

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Aleš Fürst

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 3/2016 dne 30. 8. 2016, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 8. 2016.

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 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

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 zařadila Psychosom do

[Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)

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/ABA008/84989>

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

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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 ošetrovatelství 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 Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 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., VŠTVS Palestra Praha
 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

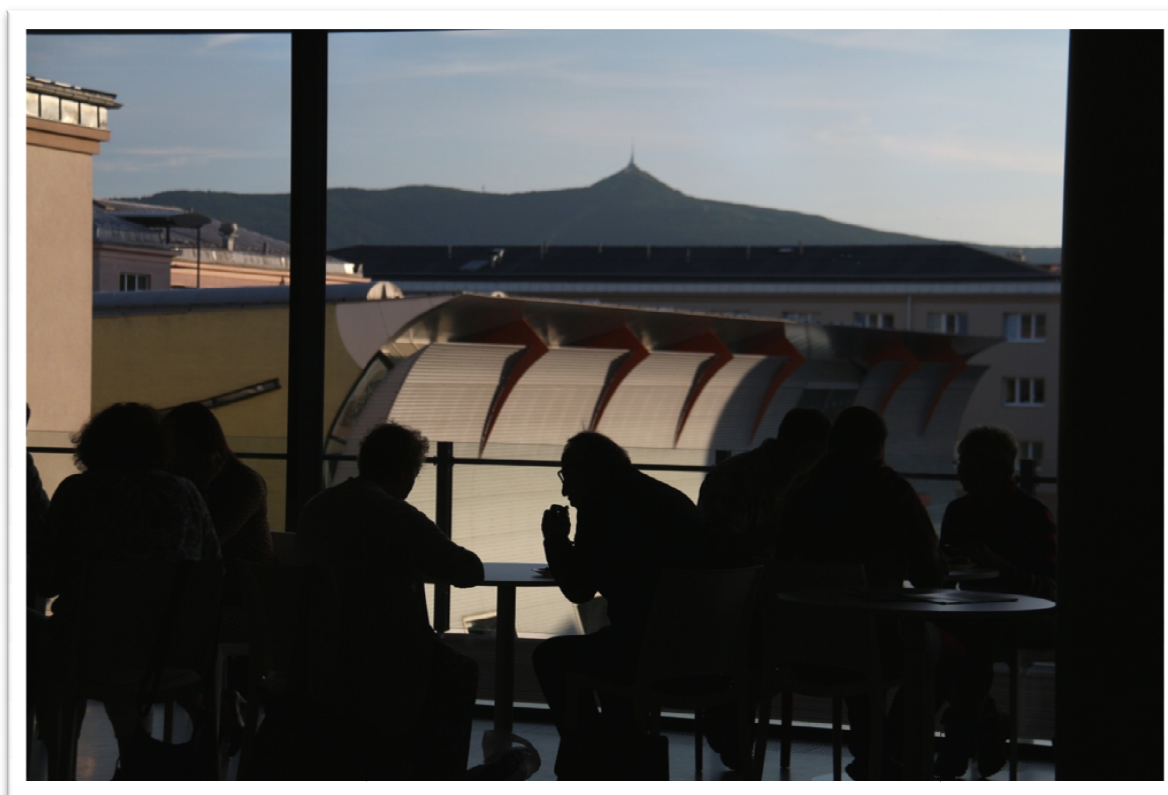


OBSAH

Editorial	128
Chvála V.: Pokušení nedělat nic	128
Pro praxi	130
Baštecká B.: Psychologická praxe podložená důkazy: věda a hodnoty	130
Etika.....	152
Hobzová H.: Surogátní mateřství: mohou psychologické výzkumy svědčit pro přijetí v praxi?	152
Filosofie	164
Podzimek M.: Symptomatické potíže a výchova ke smyslu	165
Excerpta aneb podělte se o svou četbu	177
Eikelbooma E. M. et al.: A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. <i>J Psychosom Res.</i> 2016 Sep; 88:60-67	177
Musalek M.: From Evidence-based Medicine to Human-based Medicine. in <i>Psychosomatics. Acta Derm Venereol</i> 2016; Suppl 217: 14–17	178
Co lze najít v červencovém-srpnovém čísle <i>PSYCHOSOM MED</i> 2016:	179
Některé články z <i>Psychosom Med</i> , 2016, Červen, číslo 5.....	181
Recenze	183
Honzák R.: Dissociativní (hysterické) poruchy včera a dnes.....	183
Honzák R.: Je snad lidská hloupost a omezenost nakažlivá? Nebo univerzální?.....	185
Honzák ke knize: Perlmutter David: <i>Brain maker</i> . Yellow Kite, London, 2015, 310s. ISBN 978-1-473-61935-7 (dovoz přes Luxor 500,- korun)	188
Honzák R.: Kniha, kterou můžete doporučit svým úzkostným pacientům.....	189
Šípek J. ke knize: Jaroslava RAUDENSKÁ a Alena JAVŮRKOVÁ (Eds.) <i>The Psychological Context of Labour Pain</i> . New York: Nova Science Publishers, Inc. 2016.	190
Z konferencí.....	192
Skorunka D.: Psychosomatika, kam se podíváš.....	192
Vychází	198
Bílková Jana: Kognitivní trénink pro třetí věk.....	198
Gruber Jan, Kyrianová Hana, Fonville Alexandra: Kvalitativní diagnostika v oblasti lidských zdrojů	199



EDITORIAL



ILUSTRACNÍ FOTO 1 Z 16 KONFERENCE V LIBERCI

CHVÁLA V.: POKUŠENÍ NEDĚLAT NIC

A není ono lepší nedělat nic? To mě napadá stále častěji, a v létě zvlášť. Když tak trávíme čas na chalupě v krásném podhůří Lužických hor, kam nevedou sociální sítě, kdo by se chtěl zabývat pořádáním textů, oslovováním autorů, formátováním a co všechno to vytváření časopisu vyžaduje. A docela by to šlo, nedělat nic... Kdyby nebylo těch nocí a snů, ve kterých stejně jeden neunikne pořádání konferencí, zařizování pracoviště, popohánění řemeslníků... To bych rád věděl, co by řekl o takovém snu analytik. V něm jsem navrhl, aby „ten záchod dali trochu výš“. Ale jaký údiv, když bylo hotovo a záchodová mísa až

vysoko u stropu úzké místnosti, a ještě naštorc. Pacienti si stěžovali, že se tam nedá ani... no, víte co. Ještě že se tím nemusím zabývat.

Třetí číslo Psychosomu tohoto roku vychází po 16. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci, o které přinášíme Skorunkovu zprávu pro ty, kdo nebyli. Zaslých jsem hodně dobrých ohlasů, zdá se, že přes velký počet jiných akcí má liberecké bienále stále dobrý zvuk. Báli jsme se dvojnásobně zvýšit kapacitu, ale nové prostory Technické univerzity v Liberci velmi dobře posloužily setkání všech, kdo se o rozvoj psychosomatické medicíny v našem



zdravotnictví zajímají. Z konference v tomto čísle najdete úvahu Michala Podzimka. Dívá se z poněkud jiného úhlu na naše pacienty a uvažuje, zda nakonec potíže, které současného člověka žijícího v blahobytné společnosti tu a tam dostihnou, nejsou svým způsobem užitečné. Nedávno jsem mluvil s kolegyní psycholožkou, která pracuje s rodinami, kde velmi vážně onemocnělo dítě. Nikomu bych to samozřejmě nepřál, ale když jsem se divil, že si – sama matka malých dětí – zvolila tak těžké téma své každodenní práce, sdělila mi svou zkušenost: dospělí v takto vážném ohrožení jí připadají mnohem zdravější, realističtější, mnohem víc nohama na zemi než většina ostatních lidí, kterým zdánlivě nechybí nic. Možná to ilustruje Podzimkovu úvahu.

Z původních prací dnes máte možnost projít nelehkou cestu Bohumily Baštecké po historii vědecky podložené psychologie v její práci *Psychologická praxe podložená důkazy: věda a hodnota*. Původně anglicky psaný text se může zdát dlouhý, ale jak znám autorku, má toho k tématu jistě mnohem víc a mnoho

toho vypustila. V situaci, kdy i my lékaři zabývající se psychosomatikou si kládeme otázky, jak vlastně uspořádat výzkumné projekty, jak dokázat biologicky orientovaným organizátorům zdravotnictví význam bio-psycho-sociálně pojatého přístupu k pacientům a jejich rodinám, se mi zdá dobré zařadit i do Psychosomu takto přehlednou studii o evidence based metodologii v psychologii. Hodně se nás to týká.

Když si pak čtenář přečte text Hany Hobzové „*Surogátní mateřství: mohou psychologické výzkumy svědčit pro přijetí v praxi?*“ může jít dojem, že je dnešní číslo nějak mravokárné. Ale věřte, že je to čirá náhoda, že to tak vyšlo. A pak, je tady to léto, sny, pocit, že by vlastně bylo docela dobré nedělat nic...

Jenže, to bych se musel stydět před takovým Radkinem Honzákem, který, jak sami nahlédnete, celé léto četl a četl, a podával o tom zprávy. Zaplnil celou rubriku Excerpta, a velkou část Recenze k tomu. Kéž by se k němu přidali další z kolegů, kteří nesporně také čtou, ale pak se o své názory nepodělí s ostatními. No, a jsme zase u toho kárání...



ILUSTRÁČNÍ FOTO 2: Z 16.KONFERENCE



PRO PRAXI



ILUSTRACNÍ FOTO 3: DOC. B. SEIFERT NA 16. KONFERENCI

BAŠTECKÁ B.: PSYCHOLOGICKÁ PRAXE PODLOŽENÁ DŮKAZY: VĚDA A HODNOTY

SOUHRN: BAŠTECKÁ B.: PSYCHOLOGICKÁ PRAXE PODLOŽENÁ DŮKAZY: VĚDA A HODNOTY. PSYCHOSOM 2016; 14 (3), S. 130-151

Kontext: *Hnutí praxe podložené důkazy (evidence-based practice, EBP) bylo v podobě medicíny podložené důkazy ustaveno v roce 1992. Nazrávalo od 70. let 20. století spolu s dalšími snahami o řízení kvality péče v medicíně. Rozšířilo se do psychologie a dalších oborů, ač vzbuzuje též odpor. Objevuje se důraz na důkazy podložené praxí včetně vlivu garantované úrovně služby.*



Cíle přehledu: Nahlédnout současný stav EBP a praxe založené na důkazech v psychologii (EBPP) včetně formulace případu a důrazu na vztah, aby bylo možné uvažovat o tom, jaké požadavky klade na EBP a na jednotlivé pomáhající odborníky setkání s pacientem a sdílené rozhodování, tedy též setkání vědy s hodnotami a důkazů se společenskou žádoucností.

Závěry: Praxe podložená důkazy v psychologii se váže na praktickou kompetence pro rozmanitost, pro spolupráci a pro kritickou reflexi včetně sebereflexe. Metodologická gramotnost umožňuje mj. všimnout si vlivu kontextů a vlastních hodnot.

Klíčová slova: praxe podložená důkazy v psychologii – vztah založený na důkazech – náležitá odborná úroveň – sdílené rozhodování – hodnoty

SUMMARY: BASTECKA B.: EVIDENCE-BASED PRACTICE IN PSYCHOLOGY: SCIENCE AND VALUES, PSYCHOSOM 2016; 14(3), 130-151

Context: The evidence-based practice movement (EBP) was developing during the seventieth in last century together with other efforts to manage quality of care in medicine; it was established in 1992. It spilled over into psychology and other professions, though it creates hostility, too. The practice-based evidence approach including the importance of service-level parameters has emerged.

The aims of the overview: To view the contemporary conditions of the EBP and the EBPP (evidence based practice in psychology) including the evidence-based relationship and case formulation; to consider (on the basis of it) the demands that are placed on the EBP and individual professionals by the shared decision making – that means by encounter of person with person, of science with values, of evidence with social desirability.

Conclusions: EBPP seems to be linked with practitioners' cultural/diversity, collaboration and critical reflection (including self-reflection) competencies. Methodological literacy is needed to be aware of contextual and value ground of EBPP.

Key words: evidence-based practice in psychology – evidence-based relationship – appropriate level of professional expertise – shared decision making – values



Motto:

Kate (pacientka): „A to je co? Nějaký nový druh terapie – urážet klienty?“
 Psychoanalytik: „Dělají to jen ti nejlepší.“

(Citace z filmu *No reservations* (2007, česky *Koření života*), scénář Carol Fuchsová na základě díla Sandry Nettelbeckové *Mostly Martha*. V originále: „What is this? Some new kind of therapy? – Insult the client?“ – “Only the finest therapists use it.”)

ÚVOD

„Praxe založená na důkazech“¹ (EBP – *evidence based practice*) brzy oslaví čtvrt století trvání. Toto paradigma vyhlásila *Pracovní skupina pro medicínu založenou na důkazech* při kanadském Centru zdravotnických věd na McMasterově univerzitě v roce 1992.

Z práce skupiny při McMasterově univerzitě vyšla r. 1996 (2000) pod vedením „otce medicíny založené na důkazech“ Davida L. Sacketta „bible“ EBM. Obsahovala definici, kterou převzal Institute of Medicine a od něho další: praxe založená na důkazech znamená „integraci nejlepších výzkumných výsledků s „klinickou odborností a pacientovými hodnotami“ (*Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001, s. 47*).

Zatímco předchozí medicínské paradigma „připisuje vysokou hodnotu tradiční autoritě vědy a lne ke standardním postupům“, nazírání „založené na důkazech“ „přikládá autoritě daleko menší váhu. Vychází z přesvědčení, že lékaři jsou schopni si osvojit dovednosti, jak nezávisle posoudit důkazy a vyhodnotit důvěryhodnost názorů nabízených experty. /.../ Nové paradigma výsledně předpokládá, že lékaři, jejichž praxe vychází z porozumění důkazům, poskytnou pacientům lepší péči.“ (*Guyatt /Chair/, 1992, p. 2421*)

¹ Můžeme se setkat s tvarem „praxe podložená důkazy“ (např. Honzák, 2011) nebo „medicína založená na evidenci“ (Hendl, Feberová, 2014).

Praxe založená na důkazech má určit, zda je zvažovaná intervence lepší než její alternativy včetně možnosti neudělat nic. „Tvzení, že intervence v rámci zdravotní péče je efektivní, předpokládá oporu v důkazech.“ (*Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001, s. 47*) **Účelnost** (*effectiveness*) péče je jednou z oblastí, kterou Lékařský institut (IOM) navrhuje v systému zdravotní péče zlepšit. Patří k nim též bezpečí, zaměření na pacienta, včasnost, účinnost (*efficiency*) a rovnost (spravedlnost). Kritéria účelnosti, účinnosti a rovnosti vedou např. k Donabedianovým pilířům kvality péče (viz např. Baštecká, 2015), což nám připomene, že myšlenkový koncept EBP nazrával v období a souvislostech úsilí o kvalitu péče, její měření a řízení v oblasti zdravotnictví, tedy od 70. let min. století.

„Nejlepší výzkumné výsledky“ lze chápat jako odpovídající důkazy z klinického výzkumu, které se zaměřují na přesnost diagnostických testů, sílu prediktivních znaků a na působivost (*efficacy*) a bezpečí terapeutických, rehabilitačních a preventivních postupů. „Klinická odbornost“ představuje schopnost použít klinické dovednosti a minulou zkušenost k rychlému určení pacientovy diagnózy a rizik a přínosů možných intervencí u tohoto pacienta. „Pacientovy hodnoty“ znamenají to, čemu pacient při kontaktu s medicínou dává přednost, čeho se obává a v co doufá; jde o součást klinického rozhodování. (Tamtéž.)



Terminologie „evidence-based“ se z medicíny posléze „rozšířila“ do psychologie a odtud si našla cestu do odborného poradenství, vzdělávání, sociální práce, prevence, podnikání a snad do všech koutů prvního světa“ (Sommers-Flanagan, 2015, s. 97). Dnes

se praxe založená na důkazech rozprostírá od jednoduchých schémat, která mají praktikům usnadnit přijetí změny, přes standardizaci a doporučené postupy k hloubkovým výzkumům jednotlivých prvků pomáhajícího procesu a výsledku. Postup a smysl EBP by se měl ve všech oblastech shodovat.

1 POSTUP A SMYSL PRAXE PODLOŽENÉ DŮKAZY

Smyslem praxe založené na důkazech je najít nejlepší možné řešení pro konkrétního pacienta. Středobodem je proto **společné rozhodování** praktika a pacienta – o druhu intervence, o použití či nepoužití screeningového testu, o diagnostickém postupu. Je to až čtvrtý krok z pěti kroků EBP. Než se k němu dospěje, zkoumá praktik svoji odbornou zkušenost, klade si otázky a hledá na ně odpovědi ve výsledcích výzkumů.

Pět kroků v rámci praxe podložené důkazy můžeme sledovat pomocí „pěti pé“ (v angličtině pěti „A“ od Bonnie Springové, cit. V Galloová a Barlow, 2012, s. 101; viz též *Oxford Centre for*

Evidence- Based Medicine (www.cebm.net)

- ✓ Ptej se – převed' nejistotu do zodpověditelných otázek.
- ✓ Pátrej po důkazech – systematicky hledej nejlepší dostupné důkazy.
- ✓ Posud' kriticky důkazy – ověřuj je z hlediska validity, klinické závažnosti a použitelnosti.
- ✓ Použij důkazy – podpoř jimi rozhodování, uplatni výsledky studií v praxi.
- ✓ Prozkoumej praxi (vyhodnoř výkon) a přizpůsob praxi.

Proberme nyní postup podrobněji.

1. 1 PTEJME SE

Otázky se týkají pacienta, zvažované intervence, porovnání intervence s alternativami a odhadu výsledku (viz např. Kratochwill, Eaton Hoagwood et al., 2012, s. 223):

- Pacient anebo problém: Kdo je náš pacient, jakého je pohlaví, věku, rasy, jakou má anamnézu a z jakého je prostředí? Na co si stěžuje?
- Zvažovaná intervence: Co se pro něj chystáme udělat?

- Srovnání intervencí: Je ještě jiná možnost než ta, kterou se chystáme udělat?
- Odhad klinických výsledků: Co se podle nás stane, když zvolenou léčbu použijeme? Jaké výsledky požadujeme anebo předpokládáme?

Tyto výchozí otázky tvoří základ informací, které se u nás ze zákona (viz § 31, odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) dozvídá pacient při přijetí do zdravotní péče (např. klinického psychologa): informace



o zdravotním stavu „obsahuje údaje o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji; účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů; jiných možnostech poskytnutí zdravot-

ních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta“ atd.

Praxe podložená důkazy začíná odhadem, opřeným povětšinou o klinickou odbornou zkušenost.

1. 2 PÁTREJME PO DŮKAZECH

V předchozím kroku jsme se ptali a odhadovali a nyní hledáme upřesnění odpovědí opřené o co možná nejlepší důkazy z výzkumů.

Představme si psychologa, který se věnuje psychotraumatologii metodou EMDR. Už ví, kdo je jeho pacient a že trpí nočními můrami. Ví, co se pro něj chystá udělat, protože vždy dělá to, co umí, a zdá se, že i tento pacient by z toho mohl mít prospěch. Kýženým výsledkem má být zlepšení pacientova spánku.

Psycholog si uvědomuje, že psychotraumatologie se rychle vyvíjí a že existují i další postupy, a on si není jist, co se v současnosti považuje za nejlepší možný postup v případě nočních můr.

Při hledání důkazů pomáhají klinické otázky, které se mohou týkat **pravděpodobnosti** (Jak časté to je?), **diagnostické přesnosti** (Je tento test přesný?), **prognózy** (Co se stane, když neuděláme nic?), **léčebných přínosů** (Pomáhá tato léčba?), **léčebných rizik** (Jaká jsou častá poškození v důsledku léčby? Jaká jsou neobvyklá poškození?), **screeningu** (Má časné odhalení nemoci smysl?).

Odpovědi vyžadují klinickou **povědomí o hodnotách a rozmanitosti**, neboť leckdy spadají do oblasti hodnotové/etické (typicky jde o téma screeningu) i klinickou **metodologickou gramotnost** – schopnost číst ve výzkumných výsledcích.

Výzkumné důkazy mají různou sílu a podle ní se řadí do pěti úrovní, jejichž obsah se může mírně lišit v závislosti na

typu klinických otázek, na něž důkazy odpovídají (<http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>; staženo 3-3-2015):

- systematické přehledy (případně metaanalýzy¹) randomizovaných studií a klinických pokusů;

*Výzkumy jsou **randomizované** (znáhodnělé), když každý jedinec má stejnou (náhodnou) možnost dostat se do kterékoli ze zkoumaných skupin; **kontrolované**, když se srovnávají skupiny, z nichž v jedné není manipulováno s nezávislou proměnnou; **prospektivní**, pokud zkoumají vývoj jevu v čase od výchozího bodu do budoucna.*

- randomizovaná či observační (epidemiologická) studie s dramatickým účinkem;
- výzkumy bez znáhodnění, avšak s kontrolní skupinou nebo s následným ověřováním;
- řada případových studií na jedno téma; případové studie s kontrolami;
- zdůvodňování na základě mechanismu působení.

¹ Kvantitativní metoda rozboru a porovnání několika výzkumných prací standardizací jejich výsledků.



1. 3 POSUZUJME DŮKAZY – UVAŽUJME KRITICKY

Zvědomovat vlastní zkušenosti a hledat výzkumné výsledky nestačí. Odbornost, kvůli níž se pomáhající řemesla studují na vysokých školách, se pravděpodobně projeví až v dovednosti důkazy **kriticky posoudit**, to znamená nejen chápat pravidla statistická a stochastická, ale též souvislosti, v nichž byly položeny otázky, na něž výsledky odpovídají, jejich dobové, kulturní a osobní rámce. Umění nahlížet vlastní přesvědčení a metodologicky pochybovat o předkládaných pravdách můžeme považovat za povinnost odborníka – jednu z těch, které ho odlišují od laika a běžné logiky rychlých řešení založených na kognitivních zkresleních a zkratkách (Bartos, Banks, 2015). Odlišení však není samozřejmé, odborník je vybaven kognitivními zkratkami jako kdokoli jiný a lze jen doporučit, aby „vědeckí pracovníci pohlíželi na svoji statistickou intuici s velkou nedůvěrou a kdekoliv je to možné, nahradili utváření dojmů řádnými výpočty“ (Kahneman, 2014, s. 122) a spolehlivěji tak rozlišovali mezi příčinou a náhodou.

Zákon o zdravotních službách (§ 4, odst. 5) vymezuje „náležitou odbornou úroveň“¹ jako „poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“. „Pravidla vědy“ z této definice můžeme chápat jako dovednost s nadhledem a rozhledem uvažovat o tom, co vyšlo, nikoli pouze to, co vyšlo, znát.

¹ Sousloví „náležitá odborná úroveň“ nahradilo pojem „lege artis“, který byl obsažen v § 11 odstavci 1. zákona o péči o zdraví lidu (č. 20/1966 Sb.).

1. 4 POUŽÍVEJME DŮKAZY – PODPOŘME JIMI SPOLEČNĚ ROZHODOVÁNÍ

Předchozí kroky se děly se zřetelem ke konkrétnímu pacientovi, nyní ale vstupuje do hry aktivně. **Péče o jedince a společné rozhodování** o postupech, které by individualizované péči o něj odpovídaly, tvoří základ přístupu podloženého důkazy, tématu proto věnuji samostatnou kapitolu.

1. 5 PROZKOUMEJME, JAK TO V PRAXI DOPADLO, A PŘÍPADNĚ POZMĚŇME PRAXI

Praxe založená na důkazech opisuje stejný kruh jako každá jiná praxe (například v oblasti projektového řízení): od posouzení přes plánování a provedení k vyhodnocení a ukončení či případnému opětovnému posouzení. Takto může postupovat psycholog při krizové intervenci stejně jako chirurg při operaci slepého střeva.

U velkých systémů (např. zdravotnického) se kvalita péče hodnotí v řadě rovin. Řízení kvality v podobě auditů, inspekcí atp. působí těžkopádně a sama definice kvality péče jako „stupně, do něhož zdravotní služby pro jedince a populační soubory zvyšují pravděpodobnost kýžených zdravotních výsledků a zároveň odpovídají současným odborným znalostem“ (IOM, 2015, s. 95) může hodnoty pacienta opominout.

Část výhrad vůči praxi podložené důkazy plyne právě z rozporu mezi vstupem zaměřeným na pacienta (krok 1 – Ptej se!) a výstupem zaměřeným na systém



(krok 5 – Prozkoumej praxi!), což zpětně ovlivňuje vstup.

Na druhou stranu se nelze příliš divit. Přístup založený na důkazech odráží snahu udržet integritu zdravotnictví v době, kdy medicína ve své špičce výzkumně a technologiemi konkuruje zázrakům (Callahan /Ed./, 1996), zároveň se za hlavní příčinu nemocnosti považuje sociální a prostorová nerovnost (CSDH, 2008) a nováčci v oboru se dozvídají: „Až studium medicíny

ukončíte, budou znalosti, které jste se učili, zastaralé.“ (Coverdale, 2007, s. 355)

Smyslem „evidence-based medicine“ (a podobně „praxe podložené důkazy v psychologii“) proto také je, aby se byl schopen každý praktik celoživotně vzdělávat a mohl pro své internetově zběhlé pacienty/klienty zůstat dostupným a důvěryhodným protějškem tváří v tvář rychle se měnícím poznatkům a přístupům.

2 CO ZNAMENÁ „PRAXE PODLOŽENÁ DŮKAZY V PSYCHOLOGII“

Psychologie se ke hnutí „evidence based“ přidávala postupně. Americká psychologická asociace vydala předběžnou Zprávu předsednické pracovní skupiny o praxi založené na důkazech v psychologii v roce 2005 (Levant /Ed./, 2005) a přihlásila se k pravidlům platným pro medicínu včetně toho, že předsednická pracovní skupina odvodila vymezení pro psychologickou praxi z definice pro medicínu založenou na důkazech. Praxe podložená důkazy v psychologii jako „integrace nejlepších výzkumných výsledků s klinickou odborností v kontextu pacientových charakteristik, jeho kultury a preferencí“ (Levant /Ed./, 2005, s. 5) rozšiřuje původní medicínské vymezení o pacientovy charakteristiky (neboť kultura a preference v podstatě odpovídají hodnotám z definice medicínské).

