky, z teorie malých sociálních skupin a klade důraz na význam jazyka a komunikace (Bertalanffy, 1968), (Anderson, 2009). Také psychoterapie, která rozvíjí psychologickou oblast jednotlivého pacienta, stojí na solidních základech západního myšlení a v posledních létech prožívá satisfakci díky významnému posunu při výzkumu mozku (Siegel, 2012) (Poněšický, 2004).

<sup>1</sup> Těžko může být pohled lékaře komplexní, když výzkum i výuka stojí na ověřitelných

faktech a dobře ověřitelná je především biologická realita.



Pokud se naučí lékaři prvního kontaktu nebo specialisté rozpoznávat psychosomatické pacienty, a budou-li s nimi dostatečně erudovaně zacházet, brzy zjistí, že pro některé pacienty budou potřebovat pracoviště schopná poskytnout kvalifikovanou péči těm nejzávažnějším (Chvála, 2015). Taková pracoviště musí být součástí zdravotnické sítě a pro jejich dobré fungování nestačí jen lékaři s psychosomatickou odbornou způsobilostí. Jejich existence již není utopií ani u nás. Jinde již dříve zjistili, že takový malý tým lékařů, psychologů, fyzioterapeutů a dalších odborníků dokáže efektivně pomoci značnému procentu jinak neléčitelných psychosomatických pacientů (Matalon, 2002).

Je samozřejmé, že lékař musí mít na svého pacienta dostatek času. Měl by si ale také s tím časem vědět rady. Způsobem, který je pro pacienta přijatelný, nebo dokonce příjemný, zajímá se o celé bio-psycho-sociální pole stonání, se kterým pacient přichází (Chvála, 1995). Je výhodné, pokud má k dispozici sadu možností, jak s příznaky zacházet, aby mohl konkrétní léčbu nastavit podle možností jedinečného pacienta. Kromě znalosti některé z psychoterapeutických škol měl by lékař disponovat na tělo orientovanými technikami, (jakou je např. akupunktura), které pomáhají prohloubit terapeutický vztah především díky úlevě od potíží.

### *PROČ SE TANAŠE HOLKA POMOČUJE?*

Jako příklad kvalifikovaného zacházení s nezvykle úporným příznakem u dospívající dívky využijeme kazuistiku, kterou jsme ukončili někdy v roce 2013. Nejen proto, že máme svolení pacientky k využití zápisu pro výukové účely, ale

Rozhodující je však způsob, jakým lékař, psycholog nebo fyzioterapeut chápe symptomy jako součást pacientova života. Ať používají jakoukoli vhodnou metodu přijatelnou pro pacienta, nespouštějí z očí celkový kontext poruchy. Podle naší zkušenosti se takové pracoviště, kde se koncentrují ti nejnáročnější pacienti, neobejde bez týmu psychologů psychoterapeutů, kteří přebírají do psychoterapie vhodné motivované pacienty (Chvála, 2009).

Důležitá je práce celého týmu. Dlouhodobou stabilitu týmu pomáhá udržovat kvalitní týmová supervize. Pracoviště by mělo mít nastavená pravidla, která kontrolují délku terapie tak, aby nebyla brzy zavalena těžko řešitelnými pacienty, jimž jde někdy jen o udržování náhradního vztahu s psychoterapeutem nebo věhlasným lékařem. Pokud se takové týmové pracoviště nespécializuje jen na jednu oblast nebo diagnózu (například na poruchy příjmu potravy), nebo jen na určitý věk, otevře se zdravotnickému personálu pohled na pestrý svět psychosomatických symptomů člověka od narození až po konec života. Systemický pohled při práci s rodinou a jejím blízkým okolím navíc vede ke zjištění, že tělesný symptom některého člena rodiny je jen jednou z možností, jak na obtíže spojené s vývojem jedinci reagují. V jiných rodinách podobná zátěž může vést k poruchám chování, nebo jiným projevům.

i proto, že s odstupem několika let víme, že léčba byla úspěšná. Rozhodně nejde o jediný možný způsob léčby, tak jako to je v psychosomaticce obvyklé. Pracujeme s tím, co jde a co je k dispozici. Následující text je jen anonymizovaný



a jazykově upravený sled zápisů pěti sezení, s vloženými komentáři.

### **Příjem do léčby. Konec roku 2012**

Příjem do léčby pro nechtěné úniky moči, kterými trpí devatenáctiletá dcera. Přijela celá rodina. Tak to chtěla sestřička, když se telefonicky objednávali. Sedmiletý bráška Vašek chce taky vědět, co se bude se sestrou dít. Zkousím ho sice poslat do čekárny, ale nechce se mu a nikdo z rodičů to nenařídí. Tak si je prohlédnu všechny: silný muž s holou hlavou v červeném svetru, vypadá jako horský vůdce. Tím byl prý jeho táta. Drobná, ale rozhodná žena. Hezký bystrý syn a černovlasá dcera v černém svetru, nijak nápadná. Zkousím, kolik jí je, ale přirozené mi připadá tykání. Do vykání bych se musel nutit.

Na symptom se vyptávám jen okrajově, vnímám ho jako intimní. Připadá mi nepatřičné se o něm bavit i jen s rodiči, natož s malým bráškou. Zjevně jim to ale nevadí. Objevil se prý už ve třinácti letech, hlásí bez skrupulí matka. Všimla si mokrých fleků na kalhotkách dcery. Myslela si, že je to výtok, tak chodila s dcerou po gynekologiích, ale tam se nikdy nic nenašlo. Poslední dva roky navštěvují urology, protože to prý je moč (nejspíš taky jen fleky na kalhotkách), ale nikde nenašli příčinu. Matka se chlubí tlustou složkou se zprávami, kde už co vyšetřili. Otěch, kdo neuspěli, mluví s posměchem. Většinou to aspoň zkusí, ale „*psychiatr, to byl vyloženě blázen*“, tvrdí rezolutně. Řekl jim, že ji léčit nebude, ani maličkou zprávičku jim nehodlal napsat. Přitom ji potřebovali do té složky. Jinde, třeba na klinice v Praze, kam je poslali, „*ji chtěli rovnou hospitalizovat, i když*

*vyšetření šlo udělat ambulantně*“, tvrdí matka. „*Šlo jim jen o obložnost*“, myslí si.

Na jiné klinice byli mnohem příjemnější. Všechno udělali, ale stejně nic nenašli. Vyzkoušeli celou paletu léků, bez efektu, zkoušeli i rehabilitaci, Mojžíšovou, ale nic. Jitka (tak dceru nazvěme) chodí na školu se zdravotním zaměřením. Táta žije a pracuje ve Vídni, kam utekl ještě za komunistů. Když později jeho rodina koupila horský hotel, pomáhal rodičům, a přitom se seznámil s matkou. Byl už ženatý, z prvního manželství má syna Aleše. Děti z obou manželství spolu kamarádí. Aleš bydlí v Praze, kde také pracuje. Otec dělá atraktivní práci, něco kolem módy. Matka je snad překladatelka.

*Cílem prvního sezení je sice hlavně sezení druhé, tedy získání pacienta nebo celé rodiny pro léčbu. Těžko lze šest let trvající symptom ihned odstranit. Potřebujeme získat čas k tomu, aby i rodina rozšířila svůj pohled na celý kontext stonání. K tomu pomáhá například práce s mapou rodiny, ke které u nás využíváme sadu kamenů.*

Rovnou navrhnou mapu z kamenů.<sup>1</sup> Úkolu se ujme nejmladší Vašek. Sám sbírá kameny, tak to bere spíše jako geolog, ale mapa rodiny vzniká. Mámu představuje rozeklaný kámen s krystaly, sama se tomu diví. Táta a Aleš představují hranici kolem Jitky a psa, Vašek jako by byl už také součástí hranice rodiny, starší Jitka jediná jako by byla ještě uvnitř. Mimo základní strukturu je babička, matčina

<sup>1</sup> Instrukce k úkolu je jednoduchá: „Vyberte z této misky kamenů za každého člověka, který je ve vašem světě důležitý, jeden kámen

a položte ho na tento papír tak, jak daleko nebo blízko je od těch ostatních.



matka, které se říká „škůdce“. Vedle ní je děda, ten je „neškodný“, ale matčina matka se do rodiny hodně vměšuje. Boří výchovné pořádky. Sama prý neumí vařit, podle matky je nemožná, ale děti svou kuchyní uspokojí. Tam jedí dobře. Rodiče otce jsou tady taky, chybí strýc, otcův bratr, podle otce podivín. Všichni jsou ochotni žertovat a bohatě asociují kolem dokola, k symptomu se ani nedostaneme, nemáme ho ani na mapě.

*Poznámka: Při narativní terapii se vyplatí symptom externalizovat a zacházet s ním jako s dalším, nežádoucím členem rodiny. Můžeme se pak snadněji vyptávat na jeho vlastnosti, záměry, výhody a nevýhody. Rodinu můžeme vybídnout, aby vybrali kámen také za svou Nemoc.*

Testuji, jak se budou tvářit k hypotézám nebo návrhům léčebných opatření. Všechno, co už zkusili, matka diskvalifikuje. Nevědí si rady, ale nic nepřijmou. Třeba k homeopatii mají nedůvěru. Dostali informaci, či spíše instrukci, že jediné u nás jim můžeme pomoc. To je tedy vážné. Budeme další znemožněné pracoviště? Orientačně sexuální anamnéza: Jitka ještě kluka nemá, a „nestojí o to“.

### 1. sezení rodinné terapie. Matka a dcera.

První dny nového roku. Obě jsou veselé, přijely samy. Matka řídila, otec dnes odjíždí do Vídně. Hodlám prohloubit vědomosti o poruše. Začínám otázkou, co by se stalo, kdyby to nepřestalo.

*Poznámka: To je běžná otázka, typická pro systemický způsob práce. Vede k vyjasnění zakázky a k hledání výhod a nevýhod nemoci. Zbavuje také terapeuta nimbu všemocnosti.*

Závěr: Porucha separace v.s., zatím pod hlavičkou neškodné somatizace – domnělý únik moči. O výhodách či nevýhodách budeme moci mluvit až příště bez otce a bratra. Uvažuji spíše o přirozené nebo snad nadměrné lubrikaci nevědomě aktivní funkce genitálu. Symptom trvá a organizuje rodinu 6 let.

Doporučuji: rodinnou terapii. Zatím jen SMT (Self monitoring test), hodnoty 1-5

Předběžně uvažuji o objednání ke kolegyni, která by snad mohla navrhnout homeopatický lék. Je ale nejisté, zda by ji přijali.

*Poznámka: Mnohým kolegům by se zdálo důležité soustředit se na symptom, tedy pomočování. Tady by to nebylo moc šikovné. Jednak jde o intimní projev mladé dívky, a pak lze předpokládat, že během těch šesti let, co symptom v rodině pozorují, vědí o něm dost. Podstatnější je navázat s rodinou dobrý a bezpečný kontakt. Vykládat jim hned, že by si toho neměli všimnout a že jde nejspíš o projev sexuálního zranění dcery, by asi nemělo nadějí na úspěch. Jistě to už mnohokrát slyšeli. Separáčnický proces a jeho stagnace je velmi častým skrytým tématem v rodinách s dospívajícími dětmi (Trapková, 2017).*

Matka si uvědomuje, že nemoc vadí hlavně jí. Ona si toho všimla, ona pere prádlo, a proto na to začala upozorňovat. Dlouho si myslela, že jde o poruchu, kterou vyléčí gynekolog. Pokouším se symptom spojovat s normálním fungováním ženského genitálu. Ve třinácti letech nemusí být na lubrikaci nic divného. Ale tímhle názorem spíše prošpikávám jinak velmi pestrou komunikaci o kde čem, v dobré atmosféře. Obávám se, že by taková



hypotéza mohla být pro pečlivou matku zatím nepřijatelná. Vypadá to, že chce najít „opravdovou příčinu nemoci“, ne nějaké přirozené vysvětlení.

*Poznámka: Tzv. edukační vložka není v rodinné terapii nic výjimečného. Je však dobré s poučováním šetřit zvláště na počátku léčby. Mohli bychom se dopustit pouhého „udělování rad“. To se sice od lékaře čeká, ale zvažte, že rodina už „zneškodnila“ mnoho rádců za těch šest let stonání.*

Naštěstí se objeví téma „babička prudička“. Matka matky prý stále hledá, co by děti mohly dělat lépe, jak by mohly být úspěšnější a šťastnější. Je to možná důsledek jejího vlastního „traumatu“, jak ochotně vysvětluje Jitka. Babička byla prý „zneuznaná svou matkou“, a proto se hojí na své dceři. Snad proto svou dceru stále kritizuje. Ta nemůže svou matku v ničem uspokojit, v ničem není dobrá, ani to, že se dobře vdala, babička neuzná. Obdivuje výhradně svého zetě, „ale když chci, aby mi pohlídali syna, abych mohla něco dělat, na to čas nemá,“ vyčítá zase matka babičce.

