

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Aleš Füst

Mgr. Jan Knop

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na

www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1/2015 dne 31. 1. 2015, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 1. 2015.

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio a Pencil Skatch. Internetová verze běží na otevřené platformě WordPress na adrese www.psychosom.cz u poskytovatele Wedos.

ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© 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 schválila aktualizaci

[Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#), který bude použit pro hodnocení v roce 2015, a do kterého byl zařazen také PsychoSom

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, Katedra psychiatrie IPVZ
 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
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 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
 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
 Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
 PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
 PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Prof. PhDr. Michal Mioviský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
 PaedDr. ICLic. Michal PODZIMEK, Ph.D., Th.D., Fak. přírod-hum. a pedagog., TU Liberec
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
 MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
 PhDr. Daniela Stackeová, PhD., externí spolupracovník několika VŠ kateder
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
 MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
 PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie 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 1/2015

Editorial	4
<i>Chvála V.: Naše medicína potřebuje psychosomatický přístup, ale neví o tom. A neví, že neví</i>	4
Kazuistika	8
<i>Honzák R., Strunzová V., Janoušková L., Moravcová M.: Mánie po klarithromycinu</i>	8
Pro praxi	22
<i>Poněšický J.: Balintovská skupina: Intersubjektivita v psychoterapii</i>	22
Reflexe	25
<i>Doubková I.: Vzpomínky na ortopedickou péči</i>	26
<i>O. K.: Rozhovor somatického lékaře s pacientkou</i>	30
<i>Irmíš F.: Je to lepší?</i>	34
Teorie	35
<i>Burian J.: Mysl a modely</i>	35
Recenze	59
<i>Honzák R.: Nenadávej na zrcadlo</i>	59
<i>Chvála V.: Jsou protimedicínské knihy nutně také proti lékařům?</i>	61
Akce	64
<i>Valná hromada Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP 24. 3. 2015 v LD od 10:00 do 16:00</i>	64
<i>Členská schůze Sdružení pro psychosomatiku</i>	65
<i>17. mezinárodního semináře pro KIP v Rakvicích</i>	66
Politika, koncepce	67
<i>Dopis výboru Společnosti psychosomatické medicíny předsednictvu ČLS JEP</i>	67
<i>Psychosomatika- informační leták</i>	69
Vychází	75
<i>Vývoj jazykových schopností</i>	75
<i>Perverze</i>	76
<i>Děti a dospívající online</i>	77
<i>Radkin Honzák: Svěpomocná příručka pro sestry (Psychothriller)</i>	78
Literární koutek	79
<i>Rudyard KIPLING: KDYŽ</i>	79



EDITORIAL



CHVÁLA V.: NAŠE MEDICÍNA POTŘEBUJE PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP, ALE NEVÍ O TOM. A NEVÍ, ŽE NEVÍ

28. leden tohoto roku by se dal s jistou nadsázkou označit za černou středu české psychosomatické medicíny. Delegáti odborných společností ČLS JEP na svém sjezdu souhlasili jen 34 hlasy pro přijetí již existující Společnosti psychosomatické medicíny mezi ostatní (slušné) lékařské společnosti, což znamenalo její vyřazení ze zapsaného spolku ČLS. Byl jsem u toho, a proto mohu uvažovat o tom, co se to vlastně stalo. Nebo spíš nestalo. Delegáti neměli ani tu nejmenší informaci o tom, co je psychosomatická medicína, proč vznikla naše společnost a co by to mohlo českému zdravotnictví přinést. Byl jsem

sice předem informován, že mám jako delegát za naši mladou odbornou společnost být připraven na případnou diskusi, ale v té se na žádnou z osmi nových společností, které se ucházely o souhlas delegátů, nikdo neptal. Kolegové si postěžovali na to, že nemají pro stále rostoucí administrativu na pacienty dost času. Opravdové emoce se strhly kolem paramedicínských praktik s podivnými přístroji, za které pacienti utrácejí nehorázné sumy, a přitom je naprosto nepravděpodobné, že by to mohlo fungovat. Zvláštního posměchu se dostalo nějakému biorezonátoru, který by měl léčit všechno, ale vůbec není



jasné jak. Jeden kolega se o jeho neúčinnosti přesvědčil tak, že se vydával za ženu, a ukázalo se, že má zánět vaječníků. A tak dopolední diskuse mířila k volání po zákonech, které by měly zabránit stále rostoucímu trhu s podvody na lidech mimo medicínský kontext. Po obědě mělo proběhnout hlasování o nových stanovách a o nových společnostech, o každé zvlášť. Žádné otázky. A tak to vypadalo na formální hlasování. Jenže po úspěšném odsouhlasení stanov, v nichž změny byly skutečně jen formální, se strhlo něco, co by se dalo stěží označit za hlasování po řádné rozpravě, tedy rozhodování o existenci či neexistenci různých odborných skupin, třeba Společnosti rehabilitace ruky, Společnosti regenerační medicíny, Společnosti pro gastrointestinální onkologii, nebo specializované společnosti pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii. Na první pohled stále užší specializace, další zužování už tak dost rozdrobené medicíny. Asi to má nějaký důvod, ale žádné vysvětlení. První dvě společnosti schváleny, třetí se zasekla, protože to bylo 45:45 z devadesáti hlasujících. A odtud to šlo už jen z kopce, stále více delegátů si uvědomovalo, že mají tu moc říci své ne, nebo se zříci hlasování. Skupinová dynamika místo diskuse a zvažování. A tak Společnost psychosomatické medicíny, která nabízela pravý opak – totiž rozšíření pozornosti lékařů a spolupráci nejen napříč lékařskými ale i nelékařskými profesemi ve zdravotnictví, byla hozena přes palubu.

O co tím vlastně naše medicína přichází? Zdravotníci, kteří už vědí, že je třeba se věnovat nejen biologickým aspektům stonání, ale také psychosociální situaci pacientů a práci se vztahem, se mohou samozřejmě úspěšně organizovat i mimo půdu České lékařské společnosti JEP. Dnes jich je 232 a zájemci stále

přibývají. Můžeme se opírat o kolegy v Německu nebo Rakousku. Ale jaký je to signál do naší společnosti? Že lékaři odmítají psychosomatickou medicínu, tedy bio-psycho-sociální model nemoci, který světová zdravotnická organizace přijala za svůj už v r. 1977? Nebo že nevědí, co to je? Nebo ji nepotřebují? Že se bez ní české zdravotnictví obejde? Nebo dokonce že je psychosomatický přístup samozřejmostí, kterou každý lékař bere v úvahu a ve své ordinaci v průměrných 6 minutách, jež má podle průzkumů na pacienta, využívá v léčbě? V době, kdy se odhaduje, že až 40 % všech pacientů procházejících ordinacemi českých lékařů má složitější, somaticky se projevující onemocnění, ve kterém nezanedbatelnou roli hrají faktory psychické a sociální? Patří mezi nejnákladnější pacienty právě chronickým průběhem a vytrvalostí. Krátkodobě je určitě zastiňují pacienti, kteří vyžadují transplantace srdce, jater a plic, pacienti s rakovinou, jejichž léčba je také hodně nákladná. Ale málokdy trvá jejich léčba tak dlouho a lékaře tito vážní pacienti nevystavují zdaleka takové bezmoci, jako pacienti psychosomatické. Setkání s nimi je pro lékaře, kteří nemají z doby svých studií prakticky žádné znalosti z rozsáhlé oblasti vědy o psychice a komunikaci, nic nevědí o sociálních systémech ani práci s nimi, traumatizující. My lékaři se neučíme, proč v bio-psycho-sociálních systémech vznikají nemoci. Učíme se pouze, JAK to tělo dělá, jakými mechanismy tělo symptomy vyrábí a jak se tomu dá co nejúčinněji bránit. Vůbec se neptáme PROČ.

V každodenní realitě můžeme sledovat stále silnější boj veřejnosti s medicínským systémem. Pro naši neschopnost komunikace stále vzrůstá nedůvěra lidí k lékařům. Tato oblast lidské činnosti, která si z veřejných zdrojů bere stále více peněz, se stává ve své uzavřenosti a



bohorovnosti nedůvěryhodnou. Dobře je to vidět na přístupu matek k očkování: na sociálních sítích se množí zprávy o vedlejších účincích této moderní prevence infekčních chorob a některé matky proto nechťejí vystavovat své děti takovému riziku. Lékaři ale už nedisponují takovou důvěrou, aby veřejnost přesvědčili, i když sami o účinku očkování nepochybují. Bylo nutno sáhnout k represivním opatřením. Zákonem pod hrozbou vysoké pokuty přinutíme matky, aby daly své děti očkovat, protože my víme, že je to dobré. Jaké to bude mít důsledky, si dnes neumí nikdo z lékařů, kteří rozumějí jen svému bio-bio-bio, představit. Nemohou vědět, jak dalece jsou děti se svými matkami těsně propojené, a že proto může hrozit více komplikací u dětí matek s negativním postojem k očkování, než u dětí pozitivně naladěných matek. Psychosociální faktory jsou prostě stále mimo naše zorné pole. Boj za navrácení porodu matkám už dávno začal, a podobně jako v jiných zemích se ženy bouří, chtějí prožívat porod bezprostředně, v přirozeném prostředí jako hluboký zážitek, a ne jako nemoc nebo akutní stav ohrožení. V Německu musely proto vyjít ženy do ulic s válečky na nudle, aby se postavily lékařské lobby. Udělají to také u nás? Nebo by se mohla medicína začít proměňovat bez ztráty důvěry, a tím i zhoršených efektů léčby dříve, než bude pozdě? Bez přijetí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a nemoci to půjde těžko. Lékaři se mohou jen divit, proč jim pacienti utíkají jinam, mimo zdravotnictví, kde podstupují podivné léčebné procedury, nejspíš s dobrými efekty, když se tam tak hrnou.

Samozřejmě, že výsledek hlasování sjezdu delegátů OS ČLS JEP vyvolal rozhořčení v řadách těch, kdo se již řadu let snaží psychosomatické medicíně vrátit místo, které jí patří. Neměli

bychom se ale na ostatní kolegy, kteří se věnují svým úzkým specializacím, zlobit, protože po nich nechceme nic malého nebo jednoduchého. My vlastně po nich žádáme změnu myšlení, změnu paradigmatu. Pokud by opravdu porozuměli tomu, co současná psychosomatická medicína přináší, zjistili by, podobně jako se to děje lékařům, kteří procházejí vzděláváním v psychosomatice, jak radikálně se může změnit pohled na zdraví a nemoc. Pokud si to chce čtenář představit, ať se zkusí prokousat výborným textem Jana Buriana „Mysl a modely“ v tomto čísle. Ten je totiž právě o potřebné změně paradigmatu. Možná vám to připadá příliš složité. Ale proč bychom neměli využít možnosti, jak porozumět složitému vztahu těla a duše pomocí moderní informatiky spíše než budeme pátrat v metaforách vědě vzdálených k vysvětlování fenoménů, které při práci s pacienty nepochybně vidíme. A až nám bude třeba Varelvův přístup jasný, teprve pak suďme ty, kdo se psychosomatiky bojí.

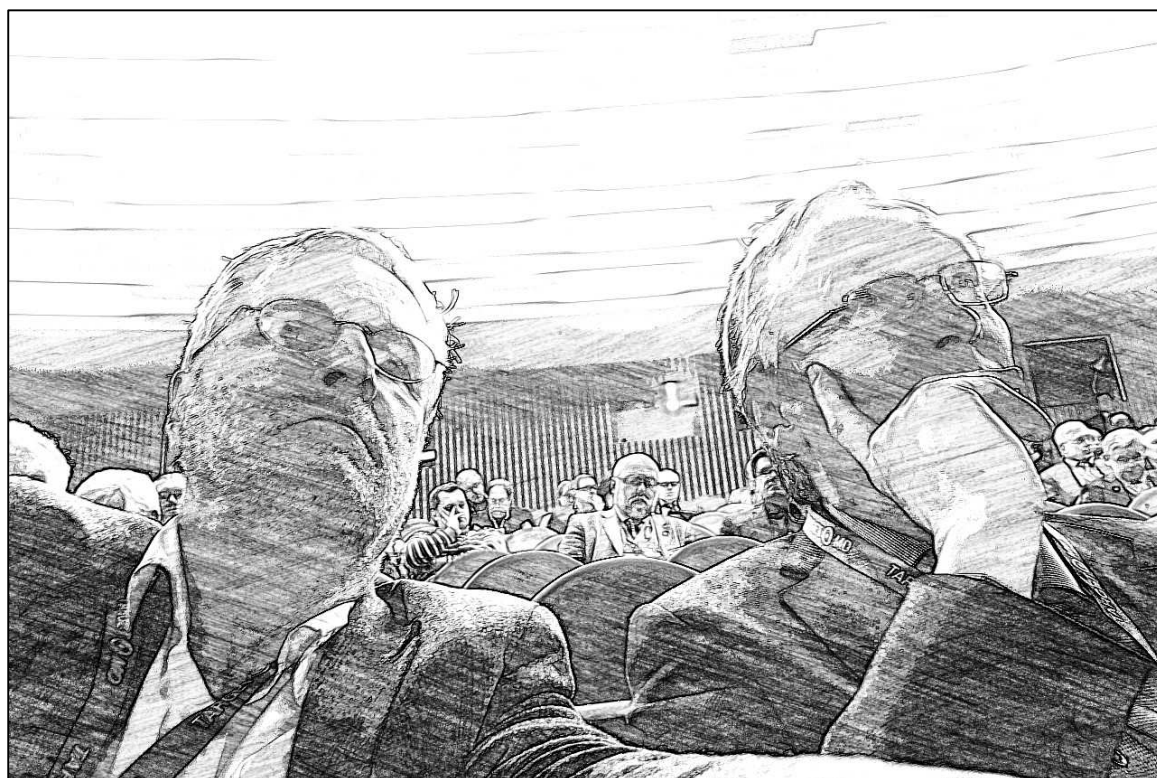
V prvním čísle nového roku jsme připravili pro čtenáře vzorovou kazuistiku Honzáka, Strunzové, Janouškové a Moravcové. Čtenář, který by se snad lekl tradičního formátu vědeckého zpracování pozoruhodného případu, by mohl přehlédnout, že autoři přináší významnou myšlenku v tradičně biologickém pojetí: je možné, že budeme muset při nasazování antibiotik myslet nejen na problémy s resistencí, ale i na možné následky změněného střevního biomu a jeho neuvěřitelně složitých vztahů s nervovou soustavou. A to necháváme zcela stranou naše oblíbené psycho-sociální aspekty. Jak komplexně asi, ve světle těchto úvah, zasahuje do složité bio-psycho-sociální reality člověka radikální změna diety? Textem Jana Poněšického se podíváme na možnosti balintovských skupin, které bychom rádi v psycho-



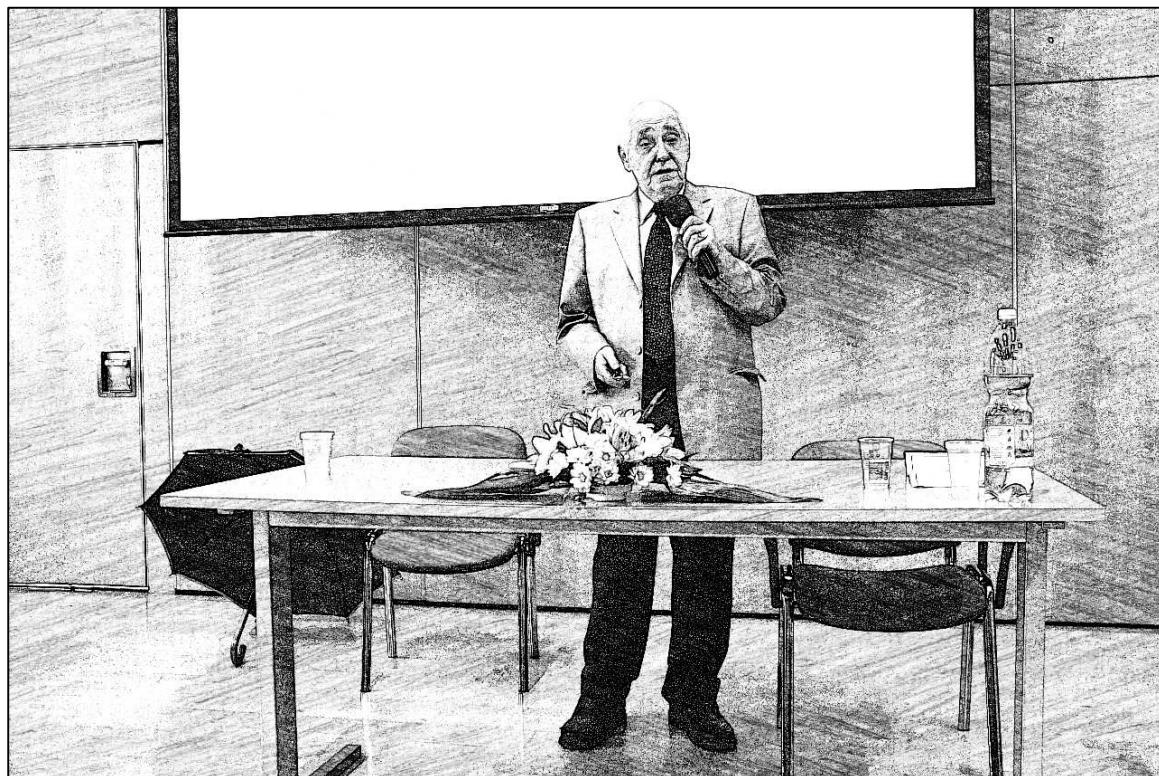
somatické obci etablovali. Otevřeli jsme rubriku Co na to pacienti, kde bychom rádi uveřejňovali svědectví z druhé strany. Jak to vlastně vnímají oni? Do budoucna bychom rádi přinášeli i svědectví lékařů, kteří prošli změnou myšlení a už začali pracovat jinak. Pro tentokrát se alespoň v recenzích

zabýváme dvěma knihami, které jiné pohledy na medicínu přinášejí. Některé z nich mohou někomu připadat protimedicínské, ale možná přinášejí jen potřebnou míru sebereflexe a chtějí ukázat na problémy, které bychom my lékaři neměli brát na lehkou váhu.

V Liberci 15. 2. 2015



KAZUISTIKA



HONZÁK R.^{1,2,3}, STRUNZOVÁ V.¹, JANOUŠKOVÁ L.¹, MORAVCOVÁ M.¹: MÁNIE PO KLARITHROMYCINU

1: Psychiatrická nemocnice Bohnice; ředitel MUDr. M. Hollý

2: IKEM Praha; ředitel MUDr. A. Herman, Ph.D.

3: Ústav všeobecného lékařství 1 LF UK v Praze; přednosta doc. MUDr. B. Seifert, Ph.D.

SOUHRN: HONZÁK R., STRUNZOVÁ V., JANOUŠKOVÁ L., MORAVCOVÁ M.: MÁNIE PO KLARITHROMYCINU, PSYCHOSOM 2015; 13(1), s. 8-22

Autoři předkládají kazuistiku „antibiomanie“ u 55leté pacientky s emočně nestabilní poruchou osobnosti a mentální anorexií v anamnéze, nyní dlouhodobě ambulantně léčenou pro úzkostnou a depresivní symptomatologii, související se závažnou somatickou nemocí manžela. Přesmyk do mánie nastal po druhé 500mg dávce klarithromycinu. Nicméně ten byl již třetím podaným antibiotikem v intervalu posledních čtyř měsíců. Manické symptomy dosáhly takové intenzity, že byla nutná nedobrovolná hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Zde příznaky odezněly do týdne. Autoři nabízejí hypotézu patogeneze manického zvratu. Předpokládají, že přesmyk mohl nastat primárně v důsledku alterace střevního mikrobiomu antibiotiky. Další patogenetická cesta může vést buď přes přímé vagové dráždění, nebo přes zvýšenou propustnost střevní bariéry pro falešné neurotransmitery.

Klíčová slova: Mánie – antibiomania – klarithromycin – střevní mikrobiom



SUMMARY: HONZÁK R., STRUNZOVÁ V., JANOUŠKOVÁ L., MORAVCOVÁ M.: CLARITHROMYCIN INDUCED MANIA, PSYCHOSOM 2015; 13(1), PP. 8-22

The authors present a case of antibiomania in 55years woman with borderline personality, anorexia nervosa in personal history, and long lasting anxious and depressive symptomatology associated with husband's serious illness.

Switch to mania occured after two 500mg doses of clarithromycin. However, clarithromycin was the third antibiotic administered in the last four months. Manic symptoms were so severe that involuntary hospitalization was required. Signs of mania disappeared within a week on psychiatric ward.

The authors submit the hypothesis that the pathogenetic pathway of sudden reversal into mania may be triggered by intestinal dysmicrobia after clarithromycine administration and then proceeded to CNS through either a leaky gut or direct stimulation of the nervus vagus.

KEY WORDS: antibiomania – mania – clarithromycin – gut microbioma

ÚVOD

Bipolární porucha je závažné onemocnění s těžko předvídatelným průběhem, a to i tehdy, je-li léčena lege artis a pacienti dodržují předepsaný režim. Stresující životní události, jimž se nelze vyhnout, často předcházejí depresivní epizodě a zvrát do mánie může vyvolat řada okolností, počínaje sezonními vlivy kolem rovnodennosti a konče jednou probdělou nocí.

Z čistě biologického hlediska se na tomto zvrátu mohou podílet všechny faktory, které působí na metabolismus a aktivitu monoaminů, acetylcholinu, aminokyselín, kortizolu, hormonů štítné žlázy a melatoninu (1). Tyto systémy mohou být ovlivněny jak přímo (např. relativně vysokou udržovací dávkou antidepresiv, léčebným podáváním kortikoidů), tak nepřímo – zásahem do jiných systémů, které jsou s těmito funkčně provázány. Zajímavým způsobem se na narušení křehké rovnováhy mohou podílet antibiotika.

Publikace o výskytu manické epizody v souvislosti s podáním antibiotik pacientům trpícím bipolární poruchou, ale i lidem bez této anamnézy, dokonce u tříletého dítěte (2), se objevují sice ojediněle, ale na druhé straně již nejsou raritou a klinický obraz je často shrnován pod název antibiomania (antimicrobial-induced mania).

V přehledu z roku 2002 popsal Abouesh se spolupracovníky 21 případů nalezených v databázi MEDLINE a z materiálů WHO získal popis 82 případů. Jako nejčastější etiopatogenetický činitel je v obou souborech uveden klarithromycin, v prvním případě šestkrát a ve druhém třiadvacetkrát (3). Nám se podařilo v databázi PubMed dohledat od roku 2002 do dneška celkem 13 popsanych případů antibiomanie a na jejím rozvoji se klarithromycin podílel celkem sedmkrát (2, 4-9).



POPIS PŘÍPADU

Pětapadesátiletá pacientka, absolventka matematicko-fyzikální fakulty, původním povoláním učitelka, nyní v plném invalidním důchodu pro quadruparetickou a cerebelární formu DMO, vdaná, matka dospělé dcery. Do mé (Honzák) ambulantní péče v IKEM se dostala před třemi roky pro úzkostné a depresivní potíže, které se zvýraznily v souvislosti s těžkým somatickým onemocněním manžela. Pečovala o něj doma, pokud nebyl v kritickém stavu opakovaně léčen na jednotce intenzivní péče, kam za ním zase téměř denně dojížděla 100 kilometrů.

Pod touto manifestní symptomatologií byla od počátku patrná osobnostní problematika táhnoucí se od dětství; postižené dítě nepřijaté rodinou, ve škole problémy s vrstevníky, ve 13 letech mentální anorexie s nutností hospitalizace na interním oddělení, zpočátku s parenterální realimentací (umělou výživou). Na VŠ údajně bez větších problémů. Debaklový partnerský vztah, v němž se narodila dcera. Druhé manželství již bezdětné, manžel však přijal dceru velmi dobře. Nicméně ta, jakmile dosáhla dospělosti, od rodiny odešla a kontakty jsou minimální, komunikace s matkou vždy konfliktní.

V současnosti manipulativní jednání, dramatické sebeobviňování, snaha po kontrole všech vztahů, a v důsledku toho prakticky sociální izolace. Přetrvávající atypické stravovací zvyklosti s tendencí redukovat hmotnost svéráznými způsoby, což nabylo na intenzitě po kontaktu

s naší nutriční terapeutkou, s níž začala sehrávat typické berneovské hry s jídlem a váhou jako hlavními rekvizitami. Přitom s výjimkou přechodné horní dyspepsie (bolestí horní části trávicího traktu) v roce 2005, pro kterou byla několik dní hospitalizována na interním oddělení v bydlišti a která byla diagnostikována jako konverzní stresová reakce, žádné trávicí problémy neuvádí, jenom jí to „nechutná“.

Na emoční labilitu nasedaly epizody depresí s výraznou úzkostnou příměsí, a to jak situačně, tak nezávisle na okolnostech. Dominantním příznakem byla porucha spánku, částečně umocňovaná ničemným denním režimem s extrémně prodlouženou spánkovou fází, s tendencí zneužívat benzodiazepiny, což se podařilo omezit a nahradit je tlumivými antidepresivy a nízkými dávkami antipsychotik (melperon, quetiapin). Při použití kritérií MKN-10 byly patrné všechny kardinální příznaky depresivní poruchy v mírné, někdy až střední intenzitě (17).

Měsíc před vypuknutím manické epizody byla pacientka tři týdny hospitalizována na Rehabilitační klinice 2. LF UK v Motole, kde užívala Lanzul (blokátor protonové pumpy), Torvacard (atorvastatin) a Vigantol (vitamin D₃), které potom brala také doma. Předtím ale v srpnu a v říjnu dvě týdenní antibiotické kúry 2x1 mg amoxicilinu. Psychiatrická medikace: mirtazapin 30 mg, trazodone 200 mg, melperon 25 mg, zolpidem 10 mg.

A		A		K
SRPEN	ZÁŘÍ	ŘÍJEN	LISTOPAD	PROSINEC

Přehled aplikace antibiotik. A – amoxicilin, K - klarithromycin



28. 11. pacientka navštívila svoji praktickou lékařku, u níž si stěžovala na úporný dusivý kašel bez expektorace (vykašlávání), který ji v noci budí a přes den vysiluje. Na léčbu zjištěné bronchopneumonie jí byl předepsán klarithromycin v doporučené dávce 2 × 500 mg. Po prvních dvou dávkách se pacientka o půlnoci probudila s pachutí v ústech a s pocitem, že má „energie na rozdávání“. Od té chvíle se u ní projevuje zvýšené psychomotorické tempo, překotné myšlení s megalomanickými prvky.

30. 11. mi píše přes e-mail: *Ty moje současné tělesné potíže jsou prd proti tomu, co se se mnou od páteční půlnoci děje. Jsem v hrozném průšvihů! Je mi úplně jedno, že máte zítra 22 + více lidí, prosím Vás, absolutně nutně!!! s Vámi potřebuji zítra mluvit!!!*

1. 12. se koná setkání v IKEM spolu s manželem pacientky, který popisuje manický stav své ženy: *Od pátku jako kdyby ožila, dostala novou sílu, poletovala po bytě, pořád jenom mluvila...* Objektivně je pacientka výrazně zrychlená, logorhoická (nadměrně hovorná), zabíhavá, občas neudrží determinující tendenci. Megalomanie, pochopila konečně celou matematiku a doma to sepisuje, už počmárala jeden kroužkový blok, může to sepsat také anglicky, protože tento jazyk se jí vynořil a zvládá jej jako češtinu, zatím je to tam páté přes deváté, bez gramatiky. Všechna psychofarmaka od pátku vysadila.

Předepisují 2x10 mg olanzapinu a 3x300 mg lithia, což pacientka doma vůbec nevzala. Protože nespavost, a hlavně expanzivní jednání eskaluje až do brachiálních (násilných) konfliktů s manželem, je urgentně přijata do Psychiatrické nemocnice v Bohnicích.

2. 12. Při příjmu: Pacientka vigilní (bdělá), lucidní (s jasným vědomím), orientována správně časem, místem, osobou, částečně správně nahlíží i na svou situaci, dnes již klidnější a spolupracující, vyhoví verbální výzvě, odpoví na dotazy, většinou však obsáhle, zabíhavě, někdy zcela neudrží determinující linii, obtížně soustředí pozornost, referuje zvýšenou energii a sníženou potřebu spánku v domácím prostředí – vztahuje to na somatické potíže, kdy měla kašel.

Poté náhle upadá do agresivního afektu, navzdory předchozím jasným dohodám křičí, že tu nemá co dělat, napadá personál holemi, rozrušená, neklidná neusměrnitelná. Suicidální (sebevražedné) proklamace. Je proto nutné přijetí na oddělení zvýšené péče. Ordinance: olanzapin 10 mg, clonazepam gtts 5 mg pro die.