úrovni výzkumných výsledků, zůstává. (Sommers-Flanagan, 2015, s. 98) *Není divu, že Eells (2013) obhajuje proti diktátu EST svoje „pojetí případu podložené důkazy“², které jako formu klinicky odbornosti považuje pro praxi založenou na důkazech v psychologii za ústřední.*

Účelem praxe podložené důkazy v psychologii je „posílit psychologickou praxi a veřejné zdraví používáním empiricky podpořených zásad pro psychologické posuzování, pojmání (formulaci) případu, terapeutický vztah a intervenci“ (Levant /Ed./, 2005, s. 5). Psychologie (ve zdravotnictví) pravděpodobně nemůže paradigmaticky zaostávat za medicínou.

2. 1 VZTAH ZALOŽENÝ NA DŮKAZECH

Psychologie – byť v rámci zdravotnictví – se od medicíny liší. Obvykle na ní nezáleží život a smrt, zato spočívá na vztahu natolik, že i „profesionální chování psychologa musí být posuzováno v rámci jeho odborné role, cha-

Již předtím zaváděla pravidla pro zpevnění psychologických postupů sekce klinické psychologie APA. Kategorii „léčebné postupy empiricky potvrzené“ změnila po kritice tvrdých kritérií zvýhodňujících kognitivně-behaviorální terapie na „léčebné postupy empiricky podpořené“¹. Důraz na to, aby byl terapeutický postup podložen manuálem a poměrně úzce vymezenou

¹ EST – *Empirically Supported Treatment*

² EBCF – *Evidence-Based Case Formulation*



rakterizované profesionálním vztahem“ (Lindsay, Koene et al., 2010, s. 69).

Přístup založený na důkazech by mohl být neúplný a zavádějící, kdyby opomíjel to, co „veškeré poradenské a psycho-terapeutické přístupy pohání a vede“ (Sommers-Flanagan, 2015, s. 98), tedy vztah. Z toho důvodu byla v rámci Americké psychologické společnosti ustavena v r. 2009 již druhá pracovní skupina (přemostující sekci klinické psychologie a sekci psychoterapeutickou) pro zkoumání terapeutického vztahu podloženého důkazy. Kromě závěrečné zprávy (Norcross /Chair/, 2011) uveřejnila kolektivní monografii pod vedením J. Norcross (2011)³, která na základě výzkumných metaanalýz uvádí jednotlivé prvky funkčního terapeutického snahu a jednotlivé metody, jak vztah přizpůsobit konkrétnímu pacientovi. Ukazuje se, že terapeutický vztah má srovnatelný podíl na úspěchu terapie jako zvolená léčebná metoda i jako terapeut (12%-8%-7%, viz Norcross, Lambert, 2011, s. 13) a některé jeho projevy (spojenectví v individuální, dětské a párové/rodinné terapii, kohezi ve skupinové terapii, empatii a úsilí o pacientovu odezvu) lze považovat za prokazatelně efektivní.

2. 2 POJETÍ VZTAHU V PSYCHOLOGII: NIC JEDNOZNAČNÉHO

Co vlastně „důraz na vztah“ v psychologii a pro psychologii znamená? Jde

³ V předmluvě Norcross upozorňuje, že „v souladu se současným vývojem k novější terminologii“ nahradili původně užívané sousloví „(terapeutické) vztahy empiricky podpořené“ souslovím „psychoterapeutické vztahy podložené důkazy“.

o kouzlení s příznaky v rámci přenosové neurózy? Nebo o to, že dobře spolupracovat mohou lidé, kteří si věří? Jaká jsou naše přesvědčení související se vztahem?

Psychologie se vyvíjí i v pohledu na vývoj vztahu, což nutně neznamená, že se v pojmání vztahu vědomě vyvíjejí i jednotliví praktičtí psychologové. Thomä a Kächele (1993, s. 45) popisují dvě vlivné psychoanalytické konstrukce kojenců, neboť „je přece znepokojující, že stejnou empaticky introspektivní metodou – Kohut zdůrazňuje svou blízkost v tomto směru s Kleinovou – se dochází k docela různým rekonstrukcím raného dětství.“

Posledních čtyřicet let psychologie zabývající se vztahem (od klasiků, jako jsou D. Winnicott, D. Stern, J. Bowlby, až k současným teoriím) mě vede k přijetí představy vztahově nadaného kojence, jehož mozek je bezpochyby sociální a který si (nejméně) od narození v emočním vyladování s blízkými lidmi aktivně vytváří svůj obraz světa. Z takového kojence vyroste psycholog i jeho klient/pacient (viz teorii myslí např. v Barrettová, Dunbar a Lycett, 2007, teorii intersubjektivní např. v Loots a Deviséová, 2003, či obě v Thorová, 2015).

Teorie intersubjektivní aplikovaná do psychologického pomáhání radikálně mění pohled na psycho/pato/logickou diagnostiku i na pomáhající proces: „To, co je z intersubjektivní perspektivy diagnostikováno, není odtrženě nazíraná psychická organizace pacienta, nýbrž fungování celého terapeutického systému.“ (Stolorow, Atwood, (1996, p. 182-183) „Samotné utváření terapeutického (a supervizního) procesu se odvozuje z nevysvětlitelně propletené směsice subjektivního reagování jeho účastníků na reakci toho druhého.“



(J. Dunn ve Falenderová a Shafranske, 2004, s. 84)

Norcross a spol. (viz Norcross, Lambert, 2011, s. 5) považují tři postupy (získávání klientovy odezvy v reálném čase, opravy trhlin ve spojení a zvládnání protipřenosu) za vrostlé do interpersonální povahy vztahu. Kazantzis et al. (2015, s. 426) namítají, že se tato chování překrývají s jinými: „Získávání odezvy od klientů se obecně považuje za jádro spolupracujícího chování, ale může také usnadňovat spojení nebo samozřejmě i jiné prvky terapeutického vztahu vázané na konkrétní postup“. Je vidět, jak pojetí vztahu založené na protipřenosu sugeruje větší odlišnost mezi praktikem a pacientem než pojetí vztahu založené na intersubjektivitě.

Tschacher, Haken, Kyselová (2015) upozorňují, že spojení se obvykle zkoumá dvojím způsobem: z pozice první osoby („já“) jako něco, co je

zažíváno členy vztahu např. na osách lásky/přijetí a moci/vlivu, nebo pozorováno jako chování objektivizujícím pohledem třetí osoby („oni“). Sami rozvíjejí pozici společného, vyjednávaného a měnícího se fázového prostoru, který je utvářen jednotlivými self jeho účastníků. Self se vyznačuje snahou o svébytnou existenci (odlišit se) a zároveň se otevírá druhým (zapojit se). Odlišení a zapojení tvoří též nezávislé souřadnice fázového prostoru a lze jimi vyznačit pohyb po něm včetně proměňující se energie. Autoři se domnívají, že „psychoterapeutická intervence (jako proces učení, který působí na pacientovo self) je na všech úrovních společenský projekt – ten „nejspolečnější“ ze všech společných faktorů psychoterapie je společenské spojení mezi terapeutem a pacientem“ (s. 6). Toto pojetí připomíná Lewinovu teorii pole a Adlerova jedince ve společnosti a radikálně zastává pozici intersubjektivit, aniž se o čemkoli z toho zmiňuje.

3 VÝVOJ PRAXE ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH

I v psychologii se praxe podložená důkazy šíří jako hnutí, poznatků o intervencích přibývá spolu se seznamy, které je třídí na postupy s „prokazatelným účinkem“, „pravděpodobným účinkem“ a postupy „slibné, avšak nedostatečně výzkumně podložené“ nebo na oblasti s „nízkou či vysokou kvalitou důkazů“. Vznikají také pochybnosti: například zda zaměření na intervence je totéž jako zaměření na pacienta.

3.1 PŘÍSTUPY K PŘÍSTUPU PODLOŽENÉMU DŮKAZY

Využití EBP se vyvíjí a zpřesňuje. Lze toho dosahovat několika způsoby:

- **Třídít a ověřovat kvalitu důkazů a propojovat je s váhou klinických doporučení** – například pomocí přístupu a systému GRADE¹, jehož autoři předpokládají, že zaneprázdnění klinici (a také zaneprázdnění pacienti a tvůrci zdravotní politiky) potřebují „stručné, průhledné a snadno stravitelné“ přehledy důkazů (Guyatt, Oxman et al., 2008, s. 998) a navrhují formu pro doporučené postupy podložené důkazy (měly by obsahovat jasnou otázku; a poté přehled o závažnosti

¹ *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations* - Jak odstupňovat doporučení, posouzení, vývoj a hodnocení



uváděných důkazů včetně zohlednění kontextu a výzkumného designu a faktorů, které oslabují či zesilují průkaznost důkazů, a včetně vztahu důkazů k rozhodujícímu výsledku). Systém GRADE používá IOM (2015) stejně jako britský Institut pro zdraví a vynikající péči² (www.nice.org.uk), který se zaměřuje na vydávání národních doporučených postupů ve snaze zlepšit zdravotní a sociální péči.

- **Vytvářet seznamy postupů spolu s důkazy:** např. agentura pro Řízení služeb v oblasti zneužívání návykových látek a duševního zdraví³ Ministerstva zdraví Spojených států amerických provozuje Národní registr programů a postupů založených na důkazech⁴ (<http://www.samhsa.gov/nrepp>). Tato online databáze má „pomáhat veřejnosti dozvídat se více o intervencích, které jsou založeny na důkazech a připraveny k realizaci“. U každé psychoedukativní, nácvikové, psychologické atd. intervence (v prosinci 2015 jich na seznamu bylo 384) jsou uvedeny mj. informace o výzkumech, které přinášejí důkazy pro účelnost postupu (včetně použité výzkumné metodologie a posouzení kvality výzkumů).
- **Usilovat o zavedení změny** – překonávat odpor vůči změně a zavádět do praxe postupy podložené důkazy (viz Galloová, Barlow, 2012) anebo usilovat o to, aby se praxe zbavila rozporných a neověřených zdravotnických postupů (Prasad, Ioannidis, 2014).

² NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

³ SAMHSA - *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

⁴ NREPP - *National Registry of Evidence-based Programs and Practices*

Metodologické postupy pro tvorbu zpráv o evaluační studii ve vztahu k EBM přinášejí do českého prostředí např. Hendl a Feberová (2014).

- **Nahlízet kontakt s pacientem z pozice podložené důkazy:** Psychoterapeutická sekce Americké psychologické asociace se takto zaměřuje na jednotlivé části pomáhajícího procesu (psychologické posouzení, pojmání /formulace případu, vztah a intervence). Zjišťuje například, že pojmání případu vychází zatím spíše z teorie než z důkazů. (Eells, 2011)
- **Kritizovat přístup „podložený důkazy“** nebo některé jeho projevy (viz např. *Námítky proti konceptu EBM* v Hendl, Feberová, 2014, s. 43) či jeho použití v některých souvislostech. Důrazem na vztah se psychologické pomáhání blíží spíše komplementárním a alternativním přístupům než biomedicíně. Podle Borgersonové (2005, s. 512) má svět alternativní medicíny tři možnosti: nadále se přizpůsobovat požadavku neodpovídajících důkazů, nebo jasně označit rozdíly a požadovat zvláštní postupy při ověřování efektivnosti léčby, či standard medicíny založené na důkazech problematizovat a přehodnotit – už proto, že randomizované výzkumné uspořádání bylo do klinické medicíny převzato ze zemědělských výzkumů, mělo tudíž odpovídat na jiné otázky, než klade individualizovaná léčba jednotlivých pacientů.
- **Obrátit přístup** a zabývat se též **důkazy založenými na praxi**. Tento důraz posledních let znamená např. „integrovat jak individuální klinickou odbornost, tak garantovanou úroveň služby s nejlépe dosažitelnými důkazy odvozenými z pečlivé výzkumné činnosti prováděné v běžném klinickém uspořádání“.



dání“ (Barkham et al., cit. ve Fosterová, 2015, s. 39).

3. 2 NAPĚTÍ MEZI UMĚNÍM (VZTAHU) A (ZDRAVO)VĚDOU

Napětí mezi (neuro)vědou a uměním (či filozofií) psychologii provází od počátku její novodobé existence a do značné míry ji utváří. Hunt (2000, orig. 1993) se zmiňuje o tříštění psychologie, která bude jednou považována za pouhou „přechodnou etapu ve vývoji behaviorálních věd“ (s. 606) a kromě různých pojetí vědeckosti je oslabována též rozkolem mezi akademickými vědci a klinickými praktiky. O „válkách kultur“ v psychoterapii, které staví proti sobě víru v léčebné metody oproti víře v léčebné vztahy, se zmiňují o dvacet let později též Norcross a Lambert (2011, ¹ systematických přehledů ukázalo, že existující důkazy nebyly schopny pod-po

¹ Skotský lékař Archibald Cochrane obhajoval zavedení randomizovaných kontrolovaných studií ve snaze zvýšit účinnost a účinnost medicíny. „Cochrane“ dnes představuje nezávislou mezinárodní výzkumnou síť a autoritu v oblasti vědeckých důkazů, jejímž posláním je „vytvářet vysoce kvalitní, relevantní a dostupné systematické přehledy a další propojené výzkumné důkazy, a tím podporovat na důkazech založené infor-

s. 3) a zdůrazňují, že **léčebné metody jsou vztahovými počiny**. Sommers-Flanagan (2015, s. 99) doplňuje: vztahové počiny jsou léčebnými metodami.

Ilustrace k těmto válkám bychom v Čechách dohledali snadno a mohli přidat i rozkol další – mezi klinickými psychology a neklinickými praktiky. Klinický psycholog je považován za zdravotníka a zodpovědný výkon jeho profese včetně zácviku detailně upravují zákony. Nemůže se distancovat od vývoje medicíny ani od posunu praxe, která už není poskytována „podle zákona umění“ (lege artis), nýbrž se opírá o „náležitou odbornou úroveň“.

Zařadit se do zdravotnictví znamená přiklonit se k praxi podložené důkazy, a zároveň vědět, že „empirické vyhodnocení Cochranovy databáze podpořit nebo vyvrátit 49 % intervencí a že 48 % doporučení Americké kardiologické akademie bylo podpořeno pouze názorem expertů“ (Prasad, Ioannidis, 2014, s. 2). Medicína je na cestě a spolu s ní (klinická) psychologie. Její ústřední zastávkou je společné rozhodování kliniků a jejich pacientů/klientů.

mované zdravotnické rozhodování“ (viz <http://www.cochrane.org>).

4 SDÍLENÉ ROZHODOVÁNÍ V SOUVISLOSTECH PRAXE PODLOŽENÉ DŮKAZY (V PSYCHOLOGII)

Společné rozhodování praktika a pacienta o nejlepší péči pro tohoto pacienta je středobodem praxe podložené důkazy (čtvrtý krok z postupu EBP) a můžeme si ho představit jako rázný střih: Do této chvíle mohl praktik sedět u počítače, klást si otázky a odpovědi na ně porovnávat v celo-

světových databázích se svou klinickou zkušeností. Teď ale má důkazy a expertizu integrovat s pacientovými hodnotami a jeho charakteristikami, což je natolik zásadní pro obě strany, že například povinností supervizora je pomáhat supervidovanému s „nevyhnutelnými napětími mezi osobními



a odbornými hodnotami při poskytování kompetentní péče“ (American Psychological Association, 2015, s. 37).

Ocitáme se v poznatkově nabitém poli rozhodování a rozmanitosti a na praktické křižovatce kontraktování, to znamená v nových tématech, která přesahují možnosti tohoto článku. Lze jen říct, že stříh je natolik prudký, až děj ztrácí souvislost, a já musela hledat, kam se v psychologické praxi založené na důkazech rozhodování s ohledem na pacientovy hodnoty podělo. V logice EBP by společné rozhodování mělo nasednout na formulaci případu, neboť z ní vychází plánování postupu (Timulák, 2006). Po formulaci případu EBPP uvádí „vztah“ a Timulák (2006) **terapeutické spojenectví**, které podle Bordina sestává ze **společné dohody** o cílech terapie a způsobu práce a z „nespecifického afektivního pouta“ (tamtéž, s. 54). Můžeme předpokládat, že pacientovy hodnoty jsou obsaženy v dohodnutých cílech. Explicitně nacházím hodnotová témata až v názvech kapitol u metod, které navrhuje Norcross a spol. (2011) pro přizpůsobení terapie pacientovi (např. preference, coping, kultura, náboženství a spiritualita).

Na webu projektu „Behaviorální praxe podložená důkazy“ (<http://www.ebbp.org>), který společné rozhodování zdůrazňuje (viz obr. 1), jsem hodnoty našla v prezentaci klinického psychologa Davida DiLillo: psycholog, který chce zacházet s pacientovými hodnotami, by měl pojímat terapii jako společné úsilí, znát specifické skupiny, a měl by pacientovy preference a hodnoty jak zjišťovat, tak na ně umět reagovat.

4. 1 SPOLEČNÉ ROZHODOVÁNÍ VE SPOLEČENSKÝCH SOUVISLOSTECH

Výsek ze světa společného rozhodování ukazuje obrázek 1. Můžeme si ho přeložit také tak, že oba – pacient i praktik – jsou ovlivňováni vědeckými poznatky, které ožívají v daném organizačním kontextu a v situaci konkrétního klienta s jeho charakteristikami, potřebami a hodnotami. **Praktikovy hodnoty jsou přítomny rovněž** – v podobě hodnot profesionálních, které jsou garantovány organizací prostřednictvím zaručené úrovně služby, neboť „důkazy efektivity na základě výzkumů nestačí – je třeba, aby intervence dávala smysl v rámci souvislostí a organizace a u dané cílové skupiny“ (<http://www.cebi.ox.ac.uk/for-practitioners/how-to-use-evidence.html>; staženo 3-3-2015). Praktik je při rozhodování zasazen do organizace a opřen o to, co se v ní běžně dělá pro danou „cílovou skupinu“¹: ocitáme se v důkazech založených na praxi.

Obě strany – pacient a praktik – se mají dohodnout na nejlepším možném postupu pro pacienta, postupu lepším než placebo a jiné možnosti včetně alternativy nedělat nic. To nemusí být snadné. Je třeba vyjednávat s očekávanými na obou stranách a společenskými náladami.

Zvolme jednoduchý případ z oblasti medicíny. Problém trvalé nadbytečné léčby antibiotiky je znám dlouho. Nově se ukazuje, že antibiotika ničením střevních bakterií, které „vyrábějí“ serotonin, mohou spolupůsobit ADHD a autismus u dětí (Honzák, 2015). Akční plán Národního antibiotického programu pro období 2011–

¹ Slova jako „cílová skupina, cíle, individuální plán“, a s nimi související „plánování zaměřené na člověka, personalizovaná péče“ atp. najdeme v kontextu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v jehož rámci rovněž pracují psychologové.



2013 Ministerstva zdravotnictví ČR uvádí důvody, které vedou k nadužívání antibiotik v primární péči, např.: nátlak pacienta případně rodičů, obava ze ztráty klientely; široká a neomezená dostupnost antibiotik; potřeba použít „moderní a zaručeně účinný lék“; společenské a kulturní tradice; marketingové kampaně a reklama farmaceutických firem. (www.mzcr.cz/Verejne/obsah/akcni-plan-nap.)

V důvodech pro nadužívání antibiotik na straně lékaře najdeme též „obavy z komplikací, snahu ‚neudělat chybu‘“. Zdá se, že je výhodné zahrnout pokus a omyl („chybu“) do rozhodovacích procesů: „Formulace případu by měly hledat jak potvrzující, tak nepotvrzující důkazy a měly by být v průběhu léčby revidovány. Pokud se ukáže, že léčba nepostupuje, měla by být zvážena alternativní pojetí.“ (Eells, 2011, s. 17-18) Pracovní spojení, které počítá s chybovostí, revizí, vývojem, pravděpodobně předpokládá partnerství nebo aspoň vyjasnění společného úkolu včetně zodpovědností.

4. 2 SDÍLENÉ ROZHODOVÁNÍ VÁNÍ JAKO VZÁJEMNÁ PODPORA

Rozhodování při volbě léčby představuje paradox autonomie pacienta v situaci jeho závislosti na vědomostech, dovednostech a morálních kvalitách zdravotníků. Zdravotník na tom není o mnoho lépe: má autonomii a kompetence, a závisí na hodnotách pacienta.

Sdílené rozhodování je „metoda, která vede pacienty, rodiny a praktické lékaře hodnověrným procesem, jehož prostřednictvím jsou pacientovy hodnoty, priority a cíle zahrnovány do diskusí o rizicích a přínosech léčebných možností“ (O’Connorová, Bennett, et al. v Mitchell, Trangle et al., 2013, s. 42). Zásadní pro tento proces spolupráce, jak uvádí IOM (2015, s. 136), je „podporovat klienty, aby otevřeně vyjadřovali svoje

preferenci ohledně služby“. Jak toho ale dosáhnout? Sandman a Munthe (v Sandman et al., 2012) rozčlenili podoby sdíleného rozhodování na devět podskupin od nejvíce paternalistického přes autonomní k nejvíce partnerskému (na jednom pólu uvádějí „pacientem přijatý paternalismus“, na druhém „sdílené rozhodnutí na základě společné racionální rozvahy“). Pacient může lékařův paternalismus chtít nebo přijmout; praktik na sebe s paternalismem bere zodpovědnost, že na sledování pacientova nejlepšího zájmu zůstává sám.

Východiskem pro spolupráci a sdílené rozhodování může být vědomí, že zúčastněné strany pomáhání mají společnou vizi, kterou je pomoc. Penner, Gaertner, Dovidio et al. (2013) ve snaze zlepšit adherenci k léčbě v rasově nesourodyých párech lékař–pacient využili teorii společné identity. Výsledkem bylo zlepšení a také desatero pro praktika i pacienta (s. 1145 - „1. Uvědomte si, že jste tým. Oba zodpovídáte za to, co se dnes odehraje“ atd.), které kromě připomínek zodpovědnosti sestává z komunikačního návodu pro obě strany: „Ptejte se a ověřte, že si rozumíte.“

Posun ke sdílenému rozhodování nastává pravděpodobně společenským pohybem spíše než průkazností výzkumných výsledků. Pro dlouhodobé účinky sdíleného rozhodování chybějí kvalitní vědecké důkazy (Mitchell, Trangle et al., 2013); zároveň důkazy ukazují, že „pacienti z oblasti duševního zdraví se chtějí účastnit na rozhodování o zdravotní péči a být více informováni o své nemoci a o možných léčebných postupech“ (s. 42).

Sociální mozky praktika a pacienta jsou zvyklé se při rozhodování opírat – o informace či druhé lidi. IOM (2015, s. 136) provazuje sdílené rozhodování s počítačovou podporou obou stran: klinikovi počítač nabízí doporučené



postupy a klientovi pomáhá vyjádřit, čemu dává v léčbě přednost, a vede ho k informovanému rozhodování. Ve stejném historickém čase se v našem občanském zákoníku objevuje nápomoc při rozhodování (§ 45 zákona č. 89/2012

Sb.) na podporu člověka, „kterému duševní postižení působí potíže při rozhodování, aby mohla být zachována plná svéprávnost a nemusel být ustanovován opatrovník.“ (Čebišová a kol., 2013, s. 19)

5 ZÁVĚRY: CO Z TOHO PLYNE PRO PSYCHOLOGA V PRAXI

Shrnu teď zkusmo, co z praxe podložené důkazy a z důkazů podložených praxí vyplývá pro psychologické pomáhání a jeho účelnost v péči o konkrétního klienta (i když je klientem např. rodina):

- **Představ se, ptej se a řekni, jak rozumíš pacientovi, včetně toho, z jakého postupu by mohl mít prospěch.**

Pacient se setkává s psychologem, který by ho měl na základě otázek (či jiných vyšetřovacích metod), vlastní odborné zkušenosti a garantované úrovně služby seznámit s tím, jak mu rozumí, a „indikovat optimální léčbu“ (Grawe v Timulák, 2006, s. 53; viz též §31, odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Psycholog může tuto expertizu, které je pacient „podrobován“, vybalancovat k partnerství například tím, že se představí: kdo je, o co (o jakou teorii v jakém /organizačním/ kontextu) se opírá, čemu věří a proč, jaké má limity. Do hry přece vstupují i jeho hodnoty, preference a charakteristiky, a pacient si o něm něco myslí podobně, jako je tomu naopak.

Privátní psychologové svoje přesvědčení mnohdy formulují na webových stránkách. Psychologové v organizacích mohou spoléhat na to, že hodnotový kontext je vyjádřen posláním organizace, pro niž pracují. Někteří z nás vytvářejí pracovní „vizitky“, kde kromě popisu své odbornosti a zkušeností vyjadřujeme

vlastní hodnoty a přesvědčení včetně osobního stylu práce.

Zdá se, že je třeba, aby si psycholog uvědomil přinejmenším přesvědčení **antropologická** (jak pojímá člověka a jeho vývoj včetně představy o tom, čím je motivováno self) a **vztahová** (jak rozumí vzájemnému vztahu – zastává pozice intersubjektivní nebo předpokládá oddělenost světa svého a světa pacientova?; vidí pracovní spojení jako synonymum pro vztah v pomáhající profesi nebo jenom jeho zlomek?). Kulturně kompetentní (zdravotnický) pracovník by měl navíc zvědomovat svoje přesvědčení o vztahu mysli a těla, o pomáhajícím chování a léčení, o společenství, o duševních onemocněních a jejich příčinách a o spiritualitě. (Tingová, 2012)

- **Uznej nejistotu a převáděj ji do zodpověditelných otázek; pátrej po důkazech a kriticky je posuzuj, buď metodologicky gramotnou autoritou; řekni, jak pojímáš případ, a navrhní cíle.**

Psycholog a pacient spolupracují a psycholog tak získává informace pro „systematickou, plánovitou a jasnou“ formulaci případu (Eells, 2011, s. 18), která má vyjadřovat jeho hypotetizování o struktuře a dynamice pacientových obtíží s ohledem na to, v jakém (sociálním) prostředí pacient žije a jaké chronické a akutní stresory na něj působí v kontextu jeho kultury, genderu



a vývoje (viz DSM-5). Formulace případu má držet teoreticky pohromadě, leč vycházet z důkazů, nejen z teorie.

