

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, PhD.

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 135 Kč, roční předplatné 540 Kč, včetně poštovného, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 4/2018 dne 15. 12. 2018, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 12. 2018
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor stránek Design Point, s.r.o. www.dpoint.cz

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

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

Vychází 4× ročně

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

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

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

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

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D. Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
Doc. PhDr. Daniela Stackedová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

OBSAH

Editorial	184
<i>Vladislav Chvála: Bez konceptu</i>	<i>184</i>
Pro praxi	187
<i>Jaromír Kabát: Příběhy našich pacientů.....</i>	<i>187</i>
Teorie	197
<i>Daniela Stackeová, Adam Teryngel: Muskulární dysmorfie – diagnóza dnešních dospívajících mužů? .</i>	<i>197</i>
Téma: Gender.....	207
<i>Jan Poněšický: Psychodynamika ženské a mužské genderové identity.....</i>	<i>207</i>
<i>Eva Labusová: (Ne)rodič.....</i>	<i>217</i>
<i>Vladislav Chvála: Rodina se mění. Ne všechny varianty jsou však pro děti stejně užitečné.....</i>	<i>226</i>
Diskuse	229
<i>Z dopisu studentky lékařské fakulty.....</i>	<i>229</i>
<i>Ivo Telec: Kritika snahy o zrušení povolání terapeuta a specialisty tradiční čínské medicíny.....</i>	<i>231</i>
Politika, koncepce	244
<i>Daniela Stackeová: Zpráva o současném stavu výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR.....</i>	<i>244</i>
<i>Návrh hlavních tematických okruhů pro výuku psychosomatické medicíny na lékařských fakultách.....</i>	<i>248</i>
<i>Jednání výboru SPM ČLS S vedením ČLK. Zápis, který odmítá vedení ČLK uveřejnit.....</i>	<i>250</i>
Recenze	252
<i>Radkin Honzák: Radkovská I, Hořejší J: Aspergerův syndrom. Život pod společenským tlakem.....</i>	<i>252</i>
<i>Jiří Šípek: J. Raudenská, A. Javůrková, G. Varrasi (Eds.) Pain: Management, Issues and Controversies. </i>	<i>254</i>
Literární koutek	256
<i>Mildred Honor: Hodiny klavíru.....</i>	<i>256</i>



EDITORIAL



VLADISLAV CHVÁLA: BEZ KONCEPTU

Čtenář Psychosomu, který se vrací, mohl si už dávno povšimnout, že tento časopis vzniká takřkajíc bez konceptu. Nezbyvá mi než s ním souhlasit. S minimálními náklady v prostředí, kde medicínské časopisy plné reklam na křídovém papíře nějak přežívají i v době internetu, jsme si už dávno udělali z nouze ctnost. Zdá se, že i bez profesionálního zázemí a redakce to jde. Samozřejmě, bez kolegů ochotných po práci sednout a podělit se o své zkušenosti a úvahy z oblasti psychosomatiky bychom nevydali ani jedno číslo. A to se neobejde bez povzbuzování, psaní, vybízení, naříkání i odříkání. Samozřejmě, že každý rok vyhlížíme světlejší budoucnost psychosomatiky v Čechách a na Moravě v podobě katedry na některé z lékařských fakult, která by se

ujala našeho periodika. Světlá budoucnost už nastává, ale katedru zatím nemáme. Tak musíme vydržet dělat Psychosom bez konceptu. Nebo aspoň bez obvyklého konceptu, kdy bychom se rozhodli věnovat každé číslo některému z horkých témat, diagnostickému okruhu, metodám nebo přístupu. Mohli bychom tak mít číslo věnované třeba somatizaci v oblasti GIT ze všech možných stran, v praxi, teorii, filosofii, etice, úvahám i diskusi. A příští třeba dermatologii, gynekologii, sexuologii atd. Aspoň se máme na co těšit.

Nejspíš proto jsem pokaždé napjatý, co nám poslední čtvrtletí v textech nadělí. Z čeho bude nové číslo poskládáno a jak bude vypadat jako celek. Můžeme se na to



dokonce dívat jako na spontánní projevení naší psychosomatiky. Souhrn všeho, co stojí za pozornost, čím se celá naše komunita dnes už čítající 245 členů odborné Společnosti psychosomatické medicíny (SPM ČLS JEP) projevuje navenek ve svých písemných sděleních, která projdou recenzním řízením. To je nezbytné, abychom udržovali potřebnou úroveň. Podle neustále stoupajícího počtu odborných setkání po celé České republice lze soudit, že těch myšlenek a textů, o které by stálo za to se podělit, je mnohem víc, ale většinou nedojdou svého naplnění v psané podobě na stránkách našeho periodika.

Tak se podívejme, o čem přemýšlí a píší odborníci v psychosomatice v druhé polovině tohoto roku. Jaromír Kabát, šéf Psychosomatické kliniky v Praze, ukazuje tři své patientské příběhy. Pokud někdo pokládá psychosomatické pacienty za „ty snadnější psychiatrické případy“, nebo tvrdí, že „jim to stačí jen vysvětlit“, může zjistit, že to tak v praxi nebývá. Kazuistiky jsou v psychosomatice zcela zásadní žánr. Už proto, že pracujeme vždy s jedinečným příběhem, je mimořádně obtížné je anonymizovat. Jedině na nich je však možné ukázat podrobnosti naší práce, jedinečnou směs teoretických přístupů, i to nejpodstatnější: odchylky od „normy“. Právě psychosomatictí pacienti nám často ukazují, v čem jako lékaři selháváme, pokud se spoléháme jen na „statistickou normu“. Tyto výjimky také posouvají naše myšlení dál tím, že atakují naše dosud „spolehlivé teorie“.

Zcela jistě máme nouzi o výzkumné práce, protože stále ještě je u nás snazší napsat disertaci na téma „hladiny molybdenu v slzách“, než na téma „subjektivního zpracování smutku v současné společnosti z hlediska somatizace“. To se ale zlepšilo v momentě, kdy vznikne první katedra psychosomatiky, a doktoři se pustí do fantastické zásoby

psychosomatických témat, která naplní nejen stránky našeho časopisu. Společnost psychosomatické medicíny se už pustila do mapování toho, jak je to s psychosomatikou na našich vysokých školách. Zprávu o tom může čtenář najít v tomto čísle.

Teorie nám tentokrát volně přechází do tématu, kterým se nikoli překvapivě stalo téma genderu, které je nejspíš značně výbušné. Přehledný souhrn o muskulární dysmorfii, která se zdá být diagnózou dnešních dospívajících mužů, se zabývají kolegyně Stackeová a Teryngel. Svou úvahou, která se týká jiného trendu ve společnosti, totiž popírání rozdílů mezi ženami a muži, na ně navazuje Poněšický. To by se mohlo zdát banální, každý přečte, v čem se lišíme, ale není to tak snadné. Podle všeho jsme se ocitli uprostřed masivní kampaně za odstranění rozdílů a prosazení transgenderové ideologie i v naší legislativě a veřejném životě a v takových chvílích je to s rozumem v intelektuálních kruzích vskutku podivné. Vědecké argumenty, obvykle tak suché a jasné se najednou stávají nástrojem tu jedné a tu druhé strany vznikající barikády. Veřejnost na nás intelektuály obvykle moc nedá, a když se ještě ani my nemůžeme shodnout, o co se mají opírat politici při prosazování zákonů, které mohou nadlouho petrifikovat i těžce pokroucenou realitu? Tak jako se to stalo třeba v Německu v třiatřicátém roce minulého století. Nezapomínejme, že i na prosazování Norimberských zákonů se podíleli vědci. Tak jako jiná témata, ani toto jsme nevyvolali záměrně. Je zřejmé, že nějak naplňuje prostor, ve kterém žijeme. Tak ho promyslete.