2. 12. v 19:40 přijata na oddělení zvýšené péče: Po příchodu obtížná spolupráce, rezonantní (předrážděná), paranoidně nastavená, ohrožuje holemi personál, neusměrnitelná. Aplikována Zyprexa 10 mg i.m., při kontrole stavu je pacientka klidnější, plačtivá, za své chování se nepřímo omlouvá, popisuje pocity úzkosti – domlouváme se na podání clonazepamu, který užívala před několika lety. Sděluje, že by se potřebovala vyspat, už asi od minulé středy pořádně nespí, připouští, že měla hodně energie, myšlenky jí rychle šly hlavou, bylo těžké se na ně soustředit, to je těžké i teď.

3. 12. Přeložena na oddělení pro afektivní poruchy, v zápisu uvedeno: Objektivně tempo stále urychleno, mnohomluvná, zabíhavá, odpovědi ale v relaci, tenze, myšlení překotné, ale souvislé, bez spontánní bludné produkce, nyní také už bez výrazné paranoidity, sebevražedné ideace



nezachycuji. Náhled parciální přítomen. Léčebný a stabilizační pobyt, medikace jak nastaveno, tedy olanzapin 10 mg, clozapin gtts 30 kapek pro die, dále dle klinického stavu, vysazen klarithromycin, (Janoušková).

4.12. Pohovor: Je poprvé na psychiatrii v léčebně, do ambulance k dr. Honzákovi chodí asi čtyři roky, seznámili se v IKEM, kdy se tam léčil její manžel po trasplantaci slinivky. Dr. Honzák tam dělá konziliáře, má tam psychiatrickou ambulanci. Pak líčí, jak se v minulosti zhroutila (shodně s již uvedenými údaji). Tady je s léky spokojená, ráda by brzo domů... na návštěvy přijde někdy dcera nebo manžel, podle toho, jak se bude cítit.

Psychomotorické tempo stále ještě mírně urychleno, (dál objektivní nález stejný). Plán: Léčebný a stabilizační pobyt, medikace dál taková, jak bylo nastaveno, snižovat Rivotril pozvolna, dále dle klinického stavu. Společné vycházky, psychoterapie – zatím červená (=lépe organizovaná) skupina. (Moravcová)

Záznam sestry: Komunikativní, obšírně hovoří o sobě a svých potížích, vstřícná, chce být aktivnější, byla na vycházce s personálem, sama udává, že se cítí dobře, uvolněná, dobře se jí chodí (Pilátová).

5.12. Je patrné další zklidnění psychomotorického tempa.

6.12. Záznam sestry: Spala klidně celou noc, při kontrolách nereagovala na přítomnost personálu, v 6:00 šla na WC, rovná chůze o berlích, poté opět uléhá do lůžka (Čejková).

8. 12. (po víkendu): Subjektivně na komunitě udává, že tady je pořád z toho zmatená... neví co a jak (spíše manipulace než bezradnost – poznámka

autora), ošetřující lékařka jí připomíná, že režim oddělení je tu vyvěšen a může se kdykoliv zeptat také kohokoliv z personálu. Na pohovoru: Byla za ní dcera, přinesla jí něco k snědku, ale všechno to nesnědla, s tím jídlem má pořád problémy, trvá to léta... ví, že musí jíst, pan doktor jí to pořád připomíná. Jinak nálada taková střídavá... spala docela dobře, s léky spokojená jakž takž. Doporučena aktivizace, pracovní terapie, pacientka to akceptuje.

Objektivně: klidná, sedí v křesle s překříženýma nohama, což je její standardní posaz, forie (nálada) místy pokleslá, místy v normě, za začátku pohovoru situačně úzkostná, vyžaduje pozornost, myšlení koherentní, bez psychotické produkce, osobnost s akcentovanými rysy, tendence k manipulacím.

Olanzapin 10 mg, Depakine 2x500 mg, Clozapin gtts celkem 15 kapek (Moravcová).

9.12. Celkové ladění i projev pacientky se prakticky neliší od toho, jak ji znám po tři roky. Mánie zcela ustoupila, do popředí se tlačí osobnostní psychopatologie s tendencemi manipulovat okolím. Dle sdělení sester „předvádí“ přehnané emoční projevy strachu o manžela, také „bezradnost“ nepůsobí věrohodně. (Honzák)

10.12. Subjektivně uvádí, že ta mánie odeznívá, už není tak rozlitaná a nemá tolik nápadů jako doma poslední čtyři dny, utlumená není, nálada se už blíží normě, někdy je i plačtivá, když jí něco rozruší, trochu hůř se jí artikuluje, v noci se probudila na močení, někdy hůř usíná. Asi dva týdny má více zkroucené ruce a nohy (spasmy – v.s. nízký přívod tekutin).

Objektivně klidná, patrný ústup manické symptomatologie, forie místy pokleslá, místy v normě. Sklon k afektivní labilitě,



vyžaduje pozornost, myšlení koherentní, bez psychotické produkce, spolupracuje, osobnost s akcentovanými rysy, má již kritický náhled. Koncentrace valproátu 940 umol/l – lék vysazen. (Moravcová)

Další dny na oddělení v popředí histrionské (teatrální) projevy, emoční labilita, kolísání nálad, nepřekračují však ani do hypomanie, ani do deprese, odklonitelnost při zvýšeném zájmu téměř okamžitá, pak nastupují manipulační tendence. Demonstrativní „pády“ s okamžitou pomocí okolí, která ji pak „dojímá“. Spánek vcelku kvalitní, jídelní

DISKUSE

Objeví-li se u pacientky s diagnózou osobnostní poruchy náhle epizoda mánie, je třeba pečlivě prověřit minulý průběh, zda se pod emočně labilní psychopatologií neskrývala bipolární porucha. Zejména tehdy, je-li v anamnéze prokázána mentální anorexie. To není akademická úvaha, nýbrž důležitý moment eventuální korekce diagnózy a úpravy terapie (10,11).

Přestože v anamnéze pacientky byly patrné výkyvy nálady, nikdy nedosahovaly takové intenzity, že by zásadním způsobem zasahovaly do každodenní činnosti, sebepéče, nebo přesáhly hranice běžného sociálního chování. Podivuhodné stravovací zvyklosti s redukčními tendencemi, které jsou přetrvávajícím reliktem mentální anorexie v pubertě, se objevují nezávisle na převládající náladě, kdykoliv má pacientka pocit, že příliš přibrala a že ji nohy neunesou. Při nejlepší vůli též není možné zpětně diagnostikovat ani hypomanické epizody. Naprostá novost a neznalost podobného prožitku vyplývá i z e-mailu napsaného 30. 11. Také deprese byly většinou mírné, maximálně

režim také. Při zprávě o chystaném propuštění se demonstrativně stupňují obavy o stav manžela, deklaruje, že má strach, že manžel umře (takže se bojí jít domů). Propuštěna ve stabilizovaném a dle mého soudu standardním stavu

23.12. Ordinance: olanzapin 15 mg, melperon 25 mg, pregabalin 150 mg a další interní medikace jako předtím. Zůstáváme na kontaktu přes email. (Honzák)

střední intenzity a vesměs vázané na nepříznivé okolnosti v životě pacientky.

Nepřítomnost bipolární poruchy může potvrzovat rovněž skutečnost, že pacientka byla v minulosti léčena někdy přechodně i vyššími dávkami antidepresiv II. – IV. generace, a nikdy nedošlo k přesmyku do mánie. To se stalo až po podání klarithromycinu. Tuto souvislost vidíme nejen jako časovou, ale také jako kauzální. Protože k tomu došlo až ve zralém věku, lze se přiklonit k názoru, že tyto epizody jsou častěji sekundárními epifenomeny, než pozdní manifestací bipolární poruchy (12). Také krátké trvání epizody a její snadné zvládnutí svědčí pro tuto etiopatogenezi.

Ke zvratu do mánie, pro něž nabízíme novou hypotézu, si nejprve pracovně podchytíme jednotlivé prvky celého systému: klarithromycin a jeho účinky, možné lékové interakce, možné vlivy psychického a tělesného stavu, osa GUT – CNS a bakteriom s jeho předpokládanou účastí na rozvoji klinického obrazu.

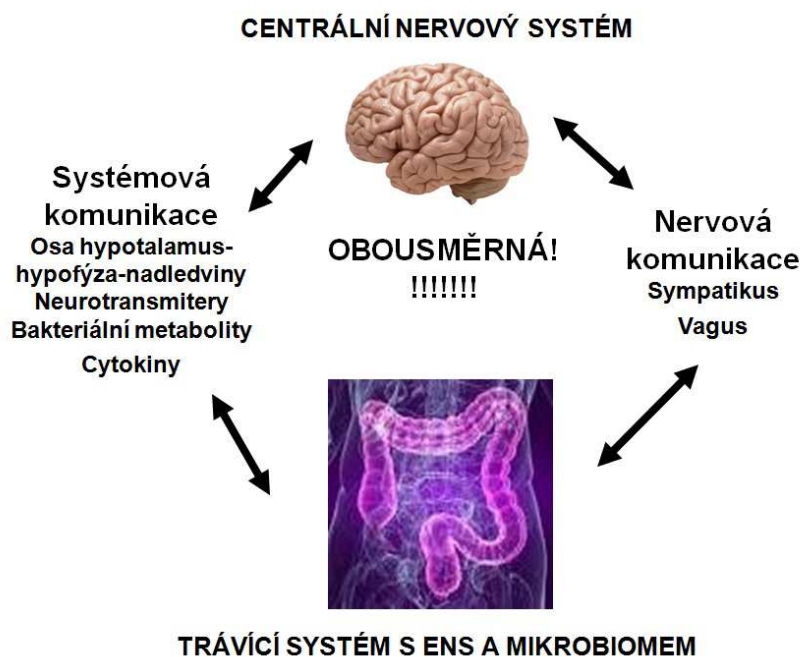
Klarithromycin je antibiotikum ze skupiny makrolidů, příbuzné erytro-



mycinu, s nímž sdílí i podobné spektrum antibakteriálního účinku, rozšířené ještě o účinnost na kmeny *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium leprae* a některé další. Za významnou je v souvislosti s prezentovaným případem nutné považovat prokázanou skutečnost, že klarithromycin je schopen zásadním způsobem narušit rovnováhu střevního mikrobiomu (13). Makrolidy jsou zpracovávány systémem CYP 450, kde působí jako inhibitory 3A4, což vyvolává řadu lékových interakcí (14); erythromycin je výrazný inhibitor, klarithromycin je oproti němu slabší (15). Pokud jde o vybrané nežádoucí účinky z oblasti psychopatologie, příbalová informace pro uživatele (16) uvádí jako časté nespavost, méně časté spavost a zvýšenou svalovou dráždivost až křeče a jako ty, které „z dostupných údajů nelze určit“, zmatenost, depresi, halucinace a abnormální sny. Příbalový leták k preparátu Klacid® uvádí: Byly hlášeny přechodné poruchy centrálního nervového systému – anxiozita (úzkostnost), nespavost, noční můry, zmatenost, dezorientace, halucinace, psychózy a depersonalizace; příčinný vztah však nebyl zjištěn.

Při podrobné analýze **možných interakcí**, které by mohly vyvolat zvrát do mánie, jsme našli jako jedinou podezřelou kombinaci klarithromycinu se statinem (více v další části). Laboratorní nález (KO+biochemie) se neodchyluje od normy, mírné zvýšení kreatininu (91 $\mu\text{mol/l}$ při normě 44–80) není z klinického hlediska podstatné, ani snížená clearance 1,10 ml/s (norma od 1,15 výše); přesto jako stabilizér nebylo zvoleno lithium, nýbrž valproát, ale i ten byl záhy vysazen. Pacientka nebyla dehydratovaná, nebyly zjištěny ani jiné známky, které by vedly k suspekci na delirantní symptomatologii. BMI po nástupu 18,5 (hraniční) při propuštění 19,5.

S ohledem na hypotézu, kterou nabízíme jako možné vysvětlení patogeneze pacientčina stavu, je třeba podrobněji zmínit ještě dva podstatné systémy, o nichž zatím není obecné povědomí: enterální nervový systém (ENS), někdy nazývaný „druhý mozek“ nebo také „gut brain“, a střevní mikrobiom.



ENTERÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM A STŘEVNÍ MIKROBIOM

Trávicí systém je inervován jednak cestou spojení s centrálním nervovým systémem (CNS), jednak **enterálním nervovým systémem** (ENS). Ten obsahuje něco kolem 500 milionů neuronů, což je více, než jich má mícha, a je uložen ve stěně trávicí trubice jako Meissnerův submukózní a Auerbachův myenterický plexus (nervová pletěň). Svou složitostí a rozsahem je největší nervovou strukturou mimo CNS, s vysokou mírou autonomie a se zapojením řady neurotransmiterů (např. serotoninu) a regulačních peptidů. Podobně jako CNS má svou BBB – „blood-brain“ bariéru. Centrální nervový systém ovlivňuje trávicí trubici až po žaludek, ale v tenkém střevu a tračniku zajišťuje od svalové aktivity až po regionální krevní průtok vše ENS; jeho neuropatie může ohrožovat život, zatímco přerušení vagu nebo sympatických spojení nemá na trávicí pochody žádný vliv.

ENS pracuje v harmonii s reflexy CNS a signály z tohoto centra přicházejícími cestou přes sympatická ganglia, jimiž jsou řízeny trávicí pochody. Nervové signály mezi CNS a ENS probíhají obousměrně. Spojení mezi ENS a CNS se uskutečňuje prostřednictvím nervu vagu (bloudivého), pelvických (pánevních) nervů a cestou sympatiku, projekce neuronů ENS míří také do žlučníku, pankreatu (slinivky) a do trachey (18, 19). V důsledku toho je zajišťována nejen správná funkce trávicího systému, ale cestou ENS→CNS také jeho silný vliv na emotivitu a kognitivní funkce, včetně těch, které jsou považovány za intuitivní. Na druhé straně poruchy tohoto systému mohou vyvolat jak problémy v uvedených procesech, tak řadu trávicích problémů a chorob – od střevních zánětů a dráždivého tračniku po poruchy

příjmu potravy nebo obezitu. Věda tak konečně začíná dohánět poznatky zachycené v trefných lidových rčeních.

Střevní mikrobiom (gut microbiota) obsahuje 10^{13} – 10^{14} bakterií, což představuje při jeho hmotnosti kolem 1,5 kg desetinásobek všech buněk našeho těla, ale jsou tam také viry, plísňe a paraziti. Ve zdravém lidském střevu žije více než 500 druhů komenzálních, většinou anaerobních bakterií, především jsou zastoupeny jejich tři hlavní rody: *Firmicutes*, *Actinobacteria* a *Bacteroidetes*. Střevní mikrobiom je individuálně specifický a zakládá se u každého jedince při porodu vaginálními cestami; děti narozené císařským řezem mají chudší mikrobiom a v důsledku toho více imunitních a alergických problémů.

Mikrobiom přímo ovlivňuje ENS, a touto cestou pak také mozek. V obousměrné komunikaci hrají roli také neuropeptidy: substance P, CGRP – neuropeptid odvozený od genu pro kalcitonin, neuropeptid Y, vazomotorní intestinální peptid, somatostatin a kortikoliberin (CRH). Mikrobiom sám produkuje řadu neurotransmiterů, počínaje GABA, přes serotonin, acetylcholin a konče nově popsaným agmatinem. Střevní mikroorganismy také mohou aktivovat přímo nervus vagus. Zdá se, že vagus rozlišuje mezi patogenními a nepatogenními bakteriemi, a to i v případě, že nejsou přítomny manifestní zánětlivé projevy. Podle charakteru stimulu mohou být výsledkem jak anxiogenní, tak anxiolytické účinky, některé signály modifikují imunitní odpovědi.

Dysmikrobie vede k narušení bariéry („leaky gut syndrome“) a má nepříznivý vliv na činnost CNS, emotivitu,



kognitivní funkce, na vnímání bolesti, na imunitu a metabolismus. Je prokázáno, například na populacích bezmikrobních („germ-free“) zvířat, že úbytek některých významných bakterií vede k zhoršení gastrointestinálních, neuroendokrinních nebo imunitních funkcí, a nakonec k onemocněním (20-27). Přibývá rovněž důkazů, že střevní mikrobiom ovlivňuje stresovou osu hypotalamus-hypofýza-nadledviny (28).

Řada prací se věnuje přímo vztahům mezi mikrobiomem a některými psychickými poruchami a také možnostmi jejich příznivého ovlivnění cestou úpravy zjištěné dysmikrobie. I zde však platí, že ovlivňování je obousměrné. Stres vede ke změnám v mikrobiomu: separační stres u mláďat k úbytku laktobacilů, stres v dospělosti k alteraci populace *Bacterioides spp.* a vzestupu interleukinu-6. Některé výsledky jsou rozporné, například u bezmikrobních myší je prokazatelně nižší úzkostnost, ale v kontrastu s tím větší aktivace stresové osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny a také méně BDNF, zato vyšší koncentrace serotoninu i jeho prekurzoru tryptofanu v mozku. Když se jejich trakt kolonizuje, normalizuje se tryptofan, ale serotonin už ne (29). Otázkou také zůstává, nakolik lze nálezy u zvířat beze zbytku přenést do humánní oblasti.

Z psychických poruch, které by u lidí mohly souviset s alterací mikrobiomu, byly zkoumány především poruchy emotivity, autismus a schizofrenie a byly učiněny pokusy zlepšit klinický stav podáváním probiotik (26-32). U dětí trpících poruchami okruhu autistického spektra byly sice zjištěny odchylky ve skladbě mikrobiomu, výsledky jsou však jednak značně nekonzistentní (malé vzorky), jednak ne zcela validní vzhledem k různým dietám a farmakům, které mohou interferovat. Přestože byla několikrát shodně zjištěna dysmikrobie,

narušení střevní bariéry a parciální ústup psychických i somatických obtíží po podání antibiotik, nelze z dosavadních prací dělat jednoznačné závěry.

Pokud jde o schizofrenii, je zjišťována dysfunkce střevní bariéry, zánětlivé a imunitní změny, senzitivita na antigeny některých potravin, což vše může být důsledkem střevní dysmikrobie. Užitečná by mohla být bezglutenová a bezkaseinová dieta, probiotika, eventuálně antibiotika. Zajímavé je čerstvé zjištění u zvířat, platné pravděpodobně také pro lidi, že olanzapin potencuje ve střevním mikrobiomu posun směrem k „obezitogennímu profilu“ (36).

Nejvíce studií se zaměřuje na úzkostné a depresivní příznaky. První poznatky, že bezmikrobní zvířata projevují méně úzkosti, byly rozšířeny o vlivy specifických diet na chování. Za prokázané lze považovat, že vysokotuková dieta navozuje u zvířat úzkost a depresi. Také jen přenos samotného mikrobiomu z těchto zvířat do bezmikrobních jedinců vede u nich k nárůstu úzkosti a deprese a k zvýšení permeability střevní stěny. Potvrzuje se také význam časných období pro vývoj mozku a pro riziko pozdější psychopatologie.

Racionale pro aplikaci mikrobiomu jako terapeutického agens vychází ze zjištění, že řada bakterií produkuje neurotransmitery, např. *Lactobacillus* a *Bifidobacterium* secernují GABA, *Escherichia*, *Bacillus* a *Sacharomyces* noradrenalin a *Candida*, *Streptococcus*, *Escherichia* a *Enterococcus* serotonin. Na tvorbě dopaminu se podílejí *Bacillus* a *Serratia*. Rovněž je zajímavé, že mikrobiom je schopen detekovat ve střevě *Toxoplasma gondii* a vyvolat proti němu imunitní reakci.

Termín „probiotika“ uvedli v roce 1965 do světa Daniel Lilly a Rosalie Stillewell



(37) a nazvali tak látky produkované některými mikroby, které prodlužují životnost jiných bakteriálních druhů, jejichž účinek sice není tak výrazný jako inhibiční účinek antibiotik, ale může být delší. Navázali tak de facto na sto let starý Mečnikovův projekt potlačení „střevní autoinfekce“ mlékem fermentovaným pomocí *Lactobacillus Bulgaricus*. Probiotika stabilizují slizniční bariéru,

zlepšují její imunitní schopnosti, brzdí růst některých bakterií a produkují antioxidantní látky. Hlavní komerční přípravky obsahují hlavně *Laktobacilli* a *Bifidobacteriae*. Několik studií prokazuje ústup úzkostných a depresivních symptomů po podání probiotik a existují též práce uvádějící zlepšení příznaků únavového syndromu.

NAŠE HYPOTÉZA ZVRATU DO MÁNIE

Přestože psychopatologie, která se objevuje v příčinné souvislosti s podáním klarithromycinu, je známá již delší dobu, není zatím její vznik uspokojivě vysvětlen. V některých případech byly obviňovány interakce vznikající přes metabolický systém CYP450–3A4. Jak jsme zmínili v úvodu, současné podání statinů by také v našem případě mohlo hrát roli, protože ty jsou spolu s blokátory kalciového kanálu a kolchicinem v literatuře zmiňovány (38, 39). U naší nemocné však šlo o atorvastatin, jehož interakce byla specificky sledována (40). Autoři zjistili, že interakce clarithromycinu a atorvastatinu jsou klinicky nevýznamné, přičemž není rozdíl mezi expresory a non-expresory genu pro P450 3A4.

Klarithromycin, respektive liposolubilní molekula jeho metabolitu 14-hydroxyklarithromycinu, může působit přímo toxicky na CNS. Je také možnost alterace kortizolového nebo prostaglandinového metabolismu, interakce s glutaminergními nebo GABA mechanismy, jak uvádí v souhrnné studii Shah se spolupracovníky. (41) Nicméně všechny tyto úvahy jsou na úrovni hypotéz.

Vycházejíce z nových poznatků o funkci bakteriomu a z logické úvahy, která se nabízí, předkládáme další hypotézu možné patogeneze náhlého zvratu do

mánie. Máme za to, že klarithromycin – nejčastěji v literatuře uváděný spouštěč podobných epizod – negativně ovlivnil střevní mikrobiom pacientky, který byl navíc již alterovaný dvěma kúrami amoxicilinu. Na základě dysmikrobie mohlo buď dojít k průniku molekul, které mohly působit na CNS jako „falešné neurotransmitery“, nebo mohla změna bakteriomu vést k přímé stimulaci nervu vagu a touto cestou i k nežádoucím procesům v CNS.

Již před deseti roky Bartosch a její spolupracovníci prokázali u starších nemocných, kdy je přirozený pokles počtu střevních bakterií, že „antibiotická léčba u nich vede k další redukcii střevních bakterií a k redukcii jejich prevalence, u některých ke kompletní eliminaci určitých bakteriálních společenství. Naproti tomu u hospitalizovaných pacientů bez antibiotické léčby počet střevních bakterií (během hospitalizace) stoupal“ (42). Narušení způsobené antibiotiky se může reparovat až roky, takže lze předpokládat, že při zahájení léčby klarithromycinem nebyl bakteriom pacientky už zdaleka intaktní.

Proč je právě klarithromycin nejčastějším spouštěčem manického zvratu, lze pouze spekulovat. Nejpravděpodobnější dvě možnosti jsou: baktericidní či bakteriostatická specifita k některé



populaci střevního mikrobiomu, nebo toxicita jeho molekuly v případě zvýšené propustnosti střevní stěny („leaky gut“). V každém případě lze s alterací bakteriomu a v důsledku toho také s narušením slizniční bariéry u naší pacientky počítat. A z 300 metrů čtverečních resorpční plochy střeva se toho může vstřebat dost.

Myšlenka toxického působení falešných neurotransmiterů není nijak nová a před 40 roky jsem měl příležitost vidět (Honzák) pestré psychopatologické obrazy u pacientů s jaterní cirhózou po provedené portosystémové anastomóze poté, co navzdory zákazu snědli větší množství bílkovin. Tyto případy lze ještě dohledat v literatuře (43).

K možnosti přímé stimulace vagu je třeba zopakovat, že tento hlavový nerv zprostředkovává signály nejen z ENS, ale také přímo z bakteriomu (20-25). K této úvaze nás jako určitý precedens přivedly zprávy o nežádoucích účincích terapie deprese a rezistentní epilepsie stimulací vagu. První případ, který jsme v literatuře zachytili, popsali v roce 2003 Klein et al. (44). Gerson se spolupracovníky (45) v přehledném článku uvádějí, že „hypomanické a manické symptomy jsou vzácné, ale známé nežádoucí účinky této léčby“, a popisují případ pacienta

trpícího unipolární depresí, u něhož se během terapie rozvinula manická epizoda, která rychle odezněla, a po nějaké době bylo možno v této terapii pokračovat bez dalších problémů. Rozsáhlá multicentrická studie NIH (46) uvádí dva případy hypomanie nebo mánie po stimulaci vagu bez bližších podrobností.

Čím vším může být vagus stimulován a co všechno může vagus stimulovat v CNS, je prozatím nejasné, stejně jako mnoho jiných okolností týkajících se dějů ve střevě. V úvahu přichází jak samotný klarithromycin, eventuálně jeho metabolit (viz ototoxicita streptomycinu), tak nedostatek nebo nadbytek některého z působků, nebo jenom jejich dysbalance.

Jsme si vědomi toho, že naše hypotéza je na spekulativní úrovni, její slabou stránkou je skutečnost, že nevíme nic o stupni alterace, ani o rychlosti reparace mikrobiomu (resp. které jeho složky) po vysazení antibiotika. Zároveň ale máme za to, že představuje jedno z možných vysvětlení jevu, pro který zatím jednoznačné vysvětlení neexistuje.