Pokud se dotýkáme symptomu, tak si dávám záležet, abychom ho označovali za symptom jen malý, nevýznamný, který je možná jen součástí normálního fungování genitálu. Matce vadí, že musí kupovat vložky, chce při té příležitosti zkusit od nás získat poukaz, protože potřebují asi tři vložky denně. To zatím odmítám. Potvrdil bych tím hypotézu o úniku moči a odkazují je na urologa. Pediatr jí už poukazy psát nechce. Jitce

## 2. sezení. Dcera sama.

Jitka byla dnes u kolegyně z týmu na měření EAV (elektroakupunktura), dostala Sepii.<sup>1</sup> Já jsem přemýšlel spíš

ale symptom moc nevadí, neomezuje ji, kluka nemá. Na komplikace myslí spíš matka, symptom by mohl dceru diskvalifikovat. Pak by nebyla ani ona jako matka moc úspěšná.

*Poznámka: Tady se objevilo nové téma. Nedokončená separace matky od babičky a z toho vyplývající kontrola nad symptomem dcery. Takové zesilování symptomu mezigeneračními silami není výjimečné. Zdraví dítěte by bylo důkazem toho, že se o ně matka dobře stará. Nemoc umožňuje pokračování kritiky ze strany babičky.*

Mluvíme o intimitě. Je překvapení, že matka sama není schopná spát jinde než doma, a musí-li někde jinde, všechno tam vydesinfikuje. Nedokáže chodit ani bosa po pokoji, kde bydleli hosté. Má ráda, když jsou věci na svém místě, nesnáší změnu. A co růst dětí? „Ten je naštěstí pomalý.“

Na závěr se díváme na SMT. Jitka evidovala stav denně, dávala si známku od jedné do pěti, kolísání od 1 do 4 nekopíruje přesně kalendář, ale byly svátky, a to bylo všechno jinak. Uvidíme v běžném režimu.

*Poznámka: Vlastní sledování symptomu a zaznamenávání síly příznaku může přinést zajímavé informace o vlivu rodiny. Jiná možnost je zaznamenávat dny, kdy symptom není, a tím se mu nevěnovat. Je také možné zjistit, kdo si symptomu nejvíce všimá. Ukazuje se, že i matka má své symptomy, kterým se ale rodina nevěnuje.*

<sup>1</sup> Jde o měření dle dr. Volla, ze kterého vyšla indikace homeopatického léku vyráběného ze

sepie podle pravidel homeopatie. V rámci pracoviště to poskytuje lékařka,



o Pulsatille<sup>2</sup> z důvodu jisté nezralosti, ale dívka není ten typ. Je naopak rázná, černovlasá, ví, co chce. Je náročná na případný budoucí vztah. Ptám se opatrně na sílu symptomu. Podle ní „je to stejné“. Na SMT je vidět, že o víkendech je pravidelně lepší, ale vysvětluje si to tím, že má méně pohybu. (Možná méně pohybu venku na veřejnosti, kde ji nejvíce symptom vlhkosti vadí?) Dnes se můžu zeptat na její vztahy s kluky. Měla vztah, trval asi tři týdny. Jen první týden byla zamilovaná, ale když tomu vyšla vstříc a „začali spolu chodit“, kluk chtěl být pořád s ní, pořád by si s ní telefonoval, kašlal na školu, a to se jí nelíbilo. Tak se s ním rozešla. Sex ještě neměla. Sexuální pocity mívá, ale rozhodně by ji to nenutilo si s někým začít, má vysoké nároky, jen tak si k sobě někoho nepustí. Omylem se to stalo s jedním učitelem (to je tajné), se kterým „kamarádila“. Až se spolu na zájezdu ocitli na mejdanu, opili se a tehdy to „málem špatně dopadlo“. A právě symptom – vlastně obava, že se přece pomočuje – byla zdrojem její obrany. Ukazuje se, jak ji symptom spojuje s matkou. Ta se sotva dá přesvědčit o tom, aby přestala dceru kontrolovat.

### 3. sezení RT. Matka + dcera.

V čekárně je nejprve dcera, matka se zdržela parkováním. Zachytím v sobě nechuť sejít se i s matkou, kterou asi považuji za příliš kontrolující a za zdroj udržování symptomu.

*Poznámka: Takové povšimnutí si stavu, který v lékaři pacient vzbuzuje, je užitečným vodítkem. V tomto případě by bylo třeba dát si pozor, abychom dalším*

anestezioložka, která se touto technikou zabývá. Sama aplikace této metody svědčí spíše o nejistotě terapeuta a vědomí jisté bezmoci, kterou vnímá tvář i tvář rodině, jež prošla neúspěšně tolika pracovišti. Později se

Jitka se pohádala s babičkou. Je jí protivné, jak „jsou skoro paranoidní“, pořád si něco nějak vykládají, a dožadují se nápravy (tady je našťvaná už i na matku). Matka se pokouší dohodit dceři syna jedné své kamarádky. Tvrdí, že „by to byla výhodná partie“. Jitka už jeden takový „matčin nájezd“ odrazila před rokem, ale tentokrát bude muset jít na ples, kde se s ním má seznamovat. Můžeme tak snadněji probrat téma nezávislosti. Chtěla by být zdatná jako matka, ale to nebude jen tak. Je to vysoká laťka. Matka je podle dcery velmi zdatná.

Dop.: Do příště pokračovat v SMT.

*Poznámka: V rodinné terapii dáváme přednost přítomnosti celé rodiny, ale v takovýchto případech, kde jde o separaci, stojí za to využít možnosti mluvit jen s nositelem příznaku. Ukazuje se, že původní hypotéza, (symptom blokuje separaci), není daleko od pravdy. Symptomy v této souvislosti vykazují kolísání a obvykle je nelze odstranit najednou, protože stavy rodiny mezi dvěma vývojovými stádii oscilují, jak ukazuje Breunlinova oscilační teorie (Breunlin, 1989).*

*jednáním matku neztratili. Určitě má pro své chování dobré důvody.*

Zvu dceru dál, jsme spolu jen pár vteřin, stačím zjistit, že zapoměla doma SMT a že „je to trochu lepší, ale ne moc“, a už je matka tady. Nevím, co dělat. Nechce se mi celou dobu mluvit o problematickém symptomu dcery. Ale ono na to ani nedojde: dnes si vystačíme s problémy

jíž tato intervence nijak v našich konzultacích neobjeví.

<sup>2</sup> Jiný homeopatický lék. V homeopatii se pracuje s obrazem léku, který poskytuje také jakýsi celostní pohled na člověka a jeho situaci.



mezi matkou a jejími rodiči. Babička se chová, jako by chtěla rozeštvát děti a matku. Jitka to potvrzuje. Ona to taky zažila. To bylo nějakých poznámek: „*Na, vezmi si, matka ti to nekoupí...*“ Teď se točí boj kolem Vašíka. Ten je u babičky v sedmém nebi. Babička ho zavalí ho sladkostmi a pustí mu televizi, obojí v libovolném množství.

Prohlubujeme transgenerační téma. Jak to, že prarodiče dodnes tak silně ovlivňují rodinu, pokud se od nich matka oddělila? Boj o nezávislost eskaloval tak, že se musela mladá rodina od prarodičů odstěhovat. Vměšování babičky však nikdy neustalo. Hledám pro to nějaké lepší vysvětlení než jen to, že je babička panovačná. Co když je ustrašená? Možná se stará, protože by jinak bylo mezi ní a jejím manželem „ticho“, prázdno. Babička se může bát prázdnoty, nevýznamnosti. Matka připouští, že by to tak mohlo být. Všimla si, že babička si i v práci hledá zvláštní postavení. Vychloubá se zákazníky, kteří chtějí obsloužit jen od ní, od nikoho jiného.

Dělá si starosti o dceru, anebo o zetě, ale také, a to hlavně, o děti. A když jí někdo nejde na ruku nebo neposlechne, tak na něj babička zaútočí. Snaží se ho citově

#### 4. sezení RT. Dcera a otec matky.

Děda sice vnučku přivezl, ale nakonec zůstane sedět v čekárně. Matka je nemocná, leží prý „těžce nachlazená“. Před 3 týdny nejprve přijel otec z Vídně, byl asi týden doma, pak odjela máma asi na 5 dnů služebně do Německa, a děti zůstaly s otcem. Máma se vrátila „celá vymrzlá a nastydlá“ a otec zrovna odjel do Vídně. Tak se doma jen vystřídali.

*Poznámka: Celkem nevinná historka přináší myšlenku, jak spolu vlastně manželé vychází, když se doma jen střídají. To neznamená, že je to téma k řešení, ale může jít o jiné, ještě hlubší či*

vydírat, příkladů k tomu mají hodně. Jitka si myslí, že to byla babička, kdo se začal tématem vlhkosti v jejích kalhotkách zabývat a kdo začal shánět lékařské kapacity. To pak je ale matka „z oblga“, možná to ani není ona, kdo symptom nevědomě udržuje, ale to si jen pomyslím.

Otec je už dva měsíce ve Vídni. Společně se jim tam nedařilo žít, protože matka nesnáší, když je občanem druhé kategorie, za jakou ji tam místní prý považovali.

*Poznámka: V tomto způsobu práce si dává terapeut záležet na tom, aby z nikoho neučinil „viníka“. Ani pacient si nemůže za svou nemoc sám, ani rodina se vědomě nechová tak, aby udržovala nemoc svého člena záměrně. Hypotézy vyslovuje formou otázek, vyhýbá se tvrzení. Je připraven je zcela opustit, pokud se ukáže, že to tak rodina nevnímá. Prohlubujeme dobrý vztah s rodinou, symptom si zatím žije svým životem. Smyslem je snížit kolem symptomu napětí, zbavit toto téma své naléhavosti a dovolit, aby do pole vstoupila další, možná nebezpečnější témata.*

*tajnější téma než problémy s babičkou. Budeme se na to asi muset vyptat. Možná jde taky o další oscilaci systému v době separace, kdy se všechno mění.*

Bratr se nastěhoval k babičce, tam má ráj, TV a sladkosti dle chuti. Máma leží, bere antibiotika, přidal se průjem. Jitka teď vůbec nesleduje svůj symptom. Měla celý týden kurz na fakultě, neměla na kalhotky čas, teprve večer si všimla, že je skvrna větší.

Přemyslím, co s tím, vždyť pokud je to lubrikace, nic s tím ani dělat nelze.





*Poznámka: Zdálo by se nejjednodušší to rodině říci a tím skončit, ať si dělají, co chtějí. Takové předčasně otevřené sdělení by ale mohli chápat jako odmítnutí. To často vede k ještě většímu úsilí, aby prokázali, že je to „přeci jen opravdová nemoc“. Tak pokračuje jejich pouť po zdravotnických zařízeních, a pak i léčitelích.*

Vracím se k minulému sezení. Hlavně k tomu, jak vychází matka s babičkou. Zkousím, zda bychom si nemohli přizvat k sezení dědu, co by asi říkal o babičce nebo o matce a jejich vztazích? „*On by to viděl jen pozitivně*“, tvrdí Jitka. Moc ho tady nechce. Rozvineme tedy téma školy a toho, co chce v životě dělat. Po kom je tak ambiciózní? (Dala si přihlášku na šest škol.) Baví ji chemie, šla by ji studovat. Medicínu by studovala kvůli matce. Ta si to velmi přeje, aby mohla Jitka víc pomáhat rodičům. Vzpomínám si na svou Alma mater, a rozvineme debatu o studiu

## 5. sezení RT. Matka a dcera.

Začátek května, poslední setkání: Obě docela veselé, o symptomu není řeč, vše se točí kolem školy, kam by měla nebo neměla dcera nastoupit. Matka by dala přednost medicíně, aby měli v rodině doktora. „*Nebo kdyby aspoň doktora ulovila,*“ směje se matka. Sama dostala práci, ale nelíbí se jí firma, takže váhá, zda to nemá odmítnout.