Vzdělávání na lékařských fakultách se týká pozoruhodný dopis jedné studentky LF, který napsala spontánně v obdivu k jedné kolegyni, pediatričce. Obdivnou pasáž jsme redukovali, ale to, co píše



o výuce mediků, by si měli děkani všech našich LF vystříhnout a pověsit do svých pracoven, protože tohle si naše medicína za rámeček nedá! V rubrice Diskuse je také další text profesora Telce, který se neúnavně věnuje nejen psychosomatice z hlediska práva, ale také dalším vylučovaným oblastem péče o zdraví. To, že se tentokrát jeho argumentace zastává terapeuta čínské medicíny, neznamena, že jsme se ujali této specifické odbornosti. Podívat se na právní argumentaci proti hlavnímu proudu medicíny však neuškodí ani našim čtenářům.

Čas od času otevřeme i rubriku „Politika, koncepce“, a to zejména tehdy, když se zostří boj o psychosomatiku. Tak dnes uveřejňujeme rozbor situace psychosomatiky na našich vysokých školách i návrh obsahu výuky psychosomatiky na LF. Je to zatím jen sen, ale beze snů se nic neprosadí.

Přejeme dobré sváteční čtení, klid na konci roku a hodně síly do roku dalšího.

V Liberci 9. 12. 2018



PRO PRAXI



JAROMÍR KABÁT: PŘÍBĚHY NAŠICH PACIENTŮ

SOUHRN: KABÁT J.: PŘÍBĚHY NAŠICH PACIENTŮ. PSYCHOSOM 2018; 16 (4), s. 187- 196
Příběhy některých našich pacientů jsou velmi neobvyklé, jejich osudy těžké a léčba svízelná. Zvláště při absenci základní psychosomatické péče v ordinacích lékařů různých odborností a lékařů prvního kontaktu. Všichni víme, jak je v psychosomatické terapii důležitá týmová a mezioborová spolupráce. Ale bohužel máme zkušenost i s tím, jak je těžké ji někdy s lékaři navázat. A o tom jsou následující dva případy. Také možná o tenkém ledě, na kterém se s psychosomatickými pacienty někdy můžeme ocitnout.

SUMMARY: KABÁT J.: THE STORIES OF SOME OF OUR PATIENTS. PSYCHOSOM 2018; 16 (4), PP. 187- 196

The stories of some of our patients are very unusual, their life is complicated and their treatment arduous. Especially without the basic psychosomatic care in outpatient services. We all know how important is teamwork and interdisciplinary cooperation in psychosomatic therapy. But, unfortunately, we also have got experience how difficult it is to establish such cooperation. And that is the point of following two cases. And perhaps also about the thin ice we are sometimes treading on.



PETR S.

Baron Prášil

„Byl jsem úplně zdravý až do roku 2007. V tom roce, po artroskopii, se mi udělal po kanyle zánět, poté krevní sraženina a otok, který postupoval do podpaží. Bolest se začala stěhovat do hrudníku, víceméně se mi udělalo nevolno, celkově, začal jsem mít problémy se žaludkem.

Pak mi našli nález na mozku, ale to se ukázalo jako bezpředmětné. Byl jsem v jedné z nejhorších nemocnic v Praze.“

„Když se objevily bolesti na hrudi, říkali mi nejdřív, že to je panická ataka, že to odezní, dali mi antidepresiva, samozřejmě nic neodeznělo. Moje obvodní lékařka vůbec nebyla schopná a ochotná dopátrat se, z čeho ty problémy vznikly. Nasadila mi Neurol. Pak jsem začal mít malé jemné podkožní útvary, bolestivé, nikdo to neřešil. Nikdo neměl zájem to řešit. Víceméně jsem to přechodil a občas se něco vynořilo. Nějak sem si zvyk na to, že to bolí. Pak jsem najednou měl neurologické problémy, začala se mi točit hlava, podkožní útvary mě začaly bolet, často jsem si stěžoval u lékařky, že mě bolí v podžebří.“

Takhle začalo úvodní setkání s 35letým pacientem. Pokračoval v příběhu dál, občas se díval do poznámek, které napsal se svou dívkou, zdravotní sestrou, která mu v té době pomáhala zařizovat vyšetření.

Během dvouletého období mírného zlepšení se na čas vrátil ke své velké vášni, terénní jízdě na kole. Pak se ale potíže opět objevily a zhoršily. Opět obcházel různá vyšetření, opět bez nálezu jakékoliv patologie. Stal se členem ČAVO (Česká asociace pro vzácná onemocnění). Šlo to tak až do doby před třemi lety, kdy na doporučení své lékařky navštívil poprvé naši kliniku.

Petr žil v té době v domácnosti s rodiči, nepracoval. Domácí prostředí je ale velmi konfliktní. S rodiči sdílí společně velmi malý byt. U matky nemá podporu ani porozumění. Ona ho považuje, jak říká, „za kripla, který nechce chodit do práce“. Otcí je 71 let, má údajně vzácné neurologické onemocnění, projevující se progredující motorickou a kognitivní poruchou a spinocerebelární ataxií. Je připoután na lůžko, pohyblivý velmi obtížně a jen s pomocí.

Dětství popisuje Petr jako dobré, byl hodně venku, neměl žádné starosti. Převládajícím zážitkem byla volnost, pohyb, pobyt v přírodě. Záhy začal sportovat a sport se stal jeho hlavním zájmem a vášní. Věnoval se mu, jak říká, na profesionální úrovni, byl pro něj důležitý. Opakovaně během vyšetření poukazuje na své sportovní úspěchy a zdůrazňuje, že zdravotní potíže mu zničily kariéru.

Při jednom vyšetření se ukázalo, že na levé horní končetině má rozsáhlé jizvy po opaření ve 2 až 3 letech, kdy na něj babička za přítomnosti matky zvrhla v důsledku nepozornosti konvici plnou vařící vody.

Byl dlouho hospitalizován a zažil jistě velmi bolestivé intenzivně medicínské a chirurgické intervence. Na nic si ale nevzpomíná.

Petr při prvních návštěvách stále trval na důkladnějším somatickém vyšetření, vyžadoval extenzivnější metody. Domáhal se excize podkožních útvarů. Také vyšetření CT, MRI, fibroskopie, kolonoskopie, bronchoskopie... Různých vyšetření při tom už absolvoval celou řadu, všude s negativním somatickým nálezem. Tomu ale Petr rozuměl tak, že



vyšetření nebyla provedena dostatečně pečlivě, a odborně.

Z psychologického vyšetření vyplynulo, že jeho IQ leží na samotné spodní hranici pásma nižšího průměru a je poněkud zhoršená schopnost neverbálního abstraktního uvažování. Byl vyloučen floridní psychotický proces. Zvýšeně skóroval na škálách deprese a hysterie.

Psycholog na základě komplexního vyšetření velmi pochyboval o indikaci psychoterapie, vlastně ji nedoporučil.

Přesto jsem Petrovi nabídl několik setkání. Ve snaze zprostředkovat mu odstup a náhled na další možné příčiny jeho tělesně prožívaných potíží. Vlastně jsem pak s tímto cílem a stálou nadějí, že se to podaří, vyhovoval jeho žádostem o další a další termíny setkání, která se nakonec ustálila na obvyklé týdenní frekvenci.

Brzo se ukázalo, že snížená schopnost introspekce i vyjadřování vlastních pocitů a odmítání psychologické formulace problémů, bude znamenat opravdu velmi omezený profit z psychoterapie.

Překvapivě ale Petr v návštěvách sám pokračoval, i když v prvních měsících se sezení omezila pouze na útočnou kritiku lékařů a zdravotnictví vůbec. Vyjadřoval se velmi ostře až agresivně o nekompetentnosti, lhostejnosti, nevzdělanosti, nezájmu zdravotnického personálu. Projevoval hodně agrese. Vystřídal velké množství zařízení, všude zažil odmítnutí, bagatelizaci svých potíží. Už vlastně neměl kam jít. Neměl peníze nebo nebyl dost známou osobností na to, aby dostal náležitou péči. Přinášel stále nové a nové, často těžko uvěřitelné příběhy lidí ze svého okolí, které potvrzovaly jeho zkušenost s „prohnilým systémem“ zkorumpovaného a zanedbávajícího zdravotnictví.