Prohlášení o střetu zájmů: žádný

Adresa prvního autora: PN Bohnice, pavilon 27, Ústavní 91, 18 200 Praha 8-Bohnice.
E-mail: radkinh@seznam.cz

Literatura:

1. Chen J., Fang Y., Kemp D. E., et al.: Switching to hypomania and mania: differential neurochemical, neuropsychological, and pharmacologic triggers and their mechanisms. *Curr. Psychiatry Rep.*, 2010;12(6):512-21
2. Baranowski W. J.: Clarithromycin-induced hypomania in a child - a case report. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122(3):267-268



3. Abouesh A., Stone C., Hobbs W. R.: Antimicrobial-induced mania (antibiomania): a review of spontaneous reports. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2002 Feb;22(1):71-81
4. Fidan T., Fidan V.: Clarithromycin induced mania in a child. *Int. J. Clin. Pharmacol.*, 2009;47(6):402-404
5. Fonseca L., Ferreira P., Simoes S.: Clarithromycin induced mania. *Ir J. Psych. Med.* 2008;25(2):73
6. Gomez Gil E., Gabilondo Cuellar A., Pablo Rabasso J. de: Three new cases of severe affective disorders induced by clarithromycin. *Med Clinica*, 2002;119(3):119
7. Leclerq V., Lacaille S., Delpierre S., et al: Avoidable adverse event: carbamazepine encephalopathy when introducing clarithromycin. *Rev. Med. Intern*, 2005;26(10):835-836
8. Lopes R., Rodrigues R., Domingues I., et al: Antibiomania: a case of a manic episode induced by clarithromycin. *Acta Med. Port.* 2011 Sep-Oct;24(5):827-32
9. Ortíz-Domínguez A., Berlanga C., Gutiérrez-Mora D.: A case of clarithromycin-induced manic episode (antibiomania). *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2004;7(1):99-100
10. Paris J., Black D. W.: Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder: What is the Difference and Why Does it Matter? *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015 Jan;203(1):3-7
11. Maurel M., Adida R., Belzeaux M., et al.: Troubles affectifs et troubles de la personnalité. *L'Encephale*, 2014;40(S3):S14-S17
12. Liang C. S., Yang F. W.: Secondary mania associated with enterococcal meningitis in elderly. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2011;33(3):301.e1-2
13. Jakobsson H. E.1, Jernberg C., Andersson A. F., et al.: Short-term antibiotic treatment has differing long-term impacts on the human throat and gut microbiome. *PLoS One*. 2010 Mar 24;5(3):e9836
14. Křížová M., Plecková M.: Riziko intoxikácie lithiom v kombinaci s antibiotickou terapiou. *Psychiatrie pro praxi*, 2004;(2):96-97
15. Westphal J. F.: Macrolide-induced clinically relevant drug interactions with cytochrome P-450A (CYP) 3A4: an update focused on clarithromycin, azithromycin and dirithromycin *Br. J. Clin. Pharmacol*, 2000;50(4):285-295
16. Příbalová informace pro uživatele sp.zn. sukls177334/2013
17. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Psychiatrické centrum Praha, 1992
18. Furness J. B., Callaghan B. P., Rivera L. R., Cho H. J.: The enteric nervous system and gastrointestinal innervation: integrated local and central control. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2014;817:39-71
19. Mayer E. A. Gut feelings: the emerging biology of gut-brain communication. *Nat. Rev. Neurosci.* 2011;12(8):453-66



20. Clark J. A., Coopersmith C. M.: Intestinal crosstalk – a new paradigm for understanding the gut as the “motor” of critical illness. *Shock*. 2007;28(4):384–393
21. Forsythe P., Kunze W. A.: Voices from within: gut microbes and the CNS. *Cell. Mol. Life Sci.* 2013;70(1):55-69
22. Mayer E. A., Knight R., Mazmanian S. K., et al.: Gut microbes and brain: Paradigm shift in neuroscience. *J. Neurosci*, 2014;34(46):15490-15496
23. Bercik P1, Collins S. M., Verdu E. F.: Microbes and the gut-brain axis. *Neurogastroenterol Motil*, 2012;24(5):405-13
24. Forsythe P1, Bienenstock J., Kunze W. A.: Vagal pathways for microbiome-brain-gut axis communication. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2014;817:115-33
25. Lyte M.: Microbial endocrinology: Host-microbiota neuroendocrine interactions influencing brain and behavior. *Gut Microbes*, 2014;(5):381-389,2014
26. Tlaskalová-Hogenová H., Štěpánková R., Hudcovic T., et al.: Commensal bacteria (normal microflora), mucosal immunity and chronic inflammatory and autoimmune diseases. *Immunol. Letters*, 2004;93(2-3):97-108
27. Tlaskalová-Hogenová H., Štěpánková R., Kozáková H.: Gut microbiota (commensal bacteria) and mucosal barrier in pathogenesis of inflammatory, autoimmune diseases and cancer: Contribution of germ-free and gnotobiotic models of human diseases. *Cellular and Molecular Immunology*, 2011;8(2):110-120
28. Sudo N.: Microbiome, HPA axis and production of endocrine hormones in the gut. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2014;817:177-194
29. Cryan J. F., Dinan T. G.: Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nat. Rev. Neurosci*, 2012;13(10):701-12
30. Fond G., et al. The „psychomicrobiotic“: Targeting microbiota in major psychiatric disorders: A systematic review. *Pathol. Biol. (Paris)* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.patbio.2014.10.003>
31. Vitetta L.1, Bambling M., Alford H.: The gastrointestinal tract microbiome, probiotics, and mood. *Inflammopharmacology*. 2014;22(6):333-339
32. Bravo J. A., Julio-Pieper M., Forsythe P., et al.: Communication between gastrointestinal bacteria and the nervous system. *Curr Opin Pharmacol*, 2012;12(6):667-672
33. Foster J. A., McVey Neufeld K. A.: Gut-brain axis: how the microbiome influences anxiety and depression. *Trends Neurosci*. 2013;36(5):305-312
34. Luna R. A., Foster J. A.: Gut brain axis: diet microbiota interactions and implications for modulation of anxiety and depression. *Curr. Opin. Biotechnol.*, 2015;22(1):35-41



35. Nemani K., Hosseini Ghomi R., McCormick B., Fan X.: Schizophrenia and the gut-brain axis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry*. 2015;56(1):155-160
36. Morgan A. P., Crowley J. J., Nonneman R. J., et al.: The antipsychotic olanzapine interacts with the gut microbiome to cause weight gain in mouse. *PLoS One*. 2014 Dec 15;9(12):e115225
37. Lilly D. M., Stillewell R. H.: Probiotics: Growth-promoting factors produced by microorganisms, *Science*. 1965,12;147(3659):747-748
38. Ma T. K., Chow K. M., Choy A.S.M.: Clinical manifestation of macrolide antibiotic toxicity in CKD and dialysis patients. *Clin. Kidney J.*, 2014;7(6):507-512
39. Li D. Q., Kim R., McArthur E., et al.: Risk of adverse events among older adults following co-prescription of clarithromycin and statins not metabolized by cytochrome P450 3A4. *CMAJ*. 2014 Dec 22. pii: cmaj.140950. [Epub ahead of print]
40. Shin J., Pauly D. F., Pacanowski M. A., et al.: Effect of cytochrome P450 3A5 genotype on atorvastatin pharmacokinetics and its interaction with clarithromycin. *Pharmacotherapy*. 2011;31(10):942-950
41. Shah M., Subhani M., Rizvon K., Mustacchiab B.: Psychotic Episode Induced by *Helicobacter pylori* Triple Therapy Treatment. *Case Rep Gastroenterol*. 2012 May-Aug; 6(2):381-386
42. Bartosch S., Fite A., Macfarlane G. T., McMurdo M. E.: Characterization of bacterial communities in feces from healthy elderly volunteers and hospitalized elderly patients by using real-time PCR and effects of antibiotic treatment on the fecal microbiota. *Appl. Environ. Microbiol.*, 2004;70(6):3575-81
43. Payne J. A.: False neurotransmitters and portal systemic encephalopathy. *Clin. Neuropharmacol.*, 1982;5(3):267-75
44. Klein J. P., Jean-Baptiste M., Thompson J. L., Bowers M. B. Jr. A case report of hypomania following vagus nerve stimulation for refractory epilepsy. *J. Clin. Psychiatry* 2003;64(4):485
45. Gerson R.1, Murray E., Price B., et al.: Mania following vagus nerve stimulation: a case report and review of the literature. *Epilepsy Behav.*, 2011;20(1):138-40
46. Interventional procedure overview of vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression

<https://www.nice.org.uk/resource/mcf6mbdi6vgrzmjhktwli2csru>

(dohledáno 2. 1. 2015)

Do redakce přišlo: 15. 1. 2015

K tisku zařazeno po recenzi 31. 1. 2015



PRO PRAXI



PONĚŠICKÝ J.: BALINTOVSKÁ SKUPINA: INTERSUBJEKTIVITA V PSYCHOTERAPII

SOUHRN: PONĚŠICKÝ J.: BALINTOVSKÁ SKUPINA: INTERSUBJEKTIVITA V PSYCHOTERAPII, PSYCHOSOM 2015; 13(1), s. 22-24

Domnívám se, že právě vznik intersubjektivity je v popředí zájmu mnoha pacientů: Jak nastolit takovou atmosféru ve vztahu, ve které je možno hovořit o velmi osobních problémech bez nebezpečí devalvace? Jak vzniká respekt mezi lidmi, který se mi nedaří dosáhnout? Jak vzniká důvěra, přátelství, stojím si sám nějak k tomu v cestě? Psychoterapeut pak zkoumá, jak se tyto situace opakují ve vzájemném vztahu i jak se na nich sám podílí. To je někdy pro obě strany velmi náročné.

KLÍČOVÁ SLOVA: intersubjektivita, interakce, ovlivňování



SUMMARY: PONĚŠICKÝ J.: THE BALINT GROUP: INTERSUBJECTIVITY IN PSYCHOTHERAPY, PSYCHOSOM 2015; 13(1), PP. 22-24

I suppose, most of our patients are interested about how to create the intersubjectivity like to establish such a atmosphere in the relationship, which allows to speak about very personal problems without the danger of humiliation. How to obtain the respect, how arises trust and friendship, why do I fail to achieve it? Psychotherapist examines the repetition of such situations in the mutual correlation and first of all what is his own part, how he participates on it.

KEY WORDS: Intersubjectivity, interaction, influence

Dovolují si představit diskusi o velmi častém problému během terapie, zvláště ve vztahu začínajících psychotherapeutů k věkově starším pacientům.

Mladá, útlá a na první pohled nenápadná psychologka představila na psychosomatické klinice 53letého pacienta, který si stěžoval na vyčerpanost. Důvodem prezentace je její obtíž s ním o něčem hovořit a jít takříkajíc do hloubky. Pacient např. zmíní problém sebevědomí, terapeutka jej vybidne, aby o tom pohovořil, avšak pacient si toho sotva všimne a hovoří o svém zaměstnání. Dalším důvodem je fakt, že jí sdělil, že je pro něj jako terapeutka moc mladá a že by chtěl jiného terapeuta, a ona neví, jak na to má reagovat.

Jde o 53letého ženatého stavebního inženýra ve vedoucí pozici. Množství práce i odpovědnosti stále přibývá, což jej víc a víc zatěžuje, pracuje a myslí na práci i v noci, což jej vyčerpává. Přesto je ve svém zaměstnání úspěšný a stejně tak je vše v pořádku i v rodině. Se všemi třemi dětmi si rozumí, manželka se o něj stará. Tak mu např. každé ráno položí oblečení na gauč, což mu dělá dobře, přestože si pak vždy obleče něco jiného. Jen sex již léta spolu nemají.

Anamnesticky pacient udává, že byl jako dítě veden k pili a výkonnosti, což se stalo i jeho motivem: Když na vysoké

škole neuspěl, začal pracovat a vedle toho vystudoval stavební inženýrství.

Většina členů balintovské skupiny reagovala na pacienta kriticky, označovali jeho chování za narcistické a devalvující, bez taktu vzhledem k pacientce, analogicky jako ke své ženě: vyžaduje respekt a poslušnost, nechá se obsloužit, a pak sobě i okolí dokazuje, že má vždy poslední slovo. Terapeutky, která se jeho převaze nedokázala ubránit, bylo kolegům líto. Poté se však rozvinula diskuse nad tím, jak se vlastně v těchto interakcích zrcadlí pacientův problém a zacházení s ním. Nebylo těžké uhodnout, že pacient překompenzovává svoje pocity méněcennosti, musí mít vždy navrch, vše pod kontrolou, aby se sám nedostal do slabé pozice: do té vmanévroval referentku. A nejen to; i ona se cítila ve stresu tak jako onen pacient v zaměstnání. Dával jí tak pocítit svůj vlastní psychický stav, jednalo se o formu komunikace? A jak se chovala terapeutka? Reagoval pacient na její osobnost a postoj, a ona opět na jeho reakci? Kladouc si tyto otázky, vrátil jsem se k jednomu jejímu výroku, že by se nejraději pacienta zbavila, avšak že ji i něco podněcuje, aby v jeho terapii pokračovala. „Co to je?“ zeptal jsem se. Odvětila, že je to pro ni i výzva tuto obtížnou situaci zvládnout, či dokonce převrátit, aby měla vedení rozhovoru ve svých rukou. Snadno pak rozpoznala, že právě na to pacient reagoval zvýšeným



úsilím, aby měl nad terapií nadvládu. Možná mu na druhé straně chyběl silný partner. Kolegyně si vzpomněla, jak pacient řekl o své ženě, že se s ní nedá o důležitých věcech mluvit. I to by mohlo vysvětlit chování pacienta k terapeutce: Když se mu dala k dispozici jako oběť, zaujal komplementární roli pachatele.

Samozřejmě ke konci balintovské skupiny vstaly otázky, jak rozpoznat a rozplést, co ke komu patří, kdo si co ve vzniklém intersubjektivním poli řeší – pacient svůj komplex méněcennosti a terapeutka svojí nejistotu. Je pravidlem, že jde oběma stranám pod vlivem terapeutické situace o vlastní terapii, a vyřešení nějakého vlastního problému? A jak je vhodné nyní, v této situaci, na pacienta optimálně reagovat? Někdo navrhl, že by měla terapeutka začít u sebe a např. říct: „Cítím se pod tlakem dostát vašim očekáváním, obávám se, že to nezvládnou. Představuju si, že se podobně cítíte i vy v zaměstnání.“ Někdo na to namítl, že tím terapeutka upřednostňuje svou perspektivu a že se tím nevyjadřuje, co se mezi oběma děje,

ono vzájemné ovlivňování, a že by snad stačilo říci: „Nějak to mezi námi nehraje, co se vlastně mezi námi děje?“ Nebo konkrétněji: „Musíme se snažit i zde, v terapii, o to, mít převahu, bojíme se oba selhání?“ Teprve v dialogu obou perspektiv by bylo možno dospět k věrohodnému poznání i ve spojitosti se symptomy, s vyčerpáním.

Je pochopitelné, že jde pacientovi i terapeutovi – snad dokonce v prvé řadě – o regulaci vlastní homeostázy, vlastního sebeobrazu a sebejistoty, sebepotvrzení, prosazení se, tudíž ovlivňování svého protějšku, a že je tedy obtížné i v dialogu odhadnout, kdo má na výsledné interakci větší podíl. Navíc: když i jako terapeut vyvolám svou osobností pacientovu reakci, pak v ní uvidím sebe sama. A tak mi nezbylo než na konci balintovské skupiny kolegyni ujistit, že se nám tak vede všem, a že každý, byť sebevíce analyzovaný terapeut má některé nevyřešené problémy, které se snaží zvládnout ve vztahu k pacientům.

Jan Poněšický

Do redakce přišlo 15. 1. 2015
Zařazeno po recenzi 31. 1. 2015



REFLEXE



POZNÁMKA REDAKCE:

*V tomto roce jsme zařadili novou rubriku, která by měla zachytit pohled našich pacientů. Jak oni se vlastně v naší péči cítí, co prožívají, jak se na nás dívají? Tyto texty se hromadí v redakci již několik let, ale teprve nyní jsme se odhodlali s nimi vyjít ven. Nejspíš je to tím, co se ukázalo při odmítnutí přijmout Společnost psychosomatické medicíny do ČLS JEP, že totiž **lékaři netrpí přílišnou sebereflexí**. V hlasování svou úlohu jistě sehrála především naprostá neinformovanost delegátů, o čem hlasují. Obáváme se, že lékaři ani nevědí, že nevědí. Že jim chybí dovednost komunikace s pacientem, že jim chybí vědomosti o oblasti, která je stejně rozsáhlá jako biologická medicína, totiž o oblasti psycho-sociální. Chybí jim k tomu teorie i praxe. Aby připustili, že mají v něčem nedostatek, museli by být méně bohorovní. Pak by si mohli všimnout, že na jejich práci není něco v pořádku. A především k tomu by měla sloužit tato rubrika.*

Před časem jsem ošetřoval mladého pacienta, který měl podivný příznak. Opakovaně se dostával do problému se zákonem a naprosto zoufale nesnášel omezení osobní svobody, propadal panickým atakům. Snadno by se dalo říci: je to normální člověk. On se ale opravdu přišel poradit, co by se s tím dalo dělat. Těch několik problémů se zákonem byly spíše úsměvné historky, do kterých se mladík dostával vlastním přičiněním, doslova nutkavě. Brzy jsme se dostali k tomu, že asi v 10 letech musel strávit skoro rok v léčebně v Košumberku kvůli aseptické nekróze hlavičky kosti kyčelní (morbus Perthes),



a byl upoután na lůžko. Rodiče za ním jezdili jen sporadicky, hrozně se mu po nich stýskalo, ale to všechno by asi šlo vydržet. Nesnesitelný byl teror, který prý některé (možná jen jedna) sestry na děti uplatňovaly. Divil jsem se, jak málo stačilo k tak velkému účinku. Když „nebyl hodný“ (tedy projevoval vlastní iniciativu), stačilo, aby mu sestra odsunula noční stolek tak, aby na věci, které v něm ukrýval a které pokládal za své jediné soukromí, nedosáhl. Trauma, které bylo dosud živé, si stále ještě žádalo ošetření. Stav bylo možno označit za posttraumatický stresový syndrom. K jeho vzniku stačí mnohem méně. V pozdějších výzkumech, se ukázalo, že člověk, který stráví jediný den na jednotce intenzivní péče, má pravděpodobnost 1:20, že bude trpět posttraumatickým stresovým syndromem. Když jsem později potkal právničku, která sama prodělala léčbu stejného onemocnění, zeptal jsem se na její zkušenosti, a ona je napsala. A to je první ze tří svědectví, které dnes předkládáme.

V. Chvála

DOUBKOVÁ I.: VZPOMÍNKY NA ORTOPEDICKOU PÉČI

Narodila jsem se koncem pánevním jednou nohou napřed tak, že i když měli snahu vypomoci si kleštěmi, nepodařilo se je použít. Jestli tento komplikovaný způsob příchodu na svět může za to, že mám ve své lékařské dokumentaci zaznamenáno: dysplasia coxa plano vara, stav po M. Perthes, nevím, ale přinejmenším jeden z ortopedů, který mě kdy viděl, to tak vysvětloval. Většina z nich se ale přiklonila k závěru, že jde o vadu vrozenou, na níž následně nasedla Perthesova choroba. Víím, že poslední ortoped, který mě operoval (zkracoval mi druhou, zdravou nohu bezmála o 8 cm), byl nadšený z mých rentgenových snímků, které mám schovány od svých 5 let, protože je prý na nich úplně ukázkově zachycen celý průběh.

Každopádně od malička jsem v péči ortopedů. Nejdříve jsem do devíti měsíců svého věku nosila Pavlíkovy třmeny, pak jsem byla až do 2,5 let na tzv. prkně (v Hanouskově aparátu), a nakonec jsem nosila Thomasovy dlahy. Nejdříve ty pevné, bez možnosti ohýbat v nich koleno, a pak jsem na krátkou

chvíli dostala dlahu s ohýbacím kolenem. Teď když to píši, si vybavuji, jak mi ta neohýbací dlahu vadila při hraní na písku. Do pěti let se mnou rodiče jezdili do Prahy do ulice Na Bojišti, kde měl kliniku profesor Zahradníček. Z té doby si pamatuji vstupní vestibul s vrátnicí, odér nemocnice, který mi nebyl nepřijemný, čekárnu před rentgenem, studené rentgenové desky, na které jsem si musela lehat, a protetiku, kde mi dlahy šili na míru. Ta byla v suterénu kliniky a její návštěvy jsem neměla ráda, protože jsem musela být od pasu dolů nahatá a takto obnaženou si mě ten protetik obkresloval tužkou na velký balicí papír. Víím, že k tomu používal plochou tesařskou tužku a já jsem se přitom styděla. Od „Zahradníčků“ mě pak v pěti letech poslali do Košumberka, kde jsem byla v péči až do konce základní školy. Následně mě pak vrátili zpátky Na Bojiště.

V Košumberku jsem byla dvakrát hospitalizovaná. Nejprve v pěti letech, a pak ve 4. třídě základní školy, protože



jsem tam oslavila desáté narozeniny. Z té první velké hospitalizace, která trvala cca 1 rok (já sama mám, nevím proč, zafixováno 13 měsíců) si kupodivu pamatuji víc obrazů než z té druhé půlroční, nicméně jsou to skutečně jen obrazy. Takže tady jsou:

Pamatuji si na první kontrolní návštěvu v léčebně, na kterou jsem jela s nasazenou Thomasovou dlahou. Tehdy mi ji sundali a řekli, že už ji nemusím nosit. Pamatuji si na cestu z náměstí kléčebně, šlo se mírně do kopce, pamatuji si i vstup do léčebny, její krásný voňavý park a vybavuji si opět rentgen, na který se chodilo do budovy s podloubím. Opět vnímám studené rentgenové desky a pocit studu, když jsem musela být nahatá, mít nohy mj. roztažené na „žabáka“ s gumovou krycí hruškou položenou do oblasti vaječníků, a bolest kyčle, když jsem nohu musela vtočit dovnitř.

Mám zcela konkrétní obraz při přijetí do léčebny k hospitalizaci. Nejdříve jsem byla s mámou v ordinaci, která podle mě musela být průchozí. Přišla tam pro mě zdravotní sestřička, která mě vzala za ruku a vedla těmi průchozími dveřmi dál. Víím, že máma stála u vstupních dveří a volala za mnou: „Ty se ani nerozloučíš?“ Já jsem se po tom zavolání, které bylo víc o bolesti než o výčitce, otočila za mámou (vybavuji si, že jsem stála sestře po levici, držela jsem se jí pravou rukou a otočila jsem se k mámě právě přes tu pravou ruku, jakoby dovnitř, ten pohyb si velmi dobře pamatuji) a řekla ahoj. Sestra i lékař tehdy řekli, že jsem statečná (to byla informace ke mně) a že to bude dobré (čímž se asi snažili uklidnit mámu).

Z obou hospitalizací si pamatuji náplastovou trakci (získala jsem tak alergii na náplast), velké pokoje o osmi postelích, koupání 1x za 14 dní, na které

nás svázeli na vozících po osmi nahaté do koupelny a nutili nás čůrat při sprchování s tou „zanáplastovanou“ nohou vystrčenou přes okraj vany, aby se noha nenamočila a aby ušetřili jedno roznášení mís; pamatuji si mytí v plastových lavorech v posteli, v nichž jsme si prali žínky, kterými jsme se otírali a do nichž jsme pak plivali, když jsme si čistili zuby a mně vadilo jednak to, že jsem si skoro vždycky tu vodu alespoň trochu vylila do postele a že ty lavory pak jen halabala vyplachovali a nebylo zaručeno, že na další mytí nedostanu umyvadlo po někom jiném; pamatuji si vizity, při kterých se paní primářka Svobodová každého z nás zeptala „Jak se máš?“ a my museli povinně odpovídat „Děkuji, dobře“, i když nám třeba dobře nebylo.

Vzpomínám také na to, že návštěvy rodičů byly jen 1x za 2 měsíce a asi jen 3 hodiny. Potom jsme museli odevzdat všechno, co nám přinesli, přičemž hračky, knihy atp. nám dali do kufru, který byl uložen mimo pokoj a rozvážel se nám jen v určitou dobu, abychom si pohráli; jídlo, tedy spíš ovoce a laskominy, šly do společné krabice pro celé oddělení a z té nás rovnocenně občas odměňovali. Ještě dnes vnímám tu křivdu, když mi na Velikonoce rodiče přivezli takové 3 nebo 4 malé čokoládové zajíčky v barevném pozlátku, které jsem si ukryla pod polštář, aby mi je nesebrali, a stejně mi je sebrali. Tehdy jsem hodně brečela. Vybavuji si také, že jsem si jednou z legrace pomalovala obličej červenou řepou, kterou jsme dostali k jídlu, a že z toho byl velký poprask, který sestry neocenily, ale rozveselila jsem tím jednoho lékaře při vizitě. Pak si také vzpomínám, že při té mé druhé hospitalizaci již byla na oddělení k dispozici televize, která se stěhovala vždy po dvou měsících, takže každý pokoj ji měl jednou do roka. Tehdy jsme



měli štěstí, protože na nás televize vyšla o Vánocích. Zrovna dávali filmy o Fantomasovi...

Z doby hospitalizace si vybavuji i to, že jsme občas měli večer hlad a že nám jenom jedna hodná sestřička nosila suchý posolený chleba. Nevím už, jak se jmenovala, ale moc hezky zpívala; my jsme po ní nejvíc chtěli písničku „To ta Heřpa“. Myslím, že bych její podobu dokázala popsat ještě teď. Jediné jméno, které si z léčebny vybavuji, je jméno staré paní uklízečky Příbylové, takové laskavé babiči, a jméno paní primářky Svobodové.

Pamatuji si pak ještě to, že při první hospitalizaci jsem po té dlouhé době v posteli téměř atrofovala, takže měsíc mě vozili či nosili na cvičení, a teprve až pak mě postavili na nohy. Víím, jak mi bylo příjemně, když mě vzali do náruče, aby mě z postele přenesli na vozík. Víím také, že i když jsem se držela rámu postele, upadla jsem. Také si vybavuji, že při obou těch hospitalizacích si mě (i další děti) fotili nahatě při takové zvláštní kalibrované stěně a že při jedné z posledních kontrol jsem začala poprvé menstruat. I když na to máma vyšetřujícího lékaře upozornila, nedbal na to, takže mě opět vyšetřoval bez spodních kalhotek a při tom mi různě krčil nohy. Bylo mi tehdy 12 let. Dodneška jsem na oba dva ty pocity „zneuctění“ (při focení i při tom konkrétním menstruačním vyšetření) nezapomněla...

NO A JINAK?

Myslím si, že při prvním nástupu do Košumberka se odehrál jeden z klíčových momentů mého života, v němž jsem na sebe vzala bolest, která nebyla moje, ale mámy. Jako pětileté děcko

V ostatním mám ale jen dobré vzpomínky. Při první hospitalizaci jsem hodně kreslila, nejvíc asi medvědí rodinky u stolu či v pokoji – medvědí táta, máma a dítě. Při druhé jsem hodně četla, rodiče mi posílali knížky a časopis Ohníček. V léčebně při ručních pracích mě pak naučili drhat a háčkovat. Při každé cestě do Košumberka mi rodiče kupovali na cestu časopis Čtyřlístek, což byla hodně velká vzácnost; po cestě domů z první hospitalizace mi koupili v Praze v Bílé labuti kočárek pro panenky a já si vzpomínám i na to, jak jsme tehdy v ulici Na Poříčí, to když jsem si ten kočárek před sebou hrdě tlačila, potkali Aťku Janouškovou; po druhé hospitalizaci mi v Kutné Hoře koupili stříbrný prstýnek s červeným kamínkem, který tehdy stál 25 Kč, Čokoládoví zajáci, Čtyřlístek, kočárek i stříbrný prstýnek, to byla hodně velká vzácnost a mimořádnost, naprosto vybočující z našeho jinak skromného rodinného života, to se nekupovalo každý den...

Košumberk, mě tedy do slova a do písmene postavil na vlastní nohy. Po té medicínské ortopedické stránce určitě, a já si myslím, že i po té stránce psychosociální. Být sama a nějak se vnitřně sanovat, to jsem se naučila tam, nicméně až tak si už nejsem jistá, jestli to byl zrovna ten nejlepší způsob, jak vnitřně dospět.

nevíte, do čeho jdete, ale zřejmě intuitivně z rodičů vytáhnete ten jejich strach či snad lépe řečeno jejich bolest z odevzdání, no a pak na to nasedne ještě vaše vlastní bolest z odloučení, to



stýskání, u kterého není nikdo, kdo by vás utěšil, pochoval. Hodně mi v tu dobu chyběly dotyky, pohlazení... Asi proto jsem tehdy kreslila ty medvědí rodinky. Dodneška, to když jsem opravdu hodně „down“ z jakýchkoli příčin, se pak cítím nedomilovaná. Jenže místo toho, abych si o „pochování“ řekla, to v sobě zatvrdím a není to dobře. Možná i to je příčinou, že jsem obézní, a byť se snažím sebeúporněji, nehubnu.

Myslím si také, že se díky tomu odloučení posunul vztah mezi mnou i oběma rodiči. Jednou jsem to popsala díky Zdeně Hegrlikové a Petrovi Glogarovi tak, že ta měkká bavlněná pupeční šňůra mezi mnou a mámou a vlastně i tátou se změnila na hodně, hodně pevnou, nicméně silonovou. Máme se s mámou velmi rády (táta už nežije), dáváme si to neverbálně najevo, ale říct si to dokážeme. Mám pocit, jako by máma měla přede mnou ostych (měl ho i táta), no a já nejsem s to ten svůj krunýř odložit. Bohužel ani vůči své dceři, takže se vůči ní musím hodně hlídat a „nutit“ se do toho, abych tu naši pupeční šňůru měkčila a udržovala ji bavlněnou. Nechci být patetická, ale jako

bych provždy měla lásku spojenou s bolestí...

Košumberk se postaral i o to, že jsem hodně háklivá na svůj osobní prostor a že mě opět v situacích, kdy jsem zlikvidovaná, bytostně vadí, pokud si někdo z rodiny vlezl do mé postele. Možná že i proto máme s mužem oddělenou ložnici, a pokud spím někde mimo svoji domácí postel, zvláště pak v nemocnicích, intuitivně si vybírám postele v rohu, abych sousedila jen s jedním, nikoli dvěma lidmi...

No a asi nejen Košumberk, ale celý ten ortopedický diskomfort do jisté míry poznamenal moji sexualitu. Např. mi trvalo dlouho, než jsem v manželství přestala být při milování strnulá a než jsem přestala cvakat zubama (občas se mi to v menší míře vrací) a dodnes se občas při gynekologické kontrole cítím, jako kdyby mě znovu obkreslovali tužkou nebo mě fotili při té kalibrované stěně. Chovám se pak jako na té protetice či při těch nahatých kontrolách – mám zavřené oči a tím pádem, když nikoho nevidím, tak tam přeci nejsem... To ale uvádím už jen jako úsměvnou perličku.



O. K.: ROZHOVOR SOMATICKÉHO LÉKAŘE S PACIENTKOU

TRAPKOVÁ L.: SLOVO ÚVODEM

Kolegyni lékařku-psychiatřičku a matku malých dětí, která shodou okolností prošla psychoterapeutickým výcvikem, postihlo neštěstí. Vážně onemocněla. Letmo se zmínila, že má nyní „řadu zkušeností se somatickými lékaři z pohledu pacienta“. Zpozorněli jsme a požádali ji, aby své zkušenosti popsala.