Vedeme všeobecné řeči a mířím k ukončení s tím, že dokud dcera nemá dospělý genitální sex, tak že nemůžeme rozlišit, k čemu symptom patří. Opatrně se vracím k tomu, co jsme si tu povídali,

## ZÁVĚR A DISKUSE

Na příkladu celkem neškodného symptomu u dospívající dívky, který ovšem sužoval rodinu šest let, jsme chtěli

medicíny. Když je atmosféra přátelská, odhodlám se rozvinout hypotézu, že symptom souvisí spíše se sexualitou než s močovým měchýřem. Dokud s tím nemá zkušenosti, nemůže se dovědět nic víc o tom, jaký význam má příznak vlhkosti. Kamarádky o tom mluví, ale ona je za to nesnáší. Rozvine se debata o studu a o odlišnosti. Ukáže se, že učitel (41 let), který ji málem svedl na školním výletě, má pověst proutníka. Je svobodný. Incident nezůstal bez psychologických následků. Jitka se od té doby pokouší zatlačit myšlenky na něho, ale ono se to nedaří. Dostává se jí do snů. Neví si s tím rady, a bojuje o to, „*aby jí nakonec nedostal*“. Co se v jejích snech odehrává? Všeljaké nesmysly, ale všimla si, že jí buší srdce, nebo mívá nával horka, když se ze sna vzbudí. O stavu genitálu ale neví nic. Dostane za úkol to prozkoumat. Zasiívám možnost, že pokud se nic nezmění, rozloučíme se do doby, než bude mít normální dospělý sex.

váhám, zda přidat také informaci o učiteli, který se dostává dceři do snů, nakonec to neřeknu. Ale dcera sama vypráví sen, ve kterém nějaký pedofil ohrožuje asi pětiletého chlapce, a skončí to zavražděním toho pedofila (pedagoga?) s odporným znetvořením, které přišlo dívce hnusné. Nijak to nekomentuji. Loučíme se vřele. Budu zvědav, jak se to časem promění, zda to bude i nadále vada, nebo přednost. Zdá se, že matka by byla ráda chodila dál do léčby, ale dcera už teď jako záminka není moc vhodná.

ukázat obtíže psychosomatické léčby. Jsou to právě složité děje v psychologických a sociálních systémech, které



stojí v cestě snadnému odstranění zde spíše domnělého příznaku (i když skvrna na prádle byla jistě reálná). O zážitku dcery s učitelem rodina nevěděla. Dívka neměla ještě erotizovaný přirozený projev genitálu (lubrikaci), proto mu nemohla přisoudit správný význam, nebo jeho význam potlačovala jako nežádoucí. Matka i babička zase měly dost důvodů tento jasný doklad o dospívání dítěte popírat. Hrozilo, že v rodině s křehkou rovnováhou dojde k dramatickým změnám, až dcera dospěje. Snad proto rodina přisoudila projevu jejího organismu význam symptomu nemoci a hledala jeho tělesné vysvětlení. Symptomy, které mají podobnou funkci, vidáme často. První projevy sexuálního vzrušení bývají pokládány za nepříjemné až ohrožující projevy těla (bušení srdce, zvýšená sekrece, pocení, nauzea, průjem, rudnutí, třes, zimnice, svědění, mdloby atp.). Teprve dodatečně jsou tyto projevy erotizovány, a pak jsou některé z nich naopak žádoucí. U dospívajících je to ale choulostivé téma, nelze jim erotizaci symptomů vnutit ani předbíhat jejich vývoj. Tato naše zkušenost mimochodem odpovídá EBE teorii Daryla J. Bema (Bem, 1996).

Domníváme se, že právě obavy z odhalení stojí za neutuchající snahou takto nemocných vyhledávat raději zázračné a tajemné procedury léčitelů než psychologickou pomoc. Zuby nehty se drží tělové hypotézy a dožadují se

u lékařů vyšetření a vyléčení. Kolegové po dobu šesti let statečně odolávali požadavkům rodiny na lepší vyšetření dcery nebo aktivnější případně chirurgickou léčbu. Dodržení postupu lege artis je to nejlepší, co může lékař v takové situaci udělat. Rodina potřebovala dostatečně dlouhý čas k tomu, aby byla ochotna přinést na stůl také jiná, snad nebezpečnější témata, než byly skvrny na kalhotkách mladé dívky. Také v tom je úsilí psychosomaticky orientované praxe nesnadné. Mít dostatek trpělivosti a respektu k organismu rodiny a k fázi jejího životního cyklu (Carter, 1980).

V psychosomatické medicíně nikdy nevíme, zda máme pravdu. Naše zkusmé výklady mají spíše inspirovat nemocného a jeho okolí ke změně významu projevů těla. Bývají to ad hoc teorie, spředené z toho, co už pacient ví, co nám byl schopen sdělit ze své intimity, a z našich znalostí a zkušeností. Zde se později ukázalo, že byl náš odhad správný. Po roce nám Jitka sama napsala:

*„Dobrý den pane doktore, chtěla bych Vám říci, že jsem se konečně z 95 % zbavila toho problému, se kterým jsem za Vámi víc jak před rokem přišla. Dalo by se říci, že se potvrdila vaše teorie, že se uzdravím, až budu mít vztah se vším všudy. :) Chtěla bych Vám tímto poděkovat za rady a pomoc.“*

### Citovaná literatura

ANDERSON, Harlene, 2009. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: N.C. Publ.

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

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

BERTALANFFY, L., 1968. *General System theory: Foundations, Development, Applications*. Revised edition 1976. New York: George Braziller.



- BREUNLIN, D., 1989. Clinical implications of Oscillation Theory: Family Development and the Proces of Change. CHRISTIAN, N. a J. RAMSEY. *Family systems in Medicine*. New York, London: Guilftort Press, s. 135-149.
- CARTER, E. a M. MC GOLDRICK, 1980. *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- 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.
- 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.
- HONZÁK, R., 2016. *Placebo jako opomíjená součást léčby*. s.233-246.
- HONZÁK, R a V CHVÁLA, 2015. Psychosomatická medicína. HOSÁK L, Hrdlička. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, s. 555-655.
- CHVÁLA, V., 1995. *Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti*. Praha, str.26-31.
- CHVÁLA, V., 2009. *Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci*. s. 93-103.
- CHVÁLA, V., R. HONZÁK, O. MASNER, M. ROČŇOVÁ, B. SEIFERT, M. SEIFERT a L. TRAPKOVÁ, 2015. Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlené příznaky. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10, (1).
- KELEMAN, Stanley, 2005. *Anatomie emocí*. Praha: Portál.
- KŘÍŽOVÁ, E, 2015. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, s. 150.
- KŘÍŽOVÁ, Eva, 2004. *Alternativní medicína jako problém*. Praha: Karolinum, s. 132.
- LOEWE, T., 2015. *Psychosomatika je vynikající pole pro současný moderní výzkum*. s. 41-49.
- MATALON, A., 2002. *A short-term intervention in a multidisciplinary refferal clinic for primary care frequent attenders*. s. 251-256.
- MCDANIEL, S., J. HEPWORTH a W. DOHERTY, 1997. *Medizinische Familientherapie in der Medizin. Ein biopsychosociales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken*. Heidelberg: Carl Auer.
- PONĚŠICKÝ, Jan, 2004. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- PONĚŠICKÝ, J a V CHVÁLA, 2010. Místo psychoterapie v psychosomatické medicíně. VYBÍRAL Z, Roubal. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 451-474.
- PROCHASKA, J. a J. NORCROSS, 1999. *Psychoterapeutické sysetémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada.



SIEGEL, D., 2012. *The Develping Mind*. New York: Guilford Press, 506 stran.

TRAPKOVÁ, L., 2013. *Zpráva o výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci*. Liberec: Lirtaps, s. 114-128.

TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch, 2. vydání*. Praha: Portál.

UEXKÜLL, Thure, 2003. *Psychosomatische Medizin, 6. vydání*. München, Jena: Urban & Fischer.

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

Do redakce přišlo na vyžádání po uzávěrci.

Přijato po recenzi.

Konflikt zájmů není znám.

#### AUTOR:

MUDr. Vladislav Chvála, sexuologie, psychosomatika, rodinná terapie, akupunktura. Vedoucí týmu Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci od r. 1989. Předseda výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, předseda akreditační komise MZ pro psychosomatiku, člen ČPTs ČLS JEP, člen PS ČLS JEP, člen SOFT (Společnosti rodinné terapie), šéfredaktor Psychosomu.



## IVO TELEC: NEKALÉ PRAKTIKY V PÉČI O ZDRAVÍ



*SOUHRN: NEKALÉ PRAKTIKY V PÉČI O ZDRAVÍ. PSYCHOSOM 2018; 16(2-3), s. 117-126*

*Příspěvek pojednává o současném právním a společenském problému, který se týká některých nekalých praktik v péči o zdraví, například v rámci konzultací apod. Těžiště příspěvku je zaměřeno na současné české právní a sociální prostředí z hlediska některých typických nekalých chování podle práva a profesionální etiky. Vybrané nekalé praktiky jsou podrobně rozebrány na základě občanského zákoníku z roku 2012 a zákona o ochraně spotřebitele z roku 1992, a to v rámci provedení práva EU.*

*KLÍČOVÁ SLOVA: právo a zdraví, nekalé praktiky, etika, psychosomatika, alternativní medicína*

*SUMMARY: TELEC I.: UNFAIR PRACTICES IN A HEALTH CARE. PSYCHOSOM 2018; 16 (2), pp.: 117- 129*

*An article deals with the recent legal and social problem of some unfair practice in a health care, f. i. in some consultations etc. The topic is focused on the recent legal and social environment concerning some typical unfair behaviors under the law and a professional ethics. Some unfair practices are detailly and critically described according to the Czech Civil Code (2012) and the Czech Consumer Protection Act (1992) in the framework of the EU law.*

*KEY WORDS: the law and health care, unfair practice in a health care, ethics, psychosomatic medicine, alternative medicine*

### 1. ÚVODEM A O ÚJMÁCH

V předchozích příspěvcích na odborném blogu *Zdravotnické právo a bioetika* jsme se právně věnovali běžným

činnostem týkajícím se komplementární a alternativní medicíny, přírodního



léčitelství nebo duchovní léčby. Nyní nastal čas pohlédnout také do „podsvětí“.

Nezabýváme se tu jakýmikoli nekalostmi v péči o zdraví, například podvodnými výkazy zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo pletichami při veřejných zakázkách, nýbrž pouze těmi jednáními, jimiž jsou přímo dotčeni pacienti či zákazníci (spotřebitelé).

Sluší se předeslat, že **smlouva o péči o zdraví** nejčastěji mívá soukromoprávní povahu tzv. **spotřebitelské smlouvy** (§ 1810 a násl. o. z.). S jinou povahou této smlouvy (nahlíženo legálním hlediskem jejích stran) se můžeme setkat u pracovnělékařských služeb. Lze-li spotřebitelskou smlouvu vyložit různým způsobem, použije se **výklad pro spotřebitele nejpriznivější** (§ 1812 odst. 1 o. z.). Stát si tím hledí **ochrany slabší strany** závazku.

Povinnost nahradit **škodu** (majetkovou újmu) způsobenou **porušením smluvní povinnosti** se řídí občanským zákoníkem (§ 2913 a násl.). Smluvní odpovědnost má právní povahu **objektivní**; tzn. i bez zavinění škůdce. Ovšem se zákonnými zprošťovacími (liberačními) důvody na škůdcově straně, mezi které však nepatří překážka vzniklá ze škůdcových osobních poměrů.

Pro škodu způsobenou **porušením zákona** (škodní delikt ze zákona) se zásahem do absolutního, například osobnostního, práva poškozeného platí **vyvratitelná domněnka škůdcovy nedbalosti** (§ 2010 a násl.). Důkazní břemeno opaku tíží škůdce (poskytovatele služby).

Za zmínku stojí zvláštní skutková podstata **škody** (majetkové újmy) **způsobené informací nebo radou** (§ 2950 o. z.), a to i nevědomě. Výrazem **neúplná** nebo **nesprávná informace**,

například o aktuálním zdravotním stavu nebo o jeho prognóze, či škodlivá rada „za odměnu“ se rozumí „nikoli nezištně“. Skutkově se s tím můžeme setkat nejen při vadném plnění smluvního závazku péče o zdraví se škodným následkem, ale i u deliktu ze zákona se zásahem do některého absolutního práva poškozeného. Zmínit můžeme například **reklamu odborníka** na péči o zdraví nebo na výrobky se zdravotními účinky, jež je přesvědčovacím procesem, kterým jsou hledání uživatelé služeb, výrobků apod. prostřednictvím komunikačních médií, například letáky, a to se škodným zásahem do vlastnického práva poškozeného. O plnění smluvního závazku tu nepůjde.