Zdalo se, že Petr cítí důvěru a bezpečí v prohlubujícím se terapeutickém vztahu. Později začal sdílet i své dílčí úspěchy, které se po dvou letech začaly objevovat. Měl novou přítelkyni, vydělával si příležitostně na brigádách. Znovu se objevil zájem o sport. Nevyžadoval už další vyšetření. Somatické problémy ustupovaly do pozadí. Chlubil se snižováním dávek Neurolu. Některé dny i zcela abstinovat.

V sezeních se i dařilo více se přiblížit jeho dětským zážitkům, které při prvních rozhovorech velmi zjednodušeně popsal jako dobré. Zdalo se, že jeho dětství je spíše spojeno s citovou deprivací, neporozuměním a odmítáním ze strany rodičů. Nabízelo se objevit souvislost mezi dětským zážitkem hospitalizace na popáleninách s těžce opařenou rukou a tromboflebitidou (bolestivým zánětem žíly) na stejné paži, která byla komplikací ošetřování po operaci kolene. To mohlo oživit a z implicitní paměti vyvolat dětské zážitky úzkosti, strachu a bolesti, které ve dvou letech prožíval v nemocnici.

Uvažoval jsem i o tom, že v nemoci a v hospitalizaci hledá možná zájem a péči, se kterou se nesešel. Jako by obraz nemoci sloužil k tvorbě pozitivního vztahu.

V době zvýšeného napětí doma nebo při kolizích v partnerském vztahu se zhoršily tělesně prožívané symptomy. Navíc nabývaly stále bizarnější podoby. Kromě líčení velmi závažných příznaků, jako je krvácení z konečníku či vykašlávání krve, popisoval i pocity přelévání tekutiny pod kůží na celém těle, na hrudníku, na končetinách. Pod kůží se objevovaly bolestivé nádory, které měnily lokalizaci. Při vyšetření však nikdy nebyly patrné. Petr si stěžoval také na bolesti v dolních i horních končetinách, na ubývání svalové hmoty na pažích. Domáhal se opět podrobného vyšetření, vyjadřoval se



velmi hanlivě a rozhněvaně o lékařích, kteří jej v minulosti odmítali. Domníval se, že má vzácné onemocnění, do jehož odhalování se lékařům nechce, protože nemá dost peněz ani patřičných známostí.

V té době jsem začal uvažovat diferenciálně diagnosticky i o faktitivní poruše a hypotéze, že potíže mohou být i odrazem potřeby nalézt vlastní identitu, protože nevědomou prezentací nevědomě předstíraných symptomů se Petr může dostávat do dobře definované role nemocného. A díky vzácné nemoci se dokonce může stát zajímavým a důležitým člověkem s neobvyklým osudem.

Smířil jsem se už se špatnou prognózou a neúspěchem terapie. Domníval jsem se však, že podpůrná terapie při dobrém terapeutickém vztahu může aspoň zmírňovat potíže, a zejména snižovat počet invazivních a potenciálně rizikových vyšetřovacích procedur.

JAN O.

Není mi pomoci

Přichází 37letý pacient, štíhlý, elegantně oblečený, upravený. Své potíže uvádí slovy: „Mé tělo ztratilo schopnost vyměšovat stolici; ačkoliv jsem příjem potravy omezil, tvoří se jí neúměrné množství“. Dále dodává: „Cítím se dlouhodobě životem nenaplněn, život se skládá z trápení a ničeho jiného.“ To trápení popisuje velmi expresivně: „Mám pocit, že se mi derou vnitřnosti konečníkem ven z těla, tak je to silný tlak v pánvi, silná bolest.“ K tomu vysvětluje, že si musí vícekrát denně manuálně vybavovat stolici, nebo používat klystýry, aby tlaku ulevil. To se však podaří jen na krátkou chvíli.

Po pár týdnech absence náhle pacient přišel, mimo domluvený čas. Přinesl, zdálo se mi, že vítězoslavně, velmi stručnou zprávu ze spondylochirurgie. Ve zprávě byla z MRI vyšetření velmi stručně konstatována stenóza páteřního kanálu v segmentu krční páteře. Natolik významná, že byl Petr ihned objednan na operační výkon. Současně bylo naplánováno méně urgentní operační řešení dalšího zúžení i v oblasti lumbální páteře.

Jestli šlo o náhodný nevýznamný nález na MRI a indikace k operaci byla podpořena bizarními příznaky na horních končetinách, nebo byla indikace stanovena jen na základě zobrazovacího vyšetření, se asi už nedovím.

Uvědomil jsem si ale, jak je snadné ztratit pozornost a citlivost k somatickým příznakům a psychologizovat je, zvláště v takto komplikovaném případě. A jak je naopak nesnadné zpochybňovat předporozumění případu a opouštět psychotherapeutické hypotézy.

Pro somatoformní poruchu byl doporučen na naši kliniku. Přichází s nejistotou, s nedůvěrou v jiné než somatické vysvětlení svých trápení.

Při úvodním vyšetření popisuje dětství jako idylické. Měl dobrý vztah s bratrem o rok starším. Zažil liberální výchovu rodičů. Nástup na ZŠ bezproblémový, prospěch výborný.

V deseti letech byl přítomen při úrazu bratra. Poranění jeho nohy, které nebylo nijak dramatické, dokonce nepřímo způsobil. Domnívá se, že od té doby je zvýšeně úzkostný. Obával se nepřiměřeně o zdraví své i svých blízkých. V 15 letech



byl dokonce vyšetřen psychiatrem a byla zahájena terapie antidepresivy. A kolem 16. roku byl léčen pro mentální anorexii.

Rodiče byli hodní, konflikty během dospívání zažíval s oběma a poměrně často, ale až kvůli poruše příjmu potravy.

Vystudoval jazyky. Po VŠ vyučoval jazyky na gymnáziu, na jazykových školách.

Vztahy považuje za „stěžejní oblast“, jak říká, spokojenost ve vztahu považuje za prioritní. Zatím ji ale příliš nezažil. Nejdelší vztah měl rok a půl. Tento i následující krátkodobější vztahy ukončil on sám. Říká, že je heterosexuálně orientovaný. Je však pro něj těžké dosáhnout s dívkou vzrušení. Sex přirovnává spíše k fyzické námaze, bez jiného zážitku, říká: „Je to, jako kdybych skládal uhlí.“

V letech 2015–2016 prodělal depresi, při nejsilnějších epizodách byl hospitalizován, celkem čtyřikrát. Vyzkoušel mnoho druhů antidepresiv, nikdy neměl pocit, že by měla efekt.

Zpátky k jeho základnímu problému: Navštěvoval opakovaně vyšetření gastroenterologů a proktologů. Ti se často lišili v názoru na řešení nálezu, který v oblasti rekta a sigmatu nebyl nijak výrazný ani jednoznačný a rozhodně nevysvětloval pacientovy obtíže. Z našeho pohledu bylo možné uvažovat o nevědomé erotická náklonnosti k příslušníkům stejného pohlaví, tedy o skryté tendenci k homosexuálním vztahům, která je potlačena, nerozpoznána a nepříznána, a působí tedy výrazný intrapsychický konflikt. Také o fixaci v sadisticko-anální fázi, vyjádřené prožíváním agrese a moci prostřednictvím symptomů souvisejících s vyprazdňováním. Nebo o masochistické auto-erotické fascinaci agresivitou směřovanou proti sobě.

S těmito hypotézami Jan absolvoval několik měsíců individuální psychoterapie u nás i bodypsychoterapie. Všechno bez jakéhokoliv vlivu na intenzitu a charakter potíží.

Po roce Jan terapii ukončil. Pokračoval v návštěvách proktologických a chirurgických ambulancí. Nakonec našel chirurga, který indikoval provedení resekčního výkonu. Před plánovanou operací proběhla ještě setkání na naší klinice. Byli jsme přesvědčeni, že chirurgický výkon není řešením a správnější cestou je individuální vysokofrekvenční psychosomatická terapie, ale Jana se nepodařilo od rozhodnutí k chirurgickému výkonu odklonit. Pokusili jsme se kontaktovat i operátora a požádali jsme ho o multidisciplinární spolupráci ve prospěch pacientova zdraví, to však zůstalo bez odezvy.

Jan podstoupil operaci. Naštěstí proběhla bez komplikací.