- **Spolu s pacientem se rozhoduj, co dál, a použij přitom zkušenost i výzkumné výsledky; oba se ptejte**

Pro některé může být hledání důkazů motivováno obavami, aby bez znalosti o výsledcích různých terapeutických možností neposkytovali (podle označování EBP) služby „zbytečné, neprokázané, či dokonce poškozující“, zatímco jiným se zde vyjevuje ostrůvek svobody, kde mohou opustit i přesvědčení vlastní organizace, rozhlédnout se po světě a díky otázníkům nad nejlepší péčí pro daného pacienta se rozvíjet a učit včetně zvažování možnosti neudělat nic. Připomínám (viz Úvod), že praxe

podložená důkazy začínala vírou (že jsme „schopni si osvojit dovednosti, jak nezávisle posoudit důkazy a vyhodnotit důvěryhodnost názorů nabízených experty“), nikoli bázní.

Praktik se vybavuje metodologicky, aby mohl diskutovat s důkazy a experty, a komunikačně/vztahově, aby mohl diskutovat o důkazech s pacienty.

- **Spolu s pacientem hlídej výsledky a ptejte se na odezvu**

V postupu EBP se v tomto bodě máme vrátit do systému a organizačních pravidel neboli k dohodnuté úrovni služby. Pokud jsme soukromí psychologové, můžeme zůstat u pacienta, aniž by pro naši spokojenost s výsledkem měla pacientova spokojenost stačit.

6 DISKUSE: CO Z TOHO PLYNE PRO NADHLED

Některé terapeutické přístupy se důkazy tradičně nezabývají (IOM, 2015, s. 69) a dokazují tak, že téměř každá teorie může představovat oporu pro přesvědčivého praktika, aniž nutně musí být správná. Odborníci, kteří EBP berou vážně, se naopak vyrovnávají s tím, že důkazy přibývají (a mění se) s rychlostí, která odpovídá prostředí stálých a rozhodujících změn. Povaha vztahu mezi teoretickou uceleností přístupu a teoreticky různorodými, leč důkazy podloženými intervencemi, je v tuto chvíli nejasná.

Výsledně se můžeme ptát, co zaručí integritu praktické psychologie a praktického psychologa v prostředí rozhodujících změn s důrazem na

autonomii a partnerství a v nárocích na to, aby oborem a odborníkem garantovaná pomoc byla účelná, to znamená, aby vedla ke kýženým výsledkům?

Z textu prozatím vyplynuly tři kompetence, jimiž by současný pomáhající profesionál měl být vybaven pro zvládání praxe podložené důkazy:

- **Kulturní kompetence / kompetence pro rozmanitost** (American Psychological Association, 2015), která mj. znamená, že odborník by měl teoretický přístup přizpůsobit svým klientům (Sommers-Flanagan, 2015, s. 99); neměl by předpokládat shodu mezi



hodnotami svými a svého protějšku, a měl by nahlížet vlastní stereotypy a pěstovat zvědavost.

- **Kompetence pro spolupráci**, která znamená pojmout terapii či poradenství jako společné úsilí pro dosažení vize, v jehož rámci stojí za to se ptát, sdílet (zodpovědnosti i nezdary) a vyjednávat.
- **Kompetence kriticky reflektovat** znamená například, že rozumíme dobovým, kulturním, odborným, osobním (postojovým) a metodologickým souvislostem, v nichž se dané výsledky objevily. To, co víme, je důležité; možná důležitější je si uvědomovat, **jak to víme**, ať už jde o vlivy vlastního předporozumění zjišťované sebereflexi nebo vlivy měnícího se prostředí zjišťované společenskou a metodologickou reflexí.

„V pokrocích EBM hrály ohromnou roli technologie. /.../ Také internet umožnil neuvěřitelný přístup k velkému objemu údajů a informací. Jenže s takovým množstvím ‚nefiltrovaných‘ dat musíme být opatrní. Historie nám jasně ukázala, že důkazy a údaje se do praxe založené na důkazech neproměňují bezprostředně.“ (Claridge, Fabian, 2005, s. 552)

K pravidlům kritické reflexe patří i sama kapitola *Diskuse*. Chtěla bych v ní upozornit, že:

- Za povšimnutí v EBP stojí i to, **co důkazy podloženo není**. Na grafu *Celkový rozptyl výsledků psycho-terapie, které lze připsat terapeutickým faktorům* (Norcross, Lambert, 2011, s. 13) zabírá největší plochu (40 %) rozptyl nevysvětlený (metodou, pacientem, terapeutem a jejich vztahem).

V doporučeních pro léčbu dospělých s depresí v primární péči se uvádí

„vysoká kvalita důkazů a důrazné doporučení“ pro přístup spolupracující péče odborníků; pro psaný plán léčby dohodnutý společně s pacientem a jeho rodinou (podobně i pro další kroky spolupráce s pacientem) najdeme označení „nízká kvalita důkazů a důrazné doporučení“. (Mitchell, Trangle et al., 2013, s. 38) Lze předpokládat, že do hry vstupují jiné faktory než vědecké důkazy – např. **společenská žádoucnost**.

- V textu se ukázaly otázky, které v současné (české) psychologické praxi volají po vyjasnění: například, jak se odlišnosti mezi psychologickou praxí v organizaci a „na volné noze“ odrážejí v hodnotách profese a jejím výkonu; jaká je povaha propojení mezi politikou a vědou a psychologickou praxí (samo řízení kvality včetně EBP se považuje za projev neoliberalismu); jak se různá pojmání vztahu odrazí při kontraktování s konkrétními klienty (Koho považuje praktik za autoritu? Počítá s tím, že jeho klient ví možná lépe než on, co to znamená, když terapie je uznána NICE, a když uznána není? atp.).
- Za nejasnou lze pokládat i tak zásadní věc, jakou je zkoumání důkazů vázané na prvky, nikoli na celek. IOM (2015), ač volí cestu prvků, doporučuje nejprve vytvořit společnou terminologii pro popis prvků psychosociálních intervencí a poté zkoumat i význam toho, v jakém pořadí jdou za sebou, jak jsou dávkovány, čím jsou zprostředkovány a jaké jsou mechanismy jejich působení.

Jev rozložený na prvky se snáze zkoumá, (někdy) hůře vnímá a někdy neodpovídá realitě. „Vztah“, jehož význam v psychologii zdůrazňujeme, je složený celostní jev, a jeho dělení na prvky přináší



nejistoty: „*Jaké vztahové chování zahrnout pod nadpis ‚terapeutický vztah‘ a jaké už ne, nás trýznilo stejně, jako to trýzní celý obor.*“ (Norcross, Lambert, 2011, s. 5) Celek/systém je přitom víc než součet částí, jak zní základní poučky našeho oboru, ať ve verzi stoleté (Gestalt) či padesátileté (systém).

- Námitky proti „evidence based“ mohou odrážet individuální nechuť ke změně stejně jako zkušeností podložené obavy z moci systémů. I z jiných oblastí řízení kvality můžeme usuzovat, že systém EBP může být dobrým sluhou a špatným pánem, a že certifikace slouží jako ochrana pro stranu pacientů i jako příležitost k výdělku pro stranu certifikátorů. Standardy a doporučené postupy praxi natolik usnadňují, že odborník musí svou schopnost kriticky myslet aktivně pěstovat, aby např. mohl vědomě a dojednaně postupovat nestandardně.

Při ohledávání světa založeného na důkazech jsme sledovali projevy společenského pohybu: např. proměnu autority ve směru k partnerství a důrazy na řízení kvality ve smyslu důkazů účelnosti i ve smyslu hodnotovém. Světy pacientů a praktiků se setkávají v situačně vymezených a proměnlivých rolích. Můžeme si představit, že ani jedna strana (nebo obě nebo jen jedna) z tohoto setkání věří ve vědu a v její důkazy. Svoje víry ale obě strany vyladují – ve zdravotnických a sociálních systémech i s ohledem na to, že jejich setkání platí strana třetí.

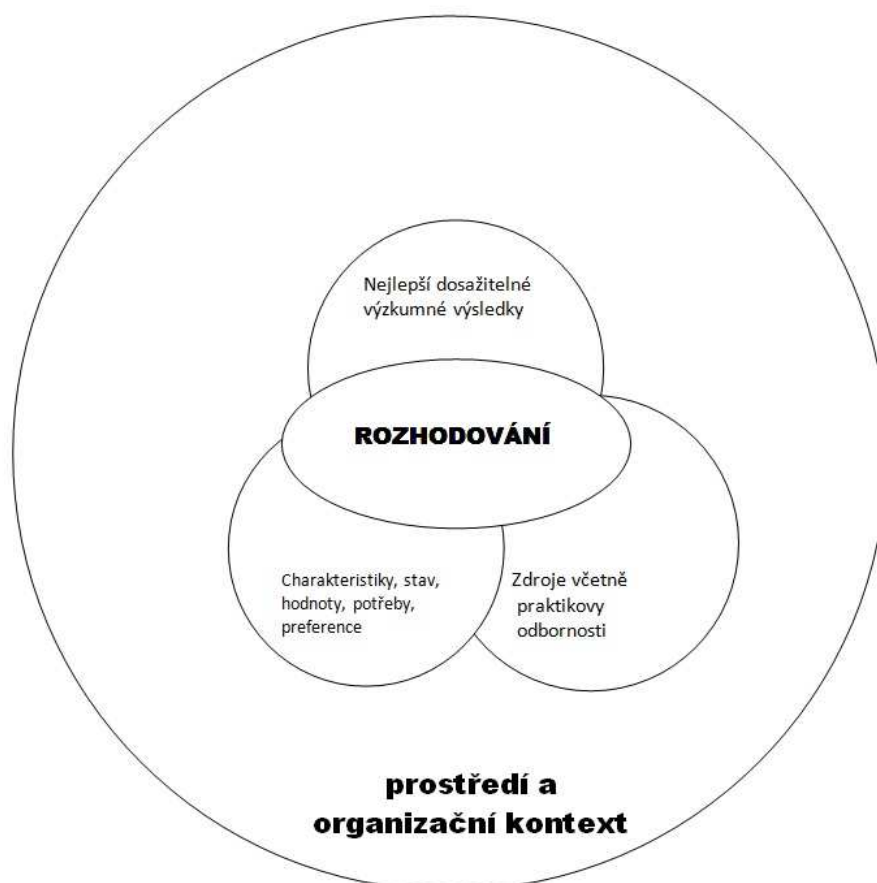
Vliv zastávaných přesvědčení a hodnot (nejen na straně pacienta!) považuji v současnosti za zásadní. Řada odborných polemik „nebyla – nebo alespoň ne především – vyřešena vědeckým objevem či odhalením, nýbrž spíše politickým aktivismem a mimo-vědeckými činiteli“ (Schwartzová, 1998, s. 357). Víra ve vědu je také (jen) víra. Na neochotu některých „věřit výsledkům, které podřívají jejich světový názor, ať je síla vědy jakákoli“ (Prasad, Ioannidis, 2014, p. 3) narážejí ideologové EBP. Když však jeden z nich (Eells, 2013) obhájuje svoje pojetí „formulace případu založené na důkazech“, hájí se především tím, že ho svoboda, pružnost a náročnost tohoto přístupu baví.

Nabízí se otázka, o co se praktik může opřít ve světě, který je „podložený“ důkazy stejně jako hodnotami. Pole, kde se oba důrazy potkávají, najdeme snadno. Všelicos včetně vzdělávání je dnes též „competency based“, založené na kompetencích, což jsou (psychologovy) znalosti, dovednosti a hodnoty (postoje), které propojují teorii s praxí a znalosti s ctnostmi.

STŘET ZÁJMŮ, PODJATOST

Pohybují se ve světě akademickém i ve světě pomáhající praxe a jsem přesvědčena, že bez sebe nemohou být. Dávám přednost kvalitativnímu výzkumu a více si všímám výzkumných výsledků, které podporují moje přesvědčení o spoluzávislosti v pomáhajících vztazích, o intersubjektivitě a o důležitosti hodnot.

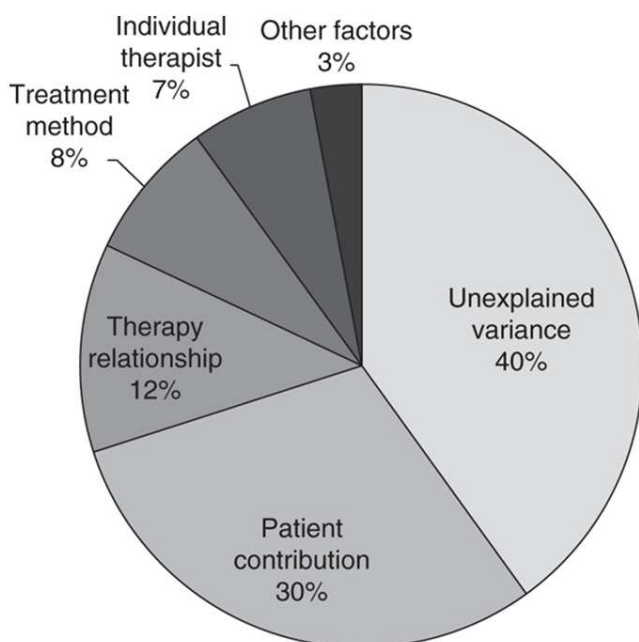




OBRÁZEK 1: ROZHODOVÁNÍ V BEHAVIORÁLNÍ PRAXI PODLOŽENÉ DŮKAZY¹

¹ Převzato ze Spring, B., Hitchcock, K. (2009): Evidence-based practice in psychology. V: Weiner, I. B., Craighead, W. E. (Eds.): *Corsini's Encyclopedia of Psychology*. 4th ed. (pp. 603-607). New York: Wiley. Uvedeno na <http://www.ebbp.org/ebbp.html>; staženo 6-3-2015.





GRAF 1: CELKOVÝ ROZPTYL VÝSLEDKŮ PSYCHOTERAPIE, KTERÉ LZE PŘIPSAT TERAPEUTICKÝM FAKTORŮM (NORCROSS, LAMBERT, 2011, S. 13)

LITERATURA

1. American Psychological Association (2015): Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology. *American Psychologist*, 70/ 1: 33–46.
2. Barrett, L., Dunbar, R., Lycett, J. (2007): *Evoluční psychologie člověka*. Praha: Portál.
3. Bartos, S. E., Banks, A. P. (2015): How do students learn critical thinking? Challenging the osmosis model. *History & Philosophy of Psychology*, 16/1: 36-40.
4. Baštecká, B. (2015): Kvalita péče a služeb a její měření: výsledky a procesy. V: Baštecká, B., Mach, J. a kol.: *Klinická psychologie*. S. 281-290. Praha: Portál.
5. Borgerson, K. (2005): Evidence-based Alternative Medicine? *Perspectives in Biology and Medicine*, 48/4: 502–515.
6. Callahan, D. (Ed.) (1996). The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Center Report*, 26: S1-S28.
7. Claridge, J. A., Fabian, T. C. (2005): History and Development of Evidence-based Medicine. *World Journal of Surgery*, 29: 547–553.
8. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
9. Coverdale, J. (2007): Virtues-Based Advice for Beginning Medical Students. *Academic Psychiatry*, 31/5: 354–357.



10. CSDH (2008): *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
11. Čebišová, R., Chábová, R., Johnová, M., Kořínková, D., Škopová, V. (2013): *Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.
12. DSM-5 - *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (2015): 1. české vydání, Praha: Hogrefe – Testcentrum.
13. Eells, T. D. (2011): What Is an Evidence-Based Psychotherapy Case Formulation? *Psychotherapy. Bulletin of 29th Division of the APA*, 46/2: 17-21.
14. Eells, T. D. (2013): In Support of Evidence-Based Case Formulation in Psychotherapy (From the Perspective of a Clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9: 457-467.
15. Foster, E. (2015): Rivals or roommates? The relationship between evidence-based practice and practice-based evidence in studies of Anorexia Nervosa. *Counselling Psychology Review*, 30/4: 34-42.
16. Gallo, K. P., Barlow, D. H. (2012): Factors Involved in Clinician Adoption and Nonadoption of Evidence-Based Interventions in Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19/1: 93–106.
17. Guyatt, G. H. (Chair) (1992): Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268/17: 2420–5.
18. Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Schünemann, H. J. (2008): What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*, 336/7651: 995–998.
19. Hendl, J. Feberová, J. (2014): *Medicína založená na evidenci (EBM) a zdravotnická informatika*. MEDSOFT: sborník příspěvků. S. 41–54. Dostupné na: http://www.creativeconnections.cz/medsoft/2014/Medsoft_2014_Hendl.pdf.
20. Honzák, R. (2011): Jak se dívat na psychosomatickou medicínu. *Vnitřní lékařství*, 57/11: 903-907.
21. Honzák, R. (2015): Jak vidím psychosomatiku aneb PF 2016. Editorial. *Psychosom*, 13/1: 4.
22. Hunt, M. (2000): *Dějiny psychologie*. Praha: Portál.
23. IOM (Institute of Medicine) (2015): *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence based standards*. Washington, DC: The National Academies Press.
24. Kahneman, D. (2012): *Myšlení, rychlé a pomalé*. Brno: Jan Melvil.
25. Kazantzis, N., Cronin, T. J., Norton, P. J., Lai, J., Hofmann, S. G. (2015): Reservations about the Conclusions of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships: What Do We Know, What Don't We Know? *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 71/5: 423–427.
26. Kratochwill, T. R., Eaton Hoagwood, K., Kazak, A. E., Weisz, J. R., Hood, K., Vargas, L. A., Banez, G. A. (2012): Practice-Based Evidence for Children and Adolescent: Advancing the Research Agenda in Schools. *School Psychology Review*, 41/2: 215–235.
27. Levant, R. F. (Ed.) (2005): *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. American Psychological Association. Dostupné na: <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>.
28. Lindsay, G., Koene, C., Oevreeide, H., Lang, F. (2010): *Etika pro evropské psychology*. Praha: Triton + Hogrefe – Testcentrum.
29. Loots, G., Devisé, I. (2003): An Intersubjective Developmental Perspective on Interactions Between Deaf and Hearing Mothers and Their Deaf Infants. *American Annals of the Deaf*, 148/4: 295–307.
30. Mitchell, J., Trangle, M., Degnan, B., Gabert, T., Haight, B., Kessler, D., Mack, N., Mallen, E., Novak, H., Rossmiller, D., Setterlund, L., Somers, K., Valentino, N., Vincent. S. (2013):



- Adult Depression in Primary Care*. Institute for Clinical Systems Improvement. Dostupné na https://www.icsi.org/_asset/fnhdm3/Depr-Interactive0512b.pdf.
31. Norcross, J. C. (Chair) (2011): *Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*. Dostupné na: <http://www.divisionofpsychotherapy.org>; <http://www.nrepp.samhsa.gov/Norcross.aspx>.
 32. Norcross, J. C., Lambert, M. J. (2011): Evidence-Based Therapy Relationships. Introduction to: Norcross, J. C. (Ed.): *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*. New York: Oxford University Press.
 33. Penner, L. A., Gaertner, S., Dovidio, J. F., Hagiwara, N., Porcerelli, J., Markova, T., Albrecht, T. L. (2013). A Social Psychological Approach to Improving the Outcomes of Racially Discordant Medical Interactions. *Journal of General Internal Medicine*, 28/9: 1143-9.
 34. Prasad, V., Ioannidis, J. P. A. (2014). Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implementation Science*, 9/1: 1-5.
 35. Sandman, L., Granger, B. B., Ekman, I., Munthe, C. (2012): Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15:115-127.
 36. Schwartz, S. (1998): The role of values in the nature/nurture debate about psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 356-362.
 37. Sommers-Flanagan, J. (2015): Evidence-Based Relationship Practice: Enhancing Counselor Competence. *Journal of Mental Health Counseling*, 37/2: 95-108.
 38. Stolorow, R. D., Atwood, G. E. (1996): The Intersubjective Perspective. *Psychoanalytic Review*, 83: 181-194.
 39. Thomä, H., Kächele, H. (1993): *Psychoanalytická praxe*. Díl první: Teorie. Hradec Králové: Mach.
 40. Thorová, K. (2015): *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
 41. Ting, R. S. K. (2012): The Worldviews of Healing Traditions in the East and West: Implications for Psychology of Religion. *Pastoral Psychology*, 61: 759-782.
 42. Tschacher, W., Haken, H., Kyselo, M. (2015): Alliance: a common factor of psychotherapy modeled by structural theory. *Frontiers in Psychology*, 6/421: 1-11.
 43. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
 44. zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
 45. zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

POUŽITÉ A UŽITEČNÉ INTERNETOVÉ ZDROJE

www.cebm.net
www.cebi.ox.ac.uk
<http://www.ebbp.org>
www.nrepp.samhsa.gov
<http://iom.nationalacademies.org>
<https://www.icsi.org>
<https://www.nice.org.uk>
<http://www.cochrane.org>
www.mzcr.cz



AUTORKA

Bohumila Baštecká je klinická psycholožka a supervizorka. Učí na Evangelické teologické fakultě Univerzity Karlovy, zabývá se neštěstími a hodnotovým poradenstvím. Ráda spolupracuje v týmech.

Kontakt: bastecka@etf.cuni.cz.

Do redakce přišlo: 17. 7. 2016

Zařazeno do tisku po recenzi 28. 8. 2016



ETIKA



ILUSTRACNÍ FOTO 4: Z 16.KONFERENCE

HOBZOVÁ H.: SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ: MOHOU PSYCHOLOGICKÉ VÝZKUMY SVĚDČIT PRO PŘIJETÍ V PRAXI?

SOUHRN: HOBZOVÁ H.: SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ: MOHOU PSYCHOLOGICKÉ VÝZKUMY SVĚDČIT PRO PŘIJETÍ V PRAXI? PSYCHOSOM 2016; 14(3) S. 152-163

Surogátní mateřství je jeden z postupů využívaných v oboru reprodukční medicíny, během něhož náhradní matka odnese plod a porodí dítě, které odevzdá neplodnému páru, jenž má v úmyslu dítě vychovat. V České republice se náhradní mateřství realizuje od roku 2004 a stále nemá jasný legislativní rámec. Je otázkou, zda proces surogátního mateřství nemá určité negativní psychologické a sociální konsekvence, které by svědčily pro jeho nepřijatelnost v praxi. Víme, že u náhradní matky se může objevit zármutek při odevzdání dítěte po porodu, pocity zloby či viny. Můžeme také předpokládat komplikace ve vývoji dítěte ze surogace v prenatálním období, či při porodu. Negativní psychologické faktory nemohou být generalizovány, a je zapotřebí započítat i uspokojivé výsledky surogace a spokojenost na všech stranách surogátní triády. Kritická reflexe výzkumných



závěrů o psychosociálních aspektech surogace doplňuje diskusi o vhodnosti přijetí této metody v České republice.

KLÍČOVÁ SLOVA: náhradní mateřství, surogace, náhradní matka, asistovaná reprodukce

SUMMARY: HOBZOVÁ H.: SURROGATE MOTHERHOOD: IS PSYCHOLOGICAL RESEARCH AFFIRMING ITS ACCEPTANCE? PSYCHOSOM 2016; 14(3), PP 152-163

Surrogate motherhood is one of the methods of infertility medical treatment.

The surrogate mother carries a baby for an infertile couple intending to raise a child. Surrogacy has been practiced in the Czech Republic since 2004 without special legislative frame for it. Hypothetically, surrogate motherhood could implicate negative consequences that would suggest its unacceptability in practice. The empirical studies and case studies focused on a grief of surrogate mother when surrendering the child, a feeling of anger or guilt. Potential harm for the child includes the complications in the prenatal period and delivery. It is not possible to generalize negative psychological factors of surrogacy but it is also necessary to consider positive results and satisfaction of all participating sites of surrogate triad. The critical feedback of research conclusion on psychological and social aspects in surrogacy supplements discussion about the possible acceptance of this method in the Czech Republic.

KEYWORDS: surrogacy, surrogate mother, commissioning couple, assisted reproduction

ÚVOD

Náhradní mateřství (surogace, surogátní mateřství) je metoda používaná v reprodukční medicíně, během níž žena přijme do své dělohy embryo, odnese a porodí dítě, které po porodu odevzdá páru, se kterým se předem dohodla. Vedle darování oocytů a spermií bývá zařazována mezi metody tzv. reprodukčního dárcovství. Surogace rozšiřuje možnosti léčby infertility neplodného páru o přímé zapojení další osoby, která by se sama jinak pro neplodnost neléčila.

Cestou náhradního mateřství s použitím technik asistované reprodukce se narodilo jako první dítě v USA roku 1980 (Holder, 1988), mediálně známější je „baby Cotton“, narozené v roce 1985 ve Velké Británii (Cotton & Winn, 1985). V České republice se náhradní mateřství s použitím technik asistované reprodukce využívá od roku 2004 (Ďurovová, 2015). Podrobná statistika není oficiálně sledována ani publikována.

POSTOJOVÝ KONTEXT TÉMATU SUROGACE

Diskuse, zda a jak má být surogace právně upravena, probíhala například na konferenci o náhradním mateřství Ministerstva spravedlnosti ČR v roce

2009, jednání Výboru pro lidská práva a bioetiku v únoru 2010, či jednání Etické komise Ministerstva zdravotnictví v březnu 2016. Psychologické aspekty



celého procesu prozatím nejsou v české psané literatuře reflektovány, cílem tohoto článku je výběr nejvýznamnějších z nich, jejich shrnutí a srovnání.