Kolegyni léčili kolegové. Zdá se, že zažila třeskutou nevinnost některých výroků lékařů, o kterých nepochybuje, že to mysleli dobře. Text jsem přečetla jedním dechem snad právě proto, že se XY nevyjadřuje emotivně, sama jako lékařka ovládá racionální popisný styl vyjadřování. A právě tak popisuje úzkou stezku mezi životem a smrtí s odstupem dvou let od uzdravení. Úsporně, bez naléhání poskytuje jazykovou stopu o jazyce rozhovorů mezi pacientkou a lékaři, kteří jsou tu pro ni jako vynikající odborníci, ovšem výlučně jen na biologické strádání jejího těla. To, jak matka malých dětí prožívá ohrožení života nejen svého, ale i svých dětí, neboť kdo by je pak vychoval, to už nemá odborník na tělo v popisu práce. Na strach a úzkost, na tu normální úzkost i hrůzu, nemluví se tu totiž o žádné psychopatologii, ale o normální reakci na ohrožení života, je somatický lékař stejným laikem jako jeho pacient. Mohlo by to stačit? Mohlo. Za předpokladu, že by každý lékař s každým pacientem a každodenně byl s to entuziasticky prožívat jeho lidství, neštěstí, a hlavně naději jako jeho bližní. Ne, to není možné. Žádný laik by to neunesl ze dne na den, celé roky. Určitá profesionalita, alespoň základní úroveň vzdělání i v oblasti psychoterapeutické, musí být součástí každé léčby lege artis nejen ve prospěch pacientů, ale také jako ochrana pro samotného lékaře, aby nevyhořel. Bez tohoto vzdělání je nutné považovat za vrchol vstřícnosti, když lékař pošle pacientku za psychologem. Ale cožpak lze v běžném rozhovoru s těžce nemocným oddělit strohý jazyk faktů o těle od jazyka prožívání?

ČÁST I.: SEZNAMOVÁNÍ S DIAGNÓZOU

Tento rozhovor jsem absolvovala v roli pacienta přibližně před třemi lety během hospitalizace na neurologické klinice. Hospitalizovaná jsem byla pět dní, předcházelo období několika měsíců různých neurčitých potíží (snížená imunita, bolesti hlavy, chrapot), důvodem přijetí byly asi tři týdny trvající progredující bolesti, zhoršení hybnosti levé ruky a předloktí. Na neurologii mi udělali lumbální punkci, ta byla v pořádku. Následovalo CT mediastina. Výsledky byly až odpoledne, to už nebyl

nikdo z lékařů na oddělení. V téže nemocnici jsem pracovala jako psychiatr, takže jsem měla přístup do počítače. Odpoledne jsem si tedy svůj popis CT přečetla. Byl popsán paket uzlin, suspektní lymfom. Druhý den byl státní svátek. Lékař v mém věku procházel vizitu a mě vyzval, abych ho následovala na vyšetřovnu. Tam se odehrál následující dialog.

Lékař: Tak, paní doktorko, už vám někdo řekl výsledky toho vašeho cétěčka?



Pacientka: Ne, ale mám přístup do počítače, takže jsem se tam včera podívala. Předpokládám, že mě pošlete na hematookologii a tam se domluví, co dál.

L.: A viděla jste ty snímky?

P.: Ne, ale já tam stejně nic nepoznám, mně stačil ten popis.

L.: Já bych vám ty snímky rád ukázal. Podívejte, tady vidíte to zastření...

P.: No, to bude asi ten lymfom.

L.: No, kdyby to byl jen lymfom, to by bylo ještě dobrý...

P.: Proboha, a co teda ještě?

L.: No, víte, já si myslím, že tohle je primární plicní tumor a tady ten malej stín, to bude metastáza.

P.: To ne, to nejde... já mám dvě děti...

L.: Já chápu, že jste z toho vyděšená... vůbec nevím, co bych dělal ve vaší situaci, ale je to tak. Rád bych vám řekl, že vás čeká dlouhá a nepříjemná léčba a na jejím konci uzdravení, ale bohužel... No, kdybyste chtěla nějaké léky na zklidnění nebo pohovor s psychologem, tak se ozvěte.

Tenhle kolega to v zásadě myslel dobře. Byl hrdý, že právě on indikoval to CT na velké vizitě, a tak se blýskne před primářem svou prozíravostí. Současně na něj možná dolehlo, že jsem kolegyně, navíc stejného věku, takže totéž by třeba mohlo potkat i jeho. Z jeho pohledu mi pravděpodobně poskytl empatický pohovor. Já jsem cítila hlavně vztek (ano, znám ty klasické čtyři fáze). Během následující léčby jsem se kochala představou, jak se uzdravím a vrátím do práce, a pak mu napíšu na náš intranet „děkovný“ mail.

ČÁST II.: KDYŽ SE LÉČBA NEDAŘÍ

Druhý rozhovor se odehrál o 15 měsíců později. Mezitím se potvrdila dg lymfomu, nikde v těle další ložiska nezjistili. Po sérii chemoterapií a biologické léčbě bylo ložisko zlikvidováno, bolesti zmizely, já vysadila opiáty, a když jsem se chystala vrátit do práce, objevily se poruchy rovnováhy, polykání a dvojitě vidění. Na MR mozku zjistili ložisko v oblasti prodloužené míchy. Pravděpodobně tam bylo od začátku, ale nikdo mi mozek nevyšetřil, protože můj typ lymfomu s CNS běžně nemá spojitost. No prostě doktor musí stonat atypicky. Následovalo několik chemoterapií intrathekálně (lumbální punkcí) a celkově. Přes počáteční pochybnosti lékařů léčba postupovala dobře – lymfom se zmenšoval a mně bylo líp – chodila jsem s oporou hole, už jsem zase mohla číst i celkem slušně polykat. Hematookologové měli v plánu

zakončit léčbu autologní transplantací kostní dřeně. Tady jsme uvízli na mrtvém bodě, protože se u mě nedařilo vypěstovat dostatek kmenových buněk potřebný k odběru. Následující dialog se odehrál v ordinaci mé hematookoložky po druhém neúspěšném pokusu o odběr.

L.: Tak, pojdte dál...

P.: Dobrý den... tak se mi to zase nepovedlo, co?

L.: To se nemusíte omlouvat, to není vaše chyba.

P.: A co teď se mnou dál?

L.: No, paní doktorko, nad tím tady dneska už od rána dumám a nevím. No, tak si řekněte sama, jestli chcete to ozařování.

P.: No jestli řeknete, že mi to pomůže, tak to samozřejmě podstoupím... já



tomu nerozumím... a co tedy myslíte, že jiného ještě...

L.: (krčí rameny)

P.: A co teda ten odběr kostní dřeně, na oddělení říkali, že by se to dalo zkusit ještě postaru...

L.: To bych ráda věděla, kdo vám to říkal. Dneska jsme se o tom radili na hlášení a primář to zavrhl... máte tu dřev zřejmě vychudlou a stejně by se nesklidilo dost.

P.: No dobře, ale ještě přece jsou další možnosti... tu chemoterapii do páteřního kanálu snáším dobře i ten metotrexát celkově...

L.: No, ten metotrexát celkově už vám dát nemůžem, po té poslední dávce jste měla zničené trombocyty, to bysme vás zlikvidovali, a intratekálně, to má také svá rizika, a podívejte se na svou ruku, ta taky ještě není nic moc.

P.: Paní doktorko, já mám čím dál tím větší strach... já tady ale potřebuju být... ještě aspoň 10 let... o děti se postarat.

L.: To vám slíbit nemůžu... Podívejte, jste inteligentní žena, lékařka, takže si uvědomte, že na počátku byl lymfom v mediastinu, to ložisko nebylo zrovna malé, zaléčili jsme ho poměrně intenzivně, a přesto pár měsíců po léčbě se objevilo nové ložisko... samozřejmě se může stát, že to zmizí a už se nic nového neobjeví...

P.: Jo, a taky můžu během pár měsíců umřít.

L.: No, to taky. Podívejte, já úplně cítím tu vaši úzkost a úplně vidím ty malé děti, ale mám pocit, že jste si to tou vaší úzkostí sama přivolala.

P.: Aha. No tak co tedy se mnou? Takže ozařování?

L.: No, ještě padá v úvahu ten proton, jak se o něm teď mluví, ale to můžou indikovat jen onkologové, tak se jich zeptejte. Já vám teď napíšu doporučení na onkologii, vy si tam zajděte a domluvte se. A až budete mít po ozařování, tak se zase objednejte ke mně na kontrolu.

Po tomhle rozhovoru jsem se cítila úplně pod psa. Poprvé za dobu své nemoci jsem uvažovala, jaké bude asi umírání, jak to udělat, abych tím rodinu moc nezatížila, jak to vysvětlím dětem a jestli vůbec po smrti něco je. Na onkologii mi udělali kontrolní MR mozku, kde už byla v místě ložiska jen jizva. Tím jsem měla i menší počet ozařovacích dnů a je to už téměř dva roky a já jsem bez recidivy. Na tenhle rozhovor jsem ale dlouho vzpomínala, zejména ve chvílích, kdy mi bylo špatně.

Musím říct, že na hematoonkologii mi hodně pomohli. Na tuto lékařku si také nemůžu stěžovat, i když je pravda, že po tomhle rozhovoru jsem se ještě rok bála se jí na cokoliv zeptat. Celý rozhovor zřejmě souvisel s lékařčíným pocitem bezmoci a také viny. Byla jsem kolegyně a ona nepomyslela na možnost, že mám ložisko lymfomu v mozku. (Já ji z toho neobviňovala, nenapadlo to nikoho.) Když se navíc nedařil odběr kostní dřeně, dostala jsem se do role obtížného pacienta. Teď už se na mě zase na kontrolách usmívá a chválí mě za mé pokroky.

Popsala jsem dvě negativní zkušenosti ze své léčby. Šlo o situace, kdy somatický lékař jednal s pocitem, že činí to nejlepší, co může. Rozhodně nešlo o lékaře lhostejné nebo vyhořelé. Ve hře byla řada emocí, kterých si oni nebyli vědomi.



ČÁST III.: POZITIVNÍ ZKUŠENOSTI

Samořejmě mám i dobré zkušenosti. Uvedu také dvě. Obě jsou situace z období, kdy se projevilo naplno ložisko lymfomu v prodloužené míše. Já ležela na hematologii, dostávala jsem chemoterapii intratekálně i celkově a bylo mi nevýslovně blbě. Nemohla jsem chodit, prakticky jsem neviděla. Nejhorší bylo, že lékaři mě brali jako kolegyni, které nemá smysl nic zatajovat, takže přede mnou volně ventilovali své nejistoty ohledně prognózy. Protože nebylo možné biopticky potvrdit charakter ložiska a v liquoru se žádné buňky nenašly, nasadili mi chemoterapii v podstatě „naslepo“ a čekali, jestli to zabere. Jedna z lékařek přede mnou utrousila, že „to rychle narostlo, takže jestli to rychle nezareaguje na léčbu...“ Následně se mě různí lékaři několikrát během dne přišli zeptat, jestli už ty neurologické příznaky ustupují. Příznaky neustupovaly a má úzkost narůstala. Jakmile někdo strčil hlavu do dveří, měla jsem chuť na něj zařvat, ať mi dají, proboha, trochu času. Pak byla velká vizita a přednosta oddělení mi klidně vysvětlil, že můj lymfom se bohužel zachoval atypicky a kromě ložiska v mediastinu vytvořil i ložisko v mozku. Není jasné, které bylo primární. Léčba, kterou jsem dostávala, byla cílená na ložisko v mediastinu, a také ho úspěšně zlikvidovala. Na ložisko v CNS nebyla dostačující. Takovou léčbu ale právě dostávám. Vzhledem k tomu, že ložisko v mediastinu dobře zareagovalo na

chemoterapii, dá se očekávat, že stejně úspěšná bude léčba i na ložisko v CNS. Zeptala jsem se, kdy můžu pocítit nějakou změnu k lepšímu. Odpověděl, že to je různé. Někdy už po týdnu, ale metotrexát sám může provokovat mozečkový syndrom, takže může nastat i mírné zhoršení rovnováhy. Jak léčba zabírá, se tedy ukáže hlavně na magnetické rezonanci, kterou mi udělají tři týdny po první chemoterapii. Možná projevoval větší sebejistotu, než jakou cítil, ale mě to hodně uklidnilo. Patrně i ostatní lékaře, protože na mě přestali dotírat. Já jsem následující den s překvapením zjistila, že líp vidím. Za dva dny jsem se s oporou došourala na záchod. Víím, že ti „dotírající“ lékaři to mysleli dobře. Já ale vnímala jejich nejistotu a úzkost, a to nebylo dobré.

V těchto dnech na jednu z večerních vizit přišla lékařka přibližně v mém věku, kterou jsem do té doby neregistrovala. Už ze zvyku jsem zpočátku odpovídala krátce, a hlavně jsem se na nic neptala, abych se zase nedozvěděla něco, co nepotřebuju slyšet. Lékařka se ale tvářila úplně klidně, nevrhala na mě soucitné pohledy, přestože projevila znalost mé situace. Sedla si ke mně a vyprávěla mi o tom, že se sama před pár lety léčila onkologicky, měla malé děti a bála se, co s nimi bude. Před ní jsem mohla projevit svou úzkost, protože jsem věděla, že ona to vydrží. Zároveň byla dokladem toho, že i takové onemocnění se dá přežít.



IRMIŠ F.: JE TO LEPŠÍ?

Jsou nemoci, které se nemohou přesně hodnotit objektivně, jako např. teplota, a tak se kontrola u pacientova lůžka opírá o každodenní výpověď. Řekne-li pacient, že je mu lépe, neznamená to, že se cítí dobře. Řekne-li, že potíže trvají, neznamená to, že se nezlepšil. Není vžitě udávat alespoň kvantitativní rozsah zlepšení a zhoršení v procentech, což pacient zhruba umí odhadnout ve vztahu k době největších a nejmenších potíží. Někdy může být však odpověď na otázku, zda se pacient zlepšil, doslova vydobytá.

Ležel jsem jednou s pacientem, který trpěl 15 let občasnými křečemi jícnu, jež se na několik minut denně opakovaly. Nemoc spíše nepříjemná než vážná, která se začala častěji projevovat poté, co se před dvěma lety pacient rozvedl. Šlo o osobu velice váženou a známou v jednom větším městě, kde se mu lékaři s náležitou pečlivostí a úctou věnovali. Rozhodl se však odjet na neurologickou kliniku do Prahy, aby dosáhl efektivnější léčby a dozvěděl se něco nového. Zde dostal Bellaspon 3 × 1 tabletu denně. Pacient již 14 dní na každodenní stereotypní otázku lékaře při vizitě, zda je to lepší, odpovídal vždy stejnou odpovědí: „Je to stejné.“ Křeče dostával pravidelně každý den. Třetí týden se při

vizitě otázka lékaře nepatrně změnila na: „Je to trochu lepší?“ A pacient odpověděl: „Není to trochu lepší.“ Čtvrtý týden pak otázky zněly již sugestivněji: „No, alespoň trochu je to lepší.“ Čemuž se pacient zjevně bránil a v skrytu duše očekával, že mu změní terapii. Nastal pátý týden, doba, kdy již byl na klinice poměrně delší dobu, pro hospitalizaci dostačující. A tak otázka zněla: „No přece alespoň trošičku je to lepší, že jo.“ Tentokrát pacient zjevně zaváhal, trochu znervózněl, rezignoval, čehož později litoval. A s určitými rozpaky odpověděl: „No trošičku.“ Tak vás zítra propustíme, zněla okamžitá odpověď lékaře. V závěru propouštěcí zprávy se pak objeví: pacient zlepšen. Nemocný přijde k obvodnímu lékaři ve svém městě: „Tak jste se na klinice zlepšil,“ uvítá ho lékař po přečtení zprávy, a pak dodá: „Až se zhoršíte, můžete za nimi opět zajet.“ A již zaznívá nejistota a nejasnost. Při cestě domů citlivý pacient ucítil svoje potíže v míře nebývalé.

Zkrácený článek pro PsychoSom, jako ukázka z monografie: Felix Irmíš. Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou, Galén 2014.



TEORIE



BURIAN J.: MYSL A MODELY

SOUHRN: BURIAN J.: MYSL A MODELY, PSYCHOSOM 2015; 13 (1), s. 35-58

Cílem tohoto článku je metodologický rozbor předpokladů, které používáme, když přemýšlíme o pojmech jako mysl, myšlení, vědomí, poznávání a zkušenost. V první části ukážeme, za jakých předpokladů má smysl chápat mysl jako proces, který je možno popsat formálním modelem a kde jsou meze modelování. V druhé části se zaměříme na alternativní metodologické přístupy, které umožňují poznávat mysl, resp. zkušenost nikoliv pomocí formálních modelů, ale reflexivním nepojmovým poznáváním, které budeme označovat jako vhled.

KLÍČOVÁ SLOVA: metodologie vědy, kognitivní věda, formální modely, mind-body problem, vhled



ABSTRACT: BURIAN J.: MIND AND MODELS, PSYCHOSOM 2015; 13 (1), PP. 35-58

This article deals with methodological assumptions we use when thinking about such concepts as mind, thinking, consciousness, cognition and experience. The first part describes assumptions under which we can formally model the mind as process and where are the limits of such formal descriptions. The second part describes alternative methodological approaches enabling us to understand mind not by means of formal models, but through reflexive non-conceptual understanding called insight.

KEYWORDS: methodology of science, cognitive science, formal models, mind-body problem, insight

ÚVOD

V kognitivní vědě hraje sebereflexe a subjektivita dosti pozoruhodnou roli. Na jedné straně je skryta v pozadí téměř všeho, o čem se v kognitivních vědách mluví – skryta proto, že badatelé ve snaze vyhovět požadavku objektivity poznání, který je jedním z hlavních postulátů moderní přírodovědy, neradi zdůrazňují intuitivní původ svých pojmů, problémů a hypotéz. Na druhé straně jsou to právě kognitivní vědy – a doložitelně umělá inteligence – které nastolily problém já jako relevantní výzkumné téma

Ivan M. Havel (2001)

Cílem tohoto článku je metodologický rozbor předpokladů, které používáme, když přemýšlíme o pojmech jako mysl, myšlení, vědomí, poznávání a zkušenost. Konkrétně ukážeme, za jakých předpokladů má smysl chápat mysl jako proces, který je možno popsat formálním modelem a kde jsou meze modelování. V první části, v kapitole o tradičních modelech mysli, se soustředíme na formální analýzu poznávacích procesů z hlediska 3. osoby, tj. budeme popisovat poznávací procesy z hlediska vědce, který se snaží o objektivní popis. Tato

kapitola bude zajímavá zejména pro odborníky na umělou inteligenci. V druhé části článku se soustředíme na poznávání z hlediska 1. osoby, tj. na reflexivní zkušenost. Zaměříme se zejména na alternativní metodologické přístupy, které umožňují poznávat mysl, resp. zkušenost, nikoliv pomocí formálních modelů, ale nepojmovým poznáváním, které budeme označovat jako vhled. Tato kapitola bude zajímavá zejména pro filosofy, ale i pro psychoterapeuty a pedagogy.

POJMY

Nejprve definujme pojmy, které budeme používat. Vyjdeme z pojmu zkušenost¹. Zkušeností (experience) nebudeme chá-

pat pouze zapamatovanou znalost či dovednost, ale celé spektrum aktuálního zakoušení nebo prožívání – jde o veškeré poznávací procesy jako je smyslové vnímání, pojmové myšlení, pocity a emoce, chtění a záměry a další (sebe)reflexivní procesy jako uvědomování, zaměřování a udržování

¹ V (Burian, 2004) a (Burian, 2007) jsem ve stejném významu, jako zde používám pojem zkušenost, používal pojem poznávání.



pozornosti apod. Aktuální zkušenost je ale vždy ovlivňována zkušeností minulou. Pozorujeme, že zkušenost se většinou řídí nějakými více či méně stabilními pravidly, která vznikla interakcí vrozených dispozic a v průběhu života získaných návyků. Nebudeme však předpokládat, že tyto zákonitosti se nemohou měnit. Zkušenost tedy zůstává otevřená k libovolně hluboké proměně. Proměnu zkušenosti dosahovanou pomocí reflexe, tj. pomocí pozorování sebe sama, budeme nazývat transformace. Nebudeme dále předpokládat, že existují nějaké předem dané meze normální zkušenosti, a že překročení těchto mezí musí nutně znamenat zkušenost patologickou.

Pojem vědomí (consciousness) má specifický význam v medicíně, kde označuje stav pacienta, který dokáže reagovat na podněty jinak než čistě reflexivně, anebo i když schopen reakce není (např. při vážném ochrnutí), je schopen si podněty zapamatovat a později reprodukovat. Ve filosofii označuje vědomí v podstatě zkušenost s důrazem na subjektivní prožívání v 1. osobě. Vědomí má kvalitativní a intimní, obtížně sdělitelnou povahu. V materialistickém či fyzikalistickém kontextu (viz níže metafyzický realismus) existuje tendence postulovat kauzální závislost vědomí na objektivně existujícím vnějším (external) fyzickém světě. Fenomenologicky založení myslí-

telé mají spíše tendenci chápat fyzický svět jako druh vědomé zkušenosti a fyzikální zákony někdy chápou jako odvozené od zákonitostí smyslového poznávání.

Mysl (mind) je pojem, který nemá jasnou definici, resp. má mnoho různých definic. Všeobecně jako mysl chápeme souhrn a podklad poznávacích procesů. Někdy je tento termín používán jako synonymum k pojmu vědomí, pak bývá často zdůrazňována subjektivní povaha myslí a problém jejího vztahu k objektivnímu fyzickému tělu (mind-body problem). Někdy je význam pojmu mysl širší než vědomí a zahrnuje i nevědomé či podvědomé procesy. Tradiční kognitivní věda, chápe mysl velmi specificky jako soubor procesů pojmového (konceptuálního) myšlení, kde pojmy jsou reprezentace objektivního světa, které je možno označit symboly a pojmové myšlení pak redukovat na logické operace se symboly.

Pojem vědomí i mysl jsou zatíženy řadou různých interpretací a v tomto článku je budeme používat pouze v kontextu teorií, které s těmito pojmy pracují. Ve zbytku článku budeme pracovat s pojmem zkušenost. Často budeme také pracovat s pojmem poznávání (cognition). Význam tohoto termínu v rámci různých paradigmat kognitivní vědy probereme blíže v kapitole o tradičních modelech myslí.

ZMĚNA PARADIGMATU

Věda je proces, na kterém participují vědci. Vědci jsou poznávající agenti. Vědci shromažďují údaje vzniklé na základě pozorování přirozených či experimentálně iniciovaných dějů. Vědci tvoří teorie, ze kterých se dají vyvodit potenciálně vyvratitelné předpovědi.

Vědci vzájemně diskutují (posuzují, ověřují) výsledky pozorování i teorie. Pozorování, shromažďování a zpracování údajů, tvorba teorií i vědecký diskurz jsou pro každého vědce složky zkušenosti. Věda je tedy pro každého vědce zkoumáním zkušenosti.



Naprostá většina naší běžné každodenní zkušenosti je slučitelná s předpoklady tzv. metafyzického realismu. Metafyzický realismus předpokládá, že existuje objektivní, na zkušenosti nezávislá, realita², a že zkušenost, zejména pokud je korigována vzájemným diskurzem, je relativně přesnou, i když ne třeba úplnou, reprezentací objektivní reality.

Objektivní realita je tvořena fyzikálními strukturami a zákonitostmi jejich vývoje (fyzikálními zákony). Tyto struktury a zákonitosti jsou poznatelné pomocí pozorování a to je převoditelné na pojmové myšlení, které je zase formálně popsitelné a dá se (alespoň v principu) modelovat pomocí počítače. Metafyzický realismus je v souladu s lidovou psychologií mající kořeny v západním

² Existuje řada objektivistických metafyzik idealistických, které však nepostulují objektivní realitu, tj. věčnost, ale nějakou objektivní podstatu duchovní – Bůh, Já, absolutní duch, prvotní hybatel, Idea Dobra, Átman apod.

TRADIČNÍ MODELY MYSLI A JEJICH OMEZENÍ

Každá historická epocha používala k popisu fungování mysli více či méně přiléhavé metafory, většinou odvozené od v té době nejsložitějších strojů. Mysl tak byla v historii přirovnávána např. ke katapultu, mlýnu, hodinovému mechanismu, hydraulickému systému, telegrafní či telefonní centrále a nejnověji k počítači. Přestože počítačová metafora je velmi praktická, je možné, že v budoucnosti bude tato metafora stejně úsměvná, jako je dnes metafora katapultu či mlýnu.

(euro-americkém) světonázoru. Toto metafyzické paradigma je zároveň v souladu s většinou vědeckého výzkumu, zejména nijak nebrání pragmatické aplikaci získaného poznání a tvorbě konkrétních technologií.

Historie vědy však ukazuje, že velké změny paradigmatu nastávají právě v situaci, kdy se zdá, že jsou všechny fundamentální problémy vyřešeny a zbývá jen několik „drobností“, které je třeba „dovysvětlit“. Podobně tomu bylo i na přelomu 19. a 20. století. Newtonovskou fyziku, která uspokojivě vysvětlovala naprostou většinu běžně pozorovaných jevů, bylo nutno zasadit do širšího rámce teorie relativity a kvantové mechaniky, aby bylo možno vysvětlit takové jevy jako je chování černého tělesa či nepřekročitelná rychlost světla. Pro současnou vědu by takovým problémem mohla být existence procesů, které nelze formálně popsat, modelovat pomocí počítače a pochopit pojmovým myšlením.

Připomeňme v krátkosti jaké modely mysli, resp. poznávacích procesů, má současná kognitivní věda k dispozici³.

KOGNITIVISTICKÉ A KONEKCIONISTICKÉ PARADIGMA

Matematici a logici jako Alan Turing, John von Neumann či Alonzo Church, kteří ve 30. a 40. letech navrhovali první formální modely počítačů, se inspirovali vlastními zkušenostmi s řešením logických

³ Podrobněji je z hlediska teorie informace toto téma zpracováno v (Burian, 2005a).



problémů. Navrhovali modely, které napodobovaly způsob, jakým oni řešili logické problémy. Proto jsou počítače, tj. zařízení výpočetně ekvivalentní univerzálnímu Turingovu stroji (UTM)⁴, vlastně stroje na automatické operace se sekvencemi symbolů.

Jaká jsou omezení počítačové metafory a současného vědeckého popisu vůbec?

Každý popis je z formálního hlediska sekvence symbolů. Symboly jsou vybírány z nějaké abecedy, které má minimálně dva prvky, např. 0 a 1. Pokud si věda klade ambice popsat tu složku zkušenosti, kterou nazýváme fyzikální realita, pak tím tvrdí, že fyzikální realita je převoditelná na sekvence symbolů. Nemáme ovšem zaručeno, že existuje algoritmus, který dokáže generovat všechny takové sekvence, které popisují stavy fyzikální reality. Teprve pokud by takový algoritmus existoval, znamenalo by to, že fyzikální realita je tzv. spočetná, tj. v principu plně modelovatelná počítačem.

Vědecký popis má většinou formu teorie. Teorie je soubor formulí, což jsou takové sekvence symbolů, u kterých je možno určit logickou pravdivostní hodnotu. K teorii musí být přiřazen soubor logických pravidel určujících, jakým způsobem budou symboly tvořící stávající formule převedeny na nové formule (proces logického odvozování, inferen- ce). Teorie by měly mít některé základní vlastnosti, zejména by měly být logicky konzistentní, tj. z předpokladů by měly jít pomocí pravidel logické inferen- ce odvodit pouze závěry, které nejsou logicky sporné. Tyto závěry by dále měly být interpretovatelné jako předpovědi, které jsou potenciálně vyvrátitelné a dají

⁴ Samozřejmě u reálných počítačů nepředpokládáme, na rozdíl od Turingova, stroje nekonečnou paměť.

se testovat pomocí pozorování a experimentů. Model je takové ohodnocení proměnných nějaké teorie, při kterém každá formule této teorie bude pravdivá.

Pokud je tedy teorií to, že mysl je možno modelovat pomocí Turingova stroje, teorií myslí je definice Turingova stroje. Modelem jsou pak konkrétní vstupní a výstupní abeceda, množina stavů a přechodová pravidla, která budou převádět počáteční sekvenci symbolů na pásce (nebo množinu přípustných sekvencí) na koncové sekvence symbolů. Chování stroje by mělo v nějaké interpretaci odpovídat buď empirickému pozorování v případě modelů přirozených organismů, nebo nějakému požadovanému výsledku v případě prakticky zaměřených technologií.