„Neúplná“ informace by mohla spočívat v **neúplném sdělení účinnosti nebo bezpečnosti** použité, a přitom obecně neznámé praktiky, látky nebo prostředku, ledaže by bylo odkázáno na **právně odvážné plnění**, jemuž by se nemocný člověk o své svobodné vůli podrobil v **naději na nejistý budoucí zdravotní přínos**, spjaté s vírou či přesvědčením; blíže zde: [Možnost plnění závazku péče o zdraví v přírodním léčitelství](#). Dodejme však, že některá naděje může být falešná; například v konečném stadiu smrtelné choroby, kdy může být podle okolností přínosnější spíše duchovní nežli zdravotní péče, resp. doprovod při umírání.

Mezi „neúplné“ informace můžeme podřadit také ty informace, které jsou vágní, nicneříkající či příliš obecné (aniž by šlo o notoriety), u nichž podstata věci zůstává nesdělena. Informovat totiž lze i všeobecným odkazem na podrobný veřejně dostupný zdroj. **Mimo** zdravotní služby si však lze představit i jistou „tajuplnost“ nebo projevy magického myšlení jako součásti působení na psychiku, například i při sepětí s **obřadností** včetně obřadnosti



náboženské. Může jít i o oborovou zvyklost, která si hledí intuitivního nebo obrazně názorného myšlení, nikoli myšlení diskurzivního (logicko-deduktivního) či pojmového. Právě proto je významné, o jaký obor mimozdravotnické péče o zdraví se zákaznický jedná.

O odborně „nesprávnou“ informaci by mohlo jít **zatajením** skutečnosti, že péče o zdraví má spočívat „pouze“ v povzbuzení fyziologického nebo psychologického účinku sebeuzdravující síly vlastního organismu nebo psychiky; a to například pomocí „jen“ doplňků stravy s fyziologickými nebo výživovými účinky podle potravinového práva, jež nejsou léčivý dle lékového práva, ač patří do široké věcné škály **8** veřejnoprávních tříd výrobků se zdravotními účinky; viz [Výrobky se zdravotními účinky](#).

Při **újmě na přirozených právech člověka**, uznaných státem a chráněných občanským zákoníkem, mezi která patří práva spjatá s **osobností**, se hradí nejen majetková, ale i nemajetková újma (§ 2956 a násl.); například při ublížení na zdraví. Nemajetková újma může spočívat kupříkladu v **duševních útrapách** způsobených **odborně nesprávným zásahem** do duševního nebo tělesného zdraví.

Na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění (zák. č. 98/1997 Sb.) má zdravotní pojišťovna vůči třetí osobě **právo na náhradu** těch nákladů na hrazené služby, které vynaložila v důsledku **zaviněného protiprávního jednání třetí osoby** vůči

pojištěnci. Vinnou třetí osobou může být i jiný poskytovatel zdravotní péče, přírodní léčitel či kdokoli jiný, kdo pojištěnci poskytnul odborně vadnou zdravotní radu, v jejímž důsledku se zhoršil zdravotní stav pojištěnce, což následně vyvolalo nutnost zvýšených či dalších nákladů z veřejného zdravotního pojištění, které by jinak nevznikly. Zákon pro tyto případy stanoví podrobný režim včetně oznamovacích povinností (§ 55).

Podívejme se na některé nekalé praktiky v péči o zdraví očima zákona o ochraně spotřebitele (zák. č. 634/1992 Sb.) a občanského zákoníku. V dílem pokleslé praxi se můžeme občas setkávat s tvrzeními nebo jinými činy přinejmenším **právně pochybnými**.

**Dozor** nad dodržováním práv spotřebitelů ve **veřejném zájmu** vykonává Česká obchodní inspekce nebo Česká lékařská komora, popř. Státní ústav pro kontrolu léčiv, jehož působnost se týká mj. zdravotnických prostředků. V některých věcech je příslušný Úřad pro ochranu osobních údajů, a co se reklamy týče, živnostenské úřady. Vyloučena samozřejmě není soudní ochrana soukromých spotřebitelských práv ani způsoby mimosoudního řešení spotřebitelských (i patientských) sporů před Českou obchodní inspekcí nebo krajskými úřady, popř. před Českou lékařskou komorou. Není však známo, že by Česká obchodní inspekce kontrolovala například léčitelské služby anebo psychologické poradenství a diagnostiku, ačkoli by měla.

## 2. POCTIVOST POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB

Soukromé právo je založeno na předpokladu **poctivosti** právních jednání. Trestní právo je zase založeno na předpokladu **neviny**.

Občanský zákoník a zákon o ochraně spotřebitele sledují **stýkání práva s mravností pomocí** právního (a morálního) pojmu **poctivosti**. Podle



občanského zákoníku platí **vyvratitelná legální domněnka** (předpoklad) **poctivosti** právních jednání (§ 7); například nabídky péče o zdraví. Spotřebitelský zákon zase stanoví **příkaz poctivého poskytování služeb**, tedy i jakékoli péče o zdraví (§ 3 cit. zák. č. 634/1992 Sb.). Poctivost také tvoří jeden ze znaků **odborné péče** podle tohoto zákona; viz níže. Z hlediska obou předpisů je bezvýznamné, zda jde o péči o zdraví podle občanského zákoníku, anebo o specifickou úpravu zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. (O rozdílu při mimosoudním řešení sporů viz dále.)

Příkladem devízy nám poslouží citace **lichevního** ustanovení občanského zákoníku: „*Neplatná je smlouva,*

*při jejímž uzavírání někdo zneužije tísně, nezkušenosti, rozumové slabosti, rozrušení nebo lehkomyšlnosti druhé strany a dá sobě nebo jinému slíbit či poskytnout plnění, jehož majetková hodnota je k vzájemnému plnění v hrubém nepoměru.*“ (§ 1796). Lichva se ovšem týká jen skutkových znaků lichevních, tzn. kdy se zároveň, vedle vymezeného **zneužití oslabeného** postavení druhé strany, jedná o **hrubý hodnotový nepoměr plnění**. „*Za hodně peněz rozrušeného pacienta, který prodělal šok, málo muziky*“; a to někdy i skutečně, má-li jít o „málo“ muzikoterapie. Dále viz **trestný čin lichvy** podle § 218 tr. z.

### 3. PÉČE ŘÁDNÉHO ODBORNÍKA

Občanský zákoník obecně upravuje péči řádného odborníka (odbornou péči) neboli **odbornickou odpovědnost**. Stát tak činí pomocí **znalosti a pečlivosti**, která je spjata s příslušným **povoláním** nebo **stavem** (§ 5 odst. 1). Uplnění smluvního závazku péče o zdraví k tomu stát přidává i **soulad s pravidly svého oboru** (§ 2643 odst. 1); např. s pravidly (profesními standardy) oboru [léčebná eurhythmie](#), který je součástí antroposofické medicíny, nebo oboru bylinářství apod. Některá oborová pravidla, jako je tomu v chiropraxi, osteopatii nebo lékařské homeopatii, jsou vyjádřena českou a evropskou technickou normalizací (**ČSN EN**): [Technické normy v komplexním a alternativní medicíně](#) a [ČSN EN 16872 Služby lékařů s doplňující odbornou kvalifikací v homeopatii \(MDQH\) – Požadavky na lékaře s doplňující odbornou kvalifikací v homeopatii](#).

Úmluva olidských právech a biomedicíně přikazuje postupovat při zákrocích podle **profesních povinností** a **standardů** (čl. 4), (sděl. č. 96/2001 Sb. m. s.).

Legální úprava zdravotních služeb rozvádí odbornickou odpovědnost podle § 5 odst. 1 o. z. o znaky **náležitě odborné úrovně** těchto služeb (postup *lege artis medicinae*), zejména o praktiky podle pravidel vědy, uznávané medicínské postupy a o přihlédnutí k individualitě pacienta (§ 4 odst. 5 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

Spotřebitelské právo spatřuje **odbornou péči v úrovni zvláštní dovednosti a péče**, kterou lze od podnikatele **rozumně očekávat** ve vztahu ke spotřebiteli a která odpovídá **poctivým obchodním praktikám** nebo **obecným zásadám důvěry** (nesprávně „dobré víry“, jež je omluvitelným právním omylem), a to





v oblasti podnikatelské činnosti; např. v klinické logopedii nebo hermetických lékařstvích, jako je například astro-medicína. **Důvěra v odbornost** sehrává významnou roli v péči o zdraví. Mluvíme proto také o **medicině založené na důvěře**. Důvěryhodnost spjatá s odborností, nikoli ale nutně mediální popularita, bývá důležitým hlediskem volby způsobu péče i osoby jejího poskytovatele. V právu se s něčím podobným setkáváme nejen u volby advokáta, ale zejména rozhodce, včetně

možného pověření arbitrážního rozhodování podle zásad spravedlnosti; tzn. nikoli podle hmotněprávního řádu, do kterého patří i zdravotnické právo.

Posuzování postupu *lege artis* se odvíjí od toho, zda bylo postupováno **odborně správně** podle příslušného předpisu, popř. jinak sepsaných či nepsaných oborových pravidel. **Odborná správnost** praxe je vyjádřena pojmem péče řádného odborníka.

#### 4. JAKOST PÉČE

Podle občanského zákoníku platí obecné **pravidlo střední jakosti** (§ 1915). Dlužník je zavázán plnit ve střední jakosti, není-li mezi stranami ujednána jiná jakost; například vyšší kvalita použité látky nebo zdravotnického prostředku jako luxus.

Pro námi sledovanou oblast práva spotřebitelského je významná skutečnost, která systematicky souvisí s poctivostí. Není-li totiž jakost služeb předepsána, schválena nebo uváděna, platí **jakost obvyklá**. Za obvyklou jakost, popř. za jakost veřejnoprávně schválenou, bývá brána i jakost péče o zdraví, která vyplývá z **technické normalizace**; viz např. [Technické normy v komplementární a alternativní medicíně](#) nebo [ČSN EN 16872 Služby lékařů s doplňující odbornou kvalifikací](#)

[v homeopatii \(MDOH\) – Požadavky na lékaře s doplňující odbornou kvalifikací v homeopatii.](#)

O obvyklé jakosti hovoříme například u různých psaných či nepsaných **oborových** nebo **profesních standardů** (vodítek) zavedených do praxe; například v léčebné eurytmii. „Obvyklost“ čehokoli patří mezi **skutkové** otázky podléhající dokazování v místě a času. Nutno ale říci, že je-li určitý výkon, přípravek nebo postup obvyklý, ještě to neznamená, že je například nejlepší, samosebou odborně správný nebo vhodný v každém **individuálním** případě, který může být v lecčem atypický. Obvyklost může být ovlivněna například i jen přístrojovým nedostatkem v místě a času anebo nízkou odborností.

#### 5. NEKALÉ OBCHODNÍ PRAKTIKY PODLE SPOTŘEBITELSKÉHO PRÁVA

Stát prostřednictvím zákona o ochraně spotřebitele sleduje, aby **ekonomické chování** spotřebitelů nebylo **podstatně narušeno** použitím obchodní praxe, která by významně zhoršila schopnost spotřebitele učinit **informované**

**rozhodnutí**, například o svém zdraví, jež by vedlo k rozhodnutí ohledně služby, které by jinak neučinil. Významnou roli sehrává právní pojem **nepatřičného ovlivňování**, kdy dochází k využívání **silnější pozice** poskytovatele služby,



a to způsobem, který významně **omezuje** spotřebitelovu **schopnost** učinit informované rozhodnutí. Fyzická síla nebo hrozba jejího použití nemusí být vynaložena.

Dozorový orgán, například Česká obchodní inspekce nebo Státní ústav pro kontrolu léčiv v případě zdravotnických prostředků, je oprávněn požadovat po poskytovateli péče o zdraví, aby ve správním řízení **prokázal správnost skutkových tvrzení** v souvislosti s obchodní praktikou (§ 5c cit. zák. č. 634/1992 Sb.). Takový požadavek však musí být **přiměřený** vzhledem k okolnostem případu a právnímu zájmu poskytovatele služby či kteréhokoli účastníka správného řízení. To znamená, že nesmí svou vydatností nebo rozsahem vybočovat z okolností případu. Pokud by poskytovatel služby nepředložil požadované důkazy nebo by je dozorový orgán považoval za nedostatečné, platí legální smyšlenka (fikce) **nesprávnosti** skutkových tvrzení.