Významným výchozím bodem tohoto textu je současný postojový kontext tématu surogátní mateřství v české psané literatuře. Články mnohdy vycházejí z názorů jejich autorů, z nichž se někteří vyjadřují explicitně proti surogaci (Honzák, 2010), nebo pro ni (Pilka et al., 2009). Některé publikace zahrnují postoj autora implicitně (Pektorová, 2015), nebo zastávají neutrální postoj k surogaci samotné a upozorňují na související problematiku

HISTORICKÉ A PRÁVNÍ SOUVISLOSTI

Surogace je definována jako „praktika, během níž jedna žena donosí dítě pro jinou ženu s úmyslem odevzdat jí dítě po porodu“ (The Warnock Report, 1984, p. 42). Haderka (1986) již od počátku upozorňuje na neekvivalentnost českého překladu pojmů, nicméně až do současnosti se souběžně objevují pojmy náhradní, surogátní či surogační. V oblasti psychologických a sociálních věd může být pojem náhradní matka kompetitivní k významovému pojetí matky, která vychovává dítě v náhradní rodinné péči. V současné právní úpravě se surogace týká zákon č. 29/2012 Sb., občanský zákoník, který zmiňuje výjimku, kdy v případě „náhradního mateřství neplatí vyloučení osvojení mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci“ (§ 804). V Důvodové zprávě k novému občanskému zákoníku (2012) je jako zdůvodnění § 804 uvedeno, že: „vztahy mezi ženou, která poskytla své zárodečné buňky (biologickou matkou), a dítětem mohou být upraveny cestou osvojení.“ (p. 199). Předpokládá se tedy,

(Císařová & Sovová, 2015). Záměrem tohoto textu není přivést čtenáře ke změně jeho případného postoje, ale seznámit ho s tím, co se o psychosociálních aspektech surogace ví a jaká jsou v současnosti nastolována témata. Deklarovatelným východiskem je skutečnost, že některá centra asistované reprodukce surogaci praktikují a nelze to ignorovat. Implicitním úmyslem je pak uvést do souvislosti starší předpokládané negativní souvislosti surogace, pozdější pozitivní empirická zjištění, aktuální diskutabilnost o limitech těchto zjištění tak, aby závěr zůstal otevřený vývoji, který je možno v České republice bezprostředně očekávat.

že v surogátním procesu budou nejčastěji kooperovat ženy navzájem si příbuzné. Nově se tak připouští prolnutí přirozených příbuzenských vztahů (rodičovství, sourozenectví) a příbuzenských vztahů vzniknuvších právní cestou. Zároveň se podporuje přijatelnost tzv. kontraktního rodičovství, ve kterém je předem zahrnuta třetí strana (Ciccarelli & Beckman, 2005) a ve kterém se počítá s rozložením biologického, právního či psychosociálního rodičovství mezi vícero jedinců.

Surogátní mateřství se využívá v případě zdravotních omezení u ženy z neplodného páru, například stavu, kdy její děloha není schopna zvrozených nebo získaných důvodů přijmout oplodněné vajíčko a zajistit mu zdárný prenatální vývoj. V rámci asistované reprodukce se používají identické postupy jako pro jinou *in vitro fertilizaci* (tzv. „oplození ve zkumavce“, zkráceně IVF), např. odběr gamet (pohlavních buněk), mikromanipulační postupy, asistovaný hatching (šetrné narušení obalu vajíčka) (Řežábek, 2014). Indikaci surogace



z medicínských důvodů přijímá i asociace FIGO (International Federation of Gynecology & Obstetrics) (Milliez, 2008).

Náhradní (surogátní) matkou je tedy žena, která přijme do své dělohy embryo, odnese a porodí dítě, které odevzdá jiným osobám. K dítěti má biologickou vazbu související s těhotenstvím a porodem, v českém právním řádu má vztah právní, neboť dle § 775 zákona č. 29/2012 Sb., občanského zákoníku, je matkou dítěte žena, která je porodila. Nastávající rodiče, kteří po porodu přijmou novorozence do péče, pojí s dítětem obvykle genetická vazba. V česky psaných textech není snadné nalézt terminologickou shodu pro označení těchto osob, objevují se termíny: objednavatelský pár, genetičtí rodiče, pověřující pár, biologičtí rodiče, přijímající pár aj. (Císařová & Sovová, 2015; Haderka, 1986; Pektorová, 2015; Pilka et al., 2009). Pro účely tohoto textu budou dále používány termíny pověřující pár a biologičtí rodiče, s vědomím potřebnosti jazykové kritiky konstituující adekvátní pojmenování těchto osob.

V České republice tvoří pověřující pár obvykle muž a žena, kteří spolu nemohou mít děti přirozenou cestou. V zahraničí, například v některých státech USA, se může jednat i o pár homosexuální, či o jedince žijícího samostatně (Brunet et al., 2013; Golombok, Murray, Jadva, MacCallum, & Lycett, 2004). Surogátní uspořádání v extrémní podobě může zahrnovat kombinaci až pěti osob, včetně dárců obou druhů gamet (van den Akker,

2007). Aktuálně můžeme reflektovat i možnost použití darované mitochondriální DNA, která ve spojení se zbývajících částí vytvoří kompletní oocyt, jenž je následně oplodněn *in vitro*. Lze tak zapojit třetí ženu k narození jednoho dítěte (Amato, Tachibana, Sparman, & Mitalipov, 2014). Surogace může být realizována jako genetická (částečná), kdy je náhradní matka zároveň dárkyní vajíčka, nebo gestační (plná), kdy je dítě geneticky vlastní rodičům z pověřujícího páru, popřípadě se využijí darované gamety.

Náhradní mateřství může být realizováno jako altruistické (nekomerční), které je založeno na předpokladu, že náhradní matka nezíská z dohody výrazný finanční prospěch. Mohou jí být pověřujícím párem uhrazeny všechné náklady na potřeby během těhotenství, popřípadě náhrady za ušlé příjmy. Oproti tomu komerční forma náhradního mateřství předpokládá vyplacení odměny surogátní matce nad rámec kompenzace nákladů a ušlých zisků (Shenfield et al., 2005). Dle doporučení asociace FIGO je akceptovatelná pouze forma gestačního náhradního mateřství, s uhrazením přiměřených nákladů (Milliez, 2008).

V současnosti je v Evropské unii náhradní mateřství v nekomerční formě povoleno ve Velké Británii, Irsku, Nizozemí, Belgii, Řecku. V Německu, Francii, Itálii, Rakousku, Portugalsku, Španělsku, Švédsku je náhradní mateřství zcela zakázáno. V ostatních zemích, včetně České republiky, náhradní mateřství legislativně ošetřeno není (Brunet et al., 2013).

MOŽNÉ NEGATIVNÍ DŮSLEDKY SUROGACE

Od 80. let minulého století jsou diskutovány možné nepříznivé důsledky

surogace pro náhradní matku, např. psychické potíže po předání dítěte,



vytvoření pouta s nenarozeným dítětem, pocity zloby či viny. Může také nastat situace, kdy si náhradní matka vytvoří citový odstup k plodu, který povede k chování ohrožujícímu jeho zdraví (Jadva, 2003). V kontaktu se sociálním okolím se může cítit stigmatizována či ostrakizována. Existuje riziko hlubokého zármutku jako akutní psychické reakce na odevzdání dítěte nebo se později vyskytnou symptomy deprese (Milliez, 2008; Shenfield et al., 2005). Během těhotenství podstupuje surogátní matka riziko samovolného potratu, mimoděložního těhotenství, vícečetného těhotenství a s tím spojenými komplikacemi, podobně jako jiná gravidní žena.

V případě dětí ze surogace jsou obavy z možných rizik podobné. Dle asociace FIGO mohou potenciální újmy dítěte plynout z komplikací v mnohočetném těhotenství či neočekávaných komplikací v průběhu porodu. Dítě může být ovlivněno i situací, kdy surogační dohoda není dodržena a je vyvolán spor, v němž se dítě stává objektem pozornosti úřadů.

Pro pověřující pár je surogátní uspořádání cestou jak získat potomka, kterého se kvůli neplodnosti jinak získat nedaří. Světová zdravotnická organizace definuje nechtěnou neplodnost jako nemoc (Mansour et al., 2014), která má být léčena dostupnými možnými způsoby. Dle asociace FIGO je pro neplodné páry: „jejich neléčitelná neplodnost utrpením a páry přistupují

k surogaci jako k poslední šanci na potomka s genetickou vazbou buď na oba rodiče, nebo alespoň na jednoho z nich“ (Milliez, 2008, p. 312).

Pověřující pár může prožívat silnou nejistotu. Mohou se zvyšovat úzkosti u muže i ženy, mohou se u nich objevit obavy z toho, že se náhradní matka rozhodne dítě neodevzdat. Oba se musí také vyrovnat s tím, jak vysvětlí příchod dítěte do rodiny bez předešlého těhotenství (Golombok et al., 2004). Okolí neplodného páru může se surogací nesouhlasit a pár tak může ztratit oporu od svých nejbližších. Větší obtíže přitom můžeme dle Golombok et al. (2004) hypoteticky očekávat u částečné surogace, kdy je náhradní matka zároveň dárkyní vajíčka. Van der Akker (2007) upozorňuje, že neplodné páry preferují v prvé řadě plnou genetickou vazbu a přály by si projít i těhotenstvím, až v další řadě jsou ochotny přistoupit na variantu gestační surogace s genetickou vazbou matky či otce. Genetická surogace následuje dle preferencí až jako další a je jí dávana přednost i před adoptí. Konečná, Bubleová & Janků (2010), které zjišťovaly motivy k rodičovství u českých respondentů, souhlasně uvádějí, že nebiologičtí rodiče vychovávající dítě v některé formě náhradní rodinné péče vypovídají o tom, jak pro ně náhradní rodičovství bylo náhradním řešením, když jim byla uzavřena cesta k rodičovství biologickému.

POZITIVNÍ ZJIŠTĚNÍ O PSYCHOLOGICKÝCH ASPEKTECH SUROGÁTNÍHO MATEŘSTVÍ

Empirické výzkumy, které se věnovaly problematice psychosociálních konsekvencí surogace, však obavy z negativních důsledků pro náhradní matku a pro dítě nepotvrdily. Řada z nich referuje o pozi-

tivních a prospěšných vlivech surogátního uspořádání. Golombok et al. (2004) tvrdí, že v době kolem jednoho roku věku dítěte „rozdíly, které byly identifikovány mezi rodinami ze



surogace a rodinami ostatními, ukazují na vyšší well-being a lepší adaptaci na rodičovství právě u surogátních rodin než u rodin vzniknuvších přirozenou cestou“ (p. 400). Van den Akker (2007) v podobně optimistickém duchu uvádí, že předání dítěte po porodu většina surogátních matek vnímá jako šťastnou událost a na základě této zkušenosti by surogaci podstoupily znovu.

Jadva et al (2012) souhlasně předkládají svá pozitivní zjištění o rodinách ze surogace s tím, že v raném školním věku děti fungují oba typy rodin velmi dobře a nejsou zaznamenány zásadní negativní dopady surogačního procesu. V pozitivním duchu uzavírají svá zkoumání v deseti letech věku dětí (celkem 149 dětí, z toho 30 ze surogace) tím, že surogátní rodiny udržely dobré vztahy s náhradními matkami po celou dobu a oba rodiče označili vztah s ní jako harmonický. Děti ze surogace se cítily dobře ve vztahu ke své surogátní matce (Jadva et al., 2012).

Imrie & Jadva (2014) dlouhodobě sledovaly ve Velké Británii 34 náhradních matek (které uzavřely celkem 102 surogátních dohod), přičemž chtěly ověřit předpoklad, že genetické náhradní mateřství v sobě zahrnuje vyšší riziko psychických komplikací pro náhradní matku. Ve většině případů náhradní matky udržovaly kontakt se sociálními rodiči, uváděly spokojenost a dobrou zkušenost s tímto kontaktem (Imrie & Jadva, 2014). Náhradní matky z této studie nevykazovaly žádné potíže ohrožující jejich aktuální psychické zdraví a ani nebyl nalezen dostatek signifikantních rozdílů pro potvrzení domněnky, že genetické náhradní mateřství je ve své podstatě více problematické.

Ve stejném roce předložily Jadva a Imrie (2014) své poznatky o pozdějších

dopadech surogace na vlastní děti náhradních matek. Pro exploraci zvolily odstup 7 let od těhotenství matky. Uvádějí, že 86 % potomků (31 osob ve věku 12-25 let) mělo kladný názor na účast matky v surogaci. Děti kladně vypovídaly o rodinném životě a užívání společně stráveného času s vlastní matkou, včetně hrdoosti na její čin. Autorky zjistily, že surogace nemá negativní vliv na psychické zdraví vlastních potomků náhradní matky. Necelá polovina dětí surogátních matek (47 %) z jejich výzkumu byla v kontaktu s dítětem ze surogace a jeho rodinou, přičemž narozené potomky nazývaly „tummy sister, tummy brother“ – sestra z břicha, bratr z břicha. Obdobně se můžeme setkat v historické literatuře s pojmenováním „sourozenec po mléce“ v souvislosti s institucí kojných.

Z výzkumů věnujících se vývoji po porodu u dětí narozených ze surogace vyplývá, že tyto děti se neliší od ostatních novorozenců. Jak uvádí Söderström-Anttila et al. (2015): „*děti narozené ze surogačního uspořádání mívají perinatální výsledky srovnatelné s dětmi narozenými metodami fertilizace in vitro*“ (p. 9), zejména pak v incidenci předčasného narození (před 37. týdnem těhotenství) a výskytu vývojových vad. Pravděpodobnost nízké porodní váhy je dle autorů u dětí ze surogátního těhotenství naopak o něco nižší a jejich váha se blíží váze dětí z těhotenství s přirozenou fertilizací.

Longitudinální studie sledující psychologické souvislosti rodičovství, vývoje a růstu dětí (celkem 173 dětí, z toho 42 ze surogace), které publikovali Golombok et al. (2004, 2006, 2011), příznivé výsledky potvrzují. V prvním roce věku dětí (Golombok et al., 2004) byl dotazníkovými metodami studován well-being rodičů, vzájemný vztah dítěte s rodiči a temperament dítěte. Rodiny ze



surogace ve srovnání s rodinami ostatními uváděly vyšší well-being, matka i otec se lépe adaptovali na rodičovství. Matky výše skórovaly ve vyjadřování vřelosti, emočního vztahu, měly potěšení z rodičovství a ze vzájemné blízkosti, otcové skórovali v oblastech podobných: vyjádřené vřelosti, emočním vztahu, potěšení z rodičovství a více referovali o pozitivních pocitech z rodičovské role.

Ve stejné rodičovské skupině o rok později vysledovaly autorky u biologic-

kých matek více vřelý vztah, v porovnání s matkami z rodin s dětmi počatými přirozeně, u otců pak nižší úroveň stresu z rodičovství (Golombok et al., 2006). Autorky pracovaly s možným zkreslením zjištěných dat sociální reprezentací ve smyslu sociální žádoucnosti a doplnily kvantitativní výzkumné metody pozorováním. Jejich závěry vyznívají ve prospěch pověřujících párů i surogace samotné.

DISKUTABILNOST ZJIŠTĚNÍ O SUROGACI

V souvislosti s vývojem situace kolem náhradního mateřství v České republice si můžeme klást otázku, zda nás neprokazatelnost negativních konsekvencí surogace vede k přijetí názoru, že ve většině případů je náhradní mateřství přijatelná a bezpečná metoda. Generalizace optimistických závěrů se však jeví jako neuvážená.

Jistým omezením poznání v oblasti psychosociálních aspektů náhradního mateřství je skutečnost, že psychologickým výzkumům se věnují týmy zejména ve Velké Británii (Golombok et al., 2011; Golombok, MacCallum, Murray, Lycett, & Jadva, 2006; Golombok et al., 2004; Jadva, Blake, Casey, & Golombok, 2012; Jadva, Imrie, & Golombok, 2015), kde je surogace dovolena a je jí dán zákonný rámec (Surrogacy Arrangements Act, 1985; Human Fertilisation and Embryology Act, 1990) a v jehož limitech pracují i výzkumné týmy. Jadva & Imrie (2014) a Söderström-Anttila et al. (2015) upozorňují na riziko systematické chyby způsobené nenáhodným výběrem respondentů a na jejich metodologicky limitující nedostatečný počet. V úvahách o obsahu výpovědí je třeba počítat s úmyslem účastníků prezentovat se

v dobrém světle (Jadva & Imrie, 2014), což odpovídá zkušenostem se sebe-reprezentací v jiných psychologických výzkumech (srov.: Paulhus, Bruce, & Trapnell, 1995). Neochota respondentů k účasti ve výzkumu, popřípadě k validním výpovědím je v podobných společensky neobvyklých situacích běžná a vede k omezení možnosti empirického poznání. Například Söderström-Anttila et al. (2015) uvádějí, že z celkového počtu 1795 studií o surogaci, získaných z databází PubMed, Cochrane a Embase, našli pouze 55 studií metodologicky vyhovujících.

Náhradní matky

V diskusi se zjištěními o očekávání náhradních matek z Velké Británie uvádí Berend (2012, 2014) výpovědi žen z USA. Autorka se věnovala analýze volně dostupných výpovědí na webových fórech, dle ní dochází k postupné proměně očekávání náhradních matek za poslední desetiletí. „*náhradní matky očekávaly blízké přátelství s pověřujícím párem, ..., většina žen však byla zklamaná tím, že pár nezůstal v kontaktu, a následně se náhradní matky začaly soustředit na uspokojení z vytvoření nového života.*“ (Berend,



2014, p. 399). Autorka zdůrazňuje význam sociálního srovnávání a bere na zřetel kolektivní jednání skupiny náhradních matek, které formuje individuální očekávání, postoje i nepsaná pravidla chování. Ženy se naučily vytvoření vztahu s rodinou neočekávat, ale pokud by to bylo možné, chtěly by bližší dlouhotrvající vztah. Altruistickou motivaci náhradních matek Berend (2014) relativizuje a tvrdí, že motivaci je nutné osvětlit i v sociálním kontextu. Jako zdroj vnější motivace může dle ní fungovat satisfakce ze strany profesionálních surrogátních agentur. „Skupiny náhradních matek a agentury definují, co je normální a o co se má usilovat, ..., motivace je tak srozumitelnější v kontextu (sdílených) příběhů, reklam a vzájemných diskusí“ (p. 401). Altruismus náhradních matek podporuje a modifikuje i kontakt s profesionály, kteří se surrogátním mateřstvím zabývají v rámci neziskových agentur.

Vztah náhradní matky a pověřující matky v sociálním kontextu komentuje i van der Akker (2007). Dle ní ženy uvádějí v soulad své netypické volby cestou kognitivní restrukturalizace: „úspěch či neúspěch tohoto kognitivního zhodnocení ovlivní otevřenost a upřímnost výpovědi“ (p. 53). Běžná populace oproti tomu nemá potřebu k postojové změně, tudíž udržuje stav původní normativní kognitivní konsonance.

Děti z náhradního mateřství

Drobné potíže v psychosociálním vývoji dětí ze surogace můžeme nalézt dle Golombok, Blake, Casey, Roman, & Jadvá (2013) v jejich pozdějším věku. V longitudinální studii, která srovnávala rodiny s dětmi z náhradního mateřství, rodiny s dětmi počatými z darovaných gamet a rodiny s dětmi počatými přirozeně, se projevovalo, že děti z náhrad-

ního mateřství vykazují více potíží se sociální adjustací, než děti z rodin s darovanými zárodečnými buňkami i než počatými přirozeně. Děti byly sledovány ve věku 3, 7 a 10 let a zmíněný rozdíl byl patrný zejména ve věku 7 let, přičemž šlo o důsledky odtajnění původu dítěte a s tím spojenými psychickými obtížemi matky. „Děti, které si byly vědomy okolností svého narození, byly citlivější k distresu matky“ (Golombok et al, 2013, p. 658). Zdá se tak, že na chování a psychickou pohodu dětí ze surogace má větší vliv chování a prožívání biologické matky než surogace samotná.

K pochopení psychologických konsekvencí života dětí pocházejících z náhradního mateřství mohou sloužit i kazuistiky. V České republice je to například případ narození chlapce, o kterého kvůli těžkému zdravotnímu postižení, paraplegii a epilepsii nejeví po porodu zájem ani pověřující pár, ani náhradní matka (Pektorová, 2015), dítě vyrůstá v ústavní péči. V zahraniční literatuře jsou známější případy „Baby M.“, J. Buzzanca, nebo spor Johnson vs. Calvert (srov. Císařová & Sovová, 2015), tedy dětí, o které byly vedeny soudní spory, protože je například náhradní matka odmítla po porodu předat, nebo pověřující pár odmítl dítě přijmout. Příběhy dětí a náhradních matek, které mají povahu katastrofických scénářů, nejsou ojedinělé, avšak vzhledem k počtu surrogátních dohod, které byly splněny bez obtíží, není jejich počet vysoký.

Agnafors (2014) staví svou výzvu k opatrnosti vůči pozitivním závěrům na etických argumentech a komentuje vztah mezi náhradní matkou a dítětem následovně: „Vyhýbání se vytvořit vazbu mezi (náhradní) matkou a dítětem v míře, která by usnadnila vlastní výměnu, se jeví prima facie



nemorální, zvyšuje se tím riziko újmy jak pro dítě, tak pro náhradní matku; naopak povzbuzování vzniku vazby mezi matkou a plodem, která má pro dítě ochranný účinek, potenciálně vystavuje velkému stresu surogátní matku i pověřující pár, když přijde čas dítě předat (p. 362).“

Pověřující pár – biologičtí rodiče

K tématu rozvíjejícího se rodičovství u biologických rodičů vyjadřuje Golombok et al (2011) názor, že: „pro pozitivní reprezentaci vztahu mezi matkou a dítětem se jeví gestační nebo genetická vazba jako méně významná oproti silné touze po rodičovství, ...,

těhotenství není nutnou podmínkou“ (p. 220). Na rozdíl od zjištění van der Akker (2007), která deklarovala preferenci genetické vazby, se tak vyzdvihuje úmysl, záměr a touha stát se rodičem jako faktory, jež vedou k rozvoji rodičovských kompetencí, k úspěšné a uspokojivé péči o dítě a k funkčním rodinným vztahům. Můžeme tak sledovat rozpor v přesvědčení o významných aspektech rodičovství u neplodných párů, které stojí na počátku své cesty, a rodičů, kteří pečují o dítě ze surogace delší dobu. Realizací a rozvíjením svého rodičovství získají nový sociální status, prožijí změny v sociálních vazbách a mohou se u nich změnit preferované hodnoty.

KOMERČNÍ VERSUS ALTRUISTICKÁ FORMA SUROGACE

V západoevropském kulturním prostoru se považuje za přijatelnější altruistická forma surogace, často sdílená je argumentace Bera (2000), který je přesvědčen, že komerční surogace se staví na rovinu s otroctvím a prostitucí tím, že surogace je „*proces depersonalizace žen na dělohy k pronájmu*“ (p. 156). Někteří autoři se naopak ke komerční surogaci vyslovují jako k variantě vhodnější, nebo navrhují profesionální model náhradního mateřství s tím, že altruistické náhradní mateřství může být ve své podstatě stejně vykořisťující jako komerční a zároveň platba nemusí bránit altruistické motivaci (Bromham, 1995; Van Zyl & Walker, 2013).

Berend (2012) uvádí, že většina ze sledovaných surogačních smluv implicitně obsahovala dvě roviny – spojení kontraktního vztahu a vztahu obdarovávání. Zatímco kontrakt skončí

vyplacením poslední části náhrady/odměny, vztah darující trvá nadále. Tím Berend navazuje na Teman (2010), která na základě empirických dat získaných v USA, Izraeli a Velké Británii předpokládá, že altruistické pojetí surogace jako „darování života“ je do určité míry narativním pojetí vztahů mezi dvěma ženami, u kterých se teprve vytváří společností přijatelné pojmenování skutečnosti. Dle Teman (2010) je hrdinský kontext klíčový a pomáhá surogátním matkám porozumět rozdílu mezi nimi a biologickými matkami. To dokresluje i iniciační příběhy náhradních matek a iniciační rituály mezi oběma ženami, které slouží k vytváření a strukturování hrdinské automytologie. Dle Teman (2010) mezi náhradní matkou a sociální matkou „*zůstává trvalé pouto solidarity*“ (p. 221), které můžeme připodobnit genealogickým vztahům.



ZÁVĚR

Náhradní mateřství není typickou cestou k získání dítěte, pro neplodné páry je často možností poslední volby. Většinou se indikace surogace omezuje ze striktně zdravotních důvodů, jiné by neospravedlnily reálná zdravotní rizika pro náhradní matku. V západoevropských zemích je zároveň surogace přípustná pouze v altruistické formě. Tím je chráněn společensko-kulturní konsensus, že není vhodné dobrovolně otěhotnět s promyšleným cílem odevzdat dítě za peníze. Jak uvádí van den Akker (2007), trendy se mění, podobně jako se v minulosti změnily u postojů k dárcovství gamet. *„Surogace odhaluje, že víra ve vlastní mateřství jako přirozený, základní, toužebný cíl všech normálních žen je sociální konstrukce“* (Teman, 2008, p. 1105). Glorifikační sebepojetí náhradních matek, ze kterých se v poznání částečně surogace vychází, je třeba vztáhnout ke společenskému kontextu, v němž se všechny strany surogátní triády pohybují.