Po rekonvalescenci jsme se s Janem znovu setkali. Popsal svůj stav těmito slovy:

„Operace měla moje potíže zlepšit, je to úsměvné, ale úplně mě zdevastovali. Při operaci došlo pravděpodobně k přetěti nervů, od té doby trpím ztrátou ejakulace. Nebyl jsem na tohle riziko vůbec upozorněn. Chirurg mi naboural možnost žít plnohodnotný partnerský život. Mám pocit, že bych měl být hospitalizován. Myslím, že by se měla všechna vyšetření opakovat a nevymlouvat se stále na funkční poruchu.“

Potíže prožívá ve stejné míře a intenzitě. Stejně pravidelně, tedy mnohokrát za den musí stolicí vybavovat manuálně. Jí méně, s předpokladem zmírnění potíží. Říká o tom: „Nejíst mě naplňuje takovým zvráceným štěstím; Nejedení je z nutnosti, potřebuju se něčím obšťastnit.“



V současné době uvažuje opět o radikální operaci. Tentokrát amputaci konečnicku s terminální kolostomií, o kterém již s

chirurgy hovořil jako o ultimátním řešení svých potíží.

LENKA I.

Zlobím se potichu

„Potichu“ je titul knihy Jaroslava Rudiše, v níž vystupuje mladá úspěšná diplomatka Hana, rozhodnutá, že v životě chce ještě něco zažít, a proto musí všechno změnit...

Lenka knihu v průběhu stacionáře četla. Název byl pro její příběh výstižný. Děj ji inspiroval.

Lenka je pětadvacetiletá žena, studentka biologie. Dobře navazuje kontakt. Hovoří klidně, dobře formuluje své myšlenky, používá odborné termíny.

První setkání uvádí slovy: „Mám revmatoidní artritidu. Způsobuju si to asi sama, potřebuju pomoci s vnímáním nemoci, vztahů.“

V 16 letech se začala léčit s klouby. Nemohla fungovat. Trvalo asi rok, než se přišlo na to, o jaké jde onemocnění. Asi v 17 letech se začala léčit. Nejprve byly postiženy klouby prstů, kotníky, pak i ramena...

Zabralo až cytostatikum Metotrexat. Posléze absolvovala i biologickou léčbu.

Po roce aplikace jí začalo být z biologické léčby špatně. Přestala jíst maso. Přestala brát léky na dva roky. A potíže se „paradoxně“ zlepšily...

Leze ráda po horolezeckých stěnách. „Dá se to i s bolestí,“ říká. Tento sport je pro ni důležitý.

Podle své vlastní hypotézy onemocněla kvůli tomu, že potřebovala pozornost od

rodičů a od sestry. Maminka i tatínek mají sourozence, ale nemají s nimi dobré vztahy. Důvodem je možná tichá závist, rivalita, soutěžení...

Lenčina sestra je o dva roky starší, bratr o osm let mladší.

Na sestru byla zpočátku fixovaná, vnímala ji jako autoritu. V pubertě převládlo soutěžení, soupeření, kdo je úspěšnější ve škole, kdo si povídá s rodiči a o čem, kdo je lepší a kdo hodnější. V rodině vůbec vládla velmi soutěživá a ambiciózní atmosféra. Uznání si totiž každý získal jen tím nejlepším výsledkem. V čemkoliv. Láska a pozornost rodičů byly v tomto prostředí podmíněny úspěchem. „Pokud nevyhraješ, tak se ani neobtěžuj.“

Rodiče jsou oba stavební inženýři, nároční na sebe i okolí. Lenku nechválili dost. Nebyla nikdy dost dobrá. Nikdo nechtěl slyšet její názor. Nestál za to.

S matkou se Lenka nemohla učit. Přestože je matka učitelkou, neuměla Lence látku podat tak, aby jí porozuměla. Neúspěch při studiu byl ale trestán. Vykonavatelem byla hlavně matka. Břímě výchovy bylo jen na ní. Tatínek je hodný. Nesnažil se o výchovu. Je hodně v práci. Je hodně s přáteli. Matka říká, že ho výchova nezajímá.

Onemocnění Lenky začalo bolestmi prstů. Postupně se zhoršovalo. Rodiče potíže zpočátku vůbec neřešili.



Považovali ji za simulanta. I doktorka potíže bagatelizovala.

Lenka se nejprve snažila říkat, že to bolí a nepřestává... ale pak se uzavřela. Už to tolik „neurgovala“, jak říká. Asi to nikoho tolik nezajímalo. Připadala si sama a nepochopená.

Nejlépe se cítila, když byla o rok později, na podzim, v 17 letech hospitalizována na dětské klinice, a strávila v nemocnici několik dní. Všichni k ní chodili a ptali se, co jí je, jak jí je, jak se má, jestli něco nepotřebuje.

Dominantní, výbušná matka Lenku často ponižovala, její očekávání byla nerealistická. Bylo snadné si představit, že v takové situaci Lenka zažívala pocity vzteku, ponížení a nedostatečnosti. Nikdy nemohla nesouhlasit, jinak by upadla v nemilost a stala se terčem verbálního nebo i fyzického útoku. Rychle se proto naučila poslušnosti, aby získala klid, pozornost a pochvalu. Přijala od matky nejspíše i její narcistické hodnoty, její nadřazenost, její nárok na sebe a na všechny okolo.

Lenčina dětská potřeba lásky a pozornosti zůstala nenaplněna. Není tedy divu, že se v takovém případě objevují agresivní tendence. To však většinou současně mobilizuje silný strach ze ztráty blízké vztahové osoby.

Jak to v takových případech bývá, stala se i Lenka brzo mistrem v potlačení i silných pocitů hněvu a odmítnutí. A naučila se je obrátit dovnitř, proti sobě. Prostřednictvím protilátek i proti tkáním vlastního těla.

Lenku jsme přijali do Pobytového denního stacionáře Psychosomatické kliniky k šestitýdenní intenzivní, integrativní terapii.

Skupina reagovala v prvních dnech komplementárně k Hančinu vztahovému vzorci. Společně hráli situace, které z perspektivy Lenky bylo možné vystihnout slovy: „Potřeby ostatních jsou důležitější než moje.“ To vyvolalo reakci ostatních, Lence důvěrně známou: „Její potřeby nejsou důležité, postaráme se o sebe.“

Lenka v různých situacích při ergoterapii, společném vaření, fyzioterapii i při skupinových terapiích znovuprožívala odmítnutí, nedostatek pozornosti, ponížení, nedůvěru v sebe. Schoulila se na křesle, pod deku, s polštářem pod hlavou, zády ke skupině.

Pojmenovávali jsme takové situace ve skupině, aby tyto pocity Lenku rozhněvaly a aby si uvědomila, kde jsou její hranice respektovány a kde ohrožovány. A následně jsme jí umožnili ochranné sebeprosazení, vyjádření hněvu i uvědomění, že za vyhýbání se mu platí cenu v podobě nepohody a tělesných symptomů.

V terapii zaměřené na tělo, které je věnováno v terapeutickém programu hodně prostoru a která probíhá v různých formách, se Lenka učila vnímat citlivěji signály, které její tělo při různých situacích zprostředkuje. Učila se vnímat své potřeby a nebojovat proti nim, nepotlačovat je, naopak více porozumět různým významům tělesných signálů.

V jednom období se náhle zalekla svého nově objeveného vzteku. Porozuměla tomu tak, že celé dětství musela být ta hodná, která chápe a rozumí, má pochopení a nezlobí se, přijímá. Nyní si mohla dovolit projevit svůj nesouhlas, ale reakce snadno „přestrelí“. Bojí se teď svého hněvu. Uvědomuje si i další situace, vystihující její dřívější nepřiměřené přizpůsobení až sebeobětování, trochu až masochistickou toleranci, například ke všem projevům odmítání a



nelásky jejího přítele... Ten má více kamarádek, jmenují se všechny pro jistotu Lenka. S jednou chodí pravidelně plavat. S jinou Lenkou absolvuje jiné akce. Lenka prožívá znovu silný strach ze ztráty blízké vztahové osoby a osciluje mezi hněvivou vzpourou a přizpůsobením.

Klade si mnoho otázek, které píše i při pravidelných reflexích na závěr dne.