Při hodnocení „dostatečnosti“ předložených důkazů z **účelového** hlediska ochrany práv a zájmů spotřebitelů platí procesní **zásada volného hodnocení důkazů** podle úvahy správního orgánu; tzn. **volnou úvahou** a zároveň s pečlivostí a nevyběřovostí toho, co vyšlo v řízení najevo (§ 50 odst. 4 spr. ř.). Dozorový orgán tak **nesmí** být vázán například formalizovaně nadřazenými a podřazenými důkazy podle některé lékařsky aplikované doktríny používané pro specifické účely epidemiologické a biostatistické. Pohybujeme se totiž ve správním řízení, které je ovládáno právem. Nikoli snad přírodovědeckým paradigmatem či dobovou nebo místní doktrínou ani mimoprávní odbornou vhodností. Oba způsoby uvažování jsou na sobě **nezávislé**. Shodný závěr je náhodně možný. Právo je důkazně vybudováno na **stupních pravdě-**

**podobnosti v právním smyslu**, tzn. nikoli nutně na jistotě vyplývající z reprodukovatelnosti jevu podle konvence přírodní vědy. Přírodovědecká konvence si **oproti** tomu hledí objektivitu v jiném pojmovém významu. Samo právo (a právní věda, která je zkoumá) patří mezi **hermeneutické** disciplíny, které se povahově a metodologicky liší od přírodní vědy a přírodovědecké metodologie. Ze soukromoprávního a civilně, resp. správně procesního hlediska blíže viz [Možnost plnění závazku péče o zdraví v přírodním léčitelství](#).

Máme-li hodnotit „dostatečnost“ předložených důkazů, nutno ji posuzovat také z hlediska příslušného **oboru**, jeho povahy a referenčního rámce. Nelze zapomínat na to, že některé obory mimozdravotnické péče o zdraví, jakož i duchovní péče ve zdravotnictví, oborově pracují s **metafyzickým prvkem**, resp. spiritualitou. V tomto smyslu pak nezbývá nežli zhodnotit i samu správnost skutkových tvrzení, a to bez ohledu na to, zda a nakolik příslušný úředník osobně sdílí určitou víru nebo přesvědčení.

**Zákaz nekalých obchodních praktik** podle zákona o ochraně spotřebitele je systematicky stanoven následovně:

**a) generální klauzule** (§ 4), pod kterou lze skutkově podřadit ta jednání, která nepodléhají zvláštním skutkovým podstatám, například méně typické nekalé obchodní praktiky apod.,

**b) zvláštní skutkové podstaty**, a to:

**ab) klamavé konání** (§ 5), mezi které patří například praktika, jež může uvést spotřebitele v **omyl** kupříkladu o **způsobilosti** nebo o **postavení** poskytovatele služby. Vydává-li se někdo například za **psychoterapeuta** nebo **psychosomatika**, aniž jím podle



zdravotnického práva je, jde o klamavé konání. Podobně by tomu bylo, kdyby se vydával za **manželského a rodinného poradce**, u něhož zase platí legální výhrada sociálních služeb. V těchto případech totiž jde o státem **veřejnoprávně regulovaná povolání** a služby na trhu. Klamavost tu spočívá ve **vydávání se za někoho**, jehož veřejnoprávní způsobilost nebo veřejnoprávní postavení dotyčná osoba nemá. Kupříkladu v souvislosti s používáním kombinované ochranné známky služeb ve znění **AKTIP** (třída 41 se zaměřením na vzdělávání apod.), patřící pražské **Progressive Consulting, v. o. s.**, jsou konkrétními lidmi k dnešnímu dni nabízeny konzultační služby v psychosomaticke, aniž by byly spojeny s patřičnou lékařskou odborností a konzultačními zdravotními službami, jak je vyhrazeno zdravotnickým právem. Údaj o tom, že v daném případě nejde o zdravotnické zařízení, může být až sebeusvědčujícím přiznáním. Navíc by se mohlo jednat o sdělení spíše matoucí, protože psychosomatika je úředně oborem zdravotní péče, jejíž poskytování podléhá úřednímu povolení krajského úřadu, ať by již byla péče poskytována ve zdravotnickém zařízení nebo mimo ně podle zákona o zdravotních službách. Jiným případem by mohla být pražská obchodní společnost **Hnízdo zdraví, s. r. o.**, která smí podle veřejných zdrojů poskytovat ambulantní zdravotní péči v oboru fyzioterapie a oboru fyzikální a rehabilitační medicína. Přesto však k dnešnímu dni nabízí péči v „komplexní psychosomatické medicíně“ ([zde](#)), aniž by se ale jednalo o psychosomatickou medicínu a o zvláštní specializovanou způsobilost podle zdravotnického práva a obsahově náplně certifikovaného kurzu lékařů (zdravotnického vzdělávání) v oboru psychosomatiky. Za „psychosomatiku“ tak někdy může být **odborně nesprávně a zákaznický**

**klamavě**, tudíž **protiprávně**, vydáván „pouhý“ psychotherapeutický pohovor, jenž je součástí klinických vyšetření podle přílohy **vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami**, ve znění pozdějších předpisů a která patří do zdravotnického práva; blíže viz [Psychoterapie a právo](#), s. 21 - 22. Anebo by za psychosomatiku mohla být **odborně vadně** vydávána „pouhá“ zdravotně výchovná činnost nebo „pouhý“ edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou, což jsou zdravotní výkony svého druhu, stojící ovšem **mimo**. Ačkoli každý projevený „zájem“ o pacienta a jeho neuh může být prospěšný (nikoli snad škodlivý) pro pocit zdraví nebo alespoň zlepšení pocitu pohody či ku zlepšení nálady anebo získání důvěry či pocitu pomoci, nejde zde o oborově vyhraněnou psychosomatickou medicínu, leda snad o její možné předstírání v „pop-medicíně“. Jiným příkladem poslouží **endala, s. r. o.** (mluvnický nesprávně psáno s malým písmenem v počátku jména), která smí poskytovat zdravotní služby v několika oborech, nikoli však v klinické výživě a intenzivní metabolické péči pomocí nutricionisty nebo v klinické výživě prostřednictvím nutričního terapeuta či nutričního asistenta. Přesto k dnešnímu dni nabízí „poradnu klinické výživy“, ovšem mimo zdravotnická povolání a konzultační zdravotní služby: [zde](#). Dochází tak k profesní záměně mezi „pouhým“ mimoklinickým výživovým poradcem jako volným zaměstnáním a volnou živností a výživovými zdravotnickými pracovníky a povoláními vázanými na zdravotnické vzdělání podle předpisů. Další, poměrně četné případy z praxe se týkají ilegální psychoterapie poskytované některými psychology mimo zdravotnická povolání a zdravotní služby. O klamavých konáních, resp. podezřeních na ně můžeme mluvit, neboť jsou



objektivně způsobilá vyvolat **mylnou domněnku**, že jde o zdravotní služby, resp. uvést v omyl. Není v moci nemocných, trpících a oslabených lidí předem lustrvat **Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb**, právně se probírat zdravotnickými povoláními a obory podle předpisů a srovnávat je se skutečností na trhu. Po žádném nemocném člověku nelze nic takového spravedlivě požadovat.

Mezi klamavá konání uvádějící v omyl o způsobilosti nebo postavení můžeme podřadit i používání veřejnoprávního akademického titulu **MUDr.** v péči o zdraví **mimo** zdravotní služby; např. v živnostenském podnikání. Zkrácené absolventské označení dává najevo nejenom absolutorium studia všeobecného lékařství, ale je v praxi běžně bráno též jako označení **příslušnosti k lékařskému stavu a povolání**; tudíž **navozuje znalosti lékaře** v některém lékařském oboru. Používání tohoto titulu není povinné, jen obvyklé, ovšem tam, kde se to sluší a patří. Nikoli tedy při činnostech, které nesouvisí s lékařským stavem nebo povoláním; tzn. například v přírodním léčitelství či v konzultačních službách mimo zdravotní služby, kdy jde o stav živnostenský. V opačném případě lze vzbudit **klamavé zdání**, že jde o výkon lékařského povolání se vším, co je s tím spojeno, včetně jisté společenské prestiže a disciplinární odpovědnosti, aniž tomu tak ve skutečnosti je. Jednotlivé případy možného **klamu** či **nebezpečí záměny** ale musíme posuzovat podle všech okolností a vyvarovat se paušálního nebo nadměrného upírání výkonu veřejného subjektivního práva absolventskotitulového. Určující tak je objektivní **klamavost** nebo **zaměnitelnost**.

Na okraj: na Slovensku platí předpisy o používání profesních titulů ve zdravotnictví, např. profesní titul

„akupunkturista“. Dokonce tam je zakázáno používání označení „terapeut“ nebo jiného zaměnitelného označení a jeho zkratky samostatně nebo ve slovním spojení vyplývajícím z tohoto označení, např. „terapeut komplementární medicíny“ (podle slovenského práva správně „léčitel“ jako tamější svobodné povolání). Důvod spočívá v ochraně před zaměnitelností s veřejnoprávními profesními tituly nebo činnostmi podle zdravotnického práva, které vyplývají z veřejnoprávní odbornosti, resp. zdravotnického vzdělávání, nebo je navozují. U nás máme zdravotnická povolání například nutričního terapeuta nebo terapeuta tradiční čínské medicíny. Profesně titulová ochrana ve zdravotnictví je ale v Česku stanovena jen **nepřímo** pomocí ochrany před nekalou soutěží nebo právem spotřebitelským. V posledních letech se u nás rozmohlo používání „prestižnějšího“ a odborněji znějícího podnikatelského označení „terapeut“ namísto tradičního „léčitel“ (právně „přírodní léčitel“);

**bb) klamavé opomenutí** (§ 5a), jehož škodlivost spočívá podle okolností a věcných souvislostí v opomenutí uvedení **podstatné informace**, kterou spotřebitel potřebuje pro rozhodnutí ohledně přijetí služby, čímž může učinit rozhodnutí, které by jinak neučinil. Za podstatné informace nabídky péče o zdraví, pakliže nejsou patrné ze souvislostí, se považují **hlavní znaky** této péče v rozsahu odpovídajícím sdělovacímu prostředku, například internetovým stránkám, jakož i službě samé. „Podstatnou informací“ tak může být například sdělení o tom, že jde o **duchovní léčbu** duchovního léčitele anebo duchovního církve či náboženské společnosti. Taková informace je potřebná pro rozhodnutí ohledně přijetí péče. Pakliže by takováto informace chyběla, může nastat situace, že zákazník,



kupříkladu ateista nebo proticírkevní bojovník, učiní rozhodnutí podrobit se duchovní léčbě v klamu, že onic takového nejde. Pakliže by měl podstatnou informaci, že má jít o duchovní léčbu, nikoli například o klinicko-psychologickou péči, rozhodnutí by v tomto smyslu neučinil, léčbu by odmítl; což ovšem platí i naopak. Někdo by dal přednost psychochirurgickému zákroku na mozku, jiný zákroku šamanskému či církevní službě osvobozování od zlého neboli vymítání „dávla“. Necháme-li stranou světonázorová naladění, ryze spotřebitelsky sehrává roli právě uvedení „podstatných informací“ pro vlastní rozhodnutí;

**bc) agresivní obchodní praktika** (§ 6), o kterou půjde například tehdy, jestliže **nepatřičné ovlivňování** může způsobit, že se zákazník rozhodne objednat péči o zdraví či přijmout její nabídku, což by jinak neučinil. Přihlíží se například i k **výhružnosti** nebo (v praxi častěji) k **vědomému využití nepříznivé zdravotní situace**, která vede k **zhoršení** spotřebitelova **úsudku**, pokud jde o jeho rozhodnutí ve vztahu k nabízené péči o zdraví. Podstatný znak zakázané agresivní obchodní praktiky spočívá v tom, že ve svých souvislostech a s přihlédnutím ke všem jejím rysům a okolnostem může **výrazně zhoršit svobodu volby** nebo zákaznického chování ve vztahu k péči o zdraví. A to v našem případě zřejmě nejvíce po **způsobu nepatřičného ovlivňování** (vedle obtěžování nebo donucování). Výsledkem pak může být rozhodnutí, které by spotřebitel ohledně přijetí služby neučinil, nebýt vystaven působení zakázané agresivní obchodní praktiky. S nepatřičným ovlivňováním nemocných se můžeme setkávat i v souvislosti se **zlehčováním** či někdy až **pohrdáním** konkurenčními službami na trhu, například lékařů přírodními léčiteli, nebo

naopak. Nepatřičným spotřebitelským ovlivňováním může být také **vyvolání strachu ze smrti či zhoršení choroby**, popř. i z postavení blízkých, pakliže by se nemocný nepodrobil nabízené konkrétní péči. Sama tato péče bývá často vedena za účelem **těžení vlastního zisku** právě z ovlivněného spotřebitelského chování.