V doporučeních k praxi náhradního mateřství bývá jako důležitá součást připojeno nezávislé odborné poradenství, které by mělo obsahovat medicínské, sociální, psychologické a právní téma. Mělo by zahrnovat přehled možných rizik a výhod, které s sebou surogace přináší. ESHRE doporučuje ponechat *„dobu na vychladnutí“* pro pověřující pár i pro náhradní matku, kdy má dojít k důkladnému promyšlení jejich rozhodnutí (Shenfield et al., 2005). Všechny strany by si měly být vědomy své odpovědnosti i svých práv v surogátním kontraktu a mít na zřeteli blaho budoucího dítěte (Milliez, 2008). Předvídavost k budoucím událostem je výzvou pro zapojené lékaře i pracovníky z pomáhajících profesí. Nakolik úroveň

současného poznání koresponduje s realitou žitou v České republice, je otázka, která by byla vhodným cílem výzkumů.

Koncept náhradního mateřství představuje potenciální možnost pomoci některým neplodným párům bez ohrožení náhradní matky i narozeného dítěte. Stále však zůstává mnoho nepoznaného, co vyžaduje zvýšenou pozornost všech zúčastněných osob a dostatečnou morální integritu profesionálů, kteří jsou do surogátního aranžmá zapojeni.



LITERATURA

1. Agnafors, M. (2014). The harm argument against surrogacy revisited: two versions not to forget. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17(3), 357–63.
2. Amato, P., Tachibana, M., Sparman, M., & Mitalipov, S. (2014). Three-parent in vitro fertilization: gene replacement for the prevention of inherited mitochondrial diseases. *Fertility and Sterility*, 101(1), 31–5.
3. Ber, R. (2000). Ethical issues in gestational surrogacy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2), 153–169.
4. Berend, Z. (2012). The romance of surrogacy 1. *Sociological Forum*, 27(4), 913–936.
5. Berend, Z. (2014). The social context for surrogates' motivations and satisfaction. *Reproductive Biomedicine Online*, 29(4), 399–401.
6. Bromham, D. R. (1995). Surrogacy: Ethical, legal, and social aspects. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 12(8), 509–516.
7. Brunet, L., King, D., Davaki, K., McCandless, J., Marzo, C., & Carruthers, J. (2013). Comparative study on the regime of surrogacy in the EU member states. European Parliament.[online] [cit. 2016-05-09] Dostupné na: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474403/IPO-L-JURI_ET\(2013\)474403_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474403/IPO-L-JURI_ET(2013)474403_EN.pdf)
8. Ciccarelli, J. C., & Beckman, L. J. (2005). Navigating rough waters: An overview of psychological aspects of surrogacy. *Journal of Social Issues*, 61(1), 21–43.
9. Císarová, D., & Sovová, O. (2015). Náhradní mateřství v právní praxi. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 5(2), 13–24. [online] [cit. 2016-05-09] Dostupné na <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/93>
10. Cotton, K., & Winn, D. (1985). *Baby Cotton: For love and money*. London: Dorling Kindersley.
11. Důvodová zpráva k NOZ (konsolidovaná verze) (2012). [online] [cit. 2016-05-09] Dostupné na <http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf>
12. Ďurovová, H. (2015). Šanca na vlastné. *Život*, 3, 20–23. [online] [cit. 2016-05-09] Dostupné na: <http://zivot.cas.sk/clanok/19260/sanca-na-vlastne-v-cesku-ma-nahradne-materstvo-realnu-podobu-slovaci-musia-dufat>.
13. Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G., & Jadva, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(6), 653–60.
14. Golombok, S., MacCallum, F., Murray, C., Lycett, E., & Jadva, V. (2006). Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(2), 213–222.
15. Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psychology*, 40(3), 400–11.
16. Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Marks, A., & Jadva, V. (2011). Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Developmental Psychology*, 47(6), 1579–88.
17. Haderka, J. F. (1986). Surogační mateřství. *Pravný obzor: Teoretický časopis pro otázky státu a práva*, 69(10), 917–934.
18. Holder, A. R. (1988). Surrogate motherhood and the best interests of children. *Law, Medicine & Health Care: A Publication of the American Society of Law &*



- Medicine*, 16(1-2), 51–56.
19. Honzák, R. (2010). Děloha na leasing a proč jsem proti. *Vesmír*, 89 (1), 14-15.
 20. Imrie, S., & Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive BioMedicine Online (Elsevier Science)*, 29(4), 424–435.
 21. Jadva, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 27(10), 3008–14.
 22. Jadva, V. et al. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*, 18(10), 2196–2204.
 23. Jadva, V., & Imrie, S. (2014). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 29(1), 90–6.
 24. Jadva, V., Imrie, S., & Golombok, S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 30(2), 373–9.
 25. Konečná, H., Bubleová, V., & Janků, V. (2010). Motivy k rodičovství. *Československá psychologie : Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 54(2), 126–137.
 26. Mansour, R., Ishihara, O., Adamson, G. D., Dyer, S., de Mouzon, J., Nygren, K. G., ... Zegers-Hochschild, F. (2014). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies world report: Assisted Reproductive Technology 2006. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 29(7), 1536–51.
 27. Milliez, J. (2008). FIGO Committee Report: Surrogacy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 102(3), 312–3.
 28. Paulhus, D. L., Bruce, M. N., & Trapnell, P. D. (1995). Effects of self-presentation strategies on personality profiles and their structure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(2), 100–108.
 29. Pektorová, M. (2015). Surogace, ano či ne? Kazuistika. *Česká Gynekologie*, 80(4), 299–301.
 30. Pilka et al. (2009). Surogátní mateřství - literární názory a praxe. *Česká Gynekologie*, 74(2), 144–147.
 31. Řežábek, K. (2014). *Asistovaná reprodukce*. Praha : Maxdorf.
 32. Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J., Devroey, P., de Wert, G., & Tarlatzis, B. (2005). ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 20(10), 2705–7.
 33. Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.-B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2015). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction Update Advance Access published October 9, 2015*. [online] [cit. 2016-05-09] Dostupné na: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/early/2015/10/09/humupd.dmvo46.full>.
 34. Teman, E. (2008). The social construction of surrogacy research: an anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1104–12.
 35. Teman, E. (2010). *Birthing a mother: The surrogate body and the pregnant self*. Berkeley: University of California Press.
 36. *The Warnock Report: Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology*. (1984) [online] [cit. 2016-05-09]. Dostupné na <http://www.hfea.gov.uk/2068.html>.
 37. van den Akker, O. B. A. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood.



Human Reproduction Update, 13(1), 53–62.

38. Van Zyl, L., & Walker, R. (2013). Beyond altruistic and commercial contract motherhood: the professional model. *Bioethics*, 27(7), 373–81.
39. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. [online] [cit. 2016-05-09] Dostupné z http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/NOZ_interaktiv.pdf.

AUTORKA



Mgr. Hana Hobzová je studentkou doktorského studia oboru Sociální lékařství v Ústavu lékařské etiky LF MU. Ve své práci se věnuje náhradnímu mateřství. Dlouhodobě se zajímá o problematiku etiky v oboru asistovaná reprodukce. Pracuje jako psycholožka pro Oblastní Charitu Rajhrad. Je členkou České společnosti pro analytickou psychologii.

Kontakt:

Kamenice 752/5, 625 00 Brno

e-mail: hanahobzova@gmail.com, hobzova@mail.muni.cz

Do redakce přišlo 16. 5. 2016

Recenze 19. 5. 2016

K tisku zařazeno po úpravě 29. 8. 2016



Filosofie



ILUSTRACNÍ FOTO 5: PAECDR. ICILC. M.PODZIMEK THD.PHD. NA 16.KONFERENCI

PODZIMEK M.: SYMPTOMATICKÉ POTÍŽE A VÝCHOVA KE SMYSLU

SOUHRN: PODZIMEK M.: SYMPTOMATICKÉ POTÍŽE A VÝCHOVA KE SMYSLU, PSYCHOSOM 2016; 14 (3), s. 166-176

Příspěvek se zabývá tématem těch psychosomatických potíží, které pramení z duševního neklidu a napětí. Jejich skutečným kořenem bývá dnes často nepřiznaná ztráta celkového smyslu vlastního života, způsobená přílišným antropocentrismem. Nabízí se otázka, jestli právě existenciálně doléhající úzkost ze ztráty smyslu není jednou z cest, která dokáže skrze symptomy úzkosti a napětí pohnout klienta k životnímu obratu a následně k postupnému uzdravování. Článek akcentuje z pohledu filosofické antropologie souvislost celkového smyslu života a dílčích cílů, kterými je péče o svět a vztahy v něm.



KLÍČOVÁ SLOVA: smysl, konformita, postmoderna, antropocentrismus, technokracie, konzumní společnost

SUMMARY: PODZIMEK M.: SYMPTOMATIC PROBLEMS AND EDUCATION ON THE MEANING OF LIFE, PSYCHOSOM 2016; 14 (3), PP. 166-176

The paper analyses hidden causes of psychosomatic problems originating from anxiety and stress. However, real and non-visible cause can be found in the phenomenon of meaninglessness concerning personal existence exposed to excessive anthropocentric view of life. Existence-anguish concerning loss of life-meaning, aggravated by anxiety and frustration could be right way to move person into positive existence-decision, and finally to complete recovery. Article follows perspective of philosophical anthropology concerning relationship between life-meaning, environmental and human stewardship.

KEYWORDS: Sense, conformity, postmodernism, anthropocentrism, technocracy, consumerist society.

K TÉMATU

V současném celospolečenském diskursu nelze přehlédnout značnou dávku skepse a nihilismu, které se bytostně dotýkají duše člověka a zpravidla stojí v pozadí symptomatických potíží. Autor jako pedagog s filosofickým a teologickým vzděláním může být samozřejmě lehce označen za jakéhosi redukcionistu, který se na problém úzkosti a s ní souvisejících symptomatických potíží bude dívat pouze prizmatem svého přesvědčení o metafyzických horizontech. Avšak zvláště z psychosomatického hlediska je legitimní nahlédnout toto téma právě z filosoficko-antropologické perspektivy: Jádrem problému, o který zde půjde, je totiž *technokratický vztah* člověka k světu i k sobě samému – a to je

problém patřící opravdu do celostní medicíny. Hovoříme zde totiž o člověku, kterému jeho odcizené jednání působí celkovou úzkost a napětí v psychice, potažmo pak i tělesné nemoci. Nemohou však být tyto obtěžující a často i ohrožující tíživé symptomy viděny jako cesta k léčbě? Úzkost a napětí jako cesta k pacientovu životnímu pohybu, jehož by bez těchto symptomů nebyl sám schopen? Tezí tohoto příspěvku je, že technokratismem končící moderna sice vytvořila nihilisticky vypadající postmodernu, plnou úzkostí na duši i na těle, ale zároveň zrodila šanci k určitému bodu obratu, na němž lze postavit uzdravení.

KAM SE PODĚLA OTÁZKA PO SMYSLU ŽIVOTA?



Začněme od začátku, tedy od geneze oné technokracie. Technokratické paradigma se v západním myšlení neobjevilo najednou a už vůbec ne náhodou. Byl to důsledek hlubokého obratu v myšlení, který je nutné hledat nejpozději v racionalistickém optimismu osvícenství a následně pak v celém 19. století –

v průmyslové a vědecko-technické revoluci. Jak upozorňuje například jeden z nejnovějších dokumentů současného nejvyššího představitele katolické církve papeže Františka encyklika *Laudato si*, současná, a to nejen environmentální krize má svůj *lidský kořen* právě zde:

„V novověku došlo ke značnému antropocentrickému vybočení, které dnes v jiném hávu nadále podkopává každý odkaz na něco společného a každý pokus o posílení sociálních svazků. Nadešla proto chvíle věnovat opět pozornost realitě a omezením, která ukládá a která také představují možnost zdravějšího a plodného, lidského a sociálního rozvoje.“ (LAUDATO SI, 116)

Kořenem krize je tedy přílišný, dlouho budovaný egoistický *antropocentrismus*, který člověka během *procesu sekularizace* postavil do středu světa. Tento sekularizační proces samozřejmě není dílem osvícenství, ale úzce souvisí i se samotnou *židovsko-křesťanskou vírou*, která stojí v základu západní civilizace již od pozdního starověku. Právě tato víra a její vyznání po více než tisíc let nabádala Evropana a později i křesťanského kolonizátora jiných částí světa, aby si uvědomoval svou výjimečnost: Je vyzdvižen nad ostatní přírodu *nesmrtelnou duší*, která se projevuje racionalitou a svobodnou vůlí, což bylo interpretováno jako zcela výjimečné dary Stvořitele. V novověku pak došlo

k postupné *desakralizaci* tohoto antropocentrismu, která vedla ke ztrátě přesvědčení, že výjimečnost člověka v přírodě je garantována jeho výjimečným vztahem k nějakému transcendentnímu Dárci - Tvůrci. Jak byl vztah – „člověk-Tvůrce“ v novověkém paradigmatu zpochybňován, místo člověka ve světě přestalo být určováno *ontologicky* – tedy jako součást celkového univerzálního bytí. Člověk moderny pak nakonec sám sebe přesvědčil, že to, čím je a čím chce být, je určováno pouze *onticky*, tedy jím samým - samotným subjektem, který nehledá vůli Tvůrce (který pravděpodobně ani neexistuje), ale sám si svobodně utváří svůj svět:

„Nejde o to, abychom dávali Bohu, co je Boží, nýbrž o to, abychom člověku dali konečně to, co je člověka.“ (Feuerbach, 1953)

Vědecko-technický rozmach, využívající okolní svět (i lidské tělo) podle libovůle a jednající pouze *utilitaristicky*, ukázal modernímu člověku celou škálu jeho dosud netušených možností a skutečně ho osvobodil od náboženské a metafyzické dogmaticnosti. Na druhé straně však uvrhl člověka do zajetí moci biologického života, tzv. *biomoci*. Tento problematický stav člověka velmi dobře

popsal a analyzoval ve svém díle francouzský filosof *M. Foucault (1)*. Dnes tyto jeho myšlenky dále rozvíjejí i další současní myslitelé, především *G. Lipovetsky (2)* apod. Je tedy nutné krátce se u jejich analýz moderní a postmoderní společnosti zastavit, abychom v kostce nahlédli a definovali jádro *problému moderního antropocentrismu* a jeho tragických důsledků.



ZTRÁTA SMYSLU – POČÁTEK SKEPSE

Výše uvedení autoři upozorňují, že společnost, která se v principu zaměřila na *výkon a pokrok*, se stává v zásadě *závislá na produkci*, které je pak podřízeno všechno včetně člověka samotného. Produkce a její *udržitelnost* skrze *konzumní způsob života* jsou následně jediným smyslem života jedince i společnosti jako takové. Funkce moci v takto nastavené společnosti je pak chápána jako pozitivní a produktivní. Produkuje vědění, produkuje „pravdu“, a tím utváří realitu. Primárním cílem moci (vlády) tedy není represe (trest) a cesta k návratu (pokání) skrze potrestání přečinů vůči přirozenému a potažmo božskému zákonu. Moc moderní společnosti je naopak viděna ve vytváření *produkce, podněcování a ovlivňování*. A právě tohoto důležitého prvku v principu moci

moderní společnosti je třeba si všimnout jako něčeho, co moderní svět dokázal mistrně využít. Teprve zcela sekularizovaný a odbožštěný (ateizovaný) svět moderny dokázal předložit jakési *produktivní pojetí moci*, kde represe a omezování jedinců ze strany vlády sice zůstává, ale její nutnost uplatnění je chápána napříště vždy spíše jako negativní signál, upozorňující na krizi. Od doby osvícenství a následné vědecko-technické revoluce v 19. století bylo zdůrazňováno, že životy lidí jakožto jednotlivců i jako populace jsou důležité víceméně pouze *pro produkci zvyšující blahobyť*. Příroda jako celek začala být vnímána jen jako *materiální základna* této produkce. Člověk se proto přírodě postupně odcizil ve jménu vytváření svého antropocentrického blahobytu:

„(Je to moc)...jejíž funkcí je podněcovat posílení, kontrolu, dohlížení, zvětšování podílu a organizace sil...: moc, která produkuje síly, umožňuje jim sílit a pomáhá je uspořádat, místo aby je blokovala, ohýbala a ničila.“ (Foucault, 2005)

Takto se moderna především na prahu 20. století dostala do jakéhosi vlastního zajetí, kdy hodnotu světa a člověka v něm již neurčují *transcendentní hodnoty*, ale jedinou hodnotou, která je ceněna a vyžadována, je společenská konvence – *norma, diktovaná biomocí*. Ona *biomoc* je totiž základním principem celé moderní společnosti. Jakkoliv zde není prostor se tímto

fenomémem *biomoci* jakožto *moci normality* podrobněji zabývat, (Podzimek, 2015) lze říci jednoduchou definicí: Hodnota, která leží v samotném základu sekulární společnosti, je systém *norem určující normalitu* a toto pojetí normality je jakousi pomyslnou šablonou *konformity*, vyžadované uvnitř společnosti.

„Norma je to, co lze stejně tak dobře vztáhnout na tělo, které chceme ukáznit, jako na určitou populaci, kterou chceme regulovat... Společnost normalizace je takovou společností, v níž se pravoúhle kříží norma kázně s normou regulace.“ (Foucault, 2005)



Normální tedy napříště již nebude to, co nějak koresponduje s nějakým *božským, metafyzickým* či *přírozeným zákonem*, ale „být normální“ bude v moderně určeno tím, co je aktuálně vyžadováno ve jménu produkce. A tato *produkce – trvale udržitelný rozvoj* – je to, co se stále aktuálně považuje za základ života i samotného fungování sekulární společnosti.

Gilles Lipovetsky si pak všímá dalšího důležitého a pro nás zde zásadního jevu, který s *biomocí* souvisí: V současné pozdní moderně – tzv. *postmoderně* – je mechanismus biomoci nejen *obecným principem* produktivní a konzumní společnosti, ale je již hluboce zakořeněn ve vůli téměř každého sekularizovaného jednotlivce, který jej často i přímo vyžaduje. Hovoří se tak o *druhé personalizaci*. Být normálním již v postmoderně neznamená být pouze *pasivně podřízen* konformitě s většinou. Postmoderní člověk se naopak *aktivně* uzavírá do vlastního subjektivního světa, který si aktivně vytváří jako *privatizované* a zcela intimní pole svého

životního prostoru. Do tohoto svého *privatizovaného světa* pak pouští jenom ty jedince či skupiny jedinců, které pouze on považuje za důležité. Jde o jakýsi proces *fragmentace společnosti* na četné autonomní tematické skupiny, jako jsou například regionální menšiny, alternativní hnutí či různá sdružení. *Personalizace* je tedy zajímavá a zcela nová globální strategie, která se snaží o univerzálnost paradoxně pouze skrze *individualismus*. (Lipovetsky, 2008)

Realitu tohoto procesu lze dnes vidět skrze různé jevy, typické pro postmoderní společnost: *svádění k hédonismu, líbivost, lhostejnost, narcismus, humor a násilí*. Je samozřejmé, že tyto fenomény znala i celá moderní éra, avšak od sedmdesátých let 20. století se objevuje jakási nová *skrytá strategie* biomoci, která místo mobilizující síly konformity nastoluje *konzumní* plně individualizovaný způsob života.

„Konzumní společnost se vši svou záplavou výrobků, obrazů a služeb, s hédonismem, k němuž tato záplava vede, a s euforickým ovzduším pokušení a blízkosti, jasně ukazuje strategii svůdnosti v celé její šíři.“ (Lipovetsky, 2008, s. 37.)

V praxi je postmoderní jedinec vystaven neomezeným možnostem výběru jakéhokoliv zboží (hmotného i nehmotného), které se stalo lehce dostupným většinové společnosti. Takzvané *luxusní zboží* již není záležitostí elit, ale stává se dosažitelné – byť často v různé kvalitě – většinovému obyvatelstvu. Svádivé prostředí reklamy tak díky komunikačním technologiím překračuje zdi obchodů a proniká do všech *institucí* (např. sociálních sítí), ve kterých postmoderní jedinec prožívá svoji personalizaci. V této situaci je většina obyvatel Západu stále *sváděna*

k rozhodování se pro pouze pro své pohodlí a k zahledění pouze do svého individua. Tato zahleděnost do svůdného pohodlí pak budí *lhostejnost* k jevům a faktům, které se individua přímo nedotýkají (příroda, veřejný prostor, občanská společnost apod.). Jedinec se stává závislým na pocitu slasti (*hédonismus*) a je zahleděn stále více jen do sebe (*narcismus*). Na situace, které nekorrespondují s jeho viděním světa, reaguje negativně, či dokonce cynicky, takže i postmoderní vnímání *násilí* dostává zcela nový rozměr. Násilí je chápáno jako zábava, odlehčení, vybití



agrese, bez hlubšího smyslu, jako byl trest ve smyslu cesty k nápravě. Toto je tedy ona postmoderní individualistická

revoluce, kterou zde bylo třeba definovat jako princip současné fáze postmoderny.

PRÁZDNOTA JAKO DŮSLEDEK

Pokud jsme nyní skrze dva velmi známé francouzské filosofy pojmenovali a definovali základní jevy, které vedly západního člověka k moderním a postmoderním vztahům a utvořili sociální svět, ve kterém se nyní pohybujeme, je třeba se krátce zamyslet nad tím, jaké jsou důsledky této vlády *biomoci*, *konformity* a následně postmoderní *individualistické revoluce*. Moderní věda dosáhla nepochybně množství důležitých objevů, které lidem usnadnily vybudování dnes technologicky vyspělé civilizace. Také se však nevyhnula nebývalému stupňujícímu se ničení všeho druhu, které vyvrcholilo sérií vykořisťování přírody i obyvatelstva, dvěma světovými válkami a genocidami, studenou válkou, kolonialismem a jeho následným rozpadem. Zmíněná encyklika *Laudato*

si na toto upozorňuje již ve svém začátku, když hovoří na základě listu Římanům (Řím 8,22.) o tom, že „*naše sužovaná a devastovaná země patří mezi nejvíce opuštěné a trýzněné chudé*“. (LAUDATO SI, 2) Avšak neblahé dílo moderního vykořisťování „vnější přírody“ – tedy přírody mimo naši psychofyziku – nebylo ještě nejhorším zlem: Postmoderna totiž tím, že se prvoplánově uzavřela do individualismu, přinesla dnešku mnohem ničivější *vlnu zkázy*, a to *zkázu tvorby smyslu vlastní existence*. Tuto ztrátu dnes obecně nazýváme *nihilismem*, zabřednutím do nicoty – ztrátou smyslu života. Jde o jakési vyprázdnění smyslu, jakousi *vlnu prázdnoty*:

„*Jak jinak totiž popsat onu ohromnou vlnu, která postupně zbavila obsahu a podstaty všechny instituce, hodnoty a cíle, na nichž stála dřívější období, než jako masovou dezerci, měnící společnost na cosi bezkrevného, na orgán zbavený původního účelu?*“ (Lipovetsky, 2008, s. 56.)

Individualizovaná společnost, která se zaměřila na pouze dílčí cíle svého plně individualizovaného života, vyjadřuje pak následně *masovou lhostejnost* vůči celkovému smyslu života a často již ani netouží (!) po modernou chváleném pokroku. Výsledkem je pak *skeptický pohled* na každodenní skutečnost, v níž nihilistický individualista žije. Vnímá sice ekologické problémy, energetické krize a hospodářský pokles, ale přijímaje pouze hédonické hodnoty pro své individuum, není ochoten vzdát se konzumního způsobu života. Důvěra

v budoucnost mizí, čas se jakoby zkracuje a zamlžují se hranice jednání, čím se vytrácí *smysl* ve významu *posledního cíle* – *causa finalis*. Jako jeden příklad tohoto fenoménu zde uvedme obecně rozšířený jev lhostejného přístupu k zaměstnání, k práci či k obecně prospěšné činnosti: V zaměstnáních se setkáme s tím, že „moudrý pracovník“ (žák, student, dělník, úředník etc.) je ten, který dělá pouze to, co je nezbytně nutné, nesnaží se nic prosadit či něčemu odporovat, nečeká pochvalu ani uznání, ale hlavně



se snaží být neviditelný. Práce je jím chápána jako nutné zlo, které „moudrý člověk“ vykonává pouze nezbytných cca osm hodin denně tak, aby si mohl ve svém privátním čase – o víkendu, v soukromí – užívat své privátní touhy a zábavy. Důvěra ve společnost jako celek (universum) je vytracena, veřejný zájem není na pořadu dne, protože se ztratil *celkový smysl práce* jako takové. Poslání a závazky vůči společnosti a přírodě jakožto veřejnému prostoru jsou pak plněny pouze minimalisticky v intencích požadované konformity.

Dalším významným problémem této *éry prázdnoty* je pak skutečnost, že nihilisticky orientovaný jedinec Západu

neprožívá tuto svojí situaci tragicky. Hranice mezi smyslem a nesmyslem svého jednání má rozmlžené, protože se neustále pohybuje v prostředí nasyceném nadměrným množstvím podnětů, kde se mísí skutečnost s fantazií. To pak vede k celkové *apatii* a *z necitlivění* vůči existenciálním otázkám života. Postmoderní člověk, který na jedné straně rád tráví množství času komunikací se zvoleným okruhem své skupiny (například na facebookovém osobním profilu), na druhou stranu ve skutečnosti nemá těmto svým „přátelům“ co říci. Je sice obklopen pohodlím konzumní společnosti, ale on sám svůj život nikam nesměřuje.

FAKT SOMATIZACE JAKO BOD OBRATU

Naříkat nad výše popsaným stavem postmoderní současnosti jistě nemá žádný smysl a je neakademické a neodborné tyto nářky podporovat. Tento „nářek“ či apel na návrat by totiž individualizovaný nihilista stejně neslyšel, protože není v zorném poli jeho hédonistického zájmu. Může však být přesto probuzen, a to tehdy, když si sám existenciální tíseň zakusí „svém těle“. Ohrožení mu totiž skutečně hrozí, a to nejen ze strany „*opuštěné a trýzněné*“ přírody a životního prostředí, kterého je

chtě nechtě součástí, ale především ze strany jeho vlastního těla, které je nerozlučně spjato s jeho prožíváním. Jeho opuštěnost a následná frustrace, kterou prožívá, se projevuje nejen v jeho psychické nepohodě, ale především se *somatizuje*, protože tělo od ducha („já“) nelze nikterak oddělit. Hybridní příroda tedy člověka dříve či později zasáhne, a to na tom nejcitlivějším místě – vlastním těle, které je totiž součástí přírody.