A už není potichu. Dělá stejně jako hrdinka jejího oblíbeného románu hodně

změn ve svém životě. Kontrolní laboratorní vyšetření, na konci stacionáře, neprokázala aktivní zánětlivou fázi onemocnění. A Lenka je nyní bez jakékoliv medikace.

Bolesti byly na přechodnou dobu intenzivnější. Lenka jim ale rozuměla již v širším kontextu změn, ke kterým se rozhodla.

Pokračuje v individuální i rodinné terapii. A vede si v nich nadále stejně dobře.

DISKUSE

Předstíraná (faktitivní) porucha, běžně nazývaná Münchhausenův syndrom, je poměrně vzácná. Dělí se do tří podskupin, a to s převažujícími psychickými příznaky, převažujícími tělesnými příznaky a s příznaky smíšenými. Obtíže provázejí diagnostiku i léčbu. Referovat o takových klinických případech je proto důležité pro sdílení zkušeností. Přesná prevalence choroby není známá. Odhady se pohybují mezi 0,6 % a 3 % případů v ambulantní praxi a mezi 0,02 % a 0,9 % případů přezkoumávaných na specializovaných klinikách (Caselli et al., 2017). Typická je triáda příznaků: 1. Předstírání často velmi dramatických příznaků, 2. patologické lhaní (pseudologia fantastica; náš pacient přinášel často těžko uvěřitelné příběhy přepadení, okradení, dopravních nehod i zanedbání péče a poškozování pacientů ze strany zdravotníků) a 3. cestování z místa na místo (peregrinace). Za možný nevědomý motiv těchto pacientů se považuje jejich potřeba stát se středem pozornosti, potřeba léků nebo nedůvěra a zaujatost vůči lékařům a zdravotnickému personálu (Hagen et al., 2017; Huffman, Stern, 2003). Jejich ošetřovatelé totiž rychle zažívají frustraci, jsou zatíženi náročnými

interpersonálními styly takových pacientů, podvody a manipulacemi, ke kterým využívají svoji dobrou orientaci v diagnostických postupech (Yates, Feldman, 2016).

Diferenciálně diagnosticky je třeba uvážit především somatoformní poruchu, konverzní poruchu, simulaci. První dvě jsme zvažovali i u našeho pacienta. S diagnózou somatoformní poruchy byl vlastně k nám doporučen. Simulace oproti faktitivní poruše směřuje k dosažení nějakých zisků z nemoci, nebo dokonce nějakých konkrétních cílů, třeba invalidního důchodu. Simulující pacienti se obvykle vyhýbají bolestivým způsobům vyšetření nebo operačním zákrokům. Avšak i Münchhausenův syndrom může být velmi zneschopňující až invalidizující. Předstírání závažných příznaků spojené s ochotou pacientů absolvovat i velmi náročné a invazivní vyšetřovací postupy a následně operační zákroky, může vést k vážnému a nevratnému poškození.

Prognóza u pacientů s Münchhausenovým syndromem je špatná; flexibilní a kreativní přístupy, které zdůrazňují konzistentní péči s pravidelnými



ambulantními kontrolami mají největší úspěch. Za důležité se především považuje vytvořit prostor pro interdisciplinární spolupráci.

Druhý případ je neméně komplikovaný. Psychoanalytická hypotéza vede k úvahám o vytěsněných homosexuálních sklonech působících intrapsychický konflikt, jehož ultimátním, ale velmi radikálním řešením by bylo odstranění konečníku. Také úporné obsedantní myšlenky týkající se ohrožení vlastního zdraví, konkrétně třeba z malignity v oblasti tlustého střeva a konečníku, mohou vést ke kompulzivnímu manuálnímu vyprazdňování a „čistění“ konečníku. V literatuře je popsán případ 47leté ženy s obsedantně kompulzivní poruchou, která ze strachu z maligního onemocnění manuálně vybavovala stolicí z rekta i pětikrát denně, což vedlo nakonec k jeho prolapsu (Henry et al., 2006).

V preterapeutické fázi a po celou dobu léčby je důležité, stejně jako v prvním případě, zajistit pravidelnou péči, mezioborovou spolupráci a snažit se, pokud možno, zabránit neindikovaným mutilujícím chirurgickým výkonům.

Poslední případ demonstruje známou zkušenost, že psychické faktory mohou

ovlivnit spouštění nebo průběh revmatoidní artritidy (Lindberg et al., 1996). Zkoumá se korelace různých osobnostních charakteristik pacientů a ve studiích týkajících se revmatických onemocnění byly často pozorovány typické rysy osobnosti: silnější agresivní sklony, agresivita cílená častěji k sobě než k cílům, kterým patří, silné sebeovládání, sebeobětování ve formě až „sebetrestání“, nadměrná svědomitost, snášení a trpění vlastního osudu (Oberai, Kirwan, 1988; Piergiacomi et al., 1989). Také se často objevuje touha po pohybu, zvýšená potřeba fyzické aktivity, která odbourává v těle nahromaděnou agresivní energii. Nedaří se to ale vždycky. Pak se zvyšuje klidové svalové napětí kolem kloubu, které po čase vede k jeho drobným poškozením. Tato kloubní poranění a následné reparativní pochody vedou k tvorbě proteinů, které jsou imunitním systémem identifikovány jako cizí a vyvolají autoimunitní, autoagresivní reakci.

Pro všechny tyto skutečnosti je nepochybné, že pacienti budou lépe profitovat z komplexní psychosomatické terapie, jak ostatně dokumentuje i případ naší pacientky.

Do redakce přišlo 8.12.2018

Do tisku zařazeno 15.12.2018

Konflikt zájmů není znám.

Literatura

3. Caselli I., Poloni N., Ielmini M., Diurni M., Callegari C. (2017): Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 10, 387-394.
4. Hagen M., Faust B., Kunzelmann N., Tektas O.Y., Kornhuber J., et al. (2017): Changing focus of symptoms: A rare case report of Munchhausen's syndrome. *Ment. Illn.* 9, 59-61.
5. Henry J. B., Drummond L. M., Kolb P. (2006): Obsessive-compulsive disorder and rectal prolapse. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 18, 797-798.



6. Huffman J. C., Stern T. A. (2003): The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *Gen. Hosp. Psych.* 25, 358-363.
7. Lindberg N. E., Lindberg E., Theorell T., Larsson G. (1996): Psychotherapy in rheumatoid arthritis - A parallel-process study of psychic state and course of rheumatic disease. *Z. Rheumatol.* 55, 28-39.
8. Oberai B., Kirwan J. R. (1988): PSYCHOLOGICAL-FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATOID-ARTHRITIS. *Ann. Rheum. Dis.* 47, 969-971.
9. Piergiacomi G., Blasetti P., Berti C., Ercolani M., Cervini C. (1989): PERSONALITY PATTERN IN RHEUMATOID-ARTHRITIS AND FIBROMYALGIC SYNDROME - PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION. *Z. Rheumatol.* 48, 288-293.
10. Yates G. P., Feldman M. D. (2016): Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen. Hosp. Psych.* 41, 20-28.



TEORIE



DANIELA STACKEOVÁ, ADAM TERYNGEL: MUSKULÁRNÍ DYSMORFIE – DIAGNÓZA DNEŠNÍCH DOSPÍVAJÍCÍCH MUŽŮ?

SOUHRN: DANIELA STACKEOVÁ, ADAM TERYNGEL: MUSKULÁRNÍ DYSMORFIE – DIAGNÓZA DNEŠNÍCH DOSPÍVAJÍCÍCH MUŽŮ? PSYCHOSOM 2018; 16(4), s. 197- 205

Předložená stať popisuje muskulární dysmorfii jako diagnózu, jejíž výskyt je na vzestupu díky stále větší oblíbenosti cvičení ve fitness centrech. Těžké formy této poruchy mohou podobně, jako je tomu u psychogenních poruch příjmu potravy, znamenat riziko dlouhodobého poškození zdraví či až ohrožení života. Pro pochopení příčin muskulární dysmorfie je nezbytné pochopení problematiky tělesného sebepojetí a teorie „drive for muscularity“. Muskulární dysmorfie jako taková má znaky obsedantně-kompulzivní poruchy spojené s dodržováním cvičebních a dietních postupů, jež jsou prezentovány jako nezbytné pro dosažení „svalnatého“ ideálu mužského těla. Jedinci trpící touto poruchou vykazují znaky narušeného vnímání těla podobně jako jedinci trpící některou z poruch příjmu potravy. Pro dosažení ideálu tělesného vzhledu volí velmi často pro zdraví rizikové postupy, především užívání různých farmak včetně anabolických steroidů, bez reflexe rizik s těmito postupy spojených. S muskulární dysmorfii se nejčastěji setkáváme u dospívajících mužů a z psychologického hlediska je možné projevy této poruchy jako krizový vývoj procesu dospívání chápat, interpretovat i terapeuticky k nim takto přistupovat.