Tento přístup k modelování poznávacích procesů byl přímou inspirací tzv. kognitivistickému paradigmatu kognitivní vědy. V tomto paradigmatu jsou symboly přiřaditelné pojmům. Pojmy jsou pak reprezentace konkrétních (extenze) či obecných (intenze) prvků objektivní reality a vztahů mezi nimi. Pojmy můžeme formálně interpretovat jako pozorovatelné pravděpodobnostní veličiny, které mohou nabývat různých hodnot a definují stavový prostor systému. Vztahy mezi pojmy můžeme chápat jako statistické závislosti, a k popisu operací se symboly pak můžeme použít teorii informace.

Konekcionistické paradigma je někdy stavěno do ostrého protikladu k paradigmatu kognitivistickému. Konekcionismus je inspirován výzkumem fyziologie poznávacích procesů v živých organismech. Konekcionismus modeluje poznávání jako dynamický vzorec interakcí ve složité síti složené z relativně jednoduchých prvků a jejich vztahů (např. neuronová síť). Prvky této sítě lze chápat jako symboly, ale těmito symbo-



lům již nelze přiřadit konkrétní pojmy reprezentující objekty⁵. Jako reprezentaci objektivní reality je však možno chápat celkový stav konekcionistického systému.

Konekcionismus a kognitivismus však k sobě mají blízko, protože i paralelní interakce prvků v konekcionistické síti lze modelovat jediným klasickým počítačem⁶.

V obou těchto paradigmatech lze dokonce modelovat i mysl přemýšlející o modelech myšlení. Stačí si uvědomit, že univerzální Turingův stroj může emulovat jiné univerzální Turingovy stroje. Co však možné není, je dokonalé modelování přímé reflexe myšlení, kdy

⁵ Konekcionistické paradigma bývá někdy označováno také jako subsymbolické paradigma. To je v pořádku pokud ztotožňujeme symboly a pojmy, v tomto textu ale symboly a pojmy rozlišujeme, takže správnější by bylo označení subkonceptuální paradigma.

⁶ Model konekcionistického systému běžící na jednom počítači bude samozřejmě mnohem pomalejší, než kdyby každý prvek tohoto systému představoval jeden počítač.

mysl přemýšlí sama o sobě. To by odpovídalo situaci, kdy na vstupu UTM je jeho vlastní kód, který má na vstupu svůj vlastní kód atd. a došlo by k zacyklení. Ze zkušenosti víme, že dokážeme více či méně dokonale pojmově přemýšlet o svém myšlení. Na to by se dalo namítnout, že pojmová reflexe nikdy není dokonalá, nikdy nenazíráme dokonale přesně, že přemýšlíme o tom, jak myslíme, že myslíme atd. Na vstupu onoho UTM modelujícího reflektující mysl by tedy mohly být jen zjednodušené či částečné modely tohoto UTM.

Závažnější problém je, zda pojmové myšlení vůbec může být formou reflexe, zda se nejedná pouze o konstrukci pojmových struktur. Ze zkušenosti víme, že o procesech probíhajících v naší zkušenosti nemusíme pojmově přemýšlet, ale můžeme je prostě jen pozorovat. V dalších kapitolách budeme řešit právě otázku, zda je možné toto reflexivní nepojmové pozorování formálně modelovat a pokud nikoliv, zda může přinášet kvalitativně jiné poznatky než pojmové myšlení.

ENAKTIVNÍ PŘÍSTUP – HLEDISKO 3. OSOBY

Jako třetí paradigma kognitivní vědy bývá někdy označován tzv. enaktivní (zjednávací⁷) přístup (Varela et. al., 1991). Tento přístup vychází z konstruktivistických proudů v kybernetice (součást širokého proudu tzv. second-order cybernetics). V tomto přístupu není poznávání chápáno jako pasivní reprezentace objektivního světa, ale jako aktivní proces interakce mezi poznávajícím agentem (např. organismus,

robot apod.) a poznávaným prostředím. Agent je charakterizován jako autonomní (řídí sám sebe), situovaný (vždy v kontextu nějakého prostředí) a vtělený (embodiment, agent má tělo, které mu umožňuje interakci s prostředím). V různých kontextech bývají zdůrazňovány odlišné charakteristiky, my se zaměříme zejména na vtělenost⁸.

⁷ Autorem českého překladu pojmu *enaction* jako zjednávání je I.M.Havel.

⁸ Jiným komplementárním přístupem je např. rozbor možností jak chápat kognitivní procesy u autonomních agentů jako samoorganizaci (Burian, 2006).



Enaktivní poznávání můžeme chápat ve dvou odlišných kontextech. Jednak můžeme interakci mezi poznávajícím agentem a prostředím popisovat v roli pozorovatele (observer) ve 3. osobě. Např. vědec pozoruje pomocí přístrojů poznávací procesy u nějakého organismu či umělého agenta. Za druhé poznávajícím agentem může být sám pozorovatel v 1. osobě. Laskavý/á čtenář/ka tohoto textu, může např. právě nyní zkusit pozorovat způsob, jakým jeho oči sledují text. Zjistí patrně, že oči se nepohybují plynule, ale trhaně, že nečte jednotlivá písmena, ale celá slova, či sousloví atd.

Ve 3. i v 1. osobě jde o zkušenost pozorovatele. V prvním případě jde o zkušenost pozorování poznávacího procesu, v druhém o zkušenost reflexe poznávacího procesu. Mezi perspektivou 1. a 3. osoby je možná interakce (viz např. Varela, 1996), avšak pokud nejsou tyto dva kontexty jasně odlišeny, dochází k omylům a nejasnostem.

V této kapitole se budeme zabývat *enaktivním poznáváním* ve 3. osobě, v další kapitole pak reflexivním poznáváním v 1. osobě.

Z hlediska enaktivního přístupu poznávací procesy aktivně působí na prostředí, tj. pro pozorovaného agenta neexistuje žádná objektivní realita nezávislá na jeho poznávání⁹. Avšak z hlediska pozoro-

rovatele – vědce je stále možné objektivní realitu nezávislou na jeho zkušenosti předpokládat

Hlavní inspirací enaktivního přístupu je výzkum adaptace agenta na prostředí. V praxi často není možné analyticky určit, které konfigurace agenta mohou efektivně řešit adaptaci na neustále zpětnovazebně se měnící prostředí, ať už reálné nebo i složité virtuální. Jedinou cestou je nechat agenta s prostředím interagovat, „žít“ v prostředí a adaptovat se na základě této interakce.

Vtělení se nemusí vylučovat s kognitivistickým a konekcionistickým přístupem. V první řadě je možné enaktivní přístup aplikovat i k popisu interakce počítačem simulovaného agenta v simulovaném prostředí. Jde většinou o různé multiagentní modely, nebo o softwarové multiagentní systémy. Ale i většina současných aplikací vtělených systémů v reálném prostředí je kombinací enaktivního přístupu a kognitivismu či konekcionismu. Ve skutečném prostředí se pak pracuje zejména se senzomotorickou koordinací. Roboti řízení klasickým počítačem nebo umělou

navzájem nezávislé, že změna způsobená uložením dat o poznávaném objektu nebude na tento objekt zpětně působit. Dá se ukázat, že tento předpoklad, je principiálně nesplnitelný, že objekty od sebe nelze absolutně izolovat. Ve většině praktických případů, je však vliv ukládání dat o poznávaném objektu na poznávaný objekt tak malý, že se dá zanedbat. Výjimkou je poznávání mikroskopických objektů, kde objekty, kterými je poznávání (měření) prováděno, jsou opět mikroskopické objekty. Interakce mezi nimi, která vede k uložením dat o poznávaném, je natolik silná, že nezanedbatelně mění stav poznávaného mikroskopického objektu.

Ovšem i v makroskopickém světě můžeme zkonstruovat podobný jev – představme si, že máme se zavázanýma očima rozpoznat obrazec načrtnutý před námi v jemném písku. Pomocí hmatu sice poznáváme zhruba, o jaký obrazec jde, ale zároveň původní podobu obrazec narušujeme.

⁹ Výsledek poznávání musí být někde uložen, takže i když předpokládáme, že se nemění poznávané objekty (tj. poznávané části objektivní reality), musí se v důsledku poznávání, skrze řadu interakcí, měnit objektivní realita někde jinde. Tuto změnu označíme jako data o poznávaném objektu. Použití pojmu informace v tomto kontextu by bylo nepřesné (viz Burian, 2005a)

Pokud bychom chtěli trvat na předpokladu, že poznávání nemění objekty, pak musíme předpokládat, že objekty, jsou



neuronovou sítí (často simulovanou klasickým počítačem) se učí pohybovat ve složitém terénu, komunikovat s dalšími roboty, apod. Enaktivní přístup však neznamená, že pouze připojíme kognitivního agenta na jedné straně k senzörům, na druhé k motorice a navrhne systém jejich vazeb, byť sofistikovaný, ale v zásadě pevně daný.

Míra adaptace agenta na prostředí závisí na míře vtělení agenta. Míra vtělení výše zmíněných systémů je omezená, neboť počítačem řízené systémy jsou vždy omezeny nějakými základními prvky designu, základní sadou instrukcí, apod. U formálních modelů jako je Turingův stroj je tímto omezením nutnost určit pevně danou abecedu symbolů, stavy,

přechodové funkce atd. U agentů fungujících ve skutečném prostředí jsou tato omezení realizována ve formě hardware. Většinu hardware není možné měnit, jinak by takový agent přestal fungovat. Jinými slovy hardware nedokáže plně interagovat s prostředím. Agent je tedy vtělen jen do jisté míry, jelikož *tělem agenta je v enaktivním paradigmatu chápáno to, co umožňuje interakci s prostředím*¹⁰. Na úrovni základních prvků existuje tedy pevně definovaná hranice, která odděluje podstatnou část agenta od prostředí. Toto omezené vtělení budeme označovat jako uzavřené.

¹⁰ Zvýraznil red.

OTEVŘENÉ AGENTY

Zkrátka své životy nemůžeme vypočítat – my je žijeme. A pomocí příběhů přikládáme našim činům závislým na kontextu smysl. My autonomní agenti.

Stuart Kauffman (2004)

Pokud myšlenku vtělenosti poznávání dovedeme do důsledků, poznávající agent může být vtělen do té míry plně, že se celý stává součástí prostředí, které proměňuje. Může tedy proměňovat i sám sebe. Taková míra vtělení znamená, že nelze oddělovat působení prostředí na agenta např. ve formě senzörických vstupů a aktivního působení agenta na prostředí např. ve formě motorické. *Interakce mezi agentem a prostředím je vždy zároveň i aktivní sebemodifikací či sebevytvářením* (autopoiesis – viz např. Maturana, 2002; Maturana & Varela 1987). Tato sebemodifikace přitom není principiálně nijak omezena, může se rozvíjet například (vtěleným) evolučním procesem.

Systém může rozvíjet i svoji schopnost ovlivňovat prostředí a tím schopnost sebemodifikace zdokonalovat. Proto

není předem určeno, jaké jsou hranice poznávajícího systému, respektive co vlastně je poznávající systém a co už je prostředí. Plná vtělenost systému umožňuje opustit předpoklad existence pevně definovaných hranic systému. Toto plné vtělení budeme označovat jako otevřené. Poznamenejme, že uzavřenost a otevřenost u vtělených agentů znamená něco jiného než uzavřenost a otevřenost systémů v termodynamice.

Mohou existovat simulované otevřené agenty v simulovaném prostředí – simulované prostředí je sice vždy nějakým způsobem uzavřeno, ale interakce agenta s prostředím může být v rámci těchto omezení navržena jako otevřená, tj. agent je plně součástí prostředí a plně v něm modifikovatelný. Příkladem takových systémů jsou některé modely umělého života jako je Tierra, kde každá



část prostředí může být alespoň potenciálně částí těla agenta a těla agentů tvoří prostředí pro sebe navzájem. V dalším textu budeme ale pod pojmem otevřený agent rozumět otevřené vtělené agenty v reálném prostředí.

V současnosti neexistuje žádný umělý otevřený agent. Přesto si dokážeme do jisté míry takového agenta představit. Nejjednodušší formou sebemodifikace je sebereprodukce spojená s jistou mírou mutací. Už John von Neumann se pokoušel v 60. letech navrhnout vesmírnou sondu, která by z nalezeného materiálu stavěla vlastní kopie. Přestože plně sebereprodukující umělý agent nebyl dosud zkonstruován, je jisté v principu možné ho sestavit a pravděpodobně k tomu dojde v blízké budoucnosti. Existují dva základní směry jak takové agenty konstruovat. První je klasický – agent bude mít podobu robota řízeného počítačem. Druhý směr je zajímavější, je inspirován potřebou biotechnologického průmyslu automatizovat výrobu složitých molekul. Objevuje se poptávka po nanotechnologických zařízeních o velikostech virů nebo buněk, které budou schopny skládat (assemble) složité molekuly. Aby však tato zařízení dosahovala rozumné produktivity, je třeba jich nejprve zkonstruovat obrovské množství. Jediný efektivní způsob je patrně sebereprodukce.

Přestože jsme se zatím bavili pouze o sebereprodukci nikoliv o mutaci, je zřejmé, že není zásadní problém umožnit při reprodukci jistou míru volnosti v konstrukci nového agenta. Na molekulární úrovni se patrně mutacím nebude ani možno vyhnout. Mutace spolu s nějakým typem selekce (ať už přirozené či umělé) povede k evoluci.

Všechny lidské technologie mají daný nějaký konstrukční plán, který umožňuje pojmově zachytit charakteristiky podstatné pro fungování této technologie. Každá technologie má na začátku daný nějaký účel, k něčemu ji chceme používat. Schopnost plnit tento účel určuje, zda jsme s technologií spokojeni či nikoliv. Pokud nikoliv, snažíme se ji nahradit jinou technologií. Schopnost plnit účel tvoří další pojmově uchopitelnou dimenzi, kterou můžeme chápat analogicky k fitness (míra přizpůsobení) živého organismu. Avšak živé organismy nemají žádný předem daný účel kromě adaptace a přežití, a proto se i charakteristiky, které určují jejich fitness, mohou měnit. Molekulární sebemodifikující se agenty, přestože jejich vznik byl iniciován uměle, se v podstatě začínají podobat živým organismům. Zejména pokud se vymknou kontrole, pokud přestanou plnit lidmi určené účely. Dokonce je možné spekulovat o tom, že tyto agenty mohou mít (nebo v průběhu evoluce získat) ještě vyšší sebe-modifikační schopnosti než živé organismy vzniklé přirozenou evolucí a mohou se tak s jistou nadsázkou stát „živější než živé“.

Živé organismy, pokud je chápeme v evoluční perspektivě, jsou příklady otevřených agentů¹¹. Stuart Kauffman

¹¹ Jako další příklad uveďme hru NOMIC od Petera Subera (1990). NOMIC je hra imitující vznik legislativy. Na začátku máme sadu pravidel, které určují jak hrát nějakou hru, ale zároveň určují, jak měnit tuto sadu pravidel. Pravidla je možné měnit zcela libovolně – na začátku je určeno, že se rozhoduje demokraticky, ale to se může změnit. Stejně tak se může změnit cíl hry, nebo může být hra zcela zrušena. Může být dokonce zrušeno i první pravidlo – že je nutno se řídit dle pravidel – hráči pak ovšem dostanou, co chtěli. Přestože na první pohled vypadá tato hra jako formální systém pravidel, jejich sémantika vyžaduje lidské porozumění i aktivitu – tj. otevřené vtělení



(2004) spekuluje o tom, že nelze stanovit stavový prostor biosféry, tj. stavový prostor obsahující všechny možné trajektorie evoluce. Jedním z důvodů, které udává, je existence tzv. exaptací. Exaptace je vlastnost organismu nebo i umělého systému, která byla sekundárním důsledkem nějaké adaptivní změny a neznamena sama o sobě pro organismus žádnou výhodu, nezvyšovala jeho fitness, mohla být dokonce i jistou nevýhodou. V novém kontextu, např. pokud organismus přišel do nového prostředí, mohla se tato vlastnost stát konkurenční výhodou a dále se posilovat pomocí přírodního výběru. Obecně se dá říci, že exaptace mohou měnit pravidla, podle kterých aktuálně evoluce funguje. Kauffman uvádí řadu příkladů, z nichž stručně popíšeme pouze jeden. Jde o příběh evoluce létající veverky (poletuchy) – zvířátka, které žije podobně jako veverka na stromech, ale vyvinula se jí volná kůže na bocích, která jí umožňuje překonávat plachtěním velké vzdálenosti. To je samozřejmě výhoda, avšak předtím než se volná kůže na bocích stala výhodou, pravděpodobně předcházela fázi, kdy tato kůže spíše překážela nebo neměla žádnou funkci.

Existence exaptací znemožňuje předem zjistit, které pojmově uchopitelné vlastnosti organismu a prostředí jsou podstatné pro fitness organismu. Pokud neznáme tyto pojmy, nemůžeme ani určit veličiny, které by tvořily dimenze stavového prostoru evoluce, a tedy není možné vytvořit přesný model evoluce.

ve skutečném prostředí. Mohou totiž existovat např. pravidla typu: Jen pravidla napsaná na kusu papíru jsou platná. Kdo spálí papír s pravidly, vyhrál. Apod. Pokusy formalizovat NOMIC jsou v plenkách a ukazují, že je to do jisté míry možné, pouze pokud radikálně omezíme množinu možných typů pravidel. Jenže to pak již není původní zcela otevřený NOMIC.

Můžeme samozřejmě vytvářet více či méně zjednodušené modely evoluce, ty však nikdy nemohou předpovědět veškeré bohatství možných evolučních trajektorií.

Můžeme samozřejmě namítnout, že pokud můžeme modelovat fyzikální realitu pomocí fyzikálních zákonů, pak je možné v principu modelovat i evoluci biosféry, která je součástí fyzikální reality.

Zde vyvstává několik problémů. Kauffman se snaží ukázat, že vývoj vesmíru a biosféry v něm je silně neergodický (tj. vývoj vesmíru a biosféry nebude opakovat minulé stavy) a prostor všech potenciálně možných stavů biosféry expanduje tak rychle a je tak obrovský, že i kdybychom měli k dispozici další vesmír jenom na modelování možných trajektorií vývoje biosféry, tak bychom dokázali prozkoumat jen zcela nepatrný zlomek tohoto prostoru.

Další problém je, že pokud bychom modelování prováděli na kvantové úrovni, nikdy bychom nemodelovali aktuální stavy biosféry, ale pouze pravděpodobnostní rozložení možných stavů.

Kauffman však jde ještě dál a uvažuje o možnosti, že i fyzikální zákony nejsou neměnné, ale může se jednat pouze o relativně stabilní fáze ve vývoji vesmíru. Fyzikální zákony by se mohly měnit podobným procesem jako evoluce organismů, stabilní by zůstávaly vždy ty zákony, které jsou nejlépe „přizpůsobené“ aktuálnímu stavu vesmíru¹². Pokud bychom Kauffmanovy inspirace dále rozvedli, mohli bychom vesmír začít chápat jako otevřený vtělený agent. Není

¹² Podobnou představu, ovšem argumentovanou z filosofických pozic, je možno najít např. v (Burian, 2004)

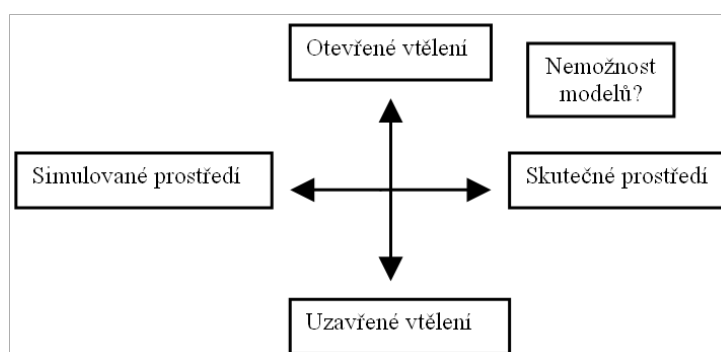


předem známo, zda existují nějaké „metazákony“, podle kterých se budou fyzikální zákony měnit, jaká jsou kritéria pro stabilizaci zákonů, jaké pojmy použít pro popis změn zákonů. I kdybychom se pokusili takové „metazákony“ odhalit, zůstává otázka, zda i ony nepodléhají změnám. V takovém případě by byla fyzikální realita z principu nevyčíslitelná a nemodelovatelná. Tj. není možné zkonstruovat seznam jejích stavů – protože k tomu potřebuji neměnnou sadu základních atributů (jako jsou dimenze prostoru, času, hybnosti, energie, základních sil), které jsou konceptuálně uchopitelné, a mohu je formálně označit symboly. Přitom je z praktického hlediska jedno, zda tyto „metazákony“ objektivně existují, jenom je není možno

předem zjistit, nebo zda neexistují a změny zákonů můžeme našimi omezenými prostředky popsat pouze jako „náhodné“.

Uzavřeme tyto poněkud „divoké“ úvahy diagramem, který ukazuje dvě dimenze, podle kterých je možné klasifikovat poznávající agenty z hlediska enaktivního přístupu.

Horizontální dimenze představuje škálu od plně simulovaného virtuálního prostředí, které je jednoznačně vyčíslitelné, až po skutečné prostředí. Vertikální dimenze představuje míru vtělení agenta od uzavřeného po otevřené vtělení. Z hlediska vyčíslitelnosti a modelovatelnosti je problematický pravý horní kvadrant, do něhož patří živé organismy.



Obr. 1. Dimenze pro klasifikaci enaktivních agentů

Můžeme zformulovat hypotézu, že část naší zkušenosti pozorování poznávacích procesů (tj. enaktivní poznávání ve 3. osobě) nelze formálně popsat a modelovat. Konkrétně jde o pozorování otevřených agentů. Tato hypotéza a její důsledky neohrožují sice samotný předpoklad, že existuje objektivní realita nezávislá na zkušenosti pozorovatele, ale narušuje důležitý argument podporující možnost objektivní realitu správně

poznávat. Nemožnost formálního popisu vede totiž k nemožnosti úplné komunikace zkušenosti pozorování mezi pozorovateli - vědci, tj. je překážkou vzájemné validace pozorování pomocí diskurzu. Přestože je možná komunikace pomocí zjednodušených modelů, není možné vyloučit, že vědci budou mít značně odlišné zkušenosti pozorování otevřených agentů.



ZKUŠENOST A METAFYZIKA

I wish to insist in that the epistemological shift in the notions of autopoiesis and the biology of cognition that I have developed lies in abandoning the question of reality while turning to explain the experience of the observer with the experience of the observer. This is a fundamental move away from a domain of transcendental ontologies to a domain of constitutive ontologies.

Humberto Maturana (2002)

...it is hard to change the habits of science in order for it to accept that new tools are needed for the transformation of what it means to conduct research on mind and for the training of the next generations.

Francisco Varela (1996)

V této kapitole budeme zkoumat, jaké jsou meze metafyzických předpokladů současné vědy a filosofického mainstreamu. Konkrétně budeme zkoumat předpoklad existence objektivní reality a předpoklad existence metafyzického subjektu. Tyto předpoklady budeme

analyzovat z hlediska enaktivního přístupu v 1. osobě, tedy z hlediska reflexivní zkušenosti. Jde o téma zajímavé zejména pro filozofy, ale i pro pedagogy, psychoterapeuty a další, kteří se zabývají transformací prožívané zkušenosti.

SUPERVENIENCE

Otázkou pro některé vědce a filozofy je proč ve světě vzniká vědomí otázkou pro toto vědomí je proč v něm vzniká svět autor

V současné době neustále mohutný výzkumný program na pomezí neurovědy a filosofie, který se zabývá výzkumem vědomí, tzv. *consciousness studies*. Z hlediska enaktivního přístupu můžeme vědomí chápat jako poznávání v 1. osobě (resp. přesněji jako reflexivní zkušenost).

Prvořadým úkolem je vysvětlit interakci mezi poznáváním ve 3. a v 1. osobě, tj. interakci mezi fyzikálním pozorováním poznávacích procesů a reflexivní zkušeností. Jde o tzv. *psycho-fyzický* nebo také *mind-body problem*. Společným průnikem mnoha, zejména analytických, filosofických přístupů k vědomí je teorie

supervenience, která vychází z metafyzického realismu. Jde v podstatě o předpoklad, že stavy objektivní tj. fyzikální reality kauzálně určují stavy vědomí, tj. že každému stavu fyzikální reality je možné přiřadit právě jeden stav vědomí (včetně absence vědomí), což nemusí platit naopak (tj. existuje možnost přiřadit jeden stav vědomí více fyzikálním stavům). Vědomí je nějakým způsobem vytvářeno (supervenuje nad) jistými objektivními strukturami (např. mozky). Supervenience předpokládá, že vědomí je nějakým způsobem jednotné s fyzikální realitou, avšak uspokojivě nevysvětluje, jakým způsobem je vědomí vytvářeno. Různé pokusy o



vysvětlení se často opírají a koncept *emergence*. Tzv. *slabá emergence* má dobrý smysl. Popisuje vcelku triviální skutečnost, že struktura vztahů mezi částmi může díky existenci zpětných vazeb vést k nelineárním vlastnostem celku, (tj. vlastnosti nejsou výsledkem prostého součtu vlastností částí). I když je tento fakt triviální, může vést k velmi netriviálním jevům. Jako příklady se uvádí tekutost vody (nebo spíše jevy vznikající v důsledku povrchového napětí), růst krystalů, organizace mraveniště nebo mnohobuněčný organismus. Všechny tyto jevy jsou součástí zkušenosti pozorování fyzikálního světa. Takzvaná *silná emergence* se však podobným způsobem snaží ze zkušenosti fyzikálního světa vysvětlit vznik vědomí, tj. vlastně veškerou zkušenost. Tj. snaží se vysvětlit veškerou zkušenost na základě části zkušenosti.

Většina filosofů a vědců zastávajících nějakou variantu superveniencie doufá, že vztah mezi objektivní realitou a vědomím vysvětlí budoucí vývoj vědeckého poznání. Avšak superveniencie je metafyzický koncept (rozvíjí vlastně jen předpoklady metafyzického realismu), nikoli vědecká hypotéza. Není ji možné vyvrátit. K tomu bychom museli ukázat, že nějakému fyzikálnímu stavu přísluší více stavů vědomí. Jakým způsobem bychom ale mohli pozorovat, že došlo u jednoho a toho samého fyzikálního stavu ke změně supervenovaného vědomí? Nemůže to být např. verbální report, pohyb ani změna metabolismu, neboť jde o jistý typ fyzikálního pozorování, při kterém se již změnil fyzikální stav. Existence odlišných stavů vědomí, které by byly doprovázeny pouze jedním fyzikálním stavem, by byla přístupná pouze v reflexivní zkušenosti nikoliv ve fyzikálním pozorování.

Existují však dobré intuice, naznačující jak odlišná může být zkušenost spojená

s jedním a tím samým fyzikálním stavem – např. verbálním reportem. Např. astrofyzik a filosof Piet Hut, o jehož myšlenkách se ještě zmíníme, uvádí (Hut, 2006b) příklad radikální transformace zkušenosti, kterou však nelze vyjádřit novými slovy. Například je zásadní rozdíl, když výrok „Dnes je opravdu krásně“ prohlásí člověk, který před chvílí o vlasek unikl smrti a člověk, který se jen na chvíli zastaví v kolotoči běžných každodenních činností.

Pokud domyslíme supervenienci do důsledků narazíme na řadu dalších absurdit.

V rámci teorie superveniencie není možné vyloučit, že existuje fyzikální stav, který neumožňuje, aby byl poznán. Tj. existuje takový fyzikální stav, k němuž supervenující vědomé obsahy jsou právě takové, že tento stav nepoznávají nebo nereprezentují.

O supervenienci se většinou uvažuje jen v rámci vědomí jednotlivce. Nic nám ale nebrání uvažovat o supervenovaných stavech mnoha či všech vědomí. V takovém případě se můžeme otázat, zda můžeme vyloučit takový fyzikální stav, kde supervenované obsahy vědomí budou reprezentovat nějaký jiný stav (budou se mýlit).

Odpověď je jednoznačná. Nemůžeme. Nemůžeme dokonce vyloučit ani to, že k takovému omylu všech supervenovaných vědomí nedochází neustále!

Prvním důvodem je již fakt, že k jednomu supervenovanému stavu může náležet více fyzikálních stavů. Nemáme naprosto žádnou možnost zjistit, zda k jistému stavu vědomí přináležejí jeden či více fyzikálních stavů. Pokud jich je více, pak je v nejlepším případě správně reprezentován právě jen jeden z nich



Pokusme se zjednodušit si situaci a předpokládejme, že k jednomu supervenovému stavu vědomí bude náležet vždy jen jeden fyzikální stav. I tak můžeme dojít k absurdním tvrzením, která není možná ani dokázat ani vyvrátit.