„Zapomínáme, že i my sami jsme stvořeni z prachu země (srov. Gen 2,7). Naše tělo se skládá z prvků této planety, jejíž vzduch nám dává dech a jejíž voda nás oživuje a občerstvuje.“ (LAUDATO SI, 2)

Somatizace celkové nepohody a frustrace ze ztráty smyslu života právě často připomíná na toto „zapomenutí“. Dialekticky nahlédnuto však „zapomenutí“ může být ovšem i cestou k „rozpomenutí“ se na to, že existence do sebe zahleděného individua je ohrožena právě v důsledku ohrožení vlastní *tělesnosti somatizováním jeho*

frustrace. Je totiž zřejmé, že sebevíc do sebe zahleděný člověk **přeci jen vnímá potřeby svého těla** a nemůže je jednoduše vytěsnit, protože nefungující tělo (nemocné, unavené, vyčerpané) brání i samotnému zahledění do sebe a konzumnímu stylu života. Individualista tedy sice neslyší *nářek zbídačené přírody* okolo sebe, ale vždy



nějak slyší na *nářek svého zbídačeného těla*. Jakkoliv málokterý nihilista bude číst tento text, natož nějaké texty filosofické, či dokonce teologické, *somatizace* jeho frustrace, zakoušená na jeho vlastním těle, se každého dříve či později dotkne, a to často velmi citelně. Tento příspěvek tedy upozorňuje na velmi optimistický, i když pro nihilisty bolestivý fakt, že před faktem somatizace frustrace do vlastního těla nelze nikam utéci, protože somatizace funguje obecně a týká se každého. A právě toto může být onou cestou k návratu hledání smyslu života. Jediné, na co tedy nihilista éry prázdnoty je schopen dnes či bude schopen v blízké budoucnosti reagovat, je samotný fakt *existenciální tísně*, který zakouší skrze tělesnou nepohodu, jež nemá původ v tělesnosti samotné, ale v jeho často zcela nihilistickém přístupu k životu.

Hybris přírody, která je důsledkem *vzpournosti* člověka a nerespektování jeho přirozeného cíle – totiž vytváření a uskutečňování svého smyslu – je totiž

stále více nepřehlédnutelným faktem. Naděje na změnu tedy svítá v tom, že dříve či později se i sebevíce zahleděný individualista bude muset změnit, když na vlastní kůži zakusí, že jeho individualismus je *vzpourností (hybridním jednáním)* a že je třeba pro vlastní záchranu zahájit nějaký životní obrat.

Co se pak týče nabízení samotného *smyslu života*, je třeba mít stále na paměti, že postmoderní člověk již nebude schopen přijmout nějaký *shora nařízený – Boží, církevní či společenský – diktát*. Je tedy nasnadě, že cesta k návratu západního člověka k hledání celkového smyslu bude proces pouze a jenom *aktivní*. To znamená, že člověk nejdříve musí zažít nějakou *existenciální událost* (například existenciální tíseň hrozby vlastního zániku, nebo naopak ohromení – fascinaci krásou panenské přírody), a teprve na základě této zkušenosti se pak rozhodne pro bod obratu:

„Souhrnně můžeme říci, že tato požadovaná kulturní přeměna vyžaduje ode všech odvahu k přijetí nového způsobu života, který se vyznačuje tím, že za základ volby v konkrétních situacích – v oblasti osobního, rodinného, společenského i mezinárodního života – položíme správné měřítko hodnot: „být“ je postaveno nad „mít“, osoby nad věci.“ (EVANGELIUM VITAE, 98)

Člověk postmoderny si tedy bude svůj smysl volit zcela *aktivně*. Jinak řečeno, musí jít o jeho vlastní existenciální rozhodnutí, musí změnit v *konkrétních situacích* své postoje. To je jeho nezadatelné právo a povinnost zároveň. A právě proto, že si toto právo-povinnost díky moderně uvědomil, musí odmítnout jakékoliv byť sebevznešenější pravdy, které budou předkládány jakoukoliv vnější autoritou k pasivnímu přijetí. Veškeré pedagogiky a výchovy, které

tuto proaktivnost rozhodnutí neakceptují, již současného člověka neoslovují a jsou předem odsouzeny k nezdaru. Postmoderní člověk si oproti občanovi moderny 20. století bude stále díky výše popsané hrozbě somatizace jeho frustrace mnohem jasněji uvědomovat, že je určen pouze ke svobodě, a tedy také *k povinnosti hodnotit* – poznávat a následně volit to, co aktuálně nahlíží jako dobré.



CHYBOVAT JE LIDSKÉ

Když jsme nyní krátce naznačili cestu z nihilistického postoje, je třeba ještě poukázat na problematiku procesu. Problém s vytvářením nosného smyslu života totiž nastává především v konkrétních situacích všedního dne, kdy člověk volí sice autenticky a s dobrým úmyslem, ale často chybně. (Raban, 2008) Tato jeho chybná rozhodnutí se pak často opakují a tak se ztrácí v labyrintu pouze částečných

(dílčích) smyslů, kdy skrze své omyly a chyby na dílčích smyslech není aktér schopen vidět smysl hlavní – celkový. Řečeno křesťanskou terminologií: Člověk na sobě zakouší jakési „*následky dědičného hříchu*“, tedy „hříchů minulosti“, protože by rád volil dobro, ale zároveň je připoután svými základními omezeními k tomu, aby chyboval a mýlil se.

„*I když jsme vyzýváni k tomu, abychom se rozhodovali pro smysl, často volíme pohotově nesmysl. Rozhodujeme se pro část místo pro celek a snažíme se hromadit (mít), místo abychom se snažili čím dál více existovat (být)... Člověk má sklon nadřazovat dílčí smysly celkovému smyslu a přitom dochází k rozštěpení... a člověk nakonec živoří jak nějaké ochuzené Já, bytost omezená na účel a racionalitu...*“ (Raban, 2008, s.175)

Přesto však je pro současného člověka hledání a nalézání celkového smyslu možné pouze dílčí smysly – cíle. Postmoderní člověk si uvědomuje, že pouze výše popsanou cestou *aktivního jednání* vzhledem k *dílčím cílům* se dá v životě nějak celkově fungovat. Proto je důležité, že se nebojí ani nestydí

chybovat skrze své často i *avantgardní experimenty* se životem. Jiná cesta k nalezení *celkového smyslu života* nežli cesta přes tyto někdy i většinou chybné volby a „slepé uličky“ v oblasti dílčích cílů již není pro člověka 21. století možná, protože by popřel svojí aktivní roli v procesu hledání.

CELKOVÝ SMYSL VE SVĚTLE DÍLČÍCH CÍLŮ

V této souvislosti je však třeba pohovořit krátce o další nesnazi současného hledání celkového smyslu života a který zde můžeme pracovně nazvat – problém agnosticizmu: V centru veškerého tázání po celkovém smyslu totiž často stojí otázka, která tíží mnoho upřímně smysl hledajících postmodernistů. Je to otázka, jestli je nám onen *celkový smysl života* opravdu přístupný či plně poznatelný tak, jako jsou přístupné a zřejmé ony dílčí cíle, jejichž smysl přeci jen i přes časté chyby vidíme. Protože odpověď na tuto otázku nelze bez *důvěry ve smyslu úry* spolehlivě zodpovědět, ateizovaný

postmoderní člověk tíhne spíše k *agnosticizmu*: Existenci celkového smyslu sice v principu nepopírá, ale zároveň vážně pochybuje o jeho plné poznatelnosti. To je také onen důvod, proč je otázka po celkovém smyslu života potlačována: Dílčími a pokud možno co nejkonkrétnějšími a nejhmataitelnějšími činnostmi, jejichž smysl je zřejmý (jídlo, pocit štěstí, radost z biosféry, naplnění biologických a sociálních potřeb apod.) lze alespoň na čas otázku po celkovém smyslu odložit.

Přesto je však významným úspěchem postmoderny, že do prázdnoty uzavřený



člověk obecnou existenci celkového a konečného smyslu svého bytí fanaticky a striktně nepopírá, jak tomu bylo ještě v moderně 20. století, což je zřejmé

například z okřídleného výroku *Sigmunda Freuda*, když napsal *Marii Bonaparte* (3):

„*V okamžiku, kdy se člověk ptá po smyslu a hodnotě života, onemocněl.*“ (Frankl, 2005)

Postmoderní člověk je však již jiný. Sice nezažil hrůzy válek 20. století, které modernímu člověku vzaly jeho víru v celkový smysl, ale je citlivější na *existenciální přesahy života*, protože mu tyto přesahy chybí a je frustrovaný

prázdností. A tak, i přes výše popsané překážky mylných jednání, dává postmodernista stále častěji najevo, že smysl alespoň hledá, protože toto hledání je pro něj důležité:

„*Zpochybňovat smysl života jako takový, znamená samo o sobě něco chorobného. Schopnost člověka uvádět v pochybnost své vlastní bytí, to, jaký smysl má jeho vlastní život a co ho odlišuje od zvířat, je podstatně důležitější než schopnost mluvit, myslet a chodit.*“ (Raban, 2008)

Tázat se tedy po posledním smyslu života a existence světa již není chápána jako nemoc, jak si myslel Freud a jemu podobní aktéři vrcholné moderny. Skutečná bezmoc pro současného člověka, již se však děsí, by totiž nastala ve chvíli, kdyby vědomě a dobrovolně ztratil vůli smysl hledat – přestal být aktivní. Proto aktivita hledání či chybných experimentů s životem je i přes všechny výše uvedené jevy (narcismus, lhostejnost apod.) naštěstí stále přítomná a zdá se, že její intenzita v západní majoritě stoupá právě tváří v tvář *hrozbám nihilistických skepsí, vedoucích k somatizaci a následné ztrátě komfortu.*

spjatá s přírodou a universem jako takovým. Jde především o cíle existenciální a skrze aktivní volbu a naplňování dílčích cílů (i za cenu chyb!) pak každý člověk může znovu budovat celkový Cíl a Smysl.

A právě tento aktivní všednodenní zájem o dílčí problémy světa postmodernímu člověku ukazuje, že nejúčinnější a možná *jedinou účinnou cestou* jak překonat nihilistickou skepsi je přivést ho k angažovanému zájmu o sebe skrze zájem o své životní prostředí – bližního. A tímto bližním již napříště nebude již jenom *antropocentricky* se vnímající člověk, ale člověk jakožto bytost *existenciálně*



POZNÁMKY:

(1) MICHEL FOUCAULT (1926-1984) byl reprezentant francouzské intelektuální avantgardy sedmdesátých let, profesor Collège de France, filozof a psycholog. Byl také historik filozofie, představitel filozofického strukturalismu a postmoderní filozofie, historik a teoretik kultury.

(2) GILLES LIPOVETSKY (* 1944) je francouzský filozof, sociolog, esejista a profesor v Grenoblu.

(3) MARIE BONAPARTE (1882-1962) řecká a dánská princezna

POUŽITÁ LITERATURA:

1. FEUERBACH, Ludwig. *Přednášky o podstatě náboženství. Překlad Zbyněk Sekal. 1., autoriz. vyd. Praha: Státní nakladatelství politické literatury, 1953. 326 s. Živé odkazy; ř. 2., sv. 10.*
2. FOUCAULT, Michel. *Je třeba bránit společnost: kurs na Collège de France 1975-1976. Překlad Petr Horák. Vyd. 1. Praha: Filosofia, 2005. 281 s. ISBN 80-7007-221-0.*
3. FRANKL, V.: *Logotherapie und Existenzanalyse. Piper, München / Zürich 1987, ISBN 3-492-03113-7; Neuauflage: Psychologie Verlags Union, Weinheim 1998; Taschenbuchausgabe: BELTZ Taschenbuch 129, Weinheim 2005, ISBN 3-407-22129-0.*
4. LIPOVETSKY, Gilles. *Éra prázdnoty: úvahy o současném individualismu. V českém jazyce vyd. 4. Praha: Prostor, 2008, 357 s. Střed (Prostor). ISBN 978-80-7260-190-5.*
5. PODZIMEK, M.: *Spiritualita v době sekularizace. TU v Liberci 2015. 168 s. ISBN 978-80-7494-240-2.*
6. RABAN, Miloš. *Duchovní smysl člověka dnes: od objektivního k existenciálnímu a věčnému. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2008. 394 s. Moderní myšlení. ISBN 978-80-7021-933-1.*

POUŽITÉ INTERNETOVÉ ODKAZY:

Bible

<http://www.biblenet.cz/>

Encyklika Laudato si

<http://www.radiovaticana.cz/clanek.php4?id=22011>

Encyklika Evangelium Vitae

<http://www.kebrle.cz/katdocs/EvangeliumVitae.htm>



Kontaktní údaje

PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D.
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická Technické univerzity v Liberci
Univerzitní náměstí 1410/1, 46117 Liberec
michal.podzimek@tul.cz

Text byl přednesen na 16. Konferenci psychosomatické medicíny v Liberci v červnu 2016
Redakci poskytnut 13. 6. 2016
Konflikt zájmů není



EXCERPTA ANEB PODĚLTE SE O SVOU ČETBU

EIKELBOOMA E. M. ET AL.: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF THE PERCENTAGE OF REVISED DIAGNOSES IN FUNCTIONAL SOMATIC SYMPTOMS. J PSYCHOSOM RES. 2016 SEP; 88:60-67

Jako funkční somatické symptomy (FSS) jsou hodnoceny uváděné tělesné obtíže a tělesné příznaky s nejasnou etiologií, které nejsou aktuálně plně vysvětlitelné známou somatickou patologií. Lékaři se s touto diagnózou často rozpakují, obávají se rizika, že by mohli přehlédnout somatickou patologii. Cílem této studie byla revize dostupné literatury o procentu pacientů, jimž byla chybně diagnostikována FSS a později zjištěna somatická porucha, která vysvětlovala předchozí obtíže.

Autoři probrali systematicky zdroje Medline, Embase a PsycINFO databází vybraných článků z období 1980 – červenec 2014 bez jakéhokoliv jazykového omezení. Studie uváděly procento zjištěných somatických patologií bezprostředně po stanovení první diagnózy FSS a dále v katamnestických

sledováních (=zjišťujících stav a vývoj). Bylo sledováno procento chybných diagnóz.

Autoři prošli šest aktuálně hodnotících studií (n=1804) a šestnáct katamnestických studií (n=2440) a došli k následujícím závěrům: procento aktuálně revidovaných diagnóz bylo 8,8 % (95 % CI 1,0-22,2 při p=0,007) a procento chybných diagnóz v katamnestických studiích činilo pouze 0,5 % (95 % CI 0,01-1,5 při p=0,03). Nebyly shledány zpětně ani žádné raritní diagnózy a nebyla také více nebo méně chybně diagnostikována žádná z kategorií.

Autoři uzavírají své úvahy tím, že procento chybných diagnóz je malé, a přesto by se na ně mělo vždy myslet.

RH



MUSALEK M.: FROM EVIDENCE-BASED MEDICINE TO HUMAN-BASED MEDICINE. IN PSYCHOSOMATICS. ACTA DERM VENEREOL 2016; SUPPL 217: 14-17

Humanisticky orientovaná medicína (=holistická) je takový přístup, který se nezabývá jen fragmenty a konstrukty, ale celým člověkem. Nenachází své zakotvení v pozitivismu, který je typický pro moderní dobu, ale v základních maximech postmoderního ideálu, podle něhož nalezení konečné pravdy nebo identifikování konečné příčiny onemocnění pro nás zůstává skryté, a to z čistě teoretických důvodů.

Medicína založená na důkazech (EBM) a humanistická medicína nestojí tedy proti sobě v opozici; spíš, navzdory povrchním rozdílům v metodách diagnostiky a léčby, musí být EBM integrována do humanistické jako její neopominutelná součást. Pravděpodobně největší rozdíl mezi oběma přístupy najdeme v terapeutických postupech. V humanistické medicíně není dovoleno nechat zmizet „illness“, ale naopak umožnit pacientovi, aby se vrátil do života, který bude autonomní a šťastný, jak je to jen možné. Lidská bytost se všemi jejími možnostmi a omezeními se má stát mírou všeho.¹ Z toho také vyplývá, že multidimenzionální diagnóza humanistické medicíny je orientovaná nejen na symptomy, patogenezi, a porozumění procesu onemocnění, ale také ve značné míře na pacientovy

vlastní zdroje. Léčebné možnosti a způsob terapie neklade do centra pozornosti konstrukt nemoci, ale má především zájem na znovuotevření možnosti větší autonomie a radosti v životě pacienta

RH

¹ Zde ve mně začíná hlodat červ pochybností. Člověk byl vyhlášen mírou všeho řeckými sofisty a skončilo to neslavně, když nabubřelá ega do sebe bolestivě narážela. Pak přišel Sokrates a drobátko to uzemnil a po něm Platón, který svou filosofickou sekerou rozpoltil člověka (míru všeho) zase na tělo a duši a odtud povstal ten maglajs v medicíně. Abychom nelítali ode zdi ke zdi!



CO LZE NAJÍT V ČERVENCOVÉM-SRPNOVÉM ČÍSLE PSYCHOSOM MED 2016:

Bjurström M. F., et al.: **Reciprocal Relationship Between Sleep Macrostructure and Evening and Morning Cellular Inflammation in Rheumatoid Arthritis** (printed ahead)

Autoři studie se zaměřili na reciproční vztah mezi makrostrukturou spánku a stupněm zánětlivých změn u pacientů trpících revmatoidní artritidou. Ve srovnání s kontrolami je u nemocných menší spánková efektivita s větší fragmentarizací, větší množství 3. fáze. Více prozánětlivých složek: monocytů produkujících TNF a receptorů pro IL-6, jejichž koncentrace je větší ráno a večer.



Anne van Gils, et al.: **Self-Help for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis**

Svépomocné skupiny vykazují významný ústup symptomatologie a lepší kvalitu života než standardní léčba nebo skupina v čekací listině. Sice vycházejí z lepších pozic, ale končí s adekvátně lepšími výsledky. Z několika set studií však bylo vybráno jen osmnáct odpovídajících tvrdým kritériím.

Anne van Gils a její tým se systematicky věnuje funkčním poruchám (MUS), zejména vlivu sexuálního zneužití na jejich rozvoj. Pro zájemce odkaz na její dílo:

https://www.researchgate.net/profile/Anne_Van_Gils/publications



Aiello A. E., et al.: **Income and Markers of Immunological Cellular Aging**

Výsledky studie naznačují, že nízký socioekonomický status je spojen s rychlejším stárnutím imunologického systému, na němž se podílejí CD4 a CD8 buňky a zhoršená obrana proti cytomegaloviru.



Park H., et al.: **Sleep and Inflammation During Adolescence**

Autoři sledovali hodnoty C-reaktivního proteinu (CRP) jako markeru zánětu a vztahy tohoto parametru ke kvalitě spánku pomocí aktigrafu a Pittsburgského dotazníku u 315 adolescentů ve věku mezi 14,5 až 18,4 roky. Hodnotili trvání a variabilitu a subjektivní hodnocení.

Závěry: větší variabilita souvisí s vyššími hodnotami CRP, a to i po přepočtu na všechny další uvažované faktory. Pouze u mladších však je to s nižší dobou spánku, kterou je potřeba považovat za důležitý faktor. Subjektivní hodnocení není ve vztahu k CRP (což odpovídá platnému doporučení brát subjektivní hodnocení cum grano salis a víc se zaměřit na to, jak vypadá další den co do ospalosti, mikrospánků, potřeby spánku ve dne a výkonnosti, u starších lidí také tendencí k pádům).



Smagula S. F., et al.: **Actigraphy- and Polysomnography-Measured Sleep Disturbances, Inflammation, and Mortality Among Older Men**



Kratší trvání spánku a prolongovaná doba desaturace kyslíkem jsou faktory nezávisle spojené s větší zánětlivou zátěží, ale se slabou vazbou těchto spánkových charakteristik na úmrtnost. Životní styl a léčba zeslabují dále vazbu těchto faktorů k mortalitě. Na druhé straně se k ní vázaly větší fragmentarizace spánku, těžká desaturace kyslíkem a kratší trvání REM-fáze. také příliš dlouhá a příliš krátká doba spánku a všechny typy spánkových poruch představují větší riziko.



Stahl S. T., et al.: **Mortality After Bereavement: The Role of Cardiovascular Disease and Depression**

Truchlení po ztrátě partnerů v seniorském věku je spojeno s vyšší úmrtností. Autoři se zaměřili na zhodnocení vlivu kardiovaskulárních onemocnění (KVO) a depresivních symptomů na úmrtnost starších mužů a žen. Analyzovali data z prospektivní studie „Cardiovascular Health Study a srovnávali mortalitu u souboru (n=593), který měl v dokumentaci zaznamenáno „bereavement“ mezi roky 1889-1899 se zbytkem pacientek nebo pacientů, kteří zůstali „married“ (také 593). Do tří let zemřelo celkem 17 % z celého souboru (n=199). Nebyla shledána souvislost mezi pouze truchlením a úmrtností, pokud byl uvažován celý soubor, byla však významně snižená úmrtnost u žen a zvýšená u mužů. Zajímavý byl vztah ke KVO: snížené riziko bylo pouze u žen s KVO, zatímco zvýšené u mužů netrpících KVO, u těch ale snižovalo riziko vysoké depresivní skóre.

Autoři uzavírají, že úmrtnost spojená s truchlením po ztrátě partnera se liší nejen, pokud jde o muže a ženy, ale

i zásadním způsobem, pokud jde o přítomnost KVO.



Herrmann-Lingen C., et al.: **A Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease (SPIRR-CAD): Results of an Observer-Blinded, Multicenter, Randomized Trial in Depressed Patients With Coronary Artery Disease**

Deprese u pacientů s ICHS předikuje horší vývoj onemocnění, výsledky jejího ovlivnění v předcházejících studiích však nejsou jednoznačné. Autoři testovali hypotézu, že psychoterapie prováděná systematicky po jednotlivých krocích výrazněji zlepší depresivní symptomatologii než jednoduchá informace. Sledovali v multicentrické studii celkem 570 nemocných s ICHS, kteří v „Hospital Anxiety and Depression Scale-depression subscale“ (HADS) u pacientů ve standardním léčebném programu s alespoň jedním informačním sezením (SP-IS) a srovnávali s pacienty také ve standardním léčebném programu s připojenou psychoterapií (SP-PP) spočívající ve třech individuálních psychotherapeutických sezeních. Ti pacienti, kteří byli po těchto sezeních doporučení ke skupinové terapii, pak o 25 sezeních.

Primární výsledky byly brány z rozdílů hodnot HADS na počátku a po 18 měsících. Naplánovány byly analýza podskupin a bylo sledováno, zda se budou lišit léčebné výsledky podle pohlaví a osobnostních charakteristik (D-typ).

Výsledky: Průměrné depresivní skóre pokleslo z 10,4 na 8,7 u SP-PP a z 10,4 na 8,9 u SP-IS, v obou případech $p < 0,001$, ale rozdíl mezi oběma skupinami nebyl významný. Nebyl prokázán ani rozdíl mezi muži a ženami,



zato se ukázal rozdíl mezi D-typy ostatními. D-typy vykazaly významně větší zlepšení po psychoterapii, jak ve

srovnání s ostatními, tak ve srovnání s D-typy SP-IS.

NĚKTERÉ ČLÁNKY Z PSYCHOSOM MED, 2016, ČERVEN, ČÍSLO 5

Strand L. B., et al.: **Short-Term Public Health Impact of the July 22, 2011, Terrorist Attacks in Norway: A Nationwide Register-Based Study**

Retrospektivní analýza s využitím národního registru (n = téměř 5 milionů osob) zachycujícího incidenci hospitalizací pro schizofrenii nebo jinou psychózu, sebevraždy, infarkty myokardu a předčasné porody v odpovídajícím období tři roky před Breivikovým masakrem.

Výsledky: počet hospitalizací pro schizofrenie a jiné psychózy stoupl o 14 % během čtyř týdnů, počet suicidií o 45 % během prvních čtyř týdnů, ale o plných 163 % během prvních tří dnů, počet infarktů o 4 % během čtyř týdnů, počet předčasných porodů byl rovněž vyšší, ale to se netýkalo porodů před 37. týdnem gravidity (to odpovídá starším izraelským zjištěním z doby šestidenní války nebo války v Golfském zálivu). Autoři uzavírají, že celonárodně působící stresor přispívá k závažným zdravotním problémům.



Moreno PI, et al.: **Positive Affect and Inflammatory Activity in Breast Cancer Survivors: Examining the Role of Affective Arousal**

Výzkum se tradičně přednostně zaměřuje na škodlivé vlivy stresorů a z nich vyplývajících negativních afektů, tato studie je zaměřená právě opačně

s cílem stanovit jak a na které zánětlivé a imunitní parametry působí silně a slabě nabuzující pozitivní afekt. Sílu afektů hodnotili podle inventáře PANAS, kdy silný afekt byl vyjádřen položkami *nadšená, aktivní, vzrušená a odhodlaná*, zatímco slabý jako *klidná a uvolněná*. Z biologických parametrů stanovovali rozpustný (soluble) tumor necrosis factor receptoru II. typu (sTNF-RII), C-reaktivní protein (CRP) a antagonisty interleukinového-1 receptoru. Bylo vyšetřeno celkem 186 žen, které prodělaly kompletní léčbu časně fáze karcinomu mammy. Vyšetření proběhla po skončení léčby, dále pak po šesti a po dvanácti měsících.

Silný afekt byl spojen se snížením sTNFRII – markeru aktivity TNF, a to v obou měřeních. Tento vztah ale neplatil v případě únavy. Naproti tomu nízký afekt byl svázán se snížením CRP také v obou intervalech, navíc zde bylo pozorováno i zlepšení únavy.