Kromě toho jsou zákonem o ochraně spotřebitele **výslovně** vyjmenovány některé obchodní praktiky, které jsou **vždy** právně brány za **klamavé** (příl. 1) nebo **agresivní** (příl. 2). Pakliže poskytovatel péče prohlašuje, že jím poskytované službě bylo uděleno schválení, potvrzení nebo povolení, ačkoli tomu tak není nebo takové prohlášení není v souladu s podmínkami schválení, potvrzení či povolení, jde vždy o klamavou obchodní praktiku [příl. 1 písm. c)]. Sem můžeme podřadit, anebo bychom podle okolností postupovali prostřednictvím generální klausule nekalé obchodní praktiky (§ 4), například prohlášení o „akreditaci“, pakliže by to mohlo objektivně **vyvolat mylnou domněnku** o tom, že jde o **úřední, veřejnoprávní akreditaci** činnosti nebo osoby ve smyslu veřejnou mocí legálně uznané garance (odborné důvěry) podle předpisu z oboru práva veřejného, ačkoli tomu tak není. V praxi bývají využívány různé „certifikáty“, „akreditace“ apod., přičemž jejich právní povaha a význam mohou být naprosto rozdílné, aniž by ale muselo jít o padělky.

Jiným příkladem **vždy** klamavé obchodní praktiky může být **nepravdivé** prohlášení, že služba může **vyléčit** nemoc, například rakovinu, zdravotní poruchu nebo postižení [příl. 1 písm. p)]. Ze spotřebitelského (a spotřebitelskoprávního) úhlu musíme uvážit, zda určité tvrzení **dává rozumný smysl** z hlediska fyziologického, psychologického nebo spirituálního, a to i přes



možné (a přípustné) reklamní přehánění či nadsázku, které jsou právně fiktivním člověkem průměrného (běžného) rozumu rozpoznatelné.

Určitá zdravotní péče může potenciálně vyléčit rakovinu některého druhu a stadia nemoci, popř. působit preventivně. Otázkou ale zůstává „pravdivost“ tvrzení. Dotýkáme se totiž **pojetí pravdy**, jež podléhá **světonázorovým sporům**. Vedle pravdy biomedicínské, konvenčně opřené o formalizované a vázané dokazování, tak existuje i **osobně zkušenostní pravda náboženská** či **pravda hermetického lékařství**, což vyplývá z odlišných východisek nebo úhlů pohledu. Pravda bývá v péči o zdraví založena také na léčebné **tradici**, empiricky opřené o generačně předávanou a zobecnělou **dobrou zkušenost**. Stačí si připomenout tradiční rostlinné léčivé přípravky podle lékového práva.

Nezbývá než brát na zřetel, že v některých službách, například u státem výslovně veřejnoprávně předpokládaných služeb astrologů či kartářek, ale i u duchovní nebo přírodní léčby se můžeme pohybovat v referenčním rámci, který stojí **mimo** dobovou konvenci přírodní vědy a její lékařskou aplikaci. V podstatě

to platí pro část zdravotních služeb a celou hermetickou medicínu, pastorální medicínu a řadu oblastí tradičního vědění.

Nadto občanský zákoník pojímá **odbornou správnost** péče o zdraví v **příkazním** právním významu **vyvinutí snahy** o zlepšení nebo zachování zdravotního stavu; tzn. úsilím po příkaznicku **bez odpovědnosti za výsledek** spočívající ve vyléčení. **Péče řádného odborníka** zde rozumně vystihuje **odbornou správnost** zákroku nebo rady v podobě odborně vynaložené snahy. **Nikoli dosažení výsledku**, které je ovlivnitelné i řadou dalších činitelů již **mimo** odbornost poskytovatele služby. Proto u výroku typu „**to vyléčíme**“ musíme podle okolností projevu rozlišovat, zda má jít o nepravdivé prohlášení přivozující oklamání nemocného, anebo o povzbuzení nemocného či o vzbuzení pocitu pomoci a zájmu. Zatímco v prvním případě by šlo o klamavost (škodlivé konání), ve druhém by šlo o jednání prospěšné (psychicky povzbuzivé).

Naznačené protiprávní skutky se obvykle přičítají i oborovým či povšechným **etickým kodexům** (kodexům chování), pakliže byly zavedeny.

## 6. MIMOSOUDNÍ ŘEŠENÍ SPOTŘEBITELSKÝCH SPORŮ

Spory vyplývající z poměrů soukromého práva, například týkající se závazku péče o zdraví, projednávají a rozhodují soudy (§ 6 o. s. ř.). **Vedle** toho však jsou známy případy **mimosoudních** řešení těchto či jiných sporů; například podle zákona o ochraně spotřebitele. Spotřebitelovo právo na mimosoudní řešení spotřebitelského sporu a postup řešení jsou upraveny zákonem o ochraně spotřebitele (§ 20d a násl.). Příslušným

subjektem řešení sporů je v našich případech Česká obchodní inspekce, popř. Česká lékařská komora pověřená tím Ministerstvem průmyslu a obchodu aj.

Mimosoudní řešení sporů podle citovaného zákona se **nevztahuje** na patientské spory podle zákona o zdravotních službách (zák. č. 372/2011 Sb.). Pro tyto případy platí zvláštní, ovšem věcně úzký správní režim



rozhodování o **pacientských stížnostech** na **odborně nesprávný postup**,

## 7. NEKALÁ SOUTĚŽ

Nekalá soutěž v hospodářském styku je zakázaná. Úprava zákazu je uzákoněna v občanském zákoníku. Stanovena je **generální klauzule** zakázané nekalé soutěže a vedle ní několik **zvláštních skutkových podstat**. Účel ochrany před nekalou soutěží spočívá v **ochraně hospodářského trhu** jako hodnoty samé, která je chráněna i před **zneužitím** účasti v hospodářské soutěži nekalostí k **újmě** jiných soutěžitelů nebo zákazníků.

V rámci generální klauzule nekalé soutěže v hospodářském styku lze postihnout i takové jednání, které spočívá v poskytování zdravotních služeb **bez** patřičného **veřejnoprávního oprávnění** (povolení) od krajského úřadu podle zákona o zdravotních službách (§ 11 a násl.). Soutěžitel tím totiž pro sebe získává **neoprávněnou** (právně bezdůvodnou) **konkurenční výhodu**, spočívající v tom, že oproti řádným soutěžitelům jednajícím po právu se **nepodrobil** veřejnoprávní úpravě určitého povolání na hospodářském trhu služeb, čímž **zneužil** svou účast v hospodářské soutěži k újmě jiných soutěžitelů nebo zákazníků. Obvykle tím také ušetřil na nákladech, resp. investicích vložených do svého podnikání, aniž takové ušetření bylo po právu. Stručně zde mluvíme o **fušerství**.

Zdravotní péče, jež je součástí zdravotních služeb, je poskytována vždy v určitém **oboru** zdravotní péče. Nejde ale o jakékoli věcné obory, jako je tomu u nás například v přírodním léčení, nýbrž pouze o ty obory, které podle zákona o zdravotních službách vyplývají ze stanoveného **zdravotnického vzdělávání** (§ 4 odst. 4 cit. zák.

vedený před krajským úřadem (§ 93 a násl.).

č. 372/2011 Sb.). Proto zde také, byť poněkud nepřesně, hovoříme o tzv. školské medicíně.

Mezi takové obory, ať již základní nebo nadstavbové, patří například chirurgie, zubní lékařství, klinická farmakologie či psychosomatika aj. Právě v posledním případě se ale v praxi setkáváme s případy, kdy jsou poskytovány zdravotní služby v **oboru psychosomatiky** vzdor tomu, že někteří poskytovatelé služeb k tomu **nejsou oprávněni**. Podle úředního **Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb** jsou u nás pouze **4** poskytovatelé těchto služeb oprávněni k jejich poskytování v oboru psychosomatiky, z toho **3** v Praze a **1** v Liberci, což je nedostatečné. Nikdo jiný nesmí zdravotní služby v oboru psychosomatiky poskytovat, protože jsou právně vázány na **zvláštní specializovanou způsobilost** pro výkon činností, které jsou podmíněny získáním **znalostí** a **dovedností** podle úředního **vzdělávacího programu** nástavbového oboru psychosomatiky.

Nejde o zákaz poskytování psychosomatických služeb jen jako „zdravotních služeb“ ve zdravotnictví, nýbrž kdekoli jinde. Jelikož psychosomatika patří mezi **obory zdravotní péče** podle zdravotnického práva, **nelze** ji provozovat, a to ani konzultačně, **mimo** zdravotnictví; tedy ani po živnostensku či jako svobodné povolání nebo volné zaměstnání. Podobě to platí pro jakýkoli obor zdravotní péče podle zdravotnického práva. Cévní chirurgii, patologii či reprodukční medicínu také právně nelze poskytovat jako živnost apod. Platí zde **legální zdravotnická** (a zároveň



lékařská) **výhrada**; viz **zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta**, ve znění pozdějších předpisů, a **vyhl. č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů**, ve znění pozdějších předpisů, a to vše ve spojení se zákonem o zdravotních službách. Psychosomatika je právně zařazena mezi obory certifikovaných kurzů od roku 2013, což se stalo opožděně. U nás působí **Psychosomatická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z. s.** Poukázat můžeme na několik světových vědeckých časopisů z psychosomatiky, včetně impaktovaných.

Obsah psychosomatické lékařské **výhrady** vyplývá ze vzdělávacího programu v oboru psychosomatiky, jak byl vyhlášen Ministerstvem zdravotnictví v částce 5/2015 **Věst. Min. zdrav. ČR**, s. 296–318: [Věstník](#). Psychosomatika je u nás úředně brána za specializační tzv. **nástavbový lékařský obor**; srov. např. psychogynekologii, kdy psychosomatika tvoří **nástavbu ke gynekologii a porodnictví**. Nikoli snad za součást, podobor psychiatrie, k níž je rovněž **nástavbou**.

## 8. ZÁVĚR

Na každém hospodářském a pracovním trhu se můžeme v jisté míře setkávat s nekalostmi. Různé způsoby a obory zdravotní péče nevyjímaje. Právní řád v tomto směru poskytuje řadu ochranných nástrojů.

Vyloučit nelze, aby jako živnost byly poskytovány například služby osobní povahy typu **přírodního léčitelství** apod., které též mohou působit na duševní nebo tělesné zdraví (nejen na dobrou pohodu). Ovšem děje se tak **jinými způsoby** (metodami), než je tomu u tzv. vědecké medicíny, v **jiných oborech**, podle **jiných oborových pravidel** a bez **nutnosti zdravotnického vzdělání**, které zde ani nelze získat. Podobně můžeme hovořit o hermetické **astromedicíně**, aplikované astrologii, anebo o **pastorální medicíně**, která zase spadá do svobody náboženské jako praktické bohosloví. Ani v takových případech ovšem **nelze** používat výraz „psychosomatika“ či mluvnické tvary od něj odvozené, protože o psychosomatiku nejde. Stejně tak nejde o žádný jiný obor podléhající legální zdravotnické výhradě; například nepůjde ani o klinickou psychologii (ani o výkon psychoterapeutický). K tomu blíže od autora: [Psychoterapie a právo](#) a [Psychoterapie a právo \(včetně dovětku\)](#). Ani ten, kdo jinému poskytne předlékařskou první pomoc, nestává se lékařským odborníkem. Člověk žijící čilým pohlavním životem není sexuologem. Populárně vystupující a na estrádách účinkující absolvent studia všeobecného lékařství ještě není psychosomatikem.

Pro **zjednodušení dokazování** ve vyjmenovaných **spotřebitelských** případech nekalé soutěže a náhrady škody s tím spojené, včetně generální klauzule, platí **obrácené důkazní břemeno** (§ 2989 odst. 2 o. z.).