- A. *Tvrdím, že slunce začalo vysílat nový druh záření, který způsobuje to, že nevěříme, že se něco takového stalo a zabraňuje nám pochopit a poznat toto „záření“.*
- B. *Tvrdím, že jistá skupina vědců (mimozemšťanů, umělá inteligence apod.) spustila zařízení, které uvedlo většinu lidí na Zemi do stavu, ve kterém žijí ve virtuální realitě, která je nerozeznatelná od skutečnosti. V této virtuální realitě právě teď žijeme. Tato skupina vědců se mezitím stará o naše těla a ovládá zdroje nutné k jejich udržování.*
- C. *Tvrdím, že skupina vědců provedla experiment, při kterém modifikovala vědomí všech lidí na planetě, včetně svého vlastního vědomí, takovým způsobem, že jsou přesvědčení, že se tento experiment nezdařil a zdařit ani nemohl. V takovém případě pak není možno výsledek experimentu objektivně vyhodnotit - buď se povedl a jsme přesvědčení, že se nezdařil, nebo se nepovedl - a pak může být naše přesvědčení jakékoliv...*

Soustředme se na poslední tvrzení, evidentně jde o variantu známého sebe-referenčního paradoxu typu „Tato věta není pravdivá“. Tuto větu není možné označit ani za pravdivou ani za nepravdivou. Nebo můžeme prohlásit, že

její pravdivostní hodnota se mění ve zpětnovazebném cyklu (pokud je pravdivá, pak není pravdivá, pokud není pravdivá, pak je pravdivá atd.). Předpoklad existence objektivní reality, je zároveň předpokladem, že platí zákon vyloučeného třetího, tj. buď nějaký proces v objektivní realitě nastal, nebo nenastal, třetí možnost neexistuje. Pokud se však naše tvrzení odvolává mimo zkušenost, nemůžeme zabránit tvrzením, u kterých pravdivost a nepravdivost nelze rozhodnout. Pokud bychom přestali lpět na metafyzických předpokladech, mohli bychom jednoduše konstatovat, že takové výroky nemají smysl, respektive není možné určit jejich pravdivostní hodnotu.

Výše zmíněné intuice a absurdní důsledky samozřejmě supervenienci nevyvrací. Metafyzická tvrzení, pokud jsou vnitřně logicky konzistentní, není možné ani dokázat ani vyvrátit, jsou to předpoklady, které rámuji náš pohled na svět. Kritériem pro přijetí nebo odmítnutí metafyzických předpokladů je to, zda nám umožňují smysluplně interpretovat zkušenost. Zejména jde o to, aby se metafyzické předpoklady nestaly implicitní a nereflektované, a nevedly k rigidní a omezené interpretaci zkušenosti.

Tento typ předpokladů se stane nejzřetelnější, pokud začneme zkoumat čistě reflexivní zkušenost a zaměříme pozornost na procesy, ze kterých se naše zkušenost skládá.



REFLEXIVNÍ ZKUŠENOST

Otázka „co poznávám?“ se v konečném důsledku mění v otázku „kdo či co jsem?“ – a provokuje odhalení bytí, které bylo až dosud v anonymitě a nevědomé. V okamžiku přímého, přesného a upřímného položení této otázky – tedy po důkladném sebe-prozkoumání tázajícího se metodickou reflexí – dojde navíc k čemusi neočekávanému: bytí tázajícího se s položením této otázky promění: ten, kdo tuto otázku položil, není již tím, kdo porozuměl jejímu smyslu. Proměnu existence toho, kdo se dotazuje na bytí samo, nazýváme v této práci transformací. Transformace skrze reflexi však není čímsi nahodilým a zmateným, ale má svou přesnou dynamiku, jejíž popis nenalezneme nikde v dějinách západní filosofie.

Michal Šašma (2008)

Protikladem předpokladu existence objektivní reality je idealistický předpoklad existence metafyzického (substanciálního) subjektu, Já, duše apod. Pokud bychom se omezili pouze na tento předpoklad a dovedli ho do důsledků, skončili bychom buď u subjektivního idealismu čili solipsismu, tj. u názoru, že celá naše zkušenost je vytvářena naším Já a nic víc než toto já není nebo je nepoznatelné. Nebo skončíme u objektivního idealismu, tj. názoru, že naše zkušenost je vytvářena naším Já, ale to je nějak odvozeno či participuje na objektivním supersubjektu jako je Bůh, nejvyšší Idea apod.

Avšak existence objektivní reality se s metafyzickým subjektem nemusí vylučovat, naopak od Descartových časů se dobře doplňují a jejich kombinace vede k metafyzickému dualismu. Není účelem tohoto článku podrobně rozebírat toto stanovisko, zájemce o rozbor metafyzických předpokladů objektivního realismu (resp. Materialismu a fyzikalismu) a různých idealistických systémů odkazují na (Burian, 2005b). Objektivní realita i metafyzický subjekt spolu sdílejí to, že jsou nezávislé na zkušenosti. Substanciální subjekt si často představujeme jako pozorovatele, který si zkušenost prohlíží, ale není jí sám ovlivněn (tzv. karteziánské divadlo). Tento pohled, i když je kompatibilní s lidovou

psychologií, byl z různých stran kritizován (např. Dennet, 1991; Varela et al., 1991). Poznamenejme, že předpoklad neměnných (tj. substanciálních či esenciálních) charakteristik subjektivní zkušenosti se v sofistikované podobě nachází i v Husserlově fenomenologii.

Existence metafyzického subjektu není podporována neurofyziologickým výzkumem – neexistuje jediné ohraničené centrum, které by bylo centrem vědomí. Dokonce i projekt hledání tzv. minimálních neuronálních korelátů vědomí je metodologicky problematický (Noe & Thompson, 2004). Hlavně ale existuje celá řada příkladů, které dokládají, že i když ve zkušenosti pozorujeme řadu pravidelností, tyto pravidelnosti nemusí být absolutně stabilní a je možno je měnit.

Člověk se například může přesytit většiny poznávaných slastí. Zkušenost slastí postupně přestává být slastná. Lidé ovšem spoléhají na to, že toto přesytení zmizí a oni budou opět lační jako předtím. Často se však objeví nutnost zvyšovat dávky, aby bylo dosaženo stejné slasti jako dříve.

Podstatně důležitějším příkladem hluboké proměny zkušenosti je učení se různým dovednostem. Učení je do značné míry reflexivní činnost, takže proměnu zkušenosti, ke které dochází



díky učení dovednostem, je již možno nazvat transformací. Při takovém učení nestačí pouze popsat výsledek nebo cestu k němu, ale je nutno provádět praktickou přípravu, při které opakuje, trénujeme činnosti, které se chceme naučit.

Mezi takové dovednosti patří například hra na hudební nástroj, učení se cizím jazykům, manažerské a sociální dovednosti, různé expertní dovednosti atd. Někdy se mluví o tacitních znalostech, tedy o znalostech, které nelze jednoduše vyjádřit pojmovým popisem.

Získávání dovedností obecně je nemožné přesně popsat pomocí nějakého modelu. Ovšemže je možné konstruovat modely zjednodušené, tím ale zhoršujeme naše možnosti naučit se i vyučovat tyto dovednosti. Dokonce i samotné učení se a vyučování je také dovednost.

Uvedu konkrétní ilustrační příklad z vlastní zkušenosti. Nedávno jsem se učil hrát na australský dechový nástroj digeridoo a musel se naučit tzv. cirkulární dýchání, při kterém se zároveň nadechuje nosem a vypouští vzduch z úst. Po dva měsíce jsem metodou pokusů a omylů pomalu zdokonaloval tuto schopnost. Zlepšení se nedělo pomocí pojmového myšlení, ale pomocí nepojmového poznání – vhledu, který spočívá v aktivním a bdělém pozorování prováděné činnosti. Přičemž se zkušenost provádění této činnosti postupně prokresluje, zpřesňuje, získáváme přehled o jemné struktuře průběhu této zkušenosti a tento vhled nám umožňuje zaměřit pozornost na nové složky zkušenosti, kterých jsme si předtím nevšimli. Při učení se hře na hudební nástroj, tedy to, co poznáváme,

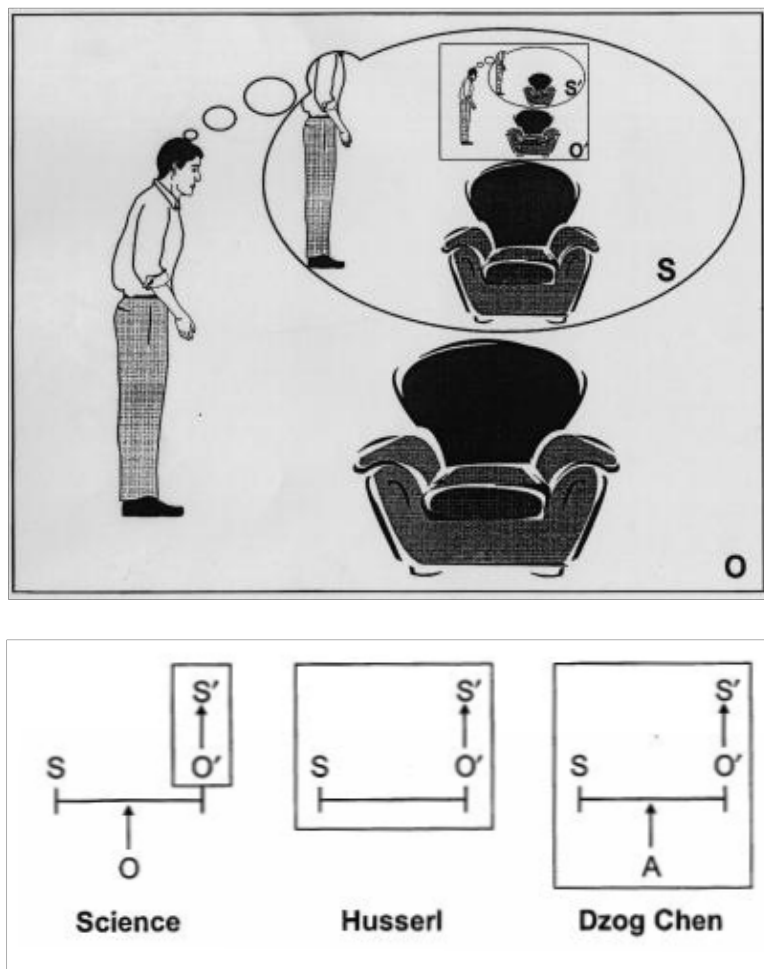
tj. naši aktivitu - hraní na nástroj, tímto poznáváním transformujeme. Existuje zde zpětnovazebný cyklus, přestává být odlišitelné, co je poznávání a co poznávané, poznávání hry je samotnou hrou. Tento proces je vlastně reflexivní analogií poznávacích procesů u otevřených agentů, které jsme popisovali v minulé kapitole. Tam se smazával rozdíl mezi poznávajícím agentem a jeho prostředím.

Metafyzické předpoklady jsou v podstatě modely zkušenosti. Každý -ismus, je pojmová (konceptuální konstrukce), kde z jistých konceptuálních konstrukcí - předpokladů či axiomů, jsou logickými pravidly (typicky *modus ponens* a substituce, ale můžeme mít i předpoklady o tom, jaká logická pravidla budeme používat) odvozovány další konceptuální konstrukce. Různé -ismy se liší právě v předpokladech.

Pokud je zkušenost plně otevřená, tj. plně transformovatelná, tj. je v nějakém smyslu zobecněným případem toho, co jsme v minulé kapitole nazvali otevřený agent, pak můžeme prohlásit, že ji nelze popsat, pochopit, modelovat na základě metafyzických předpokladů. Zkušenost je totiž natolik proměnlivá, že není možné ji sevřít do žádného absolutně pevného (metafyzického) konceptuálního rámce.

Otázkou je, zda je možné se bez metafyzických předpokladů obejít. Odpověď se snaží nalézt např. již zmíněný Piet Hut (1999), který možné typy metafyzických předpokladů ilustruje na následujícím schématu.





Obr. 2. Vědecký, fenomenologický a Dzog Chenový přístup ke zkušenosti (Hut, 1999)

Symbol O označuje objektivní realitu. S označuje subjektivní zkušenost. O' označuje zkušenost pozorování (resp. smyslové poznávání), konečně S' je předpokládaná subjektivní zkušenost ostatních bytostí. Schémata ve spodní části ukazují různé přístupy ke zkušenosti. Rámečky vyznačují oblasti, kde je z metodologického hlediska možné tyto přístupy uplatňovat.

Věda zkoumá doménu zkušenosti pozorování O' a v rámci psychologie a příbuzných disciplín doménu S' . V doméně O' také můžeme interpretovat poznávací procesy z hlediska enaktivního přístupu ve 3. osobě.

Objektivní realita O nemůže přímo vstoupit do subjektivní zkušenosti, jedná se vždy jen o předpoklad. Přesto se

neustále setkáváme s metodologicky zcela chybným ztotožňováním domény O a O' a domény S a S' . Hlavním důvodem je patrně fakt, že když pozorujeme nějaký fyzikální proces, např. křeslo, tak si normálně neuvědomujeme, že pozorované křeslo je konstituováno v naší zkušenosti, ale vnímáme ho „samozřejmě“ jako objektivní danost. To je praktické z hlediska každodenních činností, ale chybné z hlediska metodologického.

Husserlovská fenomenologie rozšiřuje sféru výzkumu i na subjektivní zkušenost. Objektivní realitu nepředpokládá, místo toho předpokládá existenci substanciálních struktur subjektivní zkušenosti.



Třetím přístupem, který Hut uvádí je Dzog Chen, což je jedna z tradic vzešlých z buddhistické meditační praxe, přičemž podobné schéma by bylo možné uplatnit i na jiné buddhistické meditační tradice. Dzog Chen nepředpokládá ani objektivní realitu ani existenci substanciálního subjektu, na druhé straně tyto přístupy ani nepopírá, jednoduše je chápe jako možnou součást zkušenosti. Zkušenost však nechápe jako zkušenost subjektivní, ale jako prostou reflexi aktuální zkušenosti. Bez toho aniž bychom předpokládali, že je něco, co je zakoušeno a někdo, kdo zakouší, tj. bez subjekt-objektové duality. Tento stav označuje Hut jako aktualitu A a klade ho do základu Dzog Chenového přístupu. Poznamenejme, že aktualita není novým typem metafyzického předpokladu, ale naopak vyprázdněním všech metafyzických předpokladů. Nejde však o nicotu – ta by předpokládala metafyzické nebytí. V aktualitě jednoduše nepředpokládáme nic metafyzického, absolutního či substanciálního - ani bytí ani nebytí, ani subjektivní ani objektivní apod.

Jak si ale konkrétně zkušenost aktuality představit? Uvedu zde krátký experiment, ke kterému Piet Hut vyzval účastníky symposia Mind and Reality (Hut, 2006a) a vyzývám laskavé čtenáře/ky, aby si experiment sami vyzkoušeli. Vyberme si nějaký předmět v našem okolí a začněme ho pozorovat, pozorujme ho nejdříve jako zcela samozřejmý objektivně reálný předmět. Potom ten samý předmět pozorujme jako předmět konstituovaný v naší subjektivní zkušenosti. Několikrát tento přechod od objektivní k subjektivní zkušenosti zopakujme. Po chvíli možná zpozorujeme, že se přitom v naší zkušenosti něco mění – je to jistá složka zkušenosti, která je zodpovědná za vnímání škály mezi

objektivitou a subjektivitou. Objektivita a subjektivita jsou pouze složky prožívané zkušenosti, které nemusí být nutně přítomné. Můžeme je s jistou mírou nepřesnosti přirovnat ke zkušenosti hladu a zkušenosti přesycenosti. Oba tyto pocity nějakým způsobem podbarví, ovlivní celou zkušenost. Ale známe i zkušenost kdy necítíme ani hlad ani přesycenost. Pokusme se tedy nyní onu složku zkušenosti zodpovědnou za rozlišování objektivity a subjektivity nastavit do neutrálního stavu nebo nejlépe z ní jaksí vystoupit či poodstoupit, získat nad ní nadhled. Pokud se nám to podaří, získáme vzhled do zkušenosti pozorování předmětu bez metafyzických předpokladů objektivity nebo subjektivit¹³.

Plně rozvinout tuto schopnost však není možno dosáhnout hned, ale až po náročném tréninku. Což je do jisté míry „skandální“, protože mnoho filosofů jako by předpokládalo, že schopnost dosáhnout vzhledu do procesů skládajících zkušenosti není nutno nějak zvlášť pěstovat, ale je jaksí automaticky k dispozici. V následující kapitole podrobněji rozebereme metody, které schopnost vzhledu rozvíjejí.

¹³ Tento náznak vzhledu může dát jistě vodítko k řešení mind-body problému, resp. můžeme nahlédnout, že mind-body problém je důsledkem metafyzických předpokladů a při jejich opuštění jednoduše zmizí. Složitější situace je s příbuzným other-minds problémem, tj. problémem existence zkušeností ostatních bytostí. I když i tento problém by měl zmizet při opuštění metafyzických předpokladů, je pro lidi z euro-americké kultury obtížné začít vnímat „ty druhé“ „pouze“ jako součást aktuální zkušenosti a nikoliv jako bytosti se svébytnou zcela nezávislou zkušeností, tj. jako substanciální subjekty. Jedním z řešení je chápat je jako „zrcadla“ která odrážejí „moji“ aktuální zkušenost a zároveň ji spoluvytvářejí.



TRANSFORMACE ZKUŠENOSTI

Jak jsem uvedl výše – dokud nám budou metafyzické předpoklady umožňovat smysluplně interpretovat naši zkušenost, není důvod se jich zbavovat. Problém nastane, když počet výjimek, které v rámci metafyzických předpokladů interpretovat nepůjde, bude narůstat.

Zatím k tomu u většiny lidí, zdá se, nedochází. U mnoha dovedností jsme vypěstovali postupy, kterými lze člověka vytrénovat kvantitativním opakováním mechanických úkonů (např. hře na klavír- pozn. red.). Ovšem způsob, jak se utváří skutečný odborník, expert, nedokážeme popsat, přestože si těchto lidí vysoce ceníme. Prostě bereme jako fakt, že někdo „na sobě pracuje“ a „má“ tyto schopnosti. Zachytit podstatu tohoto vývoje je mimo schopnosti pojmového popisu.

Metafyzické předpoklady jsou do nás hluboce vtisknuty vlivem kultury a náboženství. Ovšem různé kultury mají různé předpoklady. Např. euro-americká civilizace, kolébka moderní vědy, bazíruje na předpokladu objektivní reality, zatímco např. hinduismus, má spíše sklony k nějaké verzi objektivního idealismu. Euro-americký individualismus zase vyrůstá z předpokladu existence substanciálního subjektu, zatímco v kolektivistických kulturách Východní Asie, je tento koncept odlišný. V některých tradicích, zejména v některých školách buddhismu, metafyzické předpoklady chybí, resp. je snaha se bez nich obejít. Není náhodou, že právě buddhismus vytvořil praktické techniky rozvíjení nepojmového poznání – *vhledu*. Hlavní schopností, která dle těchto tradic vhléd umožňuje je *všímavost* (mindfulness, někdy též v češtině překládáno jako bdělá pozornost). Všímavost je rovnovážné spojení velice stabilní a pronikavé

pozornosti, kterou je možno zaměřit na libovolnou složku zkušenosti. Rozvinutá všímavost je někdy přirovnávána k lampě, kterou umíme pevně držet a zároveň je dost jasná, abychom si dokázali dobře prohlédnout všechna místa v temné jeskyni (naší zkušenosti). Všímavost je možno rozvinout pouze díky náročnému, většinou roky trvajícím tréninku. Tento trénink se v sanskrtu nazývá *samathá-vipassaná bhávaná*, což je do češtiny překládáno jako meditace¹⁴ klidu a vhledu. Plně rozvinutá všímavost transformuje zkušenost a nepředpokládá žádné limity této transformace, jinými slovy nemáme žádné metafyzické předpoklady o zkušenosti. Tj. nepředpokládáme, že zkušenost toho, co označujeme jako pozorovatel, subjekt, Já apod. je neměnná. Nepředpokládáme dokonce, že zkušenost „Já existuje“ je nutná nebo, že absence zkušenosti Já musí být patologická.

Současná euro-americká společnost nemá zvláštní tradici metod, které

¹⁴ Existuje velké množství různých typů meditace, jak uvnitř buddhistické tradice, tak mimo ni. Hinduisté často praktikují opakování jednoduchých slov tzv. manter, křesťané mají tzv. meditaci srdce apod. V buddhistické tradici jsou meditace rozděleny do dvou základních větví, meditace klidu a meditace vhledu. V různých verzích buddhismu se jejich význam může mírně lišit, avšak základní rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že při meditaci klidu se soustředíme na jednu složku zkušenosti, se kterou se snažíme zcela ztotožnit v tzv. bodové koncentraci. Naopak při meditaci vhledu se snažíme dosáhnout stavu, kdy dokážeme soustavně a s velkou přesností sledovat vznikání a zanikání různých složek zkušenosti, přičemž alespoň zpočátku může být jedna z těchto složek hlavní a ostatní vedlejší, sekundární (např. při sledování dechu, si všímám a pozorně zaznamenávám i



rozvíjejí schopnosti pro získávání dovedností, nebo obecně vzhledu. Na druhé straně si buddhistické metody, získávají pozornost odborníků, kteří se zabývají transformací zkušenosti. Jsou to jednak psychoterapeuté, kteří se snaží o léčebnou transformaci zkušenosti lidí trpících vysokou mírou stresu nebo neschopných zvládat emoce, viz např. (Benda 2006). A jednak jsou to pedagogové, kteří se snaží využít všímavosti pro lepší osvojování různých dovedností od čistě manuálních, až po sebepoznání, sebeovládání, rozvíjení sociálních dovedností apod.

Pro bližší představu uvedme několik příkladů vzhledu získaných díky meditaci vzhledu. Vycházím z vlastních zkušeností, které se ale z velké části shodují s tím, co je možné se dočíst v příslušné literatuře, např. (Sujiva, 2006).

Nejlépe se vzhled projeví u velmi jednoduchých zřetelně sledovatelných tělesných procesů. Např. při pozorném sledování dechu zjistíme po jisté době, že pohyby bránice při dýchání jsou nesmírně složitou soustavou různých typů jednodušších pohybů.

Při sledování bolesti můžeme zase celkem snadno dosáhnout vzhledu, že bolest má dvě složky. Jednak tělesnou texturu bolesti – zda je bolest ostrá tupá, jaká má průběh – cuká, pulsuje, nebo je relativně stálá. A jednak pocitovou složku – tj. nepříjemný pocit, utrpení, odpor k bolestivému prožívání a chtění, aby bolest již skončila. Tyto dvě složky prožívání je možno v současnosti již do jisté míry identifikovat i neurálně, např. při chronických bolestech byla pacientům s neléčitelným zánětem trojklanného nervu přefata část mozku v oblasti gyrus cingulum, tzv. cingulo-

tomie (Slater, 2008). Pacienti poté udávali, že sice ví, že cítí bolest, ale ta jim nevadí.

Je možné, po patřičném tréninku, rozvinout i všímavé myšlení – to neznamenaá descartovské jasné a zřetelné (tj. aktuální a nezkraslené) zaznamenávání výsledků našeho myšlení, ale pozorování samotného myšlenkového procesu, pozorování vznikání zanikání a vzájemné podmíněnosti myšlenkových procesů. Nesnažíme se přitom o zachycení pojmově uchopitelných pravidelných struktur, protože předem existenci takových struktur nepředpokládáme. V kontrastu k tradičnímu pohledu „západní“ filosofie nám všímavé myšlení přináší vzhled, že myšlenkové procesy jsou zkušenosti, které nejsou v protikladu k smyslovému poznávání či emocím.

Filosofy při čtení předcházejících řádků patrně napadlo, že se jedná o jakýsi typ fenomenologie. V podstatě ano, ale tento problém je velmi složitý. Velmi dobře je rozebrán např. v (Šašma, 2008). Šašma je inspirován zejména Varelou, který Descartovskou tradici meditací a její pokračování u Husserla komentuje následovně:

Domníváme se, že Descartův závěr, že [on, Descartes] je myslící věcí, byl produktem jeho otázky a tato otázka zase byla produktem jeho specifické praxe – praxe od-tělené [„disembodied“], nebdělé reflexe. Husserlovska fenomenologie, ačkoli se chopila prožívání radikálním způsobem, v této tradici pokračovala, protože reflektovala pouze esenciální struktury myšlení. (Varela et al., 1991)

zvuky, pocity v jiných částech těla, objevující se myšlenky, představy, záměry atd.).



Můžeme získat také vhled do mechanismů, které ovládají naše motivace a chování. Jde zejména o vhled do míry, v jaké nás manipulují emoce strachu, vzteku, chtění, zaslepenosti apod. Poznamenejme, že vhled zároveň přináší i možnost rozvíjet aktivní kontrolu nad těmito procesy.

Rozvíjení všímavosti nám pomůže zjistit, že existují další složky zkušenosti, které běžně nereflktujeme. Například to, že se nám něco zdá pravdivé nebo nepravdivé, pravděpodobné nebo nepravděpodobné, že něčemu věříme nebo nevěříme. Toto nejsou hotové danosti, ale opět nějaké typy zkušeností, do kterých je možno získat vhled, zjistit jakou mají strukturu, jakým způsobem jsou konstituovány a případně je transformovat.

Konečně je možno získat vhled i do konstituce zkušenosti objektivní a subjektivní. Pro buddhistickou tradici je klíčový vhled (nikoli jen informace), že zkušenost mého já je právě jen konstituce, která není nutná a kterou je možno rozpustit, bez tohoto aniž by výsledek byl patologický stav. Naopak na konkrétních příkladech lidí s vysoce rozvinutou všímavostí je možné ověřit,

SCI-FI MÍSTO ZÁVĚRU

Dovedeme si představit situaci, kdy by metafyzické předpoklady začaly být citelně nepraktické, a větší část vědců i celé společnosti by byla motivována ke změně paradigmatu?

Domnívám se, že takovou situaci by mohl přinést rozvoj technologií, které umožňují ovlivňovat transformaci zkušenosti. V současnosti je velký zájem věnován tzv. neurokognitivním zdokonalením (neurocognitive enhancement), které mohou zvyšovat schopnosti jako

že výsledkem je stav vyrovnané spokojenosti a angažované moudrosti.

Představa ztráty substanciálního subjektu vyvolává někdy v lidech euro-amerického kultury strach kořenící patrně už v křesťanských obavách o spásu věčné duše. Tento vhled však není podmínkou pro využívání všímavosti při rozvíjení běžných dovedností. Proto je meditace všímavosti a vzhledu praktikována nejen buddhisty, ale i příslušníky dalších náboženství či ateisty, a často bývá využívána zcela sekulárně – zejména v psychotherapii.

V posledních letech se zájem o metody rozvíjení všímavosti prudce šíří, koná se řada konferencí a workshopů (příkladem může být výše zmíněné Mind and Reality symposium), kterých se účastní jak medituující tak filosofové, psychoterapeuti, pedagogové a neurovědci. Důležitou roli v tomto procesu hraje i Dalai Lama, který se již řadu let snaží osobně stimulovat dialog mezi buddhismem a vědou. Přesto se stále jedná jen o okrajový proud, který nemá velké šance zasáhnout mainstreamovou společností.

krátkodobá paměť, soustředění, ovládnání emocí apod. a jsou dostupné zatím buď ve formě různých farmak, nebo tzv. biofeedbacku. Obě tyto metody jsou velice nespécifické a míra jejich účinku je diskutabilní (zejména u bio-feedbacku). Existuje však reálná perspektiva, že v budoucnu budeme mít k dispozici technologie schopné paralelně stimulovat řadu specifických mozkových center pomocí koordinovaných a zpětnovazebných vzorců stimulačních impulsů. Zpřesnění poznatků o detailním fungo-



vání mozku a rozvoj nanotechnologií by pak mohl dokonce umožnit paralelní stimulaci nesmírného množství částí celého mozku (tj. nikoliv např. jen mozkové kůry) na úrovni shluků pouhých desítek či stovek neuronů.