Stewart JC, et al.: **Depression and Anxiety Screens as Predictors of 8-Year Incidence of Myocardial Infarction and Stroke in Primary Care Patients**

Autoři vycházeli z poznatku, že úzkost a deprese jsou ve většině studií sledovány odděleně, přestože jejich častý přesah má jistě také svůj význam a rozhodli se tuto oblast jako rizikový faktor vzniku vážného kardiovaskulárního



onemocnění (KVO), tedy infarktu myokardu (IM) a cévní mozkové příhody (CMP) sledovat komplexně.

Sledovali po dobu osmi let celkem 2041 pacientů, kteří na počátku sledování byli bez příznaků KVO a během této doby zjišťovali a zaznamenávali míru deprese a úzkosti. Při vstupu do studie vyplnili pacienti dotazník postihující míru těchto psychopatologických symptomů. Údaje o příhodách KVO čerpali z registru pojištěven.

Během sledování dostalo 683 nemocných (33 %) nějakou z uvedených KVO příhod. S těžkými příhodami se pojily mnohem více příznaky úzkosti než příznaky deprese. Relativní riziko v prvních třech letech u ní bylo 1,54, zatímco u deprese 1,1 a po všech statistických kejklich to v zásadě zůstalo stejné.

Autoři uzavírají, že úzkostné příznaky se jeví jako samostatný rizikový faktor zejména u IM, a to bez ohledu na další známé a ověřené rizikové faktory další (kouření, ale také deprese), a měly by se proto stát jedním z preventivně terapeutických cílů v primární péči.



Wang Y, et al.: Type D Personality and Coronary Plaque Vulnerability in Patients With Coronary Artery Disease: An Optical Coherence Tomography Study

D-typ osobnosti je charakterizován dvěma okruhy vlastností: negativními emocemi a sociální inhibicí, tedy ostýchavostí, plachostí, tendencí se stáhnout především ze strachu s nesou-

hlasem druhých a s jejich možným odsudkem. Negativní emoce mají smíšený charakter depresivních a úzkostných příznaků, ale současně předrážděnosti a nevrlosti. S chováním nebo osobností tohoto typu (D = dysforie) bývá spojována především podrážděná nálada.

Autoři zjišťovali, zda existují souvislosti mezi tímto typem a vyšší incidencí závažných kardiovaskulárních problémů. Využili optické koherentní tomografie (OCT) k vyhodnocení charakteristik aterogenních plátů u těchto osobností. Do studie bylo zařazeno celkem 109 pacientů s různými koronárními pláty, u nichž měřili jejich vulnerabilitu.

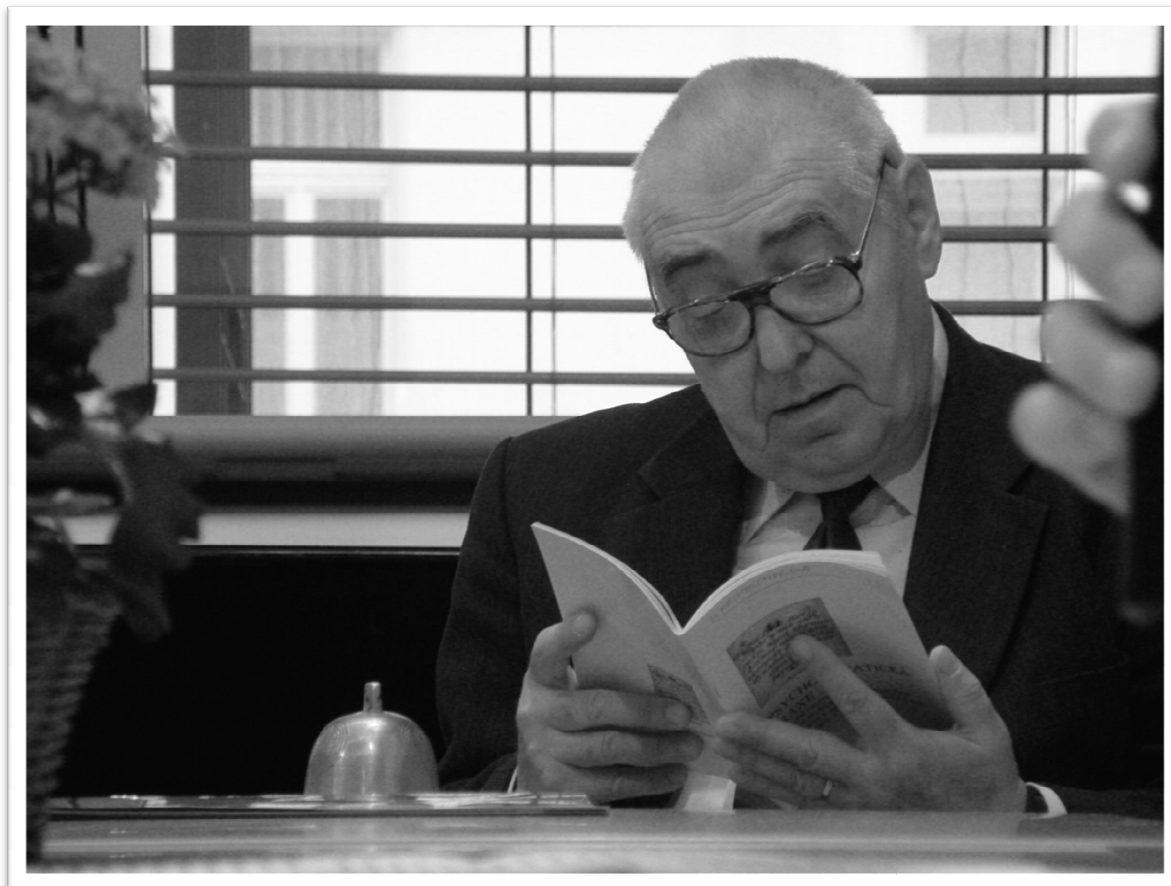
Pro vysvětlení: koncept vulnerability plaku (=zranitelnost) byl původně určen pro popis plátu náchylného k prasknutí. Nyní je známé, že etiologie koronárního trombu je různá a může vznikat jak na základě charakteru plátu, jeho eroze, tak na kalcifikovaném povrchu. To vedlo k hledání terminologie rizikových prekurzorů. Stabilní plát je charakterizován pevným povrchem, u fibroateromů s tenkou čepičkou hrozí ruptura plátu.

Výsledky: Po všech statistických úpravách vychází, že D-typ je spojen s výskytem všech lipidových plátů (RR=4,87), a pro ateromy s tenkou čepičkou je RR=3,84. Negativní efektivita jako proměnná je spojena se zranitelností plátu (RR=3,43), zatímco u sociální inhibice ani ve spojení s negativní efektivitou tyto vztahy prokázány nebyly.

Závěr: D-typ osobnosti je doporučeno chápat jako významný rizikový faktor u nemocných s ICHS.



RECENZE



HONZÁK R.: DISSOCIATIVNÍ (HYSTERICKÉ) PORUCHY VČERA A DNES.

Recenze knihy Suzanne O'Sullivan: *It's all in your head*. Chatto & Windus, London, 2015, 326 s. ISBN: 978-0-099-59785-8. Cena v ČR: 299.- Kč

Autorka, irská rodačka, nyní londýnská neurologická konzultantka s pětadvacetiletou praxí, získala za svou prvotinu letos výroční cenu Wellcome book v hodnotě 30 000 liber pro „new insights into the relationship between the body and the mind“. Autorce ocenění přeju, ale pokud je její pohled vydáván za „nový vhled“, jsou porotci nejméně o jedno století pozadu za vývojem

medicínského myšlení. Bohužel jsou tam spolu s většinou společnosti a dvojnásob bohužel také s velkou částí lékařů. Kniha, jak upozornili někteří angličtí recenzenti, znovu poukazuje na to, že část medicíny je stále více uměním než vědou. Funkční obtíže jsou problémy, které se chovají tak, jak jsme zvyklí, že se chová klasické tělesné onemocnění, postrádají však jakýkoliv patologicko-



anatomický korelát. Přestože reálně existují, jsou výtvorem „mysli“ v nejširším smyslu tohoto slova, nikoliv výsledkem chorobných procesů v těle. Je jich, jak v rozvinutých, tak nerozvinutých zemích, něco kolem 20 % mezi vši směsí, s níž se pacienti na lékaře obracejí, a ryze biologicky orientovaná medicína založená na důkazech (EBM – Evidence Based Medicine) si s nimi rady neví.

Z celé psychosomatické oblasti pokrývá autorčin text jen část spadající do neurologie, a to ve většině případů v diagnostické kategorii dissociativních poruch, označovaných dříve (a všeobecně známých dodnes) jako hysterické. Autorka prezentuje několik případů dramaticky působících poruch (záchvaty křečí, slepota, obrny, totální amnézie atd.) a jejich podrobnou medicínskou a současně s plným pochopením prožitého trápení velice lidskou analýzou upozorňuje na skutečnost, že naše vědomí a nevědomí hraje při jejich vzniku nejvýznamnější úlohu, což je jak většinové populaci, tak zastáncům EBM těžko přijatelné a těžko pochopitelné v plném významovém rozsahu. Tito pacienti trpí, svou nemoc si nevymýšlejí, nesimulují, nepodvádějí; jen jejich utrpení psychické je podivuhodným způsobem přetvářeno do tělesných příznaků, pro které žádají stejné vysvětlení (vedení descartovskou ideou porouchaného stroje) jako pro ostatní choroby a tvrději odmítají připustit, že by to mohlo být „jen v jejich hlavě“. Kdybych knihu doplňoval pro příští vydání, zde bych doporučil přidat jako pádný argument nezpochybnitelné poznatky z posledních dvou dekad, a to že utrpení psychické a psychická bolest se v mozku zobrazuje na týchž místech jako bolest tělesná, že obě jsou doprovázeny zvýšenými koncentracemi substance P –

že tedy ve výsledku mezi oběma není rozdíl.

Autorka splétá text z několika proudů. Jedním jsou dramatické příběhy pacientů trpících dissociativní poruchou: popisy klinického obrazu s detailními diferenciálně diagnostickými úvahami (někdy dokonce v podobě celých kazuistik) a hledáním souvislostí mezi prodělaným psychotraumatem a tělesnými příznaky. Jsou zde také podrobně rozebrány dvě další kategorie, které mohou přicházet v úvahu: simulace a Münchhausenův syndrom, který autorka dle anglického zlovyku prezentuje jako Münchausenův. A ještě mizející kulturně vázané syndromy s bizarními projevy, od běsnícího amoku po koro, které postižené muže ohrožuje retrakcí penisu a jeho zanořením do dutiny břišní.

Druhý proud je tvořen historií onemocnění považovaného nejprve za působení putující dělohy (děloha – řecky hysterón; odtud název) a jejich škodlivých účinků na všech místech těla, kde se objeví. Antické – původně ovšem staroegyptské – patogenetické názory a představy měly neobyčejně dlouhou životnost, a teprve neurologové z konce 19. století začínají hledat příčiny jinde. Ale ještě ilegendární Pierre Marie Charcot považoval za příčinu velkých záchvatů organickou poruchu mozku. Teprve jeho následovník Pierre Janet definitivně prosadil názor o funkčním charakteru těchto obtíží. Příčinná část textu je pak věnována Sigmundu Freudovi i jeho spolupracovníkovi v počátcích kariéry Josephu Breuerovi a pochopitelně jejich pacientce známé jako Anna O, civilně pak vystupující jako zapálená feministka Berta von Pappenheim. Jsou zmiňovány i novější teorie, jako třeba Pilowského „nemocné chování“ (sick illness behavior),



maladaptivní řešení stresu (coping), špatná percepce tělesných pocitů a další.

Třetí část je naplněna úsilím překlenout dualistický psycho- versus somatický pohled na problematiku, ať už jde o konkrétní pacienty, nebo o pohled části lékařů a většiny veřejnosti. V tomto směru je publikace pedagogicky adresná, přesto snaha lékařky O'Sullivanové vyznívá často naprázdno ku škodě pacientů. Autorka O'Sullivanová má ale smířlivý postoj: Potřebuje-li někdo hůl, nemá smysl mu ji brát, potřebuje-li nemoc jako hůl na cestu životem, těžko mu zazlívát, že ji potřebuje.

Soudě podle ohlasu v tisku, sklidila publikace ve své vlasti úspěch, který je určitě zasloužený. Někteří recenzenti autorce vytýkali, že její klinické příběhy nedocházejí do jasného konce, nejspíš typu: „a žili šťastně až do smrti“. Takové konce totiž neexistují. Osobnost nadaná jednou reagovat tímto způsobem by mohla mít pluk andělů strážných, přesto

nikdy nebude mít umetenou cestu životem tak, aby při příští náročnější příležitosti nezareagovala stejně. To bych autorce rozhodně nevyčítal, stejně jako to, že „nekriticky věří tomu, co jí pacient říká“, jak namítali někteří kolegové v diskusích pod recenzemi. Ona totiž také opakovaně zdůrazňuje, že je potřeba dávat nemenší pozor na to, co pacient/ka lékaři **neříká**.

Komu je publikace určena? Všem čtenářům, kteří mají IQ vyšší než 110 a touhu poznat problematiku lidí s opravdu velkými psychosomatickými obtížemi. Mezi zdravotníky tedy i těm, kteří se s takovými pacienty denně nepotkávají. Je napsána velice napínavě, čtivě, a přitom je celá prodchnutá nefalšovaným humanismem.

Suzanne O'Sullivan: *It's all in your head*. Chatto & Windus, London, 2015, 326 s. ISBN: 978-0-099-59785-8. Cena v ČR: 299 Kč

HONZÁK R.: JE SNAD LIDSKÁ HLOUPOST A OMEZENOST NAKAŽLIVÁ? NEBO UNIVERZÁLNÍ?

Čtení knihy Alexijevičová S.: *Doba z druhé ruky; Konec rudého člověka*. Pistorius & Olšanská, Příbram, 2015

Spirituální potřeby nesporně existují, v dnešní době si je většinou uvědomíme, když jejich syčení začne nabývat extrémních podob a překlánět se do patologie, ať už individuální nebo sociální. On si to také racionalizující jedinec do té doby neuvědomuje, aniž je si vědom, čím tyhle potřeby denně sytí.

Andrew Newberg a Mark Waldman, dva američtí neuropsychologové, jeden věřící a jeden ateista, napsali: „Není našim úkolem dokazovat, jestli Bůh je nebo není, můžeme však s jistotou říci, že v lidském mozku má své místo... V publikaci nazvané *Proč Bůh neodešel jsem ukázal, že lidský mozek je*



jedinečným způsobem konstruován k vnímání a také vytváření spirituální reality... Náš výzkumný tým prokázal, že Bůh je součástí našeho vědomí a že čím více na Boha myslíte, tím více měníte své neuronální okruhy ve specifických oblastech mozku. A nezáleží na tom, jestli jste křesťany, židy, muslimy, hinduisty, ateisty či agnostiky.“

Když na místo boha nastoupí Stalin a KSSS, dostávají v duševním a sociálním prostoru uctívačů stejnou moc, jakou měla církev v době, kdy vysílala křížácké výpravy do bojů o Boží hrob. Drsné je, když se potom v Rusku zopakuje situace, kterou popsal už Havlíček ve Křtu svatého Vladimíra: „Když si boha utopili, žádného neměli...“ Ještě horší je, když společnost zvyklá po staletí na poddanství nemá na co navázat v situaci, kdy se dostaví svoboda, po níž všichni toužili, ale jen instinktivně a bez představy, co si s ní počít. Resentiment nad byvší dobou, ztráta – sice vesměs z našeho hlediska pekelných, ale přece jen nějakých – jistot, pád centrální myšlenky i jejích lokálních přísluhovačů, a to vše v neuvěřitelně krátké době představovalo taková sociální traumata, že si to v našich podmínkách neumíme představit.

Kdo chce porozumět tomu, co se přihodilo na přelomu tisíciletí v Rusku a proč je Putin skutečně vzýván většinou obyvatel jako spasitel a obnovitel nejen ruské velikosti, ale také osobní identity pětadevadesáti procent obyvatel, měl by tuhle knihu číst. Jistě stojí za to přidat k ní Putnovu studii „Obrazy z kulturních dějin ruské religiozity“, kde jsou zobrazeny kořeny přesvědčení o spasitelském poslání a Petránkovy vzpomínky „Na co jsem si ještě vzpomněl“, zachycující léta dekadence velkolepých revolučních myšlenek.

Kniha je zápisem jednotlivých vyprávění lidí ze všech společenských vrstev, zápisem autentickým a neučesaným, jejich příběhy skládají (téměř románovou) mozaiku toho, co probíhá teď v Rusku.

A do čeho nás někteří čelní politici chtějí znovu zavést!

Zde je pár ukázek:

...z rozbitého panského domu vytáhl kdosi pianino... stálo v zahradě a moklo na dešti. Pastýři přihnali krávy blíž a hráli na něj klacky. Ten statek po pitce vypálili. Rozkradli. Kdo z rolníků by potřeboval pianino?

☑

Heslo z počátečních let revoluce znělo: Zaženeme železnou rukou lidstvo ke štěstí! Jednou to strana řekla, tak tomu věřím! Já ano.

☑

Píšou tam, že staří lidé z okolí s ním odmítají hrát domino. A karty. Pronásledují ho: „Vrahu!“ A on z toho příkoří pláče. Kdysi to byl neoblomný lidový komisař. Podpisoval popravčí seznamy, zahubil desetitisíce lidí. Třicet let pobýval v blízkosti Stalina. A na stará kolena nemá s kým si hodit partičku karet, zahrát domino... Obyčejní pracanti jím opovrhují... Hrozné...

☑

Rusko potřebuje pevnou ruku. Železnou. Drába se sukovicí. Takže sláva velikému Stalinovi! Hurá! Hurá!

☑

SSSR vyráběl 20krát více tanků než USA. 80. léta. Otázka asistenta generálního tajemníka ÚV KSSS M. Gorbačeva: „Proč musíme vyrábět tolik zbraní?“



Odpověď velitele generálního štábu S. Achromejeva: „Protože jsme za cenu nesmírných obětí vybudovali prvotřídní závody, o nic horší, než mají Američané. A vy byste jim teď nařídil, aby toho nechaly a vyráběly kastroly?“

☑

Udavačství a odposlechy. Bylo to všude, celá společnost tím byla prolezlá odshora dolů a my jsme si na okresním výboru tipovali: kdo z nás je ten práškač? Donašeč nebyl jeden, ale hned několik. O těch bych si to však byla nikdy nepomyslela... Dokonce i sám Gorbačov... generální tajemník ÚV KSSS... Četla jsem v jednom jeho interview, jak při důvěrných rozhovorech dělal to samé: pouštěl televizi nebo rádio co nejhlasitěji... Všichni se něčeho báli, báli se i ti, kterých se báli ostatní. Já jsem se taky bála.

☑

Plány jsme plnili a překračovali, a v obchodech nebylo vůbec nic. Kam se podělo naše mléko? A maso? Dodnes mi není jasné, kam to přišlo. Mléko došlo za hodinu poté, co se otevřely obchody.

☑

Bylo to nebezpečné dotýkat se té konstrukce. Stalinské, sovětské, říkejte

tomu, jak je libo... Náš stát existoval vždy v režimu mobilizace. Od prvních dnů. Se životem v míru se nepočítalo.

☑

Jeden leninský citát: Klidně budu žít v prasečím chlívku, jenom tam musí být sovětské zřízení.

☑

Mezi úspěšnými podnikateli můžete najít kohokoliv, jenom ne blbce. Jednou za čas se sejdeme... Přineseme drahý koňak, ale celou dobu pijeme vodku. Pijeme vodku a k ránu se ožralí objímáme a zpíváme komsomolské písně: „Komsomolci, to jsou borci / ve věrném přátelství v tom je síla...“

☑

Rus potřebuje takovou ideu, z které běhá mráz po zádech a naskakuje husí kůže.

☑

Po tom, po této spiritualitě, se lidem v Rusku stýská.

Trump Will Make America Great Again, zaznívá z druhé strany Atlantiku od lidí, kteří tuto zkušenost nemají. Je snad lidská hloupost a omezenost nakažlivá? Nebo univerzální?

Radkin Honzák (14. 8. 2016)



HONZÁK KE KNIZE: PERLMUTTER DAVID: BRAIN MAKER. YELLOW KITE, LONDON, 2015, 310S. ISBN 978-1-473-61935-7 (DOVOZ PŘES LUXOR 500,- KORUN)

Autor je klinický neurolog, zároveň ale ještě člen American College of Nutrition a dále zakladatel Perlmutter Brain Foundation. Jeho kniha přináší základní informace o střevním mikrobiomu a jeho funkcích. Věřím, že základní informace o tom, co je mikrobiom, už čtenáři mají, takže jen pro zopakování: mikrobiom napomáhá vstřebávání živin, vytváří v GIT bariéru proti „cizímu“, působí detoxikačně (někteří dokonce mluví o „druhých játrech“), podporuje imunitní systém a řídí některé jeho prvky, produkuje významné enzymy, pomáhá zvládat stres, má interakce s CNS i s endokrinním systémem, kontroluje zánětlivé pochody a dle posledních poznatků pomáhá udržet správný cyklus spánku a bdění.

Dělicí čára mezi „dobrymi“ a „zlými“ mikroorganismy není jasná a ztráta některých „zlých“ má dokonce za následek řadu klinických problémů. Připomeňme si, že obsah střeva je vlastně vně organismu, a že integritu našeho systému udržuje jednobuněčná vrstva střevního epitelu, což by neustála bez vydatné pomoci mikroorganismů. Porucha přirozené rovnováhy (=dysmikrobie) vede k nejrůznějším chorobným stavům. Autor se domnívá – a není sám – že naše současná společnost trpí „mikrobiální podvýživou“, která je příčinou mnoha epidemicky se objevivších problémů: od obezity, přes DM II., až po autoimunitní záněty, včetně roztroušené sklerózy a podobných chorob.

Nejde při tom jenom o to, že při současné nerovnováze některé mikroorganismy převládnu a některé chybí, čímž se mění také produkce významných látek, ale také – a to možná hlavně – o to, že dochází k zvýšení permeability střevní stěny pro látky vyvolávající na různých místech těla zánět. Zánět je dnes považován za podstatu všech těchto poruch, od obezity po deprese a ADHD. Zvýšení propustnosti GIT je často provázeno zvýšenou propustností hematoencefalické bariéry, pro což autor zvolil přirovnání: „když se otevrou jedny dveře, tak se začnou otevírat i ty další“. V této souvislosti jsou popsány příznivé výsledky fekální transplantace, která už je v USA organizována tak, že je možno s ní skutečně počítat (u nás je to zatím otázka složitých příprav a aranžmá).

Posledních 60 stran je praktických: autor zde uvádí desítky receptů na přípravu a složení stravy, která optimálním způsobem nakrmí naše střevní mikroby. Mnoho z nich lze pořídit a připravit také v našich podmínkách; tím se publikace liší od těch, které jsou na našem trhu dostupné. Druhou odlišností bych za tak výhodnou už nepokládal; autor je si mnoha věcmi a souvislostmi naprosto a podle mého soudu přespříliš jistý, přestože před námi je určitě ještě dlouhé období ověřování. Jeho jistota, někdy hraničící s jistotou obchodníka s deštěm, může kriticky myslící čtenáře popuzovat. Přes tuto výhradu kniha rozhodně za přečtení stojí.

RH



HONZÁK R.: KNIHA, KTEROU MŮŽETE DOPORUČIT SVÝM ÚZKOSTNÝM PACIENTŮM

Edukaci považuji za nedílnou součást práce s pacienty. Nejenže pomáhá popojít koncept disease s pacientovým trápením označovaným jako illness, ale pozitivistický vhléd do subjektivních problémů přináší postiženým porozumění (sice zjednodušené a modelové) řadě úkazů, které pro ně do té doby byly zcela iracionální. Pro úzkostné pacienty jsem si vypracoval prezentaci, na které jim demonstрую vývoj příznaků včetně prapůvodního racionálně poplachové reakce a možnost, kudy tyhle reakce zvládat. Považuji to za velice užitečné; bohužel také za žrouta času.

Odkaz na dobrý literární zdroj může mít stejně dobrý výsledek, jen takových pramenů, které by zaujaly, vysvětlily a pomohly, zase není moc. Teď však je tu jeden, který s dobrým svědomím mohu doporučit.

Americký žurnalita Scott Stossel, který si chorobné úzkosti nabral celou nůši, o tom napsal pro The New York Times tlustou knihu **Můj život s úzkostí**, jež si díky své otevřenosti, hloubce záběru, nadhledu i humoru získala okamžitě oblibu čtenářů. Aby se se svými obtížemi vyrovnal, podrobil oblast strachů a úzkostí zevrubnému bádání od starověku po moderní dobu, probral všechny její podoby od generalizované úzkosti a trémy, přes fobie až po děs a paniku, proklepl všechny slavné osobnosti a posbíral o nich všechny

drby, ale se stejnou pečlivostí se věnoval léčebným postupům a jejich efektivitě. Dokonce má tu zdravou drzost, že některé současné teorie beze strachu kritizuje.

Není nutné číst text v jednom zátahu, i když je napsán tak, že si o to říká. Vzhledem k tomu, že publikace má v českém překladu přes 400 stran, je možné přeskakovat od jednoho aspektu ke druhému, vracet se, opakovat si již přečtené v takto získaných souvislostech a mít skutečně inteligentní zábavu na dlouhou dobu.

Stossel se přiklání k těm terapeutům a teoretikům, kteří mají za to, že současná doba a náš životní styl zvýšenou mírou svobody jednotlivce a zvýšenou možností jeho volby, paradoxně přispívají k nárůstu chorobné úzkosti, protože většina lidí na to nemá. To je však charakteristika doby, kterou nezměníme. Nicméně, kdo chce na strach a úzkost vyvrát vlastními silami, nechť si knihu pořídí. Ale ať si pospíší, dokud je k dostání; je totiž opravdu vynikající. Také překlad Heleny Čížkové je výborný.