Úskalí se mohou týkat **dokazování** skutků. Setkáváme se zde i s **důkazní nouzí**. Stát si toho ale byl všeobecně vědom již tím, že péči řádného odborníka uzákonil s vědomím, že jednání bez odborné péče jde k jeho tíži. Souvisí s tím





i povinnost vést **záznamy o péči o zdraví** v přírodním léčitelství a podobných činnostech (§ 2647 a násl. o. z.), která byla zavedena roku 2012 s účinností od 2014. Strany si ale mohou svobodně ujednat svá závazková práva a povinnosti odchylně; tzn. bez vedení těchto záznamů; srov. § 1 odst. 2 o. z. Ve zdravotních službách půjde zejména o vedení **zdravotnické dokumentace**, od kterého nelze upustit.

Ve veřejnoprávní části spotřebitelského práva je dokazování správnosti skutkových tvrzení zjednodušeno **obrácením důkazního břemene**. S obrácením důkazního břemene se setkáváme i ve spotřebitelských případech nekalé soutěže a náhrady škody s tím spojené. Navíc k faktickému obrácení důkazního břemene dochází tam, kde odborník jednal bez odborné péče, tzn. bez patřičné znalosti a pečlivosti, což jde k jeho **tíži** (odst. 2 o. z.). Patří sem případy například ztráty, neúplnosti, nesrozumitelnosti nebo nevedení zdravotnického dokumentace při zdravotní službě či záznamů péče  
Do redakce přišlo 24.6.2018  
S ohledem na aktuálnost předáno k tisku.  
Konflikt zájmů není znám.

o zdraví mimo zdravotní služby, například v přírodním léčitelství, pakliže vedení záznamů nebylo stranami vyloučeno. **Odbornická tíže** spočívá v **zátěži důkazním břemenem**, že i přesto (navzdory chybějící pečlivosti) odborník ve zbytku vynaložené odborné péče, zejména při diagnostice, léčbě nebo konzultaci, jednal odborně správně.

Dodejme na závěr, že spotřebitelská práva a ochranu před nekalou soutěží lze uplatňovat nejen jednotlivě, ale též **hromadně**. Od podrobností odhlížíme, jen poukazujeme například na [Zastánčí spolky pacientů nebo pojištěnců](#).

Kriticky dodejme, že uplatňování **veřejného zájmu na ochraně slabších** nebývá v námi sledované oblasti dostatečné. Zvláště tam, kde jde o péči o zdraví mimo zdravotnictví při chybějících kontrolách České obchodní inspekce.

*Původně zveřejněno na odborném blogu Zdravotnické právo a bioetika dne 23. června 2018.*

### **Autor:**

Prof. JUDr. Ivo Telec, CSc.



V letech 1978–1982 vystudoval [Právnickou fakultu](#) tehdejší Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Brně (dnes [Masarykova univerzita](#)), kde roku 1983 získal titul doktora práv. V akademické sféře působí od roku 1991. Roku 1992 mu Vědecké kolegium věd o státu a právu [Československé akademie věd](#) v Praze udělilo vědeckou hodnost kandidáta právních věd na základě práce *Právo výkonných umělců v agenturní a ochranné praxi*. Roku 1996 se na Masarykově univerzitě [habilitoval](#) v občanském právu prací *Vybrané kapitoly z českého autorského práva* a roku 2003 získal i profesuru pro obor [občanské právo](#). Od roku 2004 je vedoucí katedry soukromého práva a civilního procesu na [Právnické fakultě Univerzity](#)



[Palackého](#), vyučuje také na [Ústavu soudního inženýrství VUT v Brně](#) a na [Fakultě informatiky Masarykovy univerzity](#) v Brně

V roce 1998 obdržel Cenu rektora Masarykovy univerzity za vynikající tvůrčí čin – dílo *Autorský zákon, Komentář*.



# TEORIE



## JAN PONĚŠICKÝ: POKUS O INTEGRACI PSYCHOSOMATICKÝCH TEORIÍ

*SOUHRN: PONĚŠICKÝ J.: POKUS O INTEGRACI PSYCHOSOMATICKÝCH TEORIÍ, PSYCHOSOM 2018; 16 (2-3), s.130-135*

Článek se zabývá otázkou, zda je stress jeho tělesnými důsledky konečným článkem vzniku (nejen) psychosomatických onemocnění. Psychosomatické teorie se liší pouze v tom, že popisují různé psychosociální situace v interakci s určitou osobností vedoucí ke stresu a vzniku symptomů. Autor podtrhuje internalizaci stresové situace (zvl. interpersonální zkušenosti) na tělesně-emocionální úrovni, která se zapisuje do osobnosti pacienta. Z toho důvodu nestačí osvěta a lékařské rady, nýbrž je nutná psychoterapeutická, resp. komplexní psychosomatická léčba.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** stres, neurobiologie, psychosomatika, psychoterapie.

*SUMMARY: PONĚŠICKÝ J.: AN ATTEMPT TO INTEGRATE PSYCHOSOMATIC THEORIES PSYCHOSOM 2018; 16(2-3) PP. 130-135*

The article puts on the question, whether stress is a final link how the psychosomatic diseases arise. Psychosomatic theories differ only in the way of describing how various psychosocial situations in interaction with special personality lead to stress and genesis of symptoms. Author underlines the internalisation of stress situations (especially of interpersonal experiences) on the bodily-emotional level, which are imprinted in the personality of the patient. This is the reason, why medical advises do not help. Therefore, the psychoterapeutic, resp. complex psychosomatic treatment is necessary.

**KEY WORD:** Stress, Neurobiology, Psychosomatic, Psychotherapy



## ÚVOD

Integrativní teorii vzniku a průběhu psychosomatických poruch skýtá model stresu. Jeho výhodou je všeobecná srozumitelnost i akceptace laickou i lékařskou veřejností. Na příkladu stresu je možno chápat i propojení sociální zátěže s psychikou a tělesností. Právě zde nabízí vysvětlení řada psychosomatických teorií. Avšak stres, který vyvolává psychosomatická onemocnění, je chronický, neboť se nachází v nás samotných tím, že stresovou situaci přejímáme a zevnitřňujeme. To se může dít internalizací interakcí a z nich vyplývajících nároků na sebe již během výchovy v dětství, traumaty v určité rodinné konstelaci, jež zanechávají jizvy, potlačení a vytěsnění traumatických událostí či nepřijatelných afektů do tělesné sféry („embodiment“, Leuzingen-Bohleber 2015). KBT poukazuje na spojení určitých podnětových (později vyvolávajících) konstelací s původní stresovou situací, jak je to nejvíce zřejmé

u PTSS (posttraumatického stresového syndromu). Negativní vliv na výskyt psychosomatických onemocnění mají i deficity vazebnosti, péče a lásky v dětství, vedoucí k zvýšené stresové reakci i na méně náročné zátěžové situace. Právě zde se naskýtá otázka zejména z hlediska neuropsychoterapie, jak lze dosáhnout pozitivní změny.

Ve všech těchto (i dalších) případech nestačí dávat rady, že je třeba se šetřit, relaxovat, nekouřit, nýbrž sportovat. Je nutno něco v sobě a tím i v interakcích s okolím změnit, což vyžaduje psychoterapeutickou, resp. komplexní psychosomatickou léčbu. Sami si často stojíme v cestě a frustrujeme své bazální potřeby po bezpečném láskyplném vztahu, kterému se neotvíráme, a na druhé straně po separaci a dobrodružství, k čemuž se nedostává odvahy. To vše musí teprve pacient zakusit během terapie.

## BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POHLED NA STRES

Stres, jeho příčiny i následky jsou tématem nesčetných studií a knih, proto o něm pojednám se vši stručností. Zjednodušeně řečeno je při stresu ohrožena naše potřeba vše zvládnout, mít situaci pod kontrolou, obecně zdravě žít. Když se to daří, jde o eustres, o situaci, ve které se učíme, osvědčujeme, máme úspěch. Na neuronální úrovni dochází k produkci neurotropních působků, což vede k růstu nervových výběžků a k tvorbě nových synapsí, tudíž i nových řešení, zkušeností, ze kterých můžeme čerpat v podobných zátěžových situacích.

Jakýmsi společným jmenovatelem distresu způsobeného zevními i vnitřními zátěžovými situacemi,

konflikty, překážkami a frustracemi je marná snaha, marné úsilí je zvládnout, neustálé napětí končící vyčerpáním (nedostatkem energie) a kolapsem imunitní obrany, a konec konců z více než 80 procent nemocemi všech druhů (Coldwell 2015). Toto úsilí vynakládáme i tehdy (na nevědomé úrovni) když se rozhodneme vědomě problém neřešit. Zamést jej pod koberec se nevyplácí. Druhou stranou distresu je nedostatečná kapacita pro stres, nedostatečná schopnost jej zvládnout.

Distres je tudíž vystupňovanou reakcí na ohrožení důležitých životních potřeb, zvláště je-li spojen s bezmocí a strachem.



Co se děje v mozku, když je naše schopnost účelně stres zvládnout nedostatečná? Místo optimálního, racionálního řešení, za něž je odpovědný pro člověka typicky velký čelní mozkový lalok, převezme řízení pod ním uložený emocionální limbický systém. Následuje okamžitá alarmová reakce s fylogeneticky starou (primitivní) reakcí útoku nebo útěku, která tlumí činnost mozkové kůry i hipokampu a aktivuje opět pod ním uložený vegetativní systém, tzv. osu hypothalamus – hypofýza – nadledvinky. Výsledkem je vyplavování hormonů, zejména adrenalinu a noradrenalinu, jež vyvolávají taktéž okamžitou alarmovou reakci na vegetativní úrovni (zvýšení

krvního tlaku, prokrvení svalstva zvl. dolních končetin atp.) Kromě toho (pozdější reakce) se v nadledvinkách vyplavuje hormon kortizol, který má za funkci vytvořit podmínky pro zvládnutí zátěžové situace a adaptaci na ni: je potlačenovše, co by spotřebovalo energii, čeho není okamžitě potřeba, např. činnost imunitního systému, produkce sexuálních hormonů, činnost zažívачho traktu. Dokonce je snížený i metabolismus mozkové kůry – dochází k rozvolňování synapsí mezi neurony a ke zmenšení hipokampu, sídla naší paměti, tj. i paměti jak úspěšně či chytrě takové situace vyřešit.

### *INTEGRACE PSYCHOSOMATICKÝCH TEORIÍ DO KONCEPTU STRESU*

Na prvý pohled mohou kritici psychosomatiky a s ní spjaté psychoterapie argumentovat tím, že stačí pacienta poučit o tom, jak stres určitou poruchu způsobuje, a doporučit mu, aby se nepřetěžoval, kompenzoval stres odpočinkem, pohybem v přírodě atd.

Ve skutečnosti se ukazuje, že si lidé připravují stres z velké části sami, a právě zde se vynořují různé léčebné postupy a teorie, jež je možno zastřešit konceptem stresu. V podstatě jde o vyřešení konfliktu, který vedl i k tělesnému napětí, o zvýšení snížené frustrační tolerance a integrační schopnosti pro dosud nepřijatelné impulzy či zážitky (o vyváženost mezi mozkovou kortikální a limbickou úrovní, o integraci procedurální a deklarativní paměti) a o získání nových biopsychosociálních zkušeností. V rodinné terapii jde o změnu rodinného systému, který se stal stálou situací vyvolávající stres. To je možno rozšířit

i na sociální systém, situaci, ve které se pacient nalézá.

*Psychodynamické teorie<sup>1</sup>* se zabývají nevědomou internalizací interakcí, což je zvláště patrné již v dětství: Tak jak bylo s dítětem jednáno ve výchově, jedná i se sebou a s ostatními. Osobnost je pojata coby dynamická struktura, resp. organizace dosavadních kognitivních, emocionálních, tělesných a behaviorálních interpersonálních zkušeností. Z těch rezultují naše přesvědčení a očekávání, normy chování a hodnoty, naše orientace ve světě. Tak může člověk již v dětství nabýt přesvědčení, že musí vše stoprocentně zvládnout, jinak hrozí odmítnutí či kritika. Zde nestačí rada, zde musí udělat klient novou interpersonální zkušenost ve vztahu k terapeutovi či v terapeutické skupině, že nemusí být perfektní, a přesto bude akceptován, přesto se nezhroutí. Jindy žije v přesvědčení, že život je boj, který

<sup>1</sup> Všechna proložení *kurzívou* v tomto textu redakce.



vyhrává ten silnější, což vede k neustálému rivalizování. V mnohých pacientech je zabudována zkušenost, že získají pochvalu jen za výkon či že si musí lásku zasloužit. Trpí-li pocity viny, musí se neustále snažit o odčinění. Zacházení se stresem se stalo součástí naší osobnosti. Během nelehkého procesu psychoterapie dochází ke vzájemné identifikaci i interakci (popřípadě konfrontaci) dvou organizačních principů, jak zacházet se sebou i organizovat svět okolo sebe.