Tyto technologie mají potenciál usnadnit a urychlit učení dovedností a obecně transformaci zkušenosti. Nazvěme proto tyto technologie transformační technologie. Nedomnívám se, že by bylo možné získat nějaké dovednosti instantně, že zapnu aparát a najednou umím hrát na housle. Transformační technologie mohou pouze proces učení zefektivnit, přičemž zůstává prostor pro naše aktivní úsilí. Pokládám za pravděpodobné, že dovedností, kterou se bude třeba naučit, bude samotné řízení těchto technologií, podobně jako je tomu u současných metod bio-feedbacku. Domnívám se, že získávání dovedností je proces, který není možno předem popsat a modelovat. Jak jsem výše zmínil, transformace zkušenosti je zobecněním otevřených agentů, zkušenost je otevřená, nejsou žádné limity její transformace. Proces získávání dovedností může vést k předem neodhadnutelným stavům, je nutno neustále reagovat na aktuální zkušenost, je třeba vždy znova zkoušet, která cesta může vést k efektivnímu výsledku. V tomto zkoušení a nalézání by patrně bylo jádro dovednosti v ovládnání takových technologií.

Rozvoj transformačních technologií by mohl vést k tomu, že význam nepojmového poznávání, vhledu vedoucího k transformaci zkušenosti, by podstatně vzrostl. Mohl by vzrůst natolik, že by se jasněji projevila nedostatečnost metafyzických předpokladů a poznávání založeného na pojmovém poznávání, formálních popisech a modelech.

Rozvíjení všímavosti, které normálně trvá desítky let a je závislé i na

individuálním nadání, by tyto technologie mohly podstatně urychlit a zpřístupnit širokým vrstvám společnosti. To by mohlo vést k rozsáhlým kulturním změnám.

To nás vede nutnosti zkoumat nebezpečí a etické problémy plynoucí ze samotných transformačních technologií. Je možné je zneužít k manipulaci lidí. Dále hrozí, že se začne rozevírat rozdíl mezi těmi, kteří mají k těmto technologiím přístup a těmi, kteří k nim přístup nemají. Konečně hrozí, že se na těchto technologiích staneme závislími (tak jako na mnoha jiných technologiích). Řešení těchto problémů nikdo nezná, nové možnosti nesou vždy nová rizika. Něco nám však mohou napovědět schopnosti lidí, kteří dosáhli vysoké míry vhledu.

Pokud nás mají nové technologie nějak zdokonalovat, musíme se zeptat na význam slova dokonalost. Znamená to jen zdokonalení schopnosti uspět v konkurenčním sociálním boji, stát se cennější na trhu práce, získávat větší podíl na zdrojích, které má společnost k dispozici? Domnívám se, že skutečně efektivní učení dovedností je možné jen při rozvíjení všímavosti a vhledu. Vhled však vede spíše ke zdokonalení vzájemného pochopení, tolerance, spolupráce a vzájemné zodpovědnosti.

Vhled by také mohl přispět k tomu, aby se z těchto technologií nestala berlička, bez které bychom se už nedokázali obejít. Skutečný vhled je možno správnou metodou usnadnit, ale není možno ho žádnou technologií nahradit. Vhled zůstává po dosažení trvalý, bez nutnosti ho pomocí technologií udržovat.

Konečně masové rozvinutí všímavosti a schopnosti vhledu by mohlo znamenat protiváhu nesmírně mocných technologií, kterými disponujeme, ale nedokážeme je bezpečně využívat, protože



nemáme vřled do motivačních mecha- nismů, které manipulují naši zkušenost.

LITERATURA

1. Benda, J. Meditace, všímavost a nové směry KBT. *Konfrontace – časopis pro psychoterapii*, 17, 3 (65), 2006, str. 132-135.
2. Burian, Jan. Bdělost a způsoby poznávání. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis- Philosophica 2007*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. Dostupné na WWW: <http://eldar.cz/honza/articles/bdelost_final.doc>.
3. Burian, Jan. Samoorganizace a kognice. In: Kelemen, J., Kvasnička V. (eds.) *Kognice a umělý život VI: 28.5. – 1.6 2006*, Třeř. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2006. Dostupné na WWW: <http://eldar.cz/honza/articles/burian_samoorganizae_kognice_final.doc>.
4. Burian, Jan. Kognice kontra Informace. In: Kelemen, J., Kvasnička V., Pospíchal J. (eds.) *Kognice a umělý život V: 30.5. – 2.6 2005*, Smolenice. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2005. Dostupné na WWW: <http://eldar.cz/honza/articles/burian_kognice_informace.doc>.
5. Burian, Jan. Stumbling over substance: Why can't we agree about the nature of consciousness?. *Towards science of consciousness 2005: 17.8.-20.8. 2005*, Copenhagen. Copenhagen, 2005. Dostupné na WWW: <http://eldar.cz/honza/articles/Burian_TSC2005_abstract_final.doc>.
6. Burian, Jan. Věda v bezvědomí. In: Kvasnička V., Kelemen J., (eds.) *Kognice a umělý život IV: 26.05.-30.05.2004*, Hradec nad Moravicí. Opava: Slezská univerzita, 2004. Dostupné na WWW: <http://eldar.cz/honza/articles/burian_vedomi_plusVarela.doc>.
7. Dennett, D. *Consciousness Explained*. London: Allen Lane, 1991.
8. Havel, I.M. Přirozené a umělé myřlení jako filosofický problém In: *Umělá intelligence III*. (V. Mařík a kol., editoři), Academia, Praha 2001, s. 17–75. Dostupné na WWW: <<http://www.cts.cuni.cz/reports/1999/CTS-99-11.htm>>
9. Hut, P. [Exploring Actuality through Experiment and Experience](#). In *Toward a Science of Consciousness III*, eds. S.R. Hameroff, A.W. Kaszniak, and D.J. Chalmers. Cambridge, MA: M.I.T. Press, 1999, pp. 391-405.
10. Hut, P. Transcripts of response, *Panel of wisdom. Mind and Reality symposium*. 2006. Dostupné na WWW: <http://mindandreality.org/pdfs/hut_response_trans.pdf>.
11. Hut, P. Transcripts of discussion, *Panel of wisdom. Mind and Reality symposium*. 2006. Dostupné na WWW: <http://mindandreality.org/pdfs/three_discussion_trans.pdf>.
12. Kauffman, S. *Čtvrtý zákon*. Paseka, Praha a Litomyř, 2004.
13. Maturana, H. Autopoiesis, structural coupling and cognition. [Cybernetics & Human Knowing](#), Volume 9, Numbers 3-4, 2002 , pp. 5-34(30)
14. Maturana, H., Varela, F. *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*. New Science Library (Shambhala), Boston, 1987.



15. Noe, A. Thompson, E. Are There Neural Correlates of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 11, No. 1, 2004, pp. 3–28
16. Slater, Lauren. *Pandořina skříňka*. Praha: Argo; Dokořán, 2008.
17. Suber, P. *The Paradox of Self-Amendment: A Study of Law, Logic, Omnipotence, and Change*. Lang Publishing, 1990.
18. Sujiva. *Základy meditace vhledu*. DharmaGaia. Praha 2006.
19. Šašma, M. *Postkarteziánská reflexivní filosofie vtělení ve světle buddhistické meditace samatha a vipassaná*. Dizertční práce, dosud nevydáno, předpokládaná obhajoba v r. 2008.
20. Varela, F., Thompson E., Rosch E.: *The Embodied Mind*. Cambridge. MIT Press 1991.
21. Varela, F.: Neurophenomenology: A methodological remedy for the „hard problem“. In *Journal of Consciousness Studies*, "Special Issues on the Hard Problems", J.Shear (Ed.) June 1996. Dostupné na WWW: http://web.ccr.jussieu.fr/varela/human_consciousness/article01.html.

Do redakce přišel původně autorův starší text „Věda v bezvědomí“ z roku 2007, který byl pro svou aktuálnost zařazen 31.1. Autor po jednání nabídl mladší text, který byl po zkráceném recenzním řízení zařazen do tisku.

Autor: ing. Jan Burian, PhD. Soukromý psychoterapeut, věnuje se zejména využití všímavosti (mindfulness) při zvládnání stresu a emocí (programy MBSR/MBCT). Externí spolupracovník Vysoké školy ekonomické, Fakulta národohospodářská, Katedra filosofie, Nám W. Churchila 4, Praha 3, 190 00.

www.praveted.info

burianj@vse.cz



RECENZE



HONZÁK R.: NENADÁVEJ NA ZRCADLO

Není snadné přijmout kritiku. Je-li podána s humorem, dá se to spolknout snáz. Irmišovy příspěvky ke komunikaci mezi zdravotníky a pacienty nikdy humor nepostrádaly. Jeho sebrané výroky, které mohou stresovat, připomínaly vždy jak perličky ze školních lavic, tak bránicí otřásající zápisy z pojišťoven nebo policejních protokolů. Nicméně toto čtivo mělo do sebe také něco z Berneových příběhů. Když je člověk četl poprvé, válel se smíchy, protože poznal všechny své bližní. Když je četl podruhé, už to taková sranda nebyla, protože tam poznal sám sebe. Nenadávej na zrcadlo, když máš křivou

hubu, říká Gogol. Leckoho ale pohled do zrcadla odradí od toho, aby se do něj běžel podívat i zítra.

– *Kdybyste tu nemoc nechtěl, tak ji nedostanete* (=psychosomatický přístup).

– *Výsledky jsou normální; cítíte se tedy dobře* (=biomedicínský přístup).

– *Vy tak dobře vypadáte, že nemůžete být nemocná! Moc si to berete* (=psychoterapeutický přístup).



– *Pane, vy máte ty voči vykoukaný, a jestli se vám to nezlepší, tak vám vemou řidičák* (=pragmatický přístup).

Poslední knížka, která se nerodila snadno, protože shrnuje autorovu dlouholetou klinickou zkušenost, z níž bylo nutné vybrat to nejpodstatnější, má v sobě kromě humoru také velkou porci laskavé moudrosti. Na každé žihadlo přichází okamžitě hojivá medová náplast v podobě vysvětlení, jaké okolnosti mohou předcházet tomu, že člověk – ať doktor, sestra, nebo pacient – je schopen vypustit z úst nehoráznost, kterou vůbec říci nezamýšlel.

Všichni si pamatujeme na některé své výroky, za které bychom si byli raději ukousli jazyk. Bůh zaplať, že jsme je řekli a že si je držíme v paměti, protože nás brzdí před dalšími podobnými a vedou nás na cesty kvalitnější komunikace. Můžeme-li se z Felixova textu poučit navíc na zbleptech jiných, měli bychom

si je zapsat také. Nemusíme je pak zařadit k vlastním trapasům.

Čas vše mění, i časy, k vítězství on vede pravdu, vzkazuje nám z jeho hlubin Jan Kollár. Někdy se vyplatí stres aktuálně neřešit a počkat, jak ilustruje jedna z autorem uváděných příhod.

Vtrhne opilý cikán k doktorovi, chytne ho za sako a říká: „Doktore, napište neschopenku!“ Ohrožený lékař do něj strčí, až se opilec povalí. Cikán se otřepe, vstane a výhružně pronese: „No, jen počkejte!“ Doktor na dědině přece jen trochu znervózněl. Za dvě hodiny přijde do ordinace mladá, nápadně nalíčená cikánka a říká: „Pane doktore, buďte klidný, já jsem jim řekla, že kdyby vám chtěli něco udělat, tak jim nedám...“

Irmiš F: *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou*. Galén, Praha, 2014, 131 stran, ISBN 978-80-7492-130-8



CHVÁLA V.: JSOU PROTIMEDICÍNSKÉ KNIHY NUTNĚ TAKÉ PROTI LÉKAŘŮM?

Recenze knihy R.S. Mendelsohna: Mužský přístup anebo Jak lékaři manipulují se ženami, Malvern 2014, ISBN 978-80-87580-85-1

Po dávno rozebrané knize Ivana Illicha,¹ který nenechal na medicíně „nit suchou“, následovaly další a další knihy upozorňující na to, že zbožštění medicíny nemusí být tak docela dobrá věc (Komárek, 2005). Copak Illicha nebo Komárka, nad těmi jsme mohli mávnout rukou, nebyli to lékaři. Ale když vyjde u nás kniha amerického profesora pediatrie s heretickými názory na medicínu, to se dá těžko jen tak přejít. Upálit ho nemůžeme, snad jedině ignorovat s tím, že to napsal před 30 lety v USA, a tam je přece všechno jiné. To my u nás, my jsme kabrňáci! Nejen nejšikovnější pomahači, ale ještě i dobráci a svou práci děláme skoro zadarmo. Tak jaképak zločinné spiknutí proti pacientům, jak si dovoluje ten profesor tvrdit! Jenže on je to nejspíš dobrý lékař a za těch 30 let, zdá se, dorazil celý ten moloch medicínsko-průmyslového komplexu až k nám, takže totéž, co vyčítá medicíně v USA před 30 lety – arogance, odlidštěnost, obchod se zdravím, bezohlednost a nedostatek sebereflexe – by mohlo platit i dnes u nás. Obávám se, že když si někdo z lékařů dovolí tuhle knihu přečíst až do konce a nebude zabedněný, musí uznat, že má autor v mnohém pravdu. Možná jde spíš o to, v čem ji nemá.

Panu profesorovi pediatrie leží v žaludku nejvíce gynekologové a porodníci, a protože sám jsem pracoval deset let v tomto oboru, četl jsem knihu se stále rostoucím napětím. Vynořovaly se mi moje vlastní pochybnosti, kterými musí po vstupu do praxe projít každý mladý

lékař. V každém oboru se setká především se svou vlastní citlivostí, nejistotou a strachem, s bolestí a zoufalstvím pacientů. V ženském lékařství navíc zachází s tím nejcitlivějším a nejchoulostivějším, co si lidé chrání a skrývají jako svou intimitu. Když má poprvé vyšetřit cizí ženu, je povzbuzován, aby necítil nic. Aby byl stroj. Snad právě proto je ritualizace v gynekologii tak vysoká a sebereflexe téměř žádná. Rituál velkých vizit, primářských vyšetření, kdy je žena podrobena v zájmu „objektivitě“ několika násobnému ponižujícímu výkonu pod dohledem ostatních lékařů, to všechno vyžaduje necítil nic. Tak to je zavedené, léty ověřené. Mladý lékař do toho vstoupí a zpravidla přijme zvyky kolegů za své. Jinak by vypadal jako hlupáček. Reflexe by znamenala přemýšlet o tom, co děláme s druhými lidmi a co to dělá s námi. A to by mohlo narazit na autoritu oboru. Možná právě proto se lékaři sebereflexi vůbec neučí, rozhodně ne při studiu medicíny. A ti citlivější odpadnou nejpozději při setkání s klinickou praxí. Nejspíš proto také přijmeme všechno, co nám autority předávají, aniž bychom to podrobili kritickému myšlení.

Tak se mohou v systému snadněji hromadit chyby, které se bezmyšlenkovitě předávají z generace na generaci. Třeba nejnesmyslnější poloha ženy při porodu vleže na zádech, omezení pohybu rodící matky, naprosto zbytečné totální holení genitálu (dnes to není problém, protože se holí většina žen sama), klystýr, nastříhování hráze, intravenózní aplikace oxytocinu s následným prudkým vypuzením dítěte, vykapání očí

¹ I. Illich: *Limity medicíny*, Brno 2012



dítěte jako prevence kapavky (s automatickým předpokladem, že všechny ženy mají určité pohlavní chorobu) nebo oddělení matky a dítěte na 24 hodin, prudce stoupající počet císařských řezů. To všechno zlobí pana profesora Mendelsohna natolik, že když nedošel sluchu u svých kolegů porodníků, obrací se rovnou na ženy, spotřebitelky péče. V zoufalství, že nemůže zabránit škodám, které podle něho páchají kolegové na ženách a dětech, učí ženy, jak se bránit manipulacím ze strany lékařů, aby se vyhnuly poškození. „*Kdykoli dáte lékaři příležitost, něco vám uřízne,*“ varuje ženy. Dokládá na statistikách, jak prudce rostly v té době v USA počty hysterektomií. Poukazuje na nezodpovědné a zbytečné indikace k appendektomii. Řadu běžných lékařských postupů pokládá za neodůvodnitelné, indikované pouze z ekonomických důvodů. Než se náš čtenář a lékař rozčílí, měl by vědět, že v době, kdy byly elektrošoky jako metoda léčby těžké deprese oceňovány velkým počtem bodů v seznamu výkonů, významně stoupla jejich používání i u nás. A o indikacích k císařskému řezu, aby lékař nemusel vstávat k porodu v noci, pomlčíme – nebudeme nikomu sahat do svědomí.

Autor se nepochybně v tom nejlepším úmyslu a v duchu své lékařské přísahy obrací na pacientky, aby je ochránil. Jenže následkem je nutné zpochybnění autority lékaře a zvýšení nejistoty na obou stranách. To samo pak zhoršuje naději na dobrý výsledek léčby. V tomto bodě může být kniha kontraproduktivní. Vychází vstříc současným tendencím podívat se na spoustu běžných věcí prizmatem genderové optiky. Specializaci na choroby ženských pohlavních orgánů líčí rovnou jako projev mužského šovinismu, nástroj utiskování a trestání žen. Je pravda, že instrumentarium, které se ještě v době mého nástupu do

praxe (1978) v gynekologii používalo, by směle zapadlo mezi katovy mučící nástroje. Ve srovnání s jemností a citlivostí genitálu bylo opravdu brutální.

Většina z nich pochází z doby jednoho z průkopníků oboru, dr. J. Marion Sims, který se proslavil vaginálními operacemi vezikovaginálních píštělí a byl oslavován jako „architekt vagíny“. Metodu propracoval a naučil se ji především na černošských ženách z jihu, teré měly v té době ještě legitimní pozici otroků. Jeho sláva nám poněkud bledne před očima, když se dovídáme, že některé z nich operoval až třicetkrát bez použití anestezie! Záměrně zde cituji autora, který chce své čtenářky šokovat. Chce je, a na závěr to jasně říká, znechutit, šokovat a vystrašit, aby se ženy-pacientky samy postavily svým bohorovným lékařům a nedovolily jim, aby s nimi manipulovali. Doufá, že se ženy postaví do čela změny medicíny, když lékaři k tomu nemají dost motivace. „*Doufám, že jste dostatečně rozčílenu, abyste se postavila svému lékaři na odpor a našla si v případě, že vám bude nutit nebezpečné léky nebo operace nebo nějakou jinou léčbu, která je pro vás a pro vaši rodinu zbytečná, jiného lékaře.*“

Je to ale třeba? Nejistota, nedůvěra a pochybnosti, které nutně vznikají při čtení takových knih, může zhoršovat výsledky i tam, kde je léčba na místě, a dokonce je i správná. A je to nutně proti lékařům, když se autor rozhodne popsat negativní stránky celého systému, když poukazuje na jeho stín? Nemohla by se medicína začít taky sebekriticky zabývat sama sebou? Nemám tím na mysli jen nevděčnou, nekonečnou práci na doporučených postupech a jejich vymáhání. Což takhle místo arogantního odmítání názorů veřejnosti zkusit se nově podívat na problémy, které se stále znovu vracejí? Osobně totiž neznám kolegu, který by odpovídal pohledu pana



profesora Mendelsohna, tedy jeho představě záluždného, vědomě škodícího lékaře, jenž chce z nemoci svého pacienta vytřískat co nejvíce.

Asi i takoví se najdou, ale ani u nich není třeba předpokládat zlý úmysl. Potíž je v tom, že my se sice stále více vyznáme v onom tělesném „bio“, ale vůbec nic nevíme o zlopověstném a tajemném „psycho“. A zcela bezmocní jsme v rámci svého účinkování v ještě záhadnější oblasti „socio“. Právě proto, že svou vlastní psychiku, natož psychické procesy svých pacientů, máme zcela mimo zorné pole. A tak se můžeme snadno stát obětí zločinného spiknutí, pokud se na tom vedení společnosti domluví, a nás, dobráky, k tomu zneužijí. Několik desetiletí přesvědčujeme pacienty, aby vyřadili potraviny s cholesterolem, a teď abychom to zase odvolávali. Jak budeme před tou veřejností vypadat! Několik desetiletí terorizujeme pacienty omezováním návštěv v nemocnici, aby se nakonec ukázalo, že kromě období chřipkové epidemie, není třeba návštěvy omezovat. Půl století trváme zarputile na tom, že

rodiče své děti při jejich nezbytné hospitalizaci jen zneklidňují, a tak je vzájemně raději izolujeme, abychom s hrůzou zjistili, že pravdu měly matky a ne my. Teď bojujeme s podobnou silou proti domácím porodům, abychom po čase zase vypadali jako pitomci? Ve světě sociálních systémů je totiž naprosto jedno, s jakým úmyslem jednotliví aktéři jednali. Přístupné je pouze jednání samo, nikoli úmysl. A je-li arogantní, budí-li nedůvěru, sociální systém se utváří jako nejistý a nepřátelský.

Možná bychom už taky měli mít vlastní hlavu a vlastní názor, neměli bychom papouškovat jen to, co do nás nalily naše autority. Kolik nám toho ke svobodnému chování v našem svobodném povolání ještě chybí? Obávám se, že hodně. Nejméně 250 hodin výuky bio-psycho-sociálního přístupu, kterou mají němečtí kolegové v pregraduálním studiu povinně oproti našim dobrovolným a jen někde nabízeným 5 až 20 hodinám lékařské psychologie či etiky. A pak možná i dobrá vůle.

Liberci 8. 2. 2015



AKCE

VALNÁ HROMADA SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP 24. 3. 2015 V LD OD 10:00 DO 16:00

Program:

1. Volba mandátové a návrhové komise
2. Zpráva výboru o činnosti
3. Stanovy nové společnosti, diskuse, hlasování o přijetí nových stanov
4. Etická komise, návrh na její zřízení, představení kandidátů
5. Hlasování o členech etické komise
6. Psychologové a psychosomatika
7. Fyzioterapeuti a psychosomatika
8. Výsledky hlasování
9. Usnesení a závěr

Přijďte všichni podpořit novou Společnost psychosomatické medicíny (ČLS JEP)!

Více na stránkách společnosti www.psychosomatika-cls.cz



ČLENSKÁ SCHŮZE SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU

Vážení přátelé psychosomatiky,
členové Sdružení pro psychosomatiku,
dovolujeme si Vás pozvat na členskou schůzi SPPS,
která se koná

ve středu 18. 3. 2015 v 17 hodin

v kapli Kliniky dětí a dorostu v FN Královské Vinohrady.

Organizační část schůze bude věnována výroční zprávě, návrhu rozpočtu, členským příspěvkům na rok 2015, revizi členské základny a programu na celý rok.

Odborná část schůze se bude odvíjet od tématu „Psychosomatika v léčbě bolesti“.

PhDr. H. Růžičková a MUDr. Ivan Vondřich nabídnou zkušenosti ze svých pracovišť, můžeme se věnovat podobnostem i rozdílům a rozvinout diskusi o vlastních zkušenostech s psychosomatikou ve své praxi.

Výbor Psychosomatického sdružení se sejde v jiném termínu v průběhu března, v návaznosti na závěry členské schůze.

Těšíme se na Vás a uvítáme, pokud nám dáte dopředu vědět, zda přijdete. Usnadníte nám tak organizaci.

Za výbor SPPS Z. Vondřichová



Je nám milou příležitostí pozvat vás opět na společné tvořivé setkání s imaginacemi, které se uskuteční 16. - 19.4.2015 v podobě

17. MEZINÁRODNÍHO SEMINÁŘE PRO KIP V RAKVICÍCH.

Semináře se konají tradičně pod vedením evropských špičkových odborníků.

***Katatymně imaginativní psychoterapie (KIP)** je mezinárodně uznávaný a ověřený postup, náleží mezi psychoterapeutické metody vycházející z moderních psychoanalytických a psychodynamických teorií a využívá letitými zkušenostmi ověřené technické prostředky. KIP umožňuje propracování konfliktů, otevření vnitřních zdrojů a podporu kreativních procesů. Metoda se velmi osvědčuje v léčbě neurotických, funkčních a psychosomatických obtíží, uplatňuje se i v krizové intervenci, při práci s traumatem a psychoterapii osobnostních poruch, v práci s dospělými, dětmi i dospívajícími.*

Zveme i ty, kteří dosud s imaginacemi nepracovali, k ochutnávkovému semináři A.

Přihlašujte se na www.cskip.cz

v kopii Mgr. J.Dufek
předseda ČSKIP



POLITIKA, KONCEPCE

DOPIS VÝBORU SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY PŘEDSEDNICTVU ČLS JEP

Prezidiu ČLS JEP

Praha, 29. 1. 2015

Vážený pane profesore,
Vážené předsednictvo ČLS JEP

Delegáti odborných společností ČLS JEP dne 28. 1. 2015 na svém sjezdu nedali souhlas k přijetí naší odborné Společnosti psychosomatické medicíny do ČLS JEP (jen 34 hlasů z cca 90 přítomných). Náš delegát byl sice předem informován, že má být k dispozici pro případnou diskusi o smyslu naší nové OS, nebyl ale vyzván, aby ji představil. Delegáti tak hlasovali o něčem, o čem neměli dostatek informací. Podle zvyšujícího se počtu záporných a zdržujících se hlasů v postupném hlasování o nových OS se lze domnívat, že nešlo až tak o věc samu – tedy existenci například samostatné společnosti psychosomatické medicíny, ale že se dělo cosi, co by snad bylo možné spíše popsat v termínech skupinové dynamiky. Přesto výsledek respektujeme.

Na dnešním mimořádném jednání výboru naší společnosti konstatujeme, že jsme se tak dostali do situace, ze které není lehké najít východisko. Naše OS má 232 členů, kteří už druhým rokem zaplatili příspěvky ČLS, jsme finančně odpovědní za objednané služby (tisk informační brožury, vydávání recenzovaného časopisu PsychoSom, vzdělávací programy, semináře), na 24. 3. t. r. máme svolanou valnou hromadu do LD, na které měly být schváleny připravené stanovy naší OS a etická komise. **Proto žádáme nové prezidium, aby se touto situací zabývalo co nejdříve**, abychom případně zabránili dalším škodám. Existence společnosti pro psychosomatickou medicínu není odvislá od souhlasu České lékařské společnosti, může dost dobře existovat a pracovat i mimo její rámec. Vyrovnání vzájemných finančních závazků by v tom případě jistě nebyl problém. Podle našeho názoru by to ale bylo škoda. Členové společnosti se jednoznačně hlásí k principům vědecké medicíny, členství v ČLS mělo být toho dokladem. Psychosomatický přístup je samozřejmě žádoucí v každém klinickém oboru, ale od vydání vyhlášky 286/2013 MZ, podle které je psychosomatika nástavbovým oborem v systému českého zdravotnictví, je nezbytné, aby se o její rozvoj starala samostatná a svébytná odborná společnost. Z takové pozice bude psychosomatické myšlení snadněji ovlivňovat ostatní OS ČLS. Jsme si totiž dobře vědomi toho, že v našem systému vzdělávání zdravotnických pracovníků zoufale chybí komplexní pohled na člověka i s jeho psychickou a sociální komponentou.



Rozhodnutí delegátů sjezdu z našeho pohledu ilustruje tento neuspokojivý stav české medicíny, která dosud nedokázala přijmout rovnocennost biologických, psychických a sociálních aspektů nemoci, jak ji deklarovala WHO už v r. 1977 v přijaté bio-psycho-sociální koncepci nemoci. Situace je o to vážnější, že v sousedních zemích (Německo, Rakousko, Švýcarsko), se kterými naše společnost spolupracuje, psychosomatická medicína existuje jako samostatný obor už několik desetiletí a působí pozitivně na rozvoj ostatních klinických oborů, které díky tomu obohacuje právě o psycho-sociální aspekty nemocí. Výzkumné práce odhadují existenci 20-40 % psychosomatických pacientů v ordinacích všech oborů (MUS). Protože bez znalosti psycho-sociálních aspektů je jejich samotná biologicky orientovaná léčba často neúspěšná, představuje tato skupina velkou finanční zátěž pro celou společnost, o čemž Vás jistě nemusíme přesvědčovat. V poválečném vývoji naší společnosti bylo postupně psychosomatické myšlení z medicíny vytlačeno a tím se dostala sama medicína do velkých problémů. Důsledkem jsou známé obtíže českých lékařů při komunikaci s pacienty a bezmoc tváří v tvář složitým případům chronického stonání s rizikem vyhoření zdravotníků, na které je v poslední době poukazováno. Na neschopnost zahrnout do ošetřování také ohledy na sociální a psychické problémy pacientů upozorňují i mezinárodní organizace (např. UEMS). Díky aktivitě členů naší společnosti jsme v této oblasti za posledních 25 let dosáhli pokroku i u nás: psychosomatická medicína byla zahrnuta mezi nadstavbové obory Vyhláškou 286/2013 MZ, existuje akreditační komise pro psychosomatickou medicínu MZ i náplň oboru a vzdělávací program, který běží už více než 10 let pod IPVZ, máme vlastní odborný, nejen recenzovaný, ale i respektovaný časopis, pravidelné celostátní konference. Péče o celou tuto oblast lze těžko realizovat z pozice sekce, ať už kterékoli OS. Jsme v dobrém kontaktu s dalšími blízkými OS, jako je Psychiatrická společnost a Psychoterapeutická společnost ČLS, a s nimi pravidelně koordinujeme náš postup, včetně vyjednávání kódů pro psychosomatické vyšetření a ošetřování.