Klíčová slova: svalová dysmorfie, touha po svalnatosti, tělesné sebepojetí, fitness



SUMMARY: STACKEOVÁ D., TERYNGEL A.: ABSTRACT MUSCLE DYSMORPHIA – DIAGNOSIS OF THE CONTEMPORARY ADOLESCENT MEN? PSYCHOSOM 2018; 16(4), PP. 197- 205

The following text presents muscle dysmorphia as a diagnosis linked to the increased general popularity of fitness centers. Severe forms of this disorder might, similarly to eating disorders, cause long-term health issues or be potentially life-threatening. To understand the cause of muscle dysmorphia, we need to first understand the complexity of body image and drive for muscularity. Muscle dysmorphia shows symptoms similar to obsessive compulsive disorder which manifest in the form of excessive exercise and dieting regimes. These regimes are perceived as a necessity to achieve the ‘muscular ideal’ of the male body. Individuals suffering from muscle dysmorphia also show symptoms of distorted body image, similar to individuals who suffer from eating disorders. To achieve their desired physiques, they often resort to health-threatening behaviors such as using anabolic steroids and other pharmaceuticals, while disregarding the risks associated with such behaviors. Muscle dysmorphia is most common in adolescent men; psychology views its symptoms as a sign of a critical process of adolescence and they should be understood, interpreted, and therapeutically approached as such.

Key words: muscle dysmorphia, drive for muscularity, body image, fitness

ÚVOD

Muskulární dysmorfie je „mladou“ diagnózou, poprvé byla popsána v roce 1997 jako forma tělesného dysmorfobického syndromu. Její výskyt je přímo spojen se stoupající oblibou cvičení ve fitness centrech, jež vychází z kulturistiky jako specifické sportovní soutěžní disciplíny.

Cvičení ve fitness centrech se stává v posledních letech čím dál populárnějším způsobem, jak trávit volný čas, někteří autoři dokonce tvrdí, že z posiloven se stalo nové místo k socializování, popisují je jako novodobou sociální instituci, sloužící k řadě účelů, od setkávání s kamarády po hledání potencionálního partnera. Jelikož cvičit chodí stále širší spektrum lidí, mění se i motivace pro vykonávání této aktivity. Čím dál tím více je cvičení pomyslně odtrženo od původního sportovního

záměru a stále více se zaměřuje na atraktivitu těla. Abstrahuje se od kondice a zdraví a cílem cvičení je specifický tělesný vzhled, jenž je však podobně jako vzhled modelek těžko přirozenou a zdravou cestou dosažitelný a dlouhodobě udržitelný. Postupy, jež jsou k dosažení takového vzhledu používány, obsahují mnoho prvků rizikových pro zdraví, především jde o rizikové dietní postupy či užívání farmak určených pro nárůst svalové hmoty či redukci tělesného tuku. Svět fitness je těsně spjatý s komercí, marketingem a také se soutěžními disciplínami fitness a kulturistiky. Společně pak veřejnosti představují ideál tělesného vzhledu, který je pro většinu populace nedosažitelný. Nespokojenost (sama se sebou) je silný marketingový nástroj, který je ve fitness průmyslu o to prominentnější. Tuto skutečnost zhoršuje i fakt, že tato patologická nespokojenost



nost a touha po nedosažitelném je v podstatě veřejně podporována, jelikož na první pohled není touha po lépe (dle standardů západní kultury) vypadajícím těle nic špatného.

Z psychologického hlediska chápeme tedy ve vztahu ke cvičení ve fitness centrech jako rizikové to, že ve výše popsané podobě může významně podporovat patologii v oblasti tělesného sebepojetí.

Nespokojenost se vzhledem vlastního těla je z psychologického hlediska spojována s nízkým sebevědomím (self-esteem), sociální úzkostí, depresí a sexuální dysfunkcí (Fialová, Krch, 2012). Americká psychiatrická asociace (American Psychiatric Association) ve své publikaci Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013) uvádí, že narušené vnímání těla jako patologický jev v oblasti tělesného sebepojetí je primárním diagnostickým znakem anorexie nervosa, bulimia nervosa a dysmorfofobie (body dysmorphic disorder).

Probst (in Krch, 1999) sjednocuje názory ostatních odborníků zabývajících se mentální anorexií a popisuje následující příznaky narušeného vnímání těla či narušenou „body experience“ – tyto příznaky jsou typické i pro muskulární dysmorfii:

- nerealistické hodnocení velikosti a proporcí vlastního těla;
- diskrepance mezi tím, co jedinec vidí, a tím, co cítí a prožívá;
- diskrepance mezi tím, jak hodnotí tělo ostatních a tělo vlastní;

- pacient s mentální anorexií dokáže realisticky hodnotit tělesné proporce někoho jiného, na rozdíl od svých vlastních;
- užívání norem a standardů velikosti těla nebo vytváření svých (moje stehna se nesmí dotýkat, když stojím - tzv. thigh gap);
- fixace na imaginární defekt vlastního těla nebo jeho určitou část;
- nerealistické představy o důsledcích přijímání potravy, diet a cvičení na vzhled těla;
- vyhýbání se odhalování vlastního těla nebo jeho částí;
- vyhýbání se konfrontace s tělem nebo tělesností; pocit diskomfortu při pohledu na cizí těla;
- (ná)sledování nerealistického ideálu;
- extrémně negativní přístup k vlastnímu tělu a vzhledu jako celku;
- forma depersonalizace: tělo je vnímání jako cizí, pasivní a necitlivý objekt.

Pro poruchu označovanou jako dysmorfofobie (body dysmorphic disorder, body dysmorphia) je typické, že jedinec trpí utkvělou představou, že jedna nebo více tělesných částí je nedostačující (příliš malá, velká, nevzhledná...), zatímco jeho okolí tyto části považuje za normální. Jejich obsese má chronický průběh a může se postupně promítat do běžného života. Jedinec se svou vnímanou abnormalitou spojuje různé potíže a problémy, což se může projevit na jeho celkové osobní spokojenosti a může přerůst až v psychotický blud.

DRIVE FOR MUSCULARITY



Ačkoli pro muže není změna vzhledu tak velkým motivačním faktorem ke cvičení jako pro ženy, je stále více mužů, kteří se uchylují ke cvičení za účelem změny vzhledu (Grogan, 2006). U žen se setkáváme častěji s touhou po štíhlé postavě („drive for thinness“) a zaměřením obzvláště na „problémové partie“ (hýždě, stehna, boky) s cílem dosáhnout určitého ideálu krásy, obecně stanoveným západní kulturou. Výzkum Popea et al. (1999) se zaměřil na hračky ztvárnující oblíbené mužské hrdiny a zjistil, že stejně jako se během posledních desetiletí změnil vzhled panenky Barbie (užší pas, větší poprsí), změnil se i vzhled figurek pro chlapce, zvláště v oblasti velikosti, svalnatosti a vyrýsovanosti paží, hrudníku a stehen. Může se zdát, že vzhled dětských hraček nemůže hrát velkou roli při tvorbě sociokulturních ideálů, nicméně je to právě dětský věk, kdy nejvíce vzhlížíme ke svým hrdinům a snažíme se s nimi ztotožnit, což vede internalizaci daných ideálů. Není pak divu, že se velká část populace snaží dosáhnout zmiňovaných cílů, ať už proto, aby zvýšila úroveň atraktivitu a dosáhla tak zalíbení u druhých, nebo proto, aby dosáhla spokojenosti sama se sebou. Muži mají větší sklony k „drive for muscularity“, jelikož typickým maskulinním atributem

je právě svalnatost a s ní spojený typický tělesný tvar a vzhled.