Scott Stossel: *Můj život s úzkostí. Strach, děs, naděje a hledání vnitřního klidu.* dybbuk, Praha. 2015, ISBN 978-80-7438-123-2

28. srpna 2016

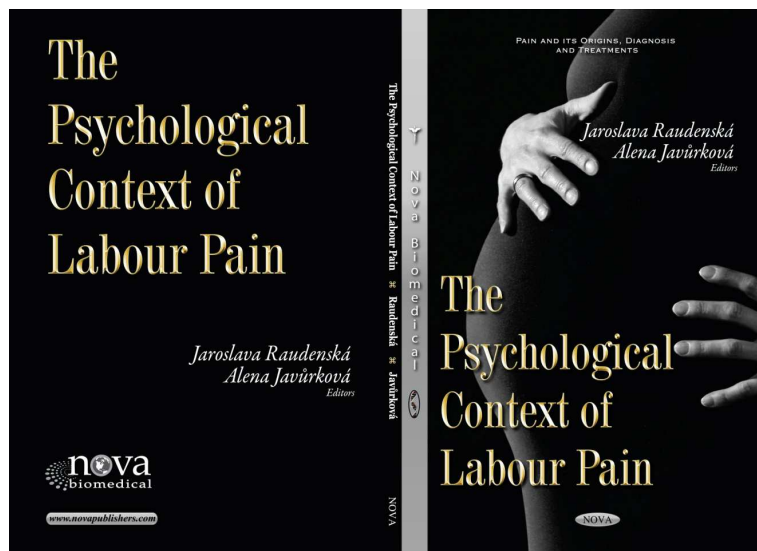
Radkin Honzák



ŠÍPEK J. KE KNIZE: JAROSLAVA RAUDENSKÁ A ALENA JAVŮRKOVÁ (EDS.) *THE PSYCHOLOGICAL CONTEXT OF LABOUR PAIN*. NEW YORK: NOVA SCIENCE PUBLISHERS, INC. 2016.

Dvě české psycholožky spojily své úsilí, sestavily mezinárodní tým a výsledkem je publikace sice rozsahem útlá (94 číslovaných stran), ale obsahem pozoruhodná. Na zadní straně přebalu konstatuje prof. Giustino Varrassi, že v knize jsou významné (mimo jiných) dva aspekty. Jedním je vědeckost přístupu a tím druhým je stále odkazování na mimořádnou lidskost tématu. A čtenář zde musí dát za pravdu. Není to samozřejmě pouze pojednáním o něčem tak bezesporu niterném, jakým je bolest, ale jde o bolest ve spojení s přinášením nového života, tedy (jak říká název knihy) bolest spojená s rozením.

Struktura textu je dobře volená a napomáhá přehlednosti a srozumitelnosti. Už v Předmluvě se čtenář ve stručnosti seznámí se vším, co může hledat a očekávat může si potom vybírat jednotlivé kapitoly podle svého osobního a okamžikového zájmu. Každá kapitola je uvedena abstraktem, tedy opět pomocí čtenáři v jeho orientaci. V několika kapitolách autorky (ano, všichni členové týmu jsou ženy) procházejí sociokulturní kontext vnímání porodní bolesti, pokračují tématem psychologických aspektů porodní bolesti, vyrovnávání se s nimi, strachem s nimi a s porodem obecně spojeným. Samostatnou kapitolou je i téma matkou vyžádaného porodu za pomoci tzv. císařského řezu.



Některé pasáže jsou ve svém vyznění obecnější a dávají zamyslet se v širším kontextu. Tak je tomu například u komponent bolesti. Stručně, ale srozumitelně je procházena komponenta emoční, behaviorální a kognitivní, včetně možných nástrojů a podob zachycování, měření. Bolest je vždy komplexní, determinovaná zkušeností, očekáváním, osobním i sociálním prostředím. Autorky nabízejí výsledky řady mezinárodních studií zaměřujících se na rozdíly prožitku bolesti. Porovnávají se kulturní a národnostní rozdíly mezi rodičkami, vzdělání, věk, očekávání atd. Ze všech těchto empirických výzkumů spočívajících na co nejkonkrétnějších datech vyplývá cosi zásadního: že totiž ani tak nejde o potlačení bolesti spojené s příchodem nového života, že také ani nejde o bagatelizaci bolesti jako něčeho nepříjemného, nežádoucího, ale bohužel nevyhnutelného, ale o to, dát všem takovým prožitkům, jejich projevům a s nimi spojených kognicí (myšlenek,



fantazií apod.) nějaký smysl. Takový smysl, který patří do lidského žití, který pomáhá snášet bolest a diskomfort a zamezuje, aby nastoupilo utrpení. Jako muž, který nepodstupuje zkoušku porodních bolestí si snad mohu dovolit trochu filosofičtější nadhled a přání, aby příchod člověka na svět byl spojen s bolestí, která má smysl a je provázaná s nadějí a vznešeností.

Diskutovaná publikace je povedená jak obsahem, tak tím, že vychází v angličtině a je tak neomezeně dostupná. Doporučuji tuto publikaci k četbě a diskusím odborníkům nejrozličnějších specializací, ale také všem, kdo porod a vše, co je s ním spojené nepovažují jen za rutinní zdravotnický akt. /Prof. PhD. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.



Z KONFERENCÍ



ILUSTRACNÍ FOTO 6: HELENA FRANKE DISKUTUJE NA 16.KONFERENCI

SKORUNKA D.: PSYCHOSOMATIKA, KAM SE PODÍVÁŠ

Ohlédnutí za 16. konferencí psychosomatické medicíny v Liberci, 9. až 11. 6. 2016

Tak jsme se letos v červnu opět sešli po necelých dvou letech v Liberci. Staří známí i nové tváře, dělníci praxe i poslové vědy, zkušené bardy i studenti, „čistokrevní“ psychosomatici i ti, kteří si k psychosomatické medicíně hledají cestu. Na pódiu a v hledišti se bez výraznějších střetů potkávali reprezentanti oborů, v nichž se bez

psychosomatické perspektivy nelze obejít (a když, tak jedině v neprospěch pacientů), spolu se zástupci těch lékařských specializací, které si do nedávné doby od psychosomaticky držely úctyhodný odstup. Letošní konference se vyznačovala několika primáty. Poprvé se konala v architektonicky impozantních prostorách liberecké Technické



univerzity (TUL). Účastníci zvyklí z předchozích let na komorní atmosféru v prosluněné liberecké knihovně neměli až na výjimky s touto změnou zásadní problém. Pravda, někteří nešťastníci bloudili ve čtvrtek ráno mezi regály beletrie nebo dorazili k jiné části univerzity na opačné straně města. Tyto ojedinělé případy ale nijak nenarušily klidný průběh odborné akce. Druhé letošní novum spočívalo v tematickém zaměření – Psychosomatika v klinických oborech. Díky němu se v přednáškové aule potkaly osobnosti, jejichž vystoupení na jednom pódiu by se ještě před několika lety jevilo jako zcela nepravděpodobné.

Vysokou laťku programové kvality nasadili přednášející hned první den v úvodním bloku přednášek. Pavel Pafko, jeden z nestorů české medicíny, se podělil o svůj pohled na psychosomatiku v chirurgii. A že bylo čemu naslouchat! S pomocí sugestivní prezentace se profesor Pafko vyjádřil k mnohým neduhům současné medicíny a zdravotnictví, jako jsou: opomíjení základní slušnosti v běžných klinických situacích, empatie a vztah mezi lékařem a pacientem, přemíra byrokracie spojená s tzv. defenzivní medicínou, syndrom vyhoření a profesionální přístup lékaře. Z vystoupení bylo zřejmé, že slušné jednání, respekt k pacientovi a oddanost profesi nejsou pro pana profesora prázdné pojmy. Potěšilo mne, že můj pohled na některé diskutabilní situace v současné medicíně, který sdílím se studenty na Lékařské fakultě, zastávají i takové kapacity, jako je profesor Pafko. Na druhou stranu, některá vyjádření přednášejícího byla provázena šumem v sále, a posléze diskusí v kuloárech. Například jeho postoj k syndromu vyhoření v medicíně, a speciálně v chirurgii. Pan profesor prý za celou svou úctyhodnou kariéru neviděl

„vyhořelého“ chirurga. To není nic překvapivého, vezmeme-li v potaz jeho tvrzení, že průměrná doba hospitalizace na chirurgii je šest a půl dne a za tak krátkou dobu není možné, aby si chirurg k pacientovi vytvořil nějaký vztah. Ano, za tak krátkou dobu se vztah mezi dvěma lidmi zpravidla nevytvoří. Operatér je v kontaktu s nemocným krátce, bezprostředně po operačním zákroku vidí výsledek svého úsilí, a pokud nenastanou v průběhu či po výkonu komplikace, mívá obvykle dobrý pocit z dobře vykonané práce. Pokud nastanou komplikace později, řeší je obvykle jiní specialisté na jiném oddělení. V medicíně jsou i jiné obory, v nichž se lékaři pravidelně i po dobu několika let setkávají s nemocnými, jež sužují dlouhodobá, chronická onemocnění. Pak je terapeutický vztah nevyhnutelný, včetně přiměřené míry emoční angažovanosti. Výsledek vlastního úsilí nepřináší vždy ovoce, práce lékaře není o jednom či několika heroických výkonech, ale o dlouhodobé péči, doprovázení, a někdy i nevděčné, mravenčí práci, jež bývá navíc komplikovaná systémovými jevy, které sám profesor Pafko zmiňoval. V takových okolnostech se syndromu vyhoření pochopitelně daří mnohem lépe než na odděleních chirurgie a intervenční medicíny. V této souvislosti stojí za zmínku práce Christine Maslach, profesorky na University of Berkeley v Kalifornii. Paní Maslach se dlouhodobě věnuje výzkumu syndromu vyhoření. Významně se též podílela, byť nepřímou, na proslulém Stanfordském experimentu, který řídil její tehdejší partner a současný manžel, Phillip Zimbardo. V rámci svého zkoumání se Christine Maslach věnovala i tomu, jaké faktory na pracovišti výrazně zvyšují riziko vzniku syndromu vyhoření u personálu. Moc by mě zajímalo, kolik z oslovených českých



lékařů by vypovědělo, že se s těmito faktory na svém oddělení či klinice pravidelně nesetkávají. I kdybychom měli pochybnosti o výsledcích nedávno publikovanému výzkumu o syndromu vyhoření mezi českými lékaři, je k dispozici spousta jiných prací, které dokládají, že tento fenomén není jen důsledkem slabosti nebo malé odolnosti již delší dobu „doutnajících“ kolegů.

Druhý páteční blok se nesl v duchu praktického lékařství a pediatrie. Bylo povzbuzující slyšet oba zástupce praktického lékařství (doc. MUDr. Bohumila Seiferta a MUDr. Michaelu Ročňovou), jak se snaží konceptuálně i prakticky začlenit psychosomatické uvažování do odvětví primární péče. Vždyť v ordinaci praktického lékaře často vše začíná a někdy také končí. Praktický lékař může díky své jedinečné pozici a svému pravidelnému kontaktu s nemocným (popřípadě i s jeho rodinou) ovlivnit průběh stonání a charakter terapeutické spolupráce. Také může do značné míry usnadnit práci psychiatrovi anebo psychoterapeutovi tím, že k této formě spolupráce bude nemocného přiměřeně motivovat. Někdo by si mohl myslet, že to praktický lékař má oproti jiným medicinmanům snazší. Ale zkuste si představit to neustálé zvažování a vyvažování: Co je příčinou pacientova trápení? Kdy je na místě odeslat nemocného k dalšímu vyšetření, k jinému specialistovi? Kdy je potřeba psychoterapeuticky rozvinout diskusi jiným směrem a jak přitom pacienta nevystrašit? Kdy je vhodné přizvat ke kontrole další členy rodiny? Kdy a jak je naopak výhodné využít možnost návštěvy pacienta v jeho domově? A jak komplexní přístup v ordinaci praktického lékaře včetně sladění spolupráce s ostatními odborníky udržet v současné roztržité medicíně? A to

zdaleka nejsou všechny věci, které praktický lékař ve své ordinaci denně řeší. Troufám si ale tvrdit, že v odpovědích na tyto otázky se mimo jiné objeví důraz na konzultační dovednosti, o nichž ve svém příspěvku hovořil docent Seifert, mimochodem s odkazem na klasiku lékařské antropologie a narativní medicíny Arthura Kleinmana (myslím, že je profesorem na Harvard University School, kdyby si s ním někdo náhodou chtěl dopisovat). Součástí druhého pátečního bloku bylo též vystoupení pediatričky Barbory Branné. Moc zajímavá prezentace, během níž bylo možné pozorovat, že kolegyně toho měla na srdci více, než jí časová svěrací kazajka dovolila sdílet. Nestihl jsem jí o přestávce sdělit následující: „Barboro, bylo to skvělé, poučné, moc se mi líbila tvá ukázka interakce s půlročním kojencem, vůbec bych se nebál se svými potomky chodit do tvé ordinace. Škoda že kamera nezabírala i tvou tvář, pak by ukázka vzájemného vyladování byla dokonalá.“

V dalších blocích jsem napjatě očekával vystoupení Heleny Máslové. Svůj přístup nazývá psycho-gynekologií. Asi před rokem jsem četl výborný rozhovor s ní v pátečním magazínu Lidových novin. Jeden z mála rozhovorů, kdy se psychosomaticky orientovaný lékař v médiích vyjadřoval srozumitelně, bez brutálně zjednodušující zkratky, bez častého používání tajemně znějících termínů pocházejících z jiných kultur. A přitom se nebála pojmenovat věci pravým jménem, upozornit kriticky na praktiky odborných společností a varovat před důsledky některých společenských trendů. Příspěvek mě nezklamal, i když mnohé z řečeného pro mě nebylo nové a z některých údajů a následné diskuse jsem se cítil trochu deprimovaný. Jak ty problematické



trendy v naší lidské společnosti zvrátit? Chce vůbec někdo naše pozorování a zkušenosti z klinické praxe slyšet, kromě nás, co spolu chodíme, tedy setkáváme se na psychosomatických konferencích v Liberci? Vždyť některé z poznatků uváděných doktorkou Máslovou by měly už dávno mít své místo v přednáškách a seminářích fyziologie, patologické fyziologie a gynecologie na lékařských fakultách! Zkusím s tím něco udělat a se svolením autorky si pro svou osvětovou kampaň vypůjčím některé z vtipných obrázků, kterými svou prezentaci okořenila.

Nemohl jsem si nechat ujít vystoupení Markéty Gerlichové věnované muzikoterapii jako jednomu z možných psychosomatických přístupů. Síla hudby je dobře známá, zvláště té hudby, která léčí! Dobrou zprávu je, že k využití léčivého potenciálu hudby není nutné mít hudební sluch nebo znát noty. I když mám sám k hudbě pozitivní vztah, v příspěvku kolegyně Gerlichové jsem slyšel spoustu nového. Muzikoterapii lze rozmanitě využít v rehabilitaci /fyzioterapii při nejrůznějších obtížích, včetně vážnějších následků různých onemocnění a úrazů mozku, v paliativní péči apod. Muzikoterapie se také vědecky zkoumá, dokonce v rámci doktríny evidence based medicine, vyučuje se prý i na vysokých školách, ale bohužel ne u nás. Muzikoterapii lze využít při zvládnutí prožitků stresu, uvědomování a vyjadřování emocí, při párové terapii. Působivé videoukázky vyvolaly v sále úžas, smích a otázky. Ve dvou po sobě jdoucích videonahrávkách dva manželské páry střídavě ozvučovaly nějaký strunný nástroj a xylofon. Skvělá ukázka odlišného přístupu k nástroji a vzájemné mužsko-ženské interakce. Všiml jsem si, že kontakt mužů s nástroji a jejich skladatelská invence vyvolaly v publiku (hlavně v ženské části, řekl

bych) pobavený, více či méně kontrolovaný smích. Ani já jsem se smíchu zcela neubráníl, ale v duchu jsem si říkal: „Co je na tom k smíchu? Že do toho ten chlap mlátí jako Slovák do hodin (idiom, který jsem v dětství často slyšával od svého otce)? To by měl hrát stejně jako ta ženská? A když budeme všichni hrát na ty hudební nástroje stejně, jemně, nezmizí nám nějaké důležité rozdíly, neprojeví se to i jinde? Kolega z branže by mi asi odpověděl, že o všem moc přemýšlím a do všeho rýpám. Něco na tom bude, ale stejně, ideální asi je, když jsme schopni jak jemného, procítěného brnkání, tak razantního hrábnutí do strun, podle potřeby a situace. Naštěstí vše na pravou míru uvedla kolegyně Gerlichová a já si uvědomil, že můj vnitřní, polemický dialog se zřejmě vztahoval k někomu jinému.

Krátce o několika jiných vyslechnutých přednáškách. Tradičně výbornou úroveň svých sdělení udrželi Jiří Šimek, Marek Vácha, Jaromír Kabát, Vladislav Chvála a Ludmila Trapková. Docent Šimek fundovaně osvětlil potíže, které se objevují během supervizních setkání s lékaři a dalšími pracovníky ve zdravotnictví. Je to s námi lékaři opravdu někdy těžké. Díky specifickému a dlouholetému socializačně-vzdělávacímu procesu si vytvoříme sofistikované obranné mechanismy, a pak na nás někdy neplatí otevřený dialog ani přímočará provokace. Jaromír Kabát, známý svým odvážným přesunem z operačního sálu do Psychosomatické kliniky, připomněl, že psychosomatický přístup do chirurgie jednoznačně patří. Mimo jiné proto, že operační výkon je jenom jednou, byť zásadní, součástí procesu chirurgické léčby. Svým skromným projevem v kombinaci s nápaditou vizuální prezentací ukázal, že i chirurgickou léčbu včetně přístupu



k nemocnému lze pojímat různě. A že i v chirurgii mají své místo emoce. Marek Vácha se zhostil nelehkého úkolu seznámit publikum se základními principy epigenetiky. Jak on to dělá? Složitě téma podá s lehkostí a vtipem, a přitom nám nenápadně v krátkém čase sdělí spoustu poznatků, ke kterým bychom se pracně dostávali několika-měsíčním studiem odborné literatury. Měli by ho slyšet někteří kolegové z královéhradecké lékařské fakulty. Podpora rozvoje psychosomatiky na tomto místě zřejmě nebude možná bez toho, aby někdo promluvil k přírodovědcům fundovaně jejich vlastní řečí. K Vladislavu Chválovi a Ludmile Trapkové není co dodat. Srozumitelně a dvojhlasně podané důležité téma sexuality ve vztahu k somatizaci a psychosomatickému přístupu udrželo publikum v soustředěné pozornosti. Je obdivuhodné, z kolika různých zdrojů autoři čerpají (Elán, Erickson, Freud, Jung, Luhmann, Zoja) a zároveň neztrácejí kontakt s mnohovrstevnatou realitou díky vlastní dlouholeté klinické praxi. Parafrázi jejich závěrečného shrnutí si snadno zapamatuje každý: Není to jen hudba, co dokáže léčit!

Ještě bych rád zmínil vystoupení Ivana Verného, psychiatra a procesově orientovaného terapeuta. Jeho vystoupení jsem bohužel zmeškal kvůli nutné účasti v jiné části programu. Ale několik kolegů o setkání s doktorem Verným vyprávělo s takovým nadšením, že mi přijde škoda o tom krátce nenapsat. Pozorovatelé si všimli, že způsob práce Ivana Verného se v lecčems podobá jiným, prožitkově zaměřeným terapeutickým přístupům. Sám Verný se prý nechal slyšet, že „v procesové práci si bereme inspiraci, kde můžeme, a dáváme to pak originálně dohromady“. Podle výpovědi několika účastníků workshopu Ivan Verný

názorně ukázal, jak pracuje. Byl nadmíru vnímavý nejen ke klientovi, ale i k publiku, k prostoru, k vlastnímu projevu. Šlo o výbornou demonstraci navazování kontaktu s klientem a vyladování, včetně vlastního zrcadlení klientova tělesného projevu. Po ukázce Verný nenechal publikum v němém úžasu a zároveň zaplavené otázkami, co se to vlastně před chvílí dělo. Srozumitelně popsal, co a proč dělá/dělal, s jakým záměrem, jaké byly další možnosti atd. Odkázal na teoretické zdroje a propojil je s vlastním způsobem práce. Zní to ideálně, moc se těším, až se mi podaří zažít práci Ivana Verného osobně.

Ostatní aktivní účastníky, zde v textu nezmiňované, prosím o prominutí, ale více jsem toho vzhledem ke své křehké konstituci nezvládl absolvovat. I díky zaslechnutým ohlasům, mohu směle prohlásit, že letošní konference se vydařila, dokonce dle vyjádření některých účastníků ještě lépe, než ta předchozí. Díky skladbě přednášejících, tematickému zaměření, širokospektrému rozpětí příspěvků a kupodivu i nově zvoleným prostorům. Tedy, mně osobně se trochu stýskalo po rodinné atmosféře liberecké knihovny a po blízkosti mého oblíbeného café. Ale z různých zdrojů zaznívalo, že prostory pavilonu G Technické univerzity byly přehlednější. Zároveň svou vzdáleností od rozptýlujících lákadel centra a architektonickým uspořádáním (aula) umožnily účastníkům důkladnější oddělení od vnějšího světa a zanoření do samotného konferenčního dění a témat. Snad mohlo být trochu více časoprostoru pro diskusi mezi jednotlivými příspěvky, ale to je jediná kritická poznámka. Sluší se poděkovat všem, kdo se podíleli na perfektní organizaci a rozsáhlé komunikaci s přednášejícími a účastníky, tedy všem členům organizačního výboru,



z nichž většina působí v SKT Liberec, LIRTAPS, SPM ČLS J.E.P. a dalších psychosomatických institucích. Letošní konference přinesla i povzbuzení do budoucna díky účasti několika studentů medicíny. S jistou nadsázkou bychom

mohli říci, že Matouš (nebo to byl Šimon?) a další kolegové-junioři jsou možnou nadějí české psychosomatiky. Třeba to zjistíme za dva roky. Už teď jsem zvědavý. O čem bude psychosomatická konference příště?

Do redakce přišlo 26. 6. 2016

Do tisku zařazeno 29. 8. 2016

Konflikt zájmů není znám



ILUSTRÁČNÍ FOTO 7: ATMOSFÉRA 16. KONFERENCE



VYCHÁZÍ

BÍLKOVÁ JANA: KOGNITIVNÍ TRÉNINK PRO TŘETÍ VĚK 100 cvičení pro rozvoj koncentrace, kreativity, paměti a verbálních dovedností

formát: B5
vazba: V2
rozsah: 248 stran
prodejní cena včetně DPH: 329 Kč
ISBN: 978-80-247-

Kniha je určena všem, kteří si chtějí zábavnou formou procvičit mozek a dosáhnout zlepšení kognitivních funkcí. Cvičení paměti, pozornosti a koncentrace, verbálních schopností a kreativity ocení zejména pracovníci pomáhajících profesí, ale i vedoucí zájmových a skupinových aktivit.

Cvičení, která najdete v této publikaci, mají prostřednictvím tréninku jednotlivých kognitivních funkcí sloužit k rozvoji a optimalizaci celkové mentální kondice a mentálního tempa. Autorka se v rámci kognitivních funkcí cíleně zaměřuje na koncentraci, kreativitu, verbální dovednosti a zčásti i na paměť, přičemž největší prostor je věnován právě verbálním aktivitám – hříčkám a cvičením s písmeny, slovy a jazykem. Většina cvičení byla primárně připravována pro studenty univerzit třetího věku, jimž sloužila jako krátká praktická zpestření při přednáškách o psychologii. Nicméně i když nespadáte do kategorie třetího věku, kniha vám má co nabídnout. Nakonec tato cvičení často řeší i děti, partneři a vnoučata posluchačů univerzit třetího věku. Přejeme všem čtenářům dobrou zábavu a výdrž při tréninku.

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



GRUBER JAN, KYRIANOVÁ HANA, FONVILLE ALEXANDRA: KVALITATIVNÍ DIAGNOSTIKA V OBLASTI LIDSKÝCH ZDROJŮ

formát: B5
vazba: V2
rozsah: 200 stran
prodejní cena včetně DPH: 329 Kč
ISBN: 978-80-247-5263-1

Naučte se orientovat v lidských vlastnostech a dovednostech! Jste-li manažerem nebo zaměstnancem oddělení lidských zdrojů, je pro vás klíčové umět posoudit schopnosti stávajících i potenciálních kolegů. Potřebujete odhadnout, jakým způsobem přemýšlejí a pracují, znát jejich pracovní výkonnost, motivaci a schopnost plánovat. Také musíte vědět, zda dokážou přesvědčit a motivovat druhé. Způsobům, jak to určit co nejkvalitněji a nejpřesněji, se věnuje tato kniha.



Publikace vám srozumitelnou formou přiblíží metody, jak u lidí nacházet a odhadovat jejich schopnosti (například jak se pozná, že je někdo „rozený obchodník“) a také jak s těmito metodami pracovat, aby poskytly věrohodné výsledky. Seznámíte se s tím, jaké jsou hodnotitelské dovednosti, proč jsou často protikladné „zdravému rozumu“ a co se s tím dá dělat. Budete umět předcházet chybám při hodnocení a využívat vlastní síť postojů, přesvědčení i předsudků tak, aby sloužila kvalitnímu a přesvědčivému odhadu lidské povahy. Dozvíte se:

- co se děje při sdělení zpětné vazby posuzovanému a jakým způsobem to ovlivňuje jeho další pracovní růst;
- jak ovlivňuje výběr zaměstnanců atmosféru a výkonnost pracovního týmu;
- jak použití moderních metod (development centrum, assessment centrum, výběrový pohovor, individuální psychodiagnostické vyšetření aj.) ovlivňuje prestiž oddělení lidských zdrojů.

Hlubší informace o problematice posuzování zaměstnanců ocení i studenti ekonomických, manažerských a humanitních oborů, které se zabývají studiem lidské psychiky.

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



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší.

Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.

Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce

Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině

Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a



to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 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 rozlišujte 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.