Podobná situace stálého stresu se zvýšenou hladinou kortizolu nastává u deprese, často spojené s vyčerpáním, bolestmi, poruchami spánku, koncentrace a zapomnětlivostí, jež je způsobena poškozením hipokampu, sídla deklarativní paměti. Budoucí pacienti již jako děti nezažili dostatek rodinného bezpečí a lásky a touží po tom celý život. Dochází však opakovaně k frustracím a zklamání. Stres pramení z toho, že usilují o dosažení nemožného: dostat lásku v té původní, mateřské podobě, a to bezpodmínečně. Ostatní to musí uhádnout a tuto potřebu naplnit. Oni se o to zprvu snaží, avšak posléze rezignují, neboť na pozadí této původní, absolutní touhy není lásky nikdy dost (do této pasti se často chytí i obětující se terapeuti).

Další příčinou somatoformních poruch je vytěsnění neslučitelných obsahů myslí (*konverze*) či afektů (*somatizace*) do tělesné sféry, tzv. *resomatizace*. Jde o primární zisk z nemoci tím, že se člověk vyhne konfrontaci, nutnosti se odmítaným zabývat. Nekončící úsilí držet vytěsňované obsahy v tělesné sféře představuje stres mající za následek napětí a tělesné poruchy. Vliv nevědomých (často ztělesněných) procesů prokázali experimentálně i neurobiologové.

Na to navazuje *teorie vzniku psychosomatických onemocnění podle Franze Alexandra*: potlačuje-li člověk reakce a chování spojené se sympatickou inervací, vznikají příznaky s ní spojené, jako svalové napětí, vysoký krevní tlak apod. Potlačení reakcí či chování spojené s parasympatikem vede opět k jeho nadměrné aktivaci s gastrointestinálními příznaky, nízkým krevním tlakem apod.

Napětí vzniká i tehdy, zůstanou-li preverbální interakční formy komunikace na tělesné úrovni (*embodiment*), neboť nebyly *mentalizovány* (desomatizovány a symbolizovány) na emoční i kognitivní úroveň. Sem patří *psychosomatózy a alexithymie*. I zde lze předpokládat frustraci potřeby sebevyjádření a vědomé komunikace.

Poměrně snadno lze pojmout z hlediska stresu představu KBT (*kognitivně behaviorální terapie*) ohledně vzniku psychosomatických poruch, založenou na *teorii učení I. P. Pavlova* a jeho pokračovatelů (Kamin). Určitá situace vyvolala stres, resp. ohrožení (nepodmíněný reflex) a již signál této situace má podobné následky. Nejzřetelněji je to možno pozorovat u PTSS.

Zde se lze zmínit o *narativní psychoterapii*. Slova, resp. určitá významovost reprezentuje stresovou situaci, již vzpomínka na ni může vyvolávat symptomy. Stálé zabývání se touto situací či i určitým úsekem vlastního života může udržovat neustálé napětí. Cílem narativní psychoterapie je tuto situaci (někdy i svůj celý život) tak převyprávět, aby v něm našel pacient nový smysl – krize coby šance.

I systemičtí, *rodinní psychoterapeuti* vidí celou rodinu, nezřídka dítě vystavené stresu přísouzením role, jež mu není vlastní; jednou může být vyhošťován, jindy uzavřen v rodině. Bývá adresátem



rodičovských projekcí, které introjíkuje jen proto, aby se vyhnul konfliktům, a hlavně aby se rodina nerozpadla. Na rozdíl od dospělého je dítě teprve formováno okolím, proto se klade v psychoterapii větší důraz na výchovu, rodinu a sociální prostředí.

Zde přinesl cenné poznatky *výzkum zabývající se odolností* (resiliencí, Berndt 2015) proti nemocem. Dnes je již

### KONSEKVENCE PRO PSYCHOTERAPII

Integrace jen letmo zmíněných psychotherapeutických postupů je možná na pojmové úrovni, aniž bychom ubírali jednotlivým směrům jejich specifitu. Vynikající příležitost k tomu skýtá teorie učení, okterou se explicitně opírá neuropsychoterapie a KBT.

V dynamické psychoterapii jde o *přepsání staré zkušenosti novou zkušeností*, tedy vyzkoušením nového (učením spontánnějšího, adaptivnějšího či efektivnějšího) chování, které je „odměněno“ akceptací či tolerancí pacientem samotným i jeho okolím. Tak lze chápat i význam *abreakce*, odměnou je následné uvolnění jakož i fakt, že to bez újmy přežije pacient i jeho vztah k druhým. V relacionální intersubjektívni psychoanalýze je zdůrazňován *terapeutický efekt „momentů setkání“* (D. Stern, 2005) v situaci otevřenosti (po analýze vzájemných přenosů, obran a odporů). Tato nová zkušenost se zapisuje jak do deklarativní, tak do procedurální paměti.

S tím souvisí *„paradoxní teorie změny“* (Latner 1973) v gestaltterapii: Člověk se nezmění tím, když chce být tím, kým není, nýbrž když se stane tím, kým je. Teprve poté může dělat nové zkušenosti. Je-li polapen v úporném opakování známého uspořádání zkušenosti (S. Mitchel, 2002), novou zkušenost

všeobecně znám význam vazebnosti z prvních týdnů a měsíců života, týkající se pocitu bezpečí včetně tepla, potravy a taktilní stimulace. Frustrace těchto bazálních potřeb má epigeneticky za následek často celoživotní zvýšenou reaktivitu na stres, či jeho stálou přítomnost (napětí, arousal) s nedostatkem receptorů vycytávajících kortizol.

nemůže udělat. Teprve když výše popsaný depresivní pacient nahlédne svoje bezbřehé nároky na jednostrannou pasivní lásku, udělá zkušenost, že nakládá na své okolí břemeno, které je neúnosné, a nikoli že je neoprávněně odmítán.

Avšak jak lze popsat teorií učení terapeutický efekt zvědomění dětské amnesie či vlastního „stínu“ (Jung)? V tom případě nejde o interakci ve vztahu k okolí, nýbrž o novou konfrontační zkušenost s minulostí, se sebou, resp. s tím, co nebylo doposud vědomé.

Kromě tohoto operantního učení, které provází celý psychotherapeutický proces tím, že terapeut neustále něco vnitřně akceptuje, posiluje a něco vidí kriticky, probíhá i identifikační učení: pacient se s terapeutem částečně identifikuje, přejímá jeho „organizační princip“, jak to nazývají psychoanalytici (Orange, 2004), resp. dochází k transformativní identifikaci (Kohut, 1976).

V KBT, jakož i v *traumaterapii* a již zmíněné narativní psychoterapii, ale i v psychodynamických a analytických terapiích je možno změnit smysl a význam podnětové situace novým pohledem na ni, resp. i náhledem s tím, že tato situace sice ohrožovala pacienta v dětství, avšak nyní se s ní může



dospělým způsobem vyrovnat. Tak je původní zkušenost „přepisována“ – jde o proces učení. Na druhém konci této např. traumatické situace lze pracovat na neadekvátní, panické reakci jejím spojením s jistou terapeutickou atmosférou, či s relaxací, s imaginací, či nechat ji

proběhnout ve smyslu mindfulness. Neurobiologové (Kandel, 2008) prokázali, že vmezeřená pauza mezi podnětem a reakcí má za následek uložení této zkušenosti do deklarativní paměti s možností výsledné chování ovlivnit, změnit.

## ZÁVĚR

Na biologické úrovni je naší bazální motivací obnovování (narušené) opětné homeostázy. Její zvláště značná a trvalá odchylka vede k trvalé snaze ji znovu nastolit. Na psychologické úrovni tomu odpovídá potřeba po jistotě, po bezpečném vztahu. Izde se naskytá široké spektrum vzorců chování charakterizované marností a stálým napětím, od touhy po symbióze na jednom pólu až po snaze po autarkii na opačném pólu. Jiná polarita sahá od přílišné akomodace, přizpůsobení, potlačení všeho rušivého až po extrémní asimilaci, to jest (neempatické) přizpůsobování okolí sobě samému, jak to pozorujeme např. u narcistické či hraniční poruše osobnosti. Těmto

subjektivně zabarveným internalizovaným interakčním formám jednání vedoucím k distresu je třeba porozumět a reagovat na ně diferencovanou psychosomatickou léčbou. Ohledně psychoterapie je vhodným integrujícím modelem teorie učení, jíž lze popsat takové pojmy a jevy jako je přenos a protipřenos, odpor učít se novému kvůli nejistotě, tudíž volit raději opakování starých vzorců chování. Nové internalizované zkušenosti se odehrávají na kognitivní, emocionální i tělesné úrovni. U tělesně orientovaných terapií (a fyzioterapie) lze pracovat s tím, jak se interpersonální zkušenosti vryly do naší tělesnosti.

## LITERATURA:

1. Berndt, Ch.: Resilienz. DTV, München, 2015
2. Coldwell, L.: Stress. Jim Humble Verlag, 2015
3. Kandel, E.: Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt, 2008
4. Kohut, H.: Narzismus. Suhrkamp, Frankfurt, 1976
5. Latner, J.: The Gestalt Therapy Book. Bantam Edition, N.Y. 1973
6. Leuzinger-Bohleber, M.: Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Kohlhammer, Stuttgart, 2015
7. Mitchell, S. A.: Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze. Triton, Praha, 2002
8. Orange, D. M.: Emotionales Verständniss und Intersubjektivität. Brandes & Apsel, Frankfurt, 2004
9. Poněšický, J.: Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění. Triton, Praha, 2011
10. Roth, G., Strübel, N. Wie das Gehirn die Seele macht. Klett-Cotta, Stuttgart, 2014
11. Stern, D. N.: Der Gegewartsmoment. Brandes & Apsel, Frankfurt, 2007





Do redakce přišlo 22. 2. 2018  
 Upraveno po recenzích 11. 4. 2018  
 Zařazeno k tisku 30. 5. 2018

*AUTOR:*

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.



Psychiatr, psycholog, psychoanalytik a psychoterapeut.

Po absolvování FVL KU Praha v r.1967 pracoval na chirurgickém, ortopedickém a interním oddělení KNsP České Budějovice, a od r. 1970 v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice až do emigrace r.1977. V r.1973 atestoval z psychiatrie. Druhá atestace mu nebyla z politických důvodů umožněna, protože byl předsedou Klubu angažovaných nestraníků (KAN) v Jihočeském kraji v r. 1968. Režim mu zabránil i v dosažení titulu CSc, ač složil všechny potřebné zkoušky. Vzhledem k zaměstnání na psychiatrii mu bylo povoleno dálkové studium psychologie na FF KU Praha, které ukončil r. 1976. Od r. 1972 do r. 1977 absolvoval výcvik ve skupinové psychoterapii SUR, jakož i výcvik v hypnóze a autogenním tréninku. V atmosféře normalizace po okupaci Československa nebylo dále možno rozvíjet ve zdravotnické praxi psychoterapii a psychosomatiku. Proto emigroval do SRN, kde již tehdy existovala hustá síť psychosomatických klinik a léčeben. Pracoval zprvu v Brémách na klinice Dr. Heines pro neurologii, psychiatrii a psychoterapii, poté v Tiefenbrunn u Göttingenu v akademické nemocnici pro psychogenní a psychosomatická onemocnění, dále na katedře psychoterapie a psychosomatiky universitní kliniky v Düsseldorfu, kde byl činný zčásti jako vědecký a zčásti coby pedagogický pracovník. Od r. 1986 do r. 1996 zastával místo primáře na psychosomatické klinice Alpenblick v Isny-Neutrauchburg, a posléze vedl až do r. 2006 oddělení pro anorexie, bulimie a těžké poruchy osobnosti na psychosomatické klinice Median v Berggleshübelu u Drážďan.

V Německu znovu absolvoval výcvik ve skupinové psychoterapii a pokračoval v psychoanalytickém výcviku, který ukončil v r. 1986. Mimo to získal i kvalifikace vedoucího Balintovských skupin a supervizora pro individuální i skupinovou psychoterapii.

V současné době se plně věnuje psychoterapeutické výuce psychologů a lékařů na psychoterapeutickém a psychoanalytickém institutu v Drážďanech a Lipsku, jakož i v okolních psychosomatických klinikách, a publikační činnosti.