Spojení „drive for muscularity“ se do češtiny nepřekládá a v naší odborné literatuře mu zatím bylo věnováno velmi málo prostoru. Jeden z možných překladů je „touha po svalnatosti“. Schlegl (2015) ve své disertační práci na základě teoretických podkladů předložil definici pojmu takto: *„Jedná se o psychologický rys, který je součástí body image a celkového sebepojetí. Vyjadřuje nespokojenost se vzhledem těla nebo jeho částí a jeho základním znakem je potřeba být svalnatější (mít hypertrofovanější svalstvo). Ve své patologické podobě se označuje jako bigorexie resp. svalová dysmorfie.“*

Od osmdesátých let minulého století také vidíme silný nárůst marketability (nástroj prodeje) mužského těla, což může, stejně jako u žen, vyvolat pocity méněcennosti, srovnávání svého těla s ostatními a snahu dosáhnout určitého ideálu, kterým je v západní civilizaci štíhlé svalnaté tělo s nízkou mírou podkožního tuku. Nejčastější oblastí, se kterou muži bývají nespokojení, jsou střed těla, hrudník, ramena a paže, obzvláště pak dvouhlavý sval pažní (Grogan, 2008).

MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY „DRIVE FOR MUSCULARITY“

K diagnostice „drive for muscularity“ jsou nejčastěji používány dotazníky, jako například Drive for Muscularity Scale (McCreary, 2000). Tento dotazník obsahuje 15 položek a je určen mužům. Muži vybírají hodnoty na škále od 1 do 6

(1 – vždy, 2 – velmi často, 3 – často, 4 – občas, 5 – zřídka, 6 – nikdy). Čím nižšího skóre je dosaženo, tím vyšší je riziko vzniku muskulární dysmorfie u daného jedince.



Tab. 1: Drive for Muscularity Scale (McCreary, 2000) [český překlad]	
Položka	Hodnota
Přeji si být víc svalnatý.	
Posiluji, abych nabral svalovou hmotu.	
Používám proteinové nebo energetické doplňky stravy.	
Piji proteinové nebo sacharidové (gainer) nápoje.	
Snažím se denně přijmout co nejvíce kalorií.	
Cítím se provinile, pokud promeškám trénink.	
Myslím, že bych měl lepší sebevědomí, pokud bych byl více svalnatý.	
Ostatní si myslí, že cvičím příliš často.	
Myslím, že bych vypadal lépe, kdybych přibral 10 liber (cca 4,5 kg) svalové hmoty.	
Uvažuji o užívání anabolických steroidů.	
Myslím, že bych se cítil silnější, pokud bych přibral trochu svalové hmoty.	
Myslím, že můj tréninkový plán narušuje ostatní aspekty mého života.	
Myslím, že mé paže jsou málo svalnaté.	
Myslím, že můj hrudník je málo svalnatý.	
Myslím, že mé nohy jsou málo svalnaté.	

Drive for muscularity sám o sobě není patologickým jevem, obzvláště pro muže je přirozené chtít vypadat větší a silnější. Může ale přerůst v patologickou podobu, i když stanovení hranice mezi normálním

a patologickým chováním není snadné. Tu nejextrémnější formu patologického drive for muscularity označujeme jako svalovou dysmorfii.

SVALOVÁ DYSMORFIE (MUSCLE DYSMORPHIA)



Svalová dysmorfie, někdy také označována jako Adonisův komplex nebo bigorexie, je poddruhem dysmorfofobie (body dysmorphic disorder). Vyznačuje se patologickou nespokojeností s tvarem, velikostí a svalnatostí vlastního těla. Patologická posedlost celkovou svalnatostí a vyrýsovaností svalů je relativně nově pozorovaný fenomén postihující převážně muže. Poprvé se v literatuře objevila v roce 1993, kdy Pope, Katz a Hudson popsali stav skupiny kulturistů, který nazvali „obrácená anorexie“ (reverse anorexia nervosa). Tento název použili, jelikož sledování jedinci vykazovali podobné znaky jako jedinci s poruchami příjmu potravy. Nebyli schopni objektivně posoudit vzhled svého těla, jeho atraktivitu a proporce. O svalové dysmorfii by se dalo hovořit mimo jiné jako o narušeném vnímání vlastního těla, které se projevuje silnou diskrepancí mezi vnímaným tělem a vytvořeným ideálem (Mosley, 2008).

Citlivým obdobím pro vznik této poruchy je období dospívání se všemi změnami, ke kterým v něm dochází, jak z pohledu osobnosti dospívajícího, tak v kontextu změn, ke kterým dochází v rodinném systému.

Jedinci trpící svalovou dysmorfii se snaží dosáhnout co nejsvalnatějšího těla, ale nedosahují ze svého těla uspokojení. Neustále ho vnímají jako nedostatečně osvalené, málo objemné či disproporční. Charakteristické chování doprovázející tento stav zahrnuje dlouhé hodiny strávené v posilovně a nutkavé dodržování s tím spojených výživových postupů.

Pope et al. (1997) definovali diagnostická kritéria pro svalovou dysmorfii takto:

1. Jedinec trpí obsedantními myšlenkami a představami o tom, že jeho tělo není dostatečně svalnaté či štíhlé. To je doprovázeno obse-

dantním dodržováním cvičebního a výživového plánu, který je často koncipován iracionálně a vynaložené úsilí neodpovídá energii a času vynaloženým na dosažení cíle.

2. Tyto myšlenky a představy způsobují klinicky závažné narušení společenských, pracovních či jiných důležitých sfér života jedince, u kterého jsou přítomna minimálně dvě z následujících čtyř kritérií:

- A. Jedinec často vynechává důležité společenské, pracovní nebo volnočasové aktivity kvůli pocitu nutkavé potřeby dodržet cvičební nebo dietní plán.

- B. Jedinec se vyhýbá situacím, ve kterých je jeho tělo odhaleno okolí, nebo takovéto situace snáší se silnou úzkostí.

- C. Pocit nedostatečného objemu (velikosti) těla nebo jeho svalnatosti způsobuje klinicky závažné omezení či narušení společenských, pracovních nebo jiných oblastí života jedince.

- D. Jedinec pokračuje v posilování, dodržování diety nebo zneužívání výkon zvyšujících látek i přes vědomí možných psychických a somatických poškození.

3. Primární zaměření této posedlosti a chování tkví v představě, že je jedinec příliš objemově malý či nemá dostatečnou muskulaturu. Na rozdíl od představy, že je příliš tlustý (jako u anorexia nervosa), a od zaměření na jiné aspekty tělesného vzhledu (jako u jiných dysmorfofobních poruch).

Z výše uvedených znaků je patrné, že na rozdíl od jiných dysmorfofobních poruch je u svalové dysmorfie signifikantní rozdíl v tom, že se nespokojenost nelimituje pouze na jednotlivé části těla, ale na celkové tělesné sebehodnocení, což se projevuje patologickými rysy chování



(Pope, 1997). Pope et al. také provedli výzkum (2005), který porovnával muže trpící dysmorfofobií a muže vykazující znaky svalové dysmorfie (n=63). U mužů se svalovou dysmorfii shledal prominentnější psychopatologické jevy, jako jsou myšlenky na sebevraždu, a vyšší tendenci k užívání podpůrných látek, jako jsou např. anabolické steroidy. Právě to vede často k těm nejzávažnějším poškozením zdraví u jedinců trpících muskulární dysmorfii. Užívají tato i jiná farmaka dlouhodobě ve velkých dávkách, bez reflexe přítomnosti jejich vedlejších účinků. Jsou známy i smrtelné případy v důsledku poškození jater, srdce či dalších orgánů.