Věříme, že prezidium ČLS přijde s konkrétním a konstruktivním návrhem, jak nastalou situaci řešit.

Za výbor OS

MUDr. Vladislav Chvála, předseda OS

Více informací o naší OS najdete na stránkách společnosti www.psychosomatika-cls.cz



PSYCHOSOMATIKA- INFORMAČNÍ LETÁK

Jedním z prvních úkolů výboru nové Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP byla definice psychosomatiky jako medicínského oboru, kterou bude možné vydat jako informační brožuru či leták k distribuci jak mezi lékaři, psychology a fyzioterapeuty. Chtěli jsme, aby byl náš obor od začátku stavěn jako odborný, vědecký, v souladu se současným evropským pojetím. Zde je text, na kterém se tým odborníků shodl.

CO JE PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA?

Psychosomatická medicína reprezentuje tradiční proud lékařství s celistvým pohledem na nemocného člověka. Zohlednění psychického stavu pacienta a vlivu jeho sociálního okolí tradičně patřilo k základním východiskům lékařského umění.¹ Prudký rozvoj medicínské techniky celosvětově zastínil psychosomatické uvažování a rozvoj psychosomatiky v medicíně se dostal do pozadí. Dnes máme k dispozici vědecky zakotvenou psychosomatickou medicínu, která poskytuje diferenciální diagnostiku, prevenci a kauzální léčbu funkčních poruch a psychosomatických onemocnění. Zohledňuje somatické, psychické, sociální i duchovní aspekty stonání. Vzájemnou provázanost všech těchto vrstev přesvědčivě dokládají současné výzkumy mozku.²

Psychosomatická medicína není alternativou k čistě biologicky orientované medicíně, nýbrž je jejím logickým doplněním. Čím více se moderní medicína drobí na jednotlivé specializované obory, tím potřebnější je obor, který je schopen integrovat všechna tato hlediska do celistvého pohledu na zdraví a nemoc. Srozumitelná a rovnocenná komunikace a spolupráce všech somatických oborů medicíny, psychiatrie, psychologie a psychoterapie je klíčová především pro léčbu chronických a tzv. medicínsky nevysvětlitelných chorob (MUS). Odhaduje se, že se takových pacientů vyskytuje v ordinacích praktických lékařů 20-40%.³ Podpora rozvíjející se komplexně pojaté bio-psycho-sociální zdravotní péče není dnes jen věcí etickou ale také ekonomickou.⁴

¹ Přestože psychosomatická medicína staví na slavných jménech vynikajících lékařů a sahá ke zkušenosti těch nejlepších praktiků, kteří vždy viděli člověka v jeho celistvosti, neměla to v druhé polovině dvacátého století v našich zemích lehké. Už Galénos z Pergamu, jeden z otců evropské medicíny, nabádal své žáky, aby o duši dbali stejně jako o tělo, v moderní medicíně převážila biologická orientace a vývoj psychosomatické medicíny se zastavil. Neměla oporu v akademické obci, na našich lékařských fakultách dodnes nejsou katedry, které by podporovaly široce pojatý výzkum, zahrnující také psychické a sociální faktory u většiny nemocí.

² Viz Daniel J. Siegel The Developing Mind, Second Eds., 2012

³ Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M. & al., e., 1999. Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics*, 40 (4) , pp. 330-338

⁴ Honzák, R., 1989. Ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických oborů. *Praktický lékař*, pp. 95-97



DEFINICE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Termínem psychosomatická medicína se označuje klinický odborný prostor uvnitř medicíny, ve kterém se odborníci ve zdravotnictví podílejí na léčbě pacientů, které nelze úspěšně léčit bez zohlednění komplexních bio-psycho-sociálních souvislostí. Vychází se z předpokladu, že člověk tvoří jednotu třech systémových úrovní, tělesné, psychické a sociální, které jsou spolu koevolučně svázané. To znamená, že se příznaky stejného onemocnění mohou objevit jak v tělesné tak v duševní podobě. Komplexní přístup pak vyžaduje léčebné intervence na více rovinách současně, aby byl úspěšný. Psychosomatická medicína rozvíjí jako specifický obor svůj vlastní vědecký výzkum a klinickou praxi. Současně je psychosomatika způsob myšlení, který se uplatňuje ve všech oborech medicíny, tak aby nebyly redukovány na pouze biologickou složku léčby. Hlavním pracovním nástrojem psychosomatické medicíny je *týmová spolupráce*, při které dochází nad společným pacientem k integraci různých hledisek a různých odborností. Proto je klíčová těsná spolupráce psychologů, fyzioterapeutů či psychoterapeutů a dalšími odborníky.⁵ Psychosomatická medicína se podílí na prevenci, diagnostice léčbě i rehabilitaci psychosomatických pacientů.

CHARAKTERISTIKY PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU V MEDICÍNĚ:

- Tělesné onemocnění se posuzuje s ohledem na psycho-sociální souvislosti, čímž dochází k integraci a k zohlednění bio-psycho-sociální etiologie somatických nemocí.
- Součástí vědeckých základů psychosomatického přístupu je systémová teorie.⁶ Ta vychází mj. z principů cirkulární kauzality, vzájemného ovlivňování tělesných, psychických a sociálních systémů. Reakce v jednom systému vede k ovlivnění obou dalších a zákonitá cirkularita procesu buď pomáhá udržovat fyziologickou nebo patologickou rovnováhu s vývojem tělesných či psychických příznaků.
- Pacient je chápán jako subjekt, který se na své léčbě aktivně podílí a nese za ni spolu s terapeutem odpovědnost. Vztah terapeut – pacient je vztahem partnerským, i když není symetrický, pokud jde o odborné znalosti a dovednosti. Významnou součástí léčby je subjektivita pacienta, jeho prožívání a porozumění co nejširším souvislostem stonání. Individuální přístup k pacientovi vyplývá logicky z jedinečnosti jeho bio-psycho-sociální reality. Pokaždé je nutné spolu s pacientem, případně i jeho rodinou hledat originální řešení pro léčbu onemocnění.
- Psychosomatika vychází z multifaktoriální etiologie onemocnění. Z tohoto pohledu lze u každého biologicky se projevujícího onemocnění předpokládat jistý vliv psychických i sociálních faktorů. Prvotním úkolem psychosomatické medicíny je proto posuzovat v každém jednotlivém případě, jsou-li psycho-sociální faktory signifikantní či zanedbatelné. Podle toho se rozhodovat, zda

⁵ Matalon, J., 2002. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract.* 19, pp. 251-256.

⁶ Bertalanffy, L. v., 1968. *General System theory: Foundations, Development, Applications*. revised edition 1976 editor New York (USA): George Braziller.



doporučit psychosomatickou terapii, a také s ohledem na kapacitu psychosomatických pracovišť a na jejich ekonomické možnosti.

PSYCHOSOMATIKA SE LEGITIMNĚ ZABÝVÁ NĚKOLIKA SKUPINAMI PROBLÉMŮ:

1. Pacienty se somatoformní poruchou (nemoci s tělesnými projevy s minimálním objektivním nálezem)
2. Pacienty s chronickým průběhem stonání ve všech klinických oborech (objektivní nálezy jsou, ale průběh stonání je přes běžnou léčbu nezvykle dlouhý nebo atypický)
3. Stonáním pacientů s akcentovanými osobnostmi
4. Pacienty s poruchami příjmu potravy
5. Pacienty s následky traumatu, posttraumatickou poruchou

VĚDECKÉ ZÁKLADY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

- **Bio-psycho-sociální model**

Základem psychosomatické medicíny je bio-psycho-sociální model, který je v současné době nejucelenějším, nejkompaktnějším a nejdůležitějším konceptem, v němž je možné porozumět zdraví a nemoci člověka.⁷ Psychosomatická medicína je tak vědeckým přístupem ke zdraví a nemoci, který bere v úvahu vzájemné vztahy a vzájemné působení biologických, psychologických a sociálních faktorů. I když byl tento model přijat WHO již v r 1977, dosud nebyl v našem zdravotnictví převeden do praxe. Ve světě přitom již dnes integruje nejnovější poznatky neurověd, výsledky klinických pozorování, terapeutické zkušenosti a opírá se podstatným způsobem také o empirické výzkumy. Tento přírodovědný a zobecňující postoj kombinujeme v klinické praxi s rozumějícím přístupem, ve kterém jde o individuální smysl nemoci v aktuální životní situaci pacienta.

- **Vývojová psychologie a neurovědy**

Psychosomatická medicína teoreticky vychází jednak z poznatků vývojové psychologie, z analyticko-psychodynamických a systemických konceptů. Dále se opírá o výzkumy neurověd. Ty podávají četné důkazy o neuroplasticitě, o změnách struktury mozku působením stresu či působením nevědomých intrapsychických konfliktů. Rovněž přinášejí důkazy o možnosti normalizace těchto změn a možnosti ovlivnění metabolismu zásadních struktur CNS psychologickými prostředky.

⁷ Engel, G., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286), pp. 129-136



- **Epigenetika a psychofyziologie**

Komplexitu psycho-somatického propojení podhaluje i epigenetika. Ukazuje způsob, jak jsou psychosociální podněty překládány do akutní či chronické poruchy fyziologických a biochemických funkcí nebo do přestavby struktury neuronálních sítí. Výzkumy prokazují vliv psychosociálních faktorů na transkripční aktivitu genů. Tím epigenetika na biologické úrovni potvrzuje, že i vlivy výchovného prostředí, vztahové faktory obecně i zátěžové situace mohou vyvolat reverzibilní změny genové exprese.

Důsledky těchto procesů potvrzují i nové vědní disciplíny – psycho-neuroimunologie a psycho-neuroendokrinologie - které objevují, zkoumají a potvrzují vztahy mezi chováním a prožíváním na jedné straně a endokrinními funkcemi nebo aktivitou signálních molekul imunitního systému na straně druhé. Postupně se tedy vyjasňují ty procesy a jejich podmínky, o nichž se v psychosomatické medicíně ze zkušenosti předpokládalo, že jsou podstatné pro vznik nemocí a na něž je vhodné působit pro obnovení zdraví.

Psychosomatická medicína využívá nejlepších současných důkazů medicíny, neurověd, psychofyziologických disciplin a psychoterapie při diagnostice, rozhodování a plánování péče o jednotlivé pacienty a stejně tak při přípravě pregraduálního i postgraduálního vzdělávání.

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ

Současné vzdělání lékařů je soustředěno převážně na tělesnou složku nemoci. Proto je další vzdělávání zdravotníků, kteří se chtějí věnovat psychosomatické medicíně, zaměřeno na oblasti, které jsou ke komplexnímu přístupu nezbytné, tedy psychologickou a sociální. Vzdělávání je plně v kompetenci Ministerstva zdravotnictví. Vyhláška MZ č. 286/2013, kterou byl vzdělávací program nástavbového oboru Psychosomatika přijat, umožňuje lékařům každé specializace žádat o zařazení do jeho specializační přípravy.⁸

Cílem vzdělávání v nástavbovém oboru psychosomatika je získání zvláštní odborné způsobilosti osvojením potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v problematice psychosomatické medicíny. Absolvent musí být schopen diagnosticky zařadit pacienta s psychosomatickým onemocněním (somatické onemocnění s významnou psycho-sociální složkou), navrhnout terapeutický postup a samostatně jej léčit nebo v rámci týmové spolupráce se podílet na jeho léčbě. S postupným uváděním prováděcích předpisů MZ do praxe bude přibývat pracovišť, která splní podmínku akreditace a tím také postupně bude narůstat počet lékařů, kteří budou moci splnit podmínky vzdělávání. Lze očekávat, že se do oboru budou hlásit především ti lékaři, kteří již mají dobrou zkušenost s bio-psycho-sociálním přístupem a nestačí jim v rámci jejich vlastní odborné praxe jen biologický pohled na pacienta. Odborná společnost dbá o rovnováhu všech složek bio-psycho-sociálního přístupu tak, aby byla zajištěna dobrá spolupráce lékařů i psychologů, psychoterapeutů i fyzioterapeutů nejlépe v rámci týmů.

⁸ Bude možné, jakmile vyjde vyhláška MZ s náplní oboru



KOMPETENCE A METODY

Bio-psycho-sociální přístup v medicíně si žádá rovný přístup odborníků z tak odlišných oblastí jako jsou vedle lékařů také psychologové, fyzioterapeuti nebo socioterapeuti. To, co takto rozdílné pohledy spojuje, je bezesporu práce se vztahem. Vždy se totiž jedná o důvěrný vztah lékaře, psychologa nebo fyzioterapeuta s pacientem. Proto naše odborná společnost dává přednost takovému pojetí psychosomatické medicíny, které odpovídá psychoterapeuticky orientované teorii, i když nečiníme rovnítko mezi psychosomatikou a psychoterapií. Psychoterapie je jen jednou z metod, kterou lze při léčbě psychosomatických pacientů využít, zdaleka však není jediným nástrojem psychosomaticky, celostně orientované léčby. Proto se pacient může setkat s psychosomatickým přístupem v různých typech ordinací:

základní psychosomatická péče v ordinaci specialisty s psychosomatickou nástavbou:

Psychosomaticky orientovaný odborník si ponechává svou hlavní profesi, ordinuje v rámci svého oboru, získává však navíc nástroje pro rozšíření svého pohledu (*psychosomatický urolog, gynekolog, neurolog, gastroenterolog* atp.). Navštívit takto zaměřeného specialistu se vyplatí především u chronických poruch, které se nedaří vyléčit běžnými metodami. V rámci své ordinace může tak lékař využívat i další metody s tím, že prokazuje porozumění pro celostní bio-psycho-sociální pojetí nemoci i v rámci další používané léčebné strategie. V tomto směru je velmi užitečné, když může být členem týmu s kolegy dalších oborů (psychoterapeutem, fyzioterapeutem), se kterými může konzultovat další aspekty pacientova stonání. (viz týmy) V případě, že dospěje s pacientem k tomu, že by užitečná byla psychoterapie nebo rodinná terapie, může ho snadněji předat příslušnému odborníkovi.

ordinace psychoterapeutické medicíny:

Psychoterapie prováděná *lege artis* vyžaduje jiný typ časové a osobní zátěže, která z principu není v ordinaci běžného lékaře možná. V těch případech, kde psychosomaticky orientovaný lékař je erudován také v psychoterapii některého směru (další vzdělání), a ordinační dobu přizpůsobí potřebám takové praxe, může pacient navštěvovat *ordinaci psychoterapeutické medicíny*.

stacionární psychosomatická péče a psychosomatické týmy:

Pro léčbu závažnějších poruch jsou zřizovány další vysoce specializovaná pracoviště, často v režimu stacionáře, kde může být pacient v celodenním léčebném programu 6-8 týdnů. Zde se nejlépe uplatní výhoda týmové spolupráce. Je zřejmé, že v psychosomatické léčbě je nutné integrovat biologické a psychosociální složky medicíny.⁹ Psychosomatický tým je víc než jen součtem odborností

⁹ Integraci lze zajišťovat buď intrapersonálně doplněním původního vzdělání (ať už medicínského, psychologického, psychoterapeutického či fyzioterapeutického) o druhý pól, nebo interpersonálně zakládáním mezioborových týmů, kde jsou zastoupeny všechny relevantní odbornosti.



jednotlivých členů. Ve spolupráci a interakci nad společnými pacienty tým zraje jako celek, obsahuje kompetence, které se vzájemně doplňují a obměňují podle potřeb konkrétních pacientů a jejich rodin. Týmy jsou hlavním diagnosticko-terapeutickým nástrojem psychosomatické medicíny. Měly by v něm být pokud možno zastoupeny následující odbornosti: somatický lékař, psychiatr, fyzioterapeut, klinický psycholog, psychoterapeut, sociální pracovník, popřípadě ergoterapeut a další. Vytváření společného jazyka je jedním z hlavních úkolů psychosomatického týmu. K tomu slouží případové intervize a týmová supervize externím supervizorem.

Více informací na www.psychosomatika-cls.cz



VYCHÁZÍ

VÝVOJ JAZYKOVÝCH SCHOPNOSTÍ

v předškolním věku

autoři: Smolík Filip, Seidlová Málková Gabriela

ediční řada: Psyché

formát: A5

vazba: V2

rozsah: 248 stran

prodejní cena včetně DPH: 299 Kč

ISBN: 978-80-247-4240-3

- osvojování slovní zásoby a gramatiky
- rozvoj fonologických schopností a fonologického povědomí
- poruchy jazykového vývoje
- diagnostika jazykových schopností

anotace:

Kniha nabízí aktuální poznatky o raných fázích vývoje jazyka a popisuje rozvoj jednotlivých jazykových schopností (slovní zásoby, schopností gramatických a fonologických) a jejich vzájemný vztah. Jazykové schopnosti jsou popisovány jako významný předpoklad rozvoje počátečních čtenářských dovedností.

Jednotlivé kapitoly jsou věnovány:

- současným poznatkům vývojové a kognitivní psychologie o vývoji čtení
- problematice poruch jazykového vývoje (např. dyslexii či dysfázii)
- diagnostice jazykových schopností
- popisu nejznámějších zahraničních testových souborů pro hodnocení jazykových schopností

Kniha je určena psychologům, logopedům, speciálním pedagogům, učitelům mateřských a základních škol i rodičům, kteří hledají hlubší poučení o vývoji jazykových schopností u svého dítěte.

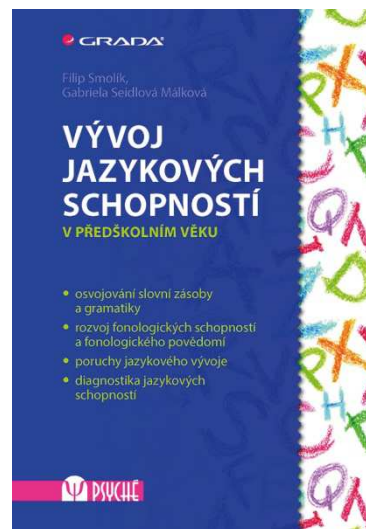
Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: 234 264 401-2

fax: 234 264 400

www.grada.cz



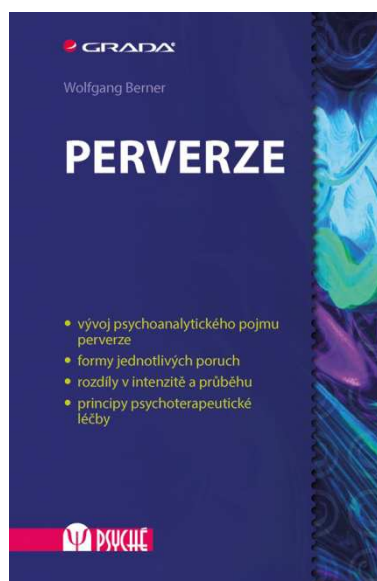
PERVERZE

Berner Wolfgang
ediční řada: Psyché

formát: A5
vazba: V2
rozsah: 120 stran
prodejní cena včetně DPH: 249 Kč
ISBN: 978-80-247-4854-2

Anotace:

Kniha představuje styčné body mezi freudovskou psychoanalýzou a dnešními koncepcemi psychoterapie. Jejím cílem je ukázat, že klasická psychoanalýza může být prospěšná např. u fetišismu, exhibicionismu nebo sadismu. Zohledňuje parametry nutné pro terapii perverze představuje i další formy terapie.



a

Pojem „perverze“, pohybující se na pomezí psychického a fyzického, začal ve svých psychoanalytických koncepcích propagovat Sigmund Freud. Studium perverzí mu otevřelo hluboký vhled do způsobu fungování sexuality a erotiky, který měl rozhodující význam pro utváření jeho teorie lidské psychiky. Mnohé z těchto poznatků si dodnes zachovaly svou platnost, jiné byly doplněny nebo pozměněny.

V současné době se pojem „perverze“ v kontextu psychiatrie už téměř nepoužívá a stále více je nahrazován označeními „parafilie“ nebo „porucha sexuální preference“.

informace o autorovi:

Prof. Dr. med. Wolfgang Berner je psychiatr, psychoanalytik a badatel v oblasti sexuologie. Do roku 2010 byl ředitelem Institutu pro výzkum sexuality a forenzní psychiatrii při Univerzitní klinice Hamburg-Eppendorf a poté se stal předsedou Psychoanalytické pracovní společnosti v Hamburku.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz



DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ ONLINE

podtitul: Vybraná rizika používání internetu

autor: Ševčíková Anna a kolektiv
ediční řada: Psyché

formát: A5
vazba: V2
rozsah: 184 stran
prodejní cena včetně DPH: 299 Kč
ISBN: 978-80-247-5010-1

anotace:

Kniha určená nejen širší odborné veřejnosti představuje vybraná rizika, se kterými se dnešní děti mohou na internetu setkat. Pozornost je upřena na jejich výskyt a důsledky, dále na vymezení ohrožených skupin dětských uživatelů internetu a v neposlední řadě na preventivní či intervenční opatření.

Publikace se mimo jiné pokouší vymezit vůči mýtům, které v souvislosti s používáním internetu vznikly. Každá kapitola se věnuje konkrétní problematice:

- závislost na internetu
- sdílení informací na sociálních sítích
- navazování online kontaktů s neznámými lidmi
- vystavení sexuálním obsahům
- kyberšikana
- členství v online rizikových komunitách
- způsoby, jak mohou rodiče usměrňovat své děti v aktivitách na internetu

Kniha je určena pro ty, kdo v rámci své profese pracují s dětmi a mládeží, ať už v roli pedagogů, výchovných poradců, sociálních pracovníků či psychologů, i pro rodiče, jimž není lhostejné, jak tráví čas jejich děti.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz



RADKIN HONZÁK: SVÉPOMOCNÁ PŘÍRUČKA PRO SESTRY (PSYCHOTHRILLER)

Kniha, která se chválí sama.



LITERÁRNÍ KOUTEK

RUDYARD KIPLING: KDYŽ...

Když bezhlavost svým okem klidně měříš
ač tupen, sám že nejsi bezhlavý,
když podezírán pevně v sebe věříš
a neviníš svých soků z bezpráví,
když čekat znáš a čekat beze mdloby,
jsa obelháván neupadat v lež,
když nenáviděn sám jsi beze zloby,
slov ctnosti nadarmo však nebereš,
když umíš snít a nepodléhat snění,
když hloubat znáš a dovedeš přec žít,
když proti triumfu i ponížení
jak proti svědcům společným jsi kryt,
když nezoufáš, nechť pravdivá tvá slova
lstí bídáků jsou zašlapána v kal,
když hroutí se tvé stavení, a znova
jak dělník v potu lopotíš se dál,
když spočítat znáš hromadu svých zisků
a na jediný bod vše riskovat,
zas po prohře se vracet k východisku
a nezavzdychnout nad hořem svých ztrát,
když přinutit znáš srdce své i činy,
by s tebou vytrvaly nejvěrněji,



ač tep a pohyb uniká ti živý
a jen tvá vůle káže: Vytrvej!
Když sneseš něhu přílišnou i tvrdost,
když svůj jsi, všem nechť druhem jsi se stal,
když sbratřen s davem uchováš si hrdost
a nezpyšníš, byť mluvil s tebou král.

Když řekneš: Svými vteřinami všemi
mně, čase, jak bych závodník byl, služ,
pak pán a vítěz na širé jsi zemi
a co víc, pak synu můj, jsi muž.



REJSTŘÍK ROČNÍKU 2014

autor	název	sloužka	strana	číslo
Chvála V., Trapková L.	Čas, který hraje roli	editorial	4-7	2014; 13 (1)
Friedrichová J.	Moje osobní zkušenost ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci	pro praxi	197-198	2014; 13 (3)
Fürst A.	Psychosomatici – disidenti medicíny?	z konferencí	312-316	2014; 13 (4)
Fürst A.	25 let SKT v Liberci – přehled k osobnímu zamyšlení	pro praxi	199-201	2014; 13 (3)
Honzák R.	De morbo telephonic (Nové nemoci)	úvahy, eseje	140-143	2014; 13 (2)
Honzák R.	A ty se nemuž, že už nejsme děti, že já jsem muž a že ty jsi žena	recenze	323-324	2014; 13 (4)
Honzák R.	Sůl nad zlato pro potravinářské a farmaceutické firmy, pro lidi ne	úvahy, eseje	143-145	2014; 13 (2)
Honzák R.	Co stojí za čtvrtstoletým úspěchem a co tedy stojí za následováním	pro praxi	206-209	2014; 13 (3)
Honzák R., Chvála V.	Psychosomatická medicína	pro praxi	97-108	2014; 13 (2)
Chvála V.	Končí život v mezerách?	editorial	95-96	2014; 13 (2)
Chvála V.	Čtvrt století s psychosomatickými pacienty v SKT Liberec: pohled do zpětného zrcátka	pro praxi	176-196	2014; 13 (3)
Chvála V.	Povzbuzující zpráva na konci roku	editorial	264-265	2014; 13 (4)
Ježorská Š., Vévoda J., Petrášová H., Ivanová M.	Hodnocení vlivu sociální opory na míru úzkosti a deprese u pacientů s kolorektálním karcinomem	výzkum	120-127	2014; 13 (2)
Juračková, P.	Stydlivost ve vztahu k vybraným psychickým poruchám a osobnostním rysům.	výzkum	274-287	2014; 13 (4)
Kodyšová, E.	Proč jsou některé ženy s porodem nespokojené: psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu	teorie	25-34	2014; 13 (1)
Komárek S.	Duše a tělo	filosofie	128-134	2014; 13 (2)
Křížová E.	K alternativám v medicíně neboli k odlišnosti, jinakosti a různorodosti v léčení	teorie	266-273	2014; 13 (4)
Masner O.	Psychosomatická medicína ve Vidni aneb nesnesitelná lehkost léčení	zprávy	151-153	2014; 13 (2)
Petišková M.	Zdravice k 25. výročí založení SKT	pro praxi	204-205	2014; 13 (3)
Petrůjová T., Procházka R.	Komplexní přístup lékařů k pacientům	výzkum	214-224	2014; 13 (3)
Pichová R., Kabát J.	Psychosomatické vzdělávání, vyšetření a léčení: Psychosomatická klinika v Praze	studentské práce	48-57	2014; 13 (1)
Poněšický J.	Bio-psycho-socio-filosofické pojetí psychosomaticky. Příspěvek k identitě psychosomaticky	teorie	109-119	2014; 13 (2)
Poněšický J.	Tělo – mozek – psyché, nový koncept psychosomaticky?	filosofie	289-293	2014; 13 (4)
Šifínek J.	Pesso Boyden Psychomotorická Terapie v individuální, klinicko-psychologické praxi	pro praxi	8-24	2014; 13 (1)
Skorunka D.	V zajetí nálepek a kategorií aneb Noam Chomsky v České republice	úvahy, eseje	301-311	2014; 13 (4)
Skorunka D.	Veni, víd, reventiam!	zprávy	317-321	2014; 13 (4)
Šíkl J.	Psychoterapie jako spirituální praxe	úvahy, eseje	294-300	2014; 13 (4)
Šímek J.	Fenomén SKT Liberec	pro praxi	210-213	2014; 13 (3)
Trapková L.	Recenze Komárkovy knihy Tělo, duše a jejich spasení	recenze	135-137	2014; 13 (2)
Trapková L.	Jak jsem se přidala a jak vidím SKT dnes	pro praxi	201-203	2014; 13 (3)
Včelářová H., Bendová M.	Hodnocení několika adolescenčních dětí s nadávkou a obezitou ze strany významné vrstevnické skupiny jako součást jejich běžné sociální reality	výzkum	35-47	2014; 13 (1)
Vybíral Z.	Vyzdorané přežití	editorial	173-175	2014; 13 (3)



POKYNY PRO AUTORY

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

Délka příspěvků:

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

Nezbytné položky:

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

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

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



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

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jediného autora: ... Lieb (1992) soudí, že... *nebo:* Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov. Lieb, 1992 *nebo viz:* Lieb, 1992)

Citace práce více autorů: Uexküll a kol. (2003) uvádějí... *nebo* Trapková a Chvála (2004) se domnívají...

Odkazy na více zdrojů: V literatuře se tento názor běžně vyskytuje (Glaeson, 1985; Šulová 2004)

Přímá citace autora (v přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): ...Je třeba zdůraznit, že „tento názor je nový, právě tak jako starý.“ (Lieb, 1992, s. 12)

Zvolte si jednu z více možností a tu pak držte v celém textu stejnou. Všechny citované práce uveďte na konci článku v oddílu LITERATURA abecedně seřazené. Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.