Nonahal et al. (2013) ve své studii zkoumal skupinu 240 kulturistů. Mimo jiné došel k poznatku, že mezi symptomy svalové dysmorfie a perfekcionismem je významná korelace. Dokonce tvrdí, že perfekcionismus by mohl být důležitým predikujícím faktorem pro řadu symptomů svalové dysmorfie. Perfekcionisté mají větší tendenci uchýlovat se k extrémnímu, či dokonce zdraví poškozujícímu chování, aby dosáhli svých cílů. Proto se u mužů se sklony k perfekcionismu, kteří touží po svalnatější postavě, mohou vyskytovat rysy svalové dysmorfie (např. tendence přetěžovat se při tréninku či užívat anabolické steroidy). To vše poukazuje na to, že perfekcionismus hraje důležitou roli v symptomech svalové dysmorfie. Nonahal ve výsledcích své studie zmiňuje i důležitost regulace emocí jedinců trpících svalovou dysmorfii. Obtíže s ovládním vlastních emocí by mohly být přidruženým symptomem svalové dysmorfie. Výsledky ukazují, že se jedinci ve snaze ovládat své emoce uchylují k extrémnímu chování (excesivní posilování, záchvatové přejídání nebo purgativní chování). Lidé

trpící svalovou dysmorfii obvykle trpí pocity deprese a úzkosti týkající se vzhledu svého těla. Tyto pocity jsou velmi intenzivní a mohou narušit každodenní fungování, nebo dokonce stát v cestě dosažení jejich cílů. Jinými slovy, ve snaze ovládnout intenzitu a trvání negativních emocí se jedinec uchyluje k extrémnímu cvičení či přejídání, které poskytují krátkodobou úlevu, ale z dlouhodobého hlediska poruchu jen prohlubují a zhoršují. Tyto výsledky ukazují, že jedinci se svalovou dysmorfii mají obtíže zvládat své emoce.

Problém nastává u rozpoznání patologického chování. Jedinci trpící svalovou dysmorfii jsou převážně muži navštěvující posilovny či fitness centra, dodržující ve většině případů zdravou stravu. Takovéto chování veřejnost obecně shledává pozitivním. Na rozdíl od anorexie, kde tělesný vzhled signalizuje přítomnost poruchy, není (nemusí být) nadměrná svalnatost pro odborníka varovným signálem.

Touze po nabírání svalové hmoty podřizuje daný jedinec postupně všechny aspekty svého života. Jeho chování má nutkavý charakter. To bývá zpravidla i z pohledu finančního velmi zatěžující – nákup doplňků stravy, potravin, členství v posilovně apod. Dalším významným zdravotním rizikem je přetížení při tréninku a dlouhodobé přetrénování. Jedinci si s velkým očekáváním nastavují velké cíle, což se poté promítá v neúměrně vysokých tréninkových dávkách, příliš vysoké intenzitě cvičení a cvičení navzdory zranění, což může dlouhodobě vést k přetrénování. Narušené vnímání těla souvisí s neschopností vnímat reálně stavy a potřeby těla, včetně vnímání únavy, což popsané riziko ještě umocňuje.



MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY MUSKULÁRNÍ DYSMORFIE

V americkém prostředí, kde je problematice muskulární dysmorfie věnována pozornost již delší dobu, byly vyvinuty i některé dotazníkové metody, nejznámější jsou následující.

Muscle Dysmorphic Inventory

Lanz et al. (2004) vyvinul dotazník skládající se z 21 položek Likertovy škály. Je založen na šestifaktorovém psycho-behaviorálním modelu, který zkoumá psychologické a behaviorální charakterové rysy u jedinců se svalovou dysmorfii. Je rozdělen na dvě základní části, které se pak dělí na další subkategorie. První částí je výživa, která se dále rozčleňuje na tři části: užívání léků-farmak, užívání suplementů a stravovací návyky. Druhá část je zaměřena na tělesný vzhled a je rozdělena na obavy o vzhled, závislost na cvičení a obavy o proporce/rozměry těla, kde jedinci vypovídají o obsedantním chování týkajícím se jejich body image.

Muscle Appearance Satisfaction Scale

Tzv. MASS se zaměřuje na symptomy svalové dysmorfie týkající se vzhledu a velikosti svalů. Byla vyvinuta Mayville

et al. v roce 2002. Skrze devatenáct otázek se snaží analyzovat kognitivní, prožitkové a behaviorální projevy svalové dysmorfie.

Muscle Dysmorphic Disorder Scale

Hildebrant et al. (2004) navrhl dotazník, kde pomocí pětibodové Likertovy škály odpovídá celkem na třináct otázek, které jsou zaměřeny především na frekvenci intenzitu cvičení a na touhu nabírat svalovou hmotu.

Důležité je však podotknout, že pokud hodnotíme vzhled těla z profesionálního pohledu kulturistiky, zde je tělo bráno jako prostředek výkonu, jeho vzhled je cílem veškerého úsilí a pozornost věnovaná vzhledu těla je pro tuto sportovní disciplínu přirozená. Nelze tedy výše popsaná fakta vztahovat k výkonnostním sportovcům. Na druhou stranu se nabízí otázka, jaká je jejich motivace k výběru tohoto sportu. Pravděpodobně bude souviset s jejich tělesným sebepojetím, nicméně sebe-realizace uplatněním v této sportovní disciplíně s sebou nutně nemusí nést znaky patologie, jakou nacházíme především u kondičně cvičících.

ZÁVĚR

Ač se může muskulární dysmorfie na první pohled jevit jako jakési „přehnané cvičení“, těžší formy této poruchy mohou vést až ke stavům ohrožujícím život. Pro efektivní terapii považujeme za nezbytné pochopit příčiny této poruchy, související

s procesy, jimiž prochází osobnost v období dospívání, a jsou ve vztahu s tělesným sebepojetím, jež má pro naši identitu a pro celkové sebepojetí velký význam, není jen jakousi přehnanou reakcí vnímavého jedince na mediální



informace a reklamu. Téma muskulární dysmorfie má mnoho společného s tématem poruch příjmu potravy. Vnímáme jako žádoucí pro praxi, aby lékaři i psychologové měli o této poruše dostatek informací. Lze totiž předpokládat, že její výskyt v populaci je vysoký, a vzhledem k stále rostoucí popularitě cvičení ve fitness centrech i obecně dalších aktivit zdůrazňujících ideál svalnaté mužské postavy nelze

v nejbližší době očekávat pokles její aktuálnosti, spíše naopak. Naše odborná snaha směřuje v tuto chvíli na vytvoření screeningových metod, resp. jejich převedení z amerického prostředí, kde jich existuje několik, do prostředí českého tak, aby mohly sloužit jak pro zmapování výskytu této poruchy v populaci, tak pro individuální diagnostiku v rámci klinické praxe.

Do redakce přišlo 4.11.2018

Po recenzi zařazeno do tisku 15.12.2018

Konflikt zájmů není znám.

Seznam bibliografických citací

4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. vydání, Virginia, USA, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8
5. FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2160-9
6. GROGAN, Sarah. *Body Image and Health - Contemporary Perspectives*. *Journal of Health and Psychology*, 2006, roč. 11, č. 4, str. 523-530. ISSN 2044-8287
7. GROGAN, Sarah. *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. New York: Taylor and Francis, 2008. ISBN 978-0-415-35821-7
8. HILDEBRANT, Tom et al. Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, roč. 2004, č. 1, str. 169-181. ISSN 1873-6807
9. KRCH, František D. et al. *Poruchy příjmu potravy – vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7
10. LANTZ, Christopher D. et al. Development of the Muscle Dysmorphia Inventory. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 2004, roč. 44, č. 4., str. 428-435. ISSN 0022-4707
11. McCREARY, Don a Doris K. SASSE. An Exploration of the Drive for Muscularity in Adolescent Boys and Girls. *Journal of American College Health*, 2000, roč. 48, č. 6. str. 297-304. ISSN 0744-8481
12. MOSLEY, Philip E. *Bigorexia: Bodybuilding and Muscle Dysmorphia*. [online, 2008]. [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.6216&rep=rep1&type=pdf>
13. NONAHAL, Saman et al. *The Role of the Media, Perfectionism, and Difficultion in Emotion Regulation in Prediction of Muscle Dysmorphia Symptoms* [online]. [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: http://jpcp.uswr.ac.ir/files/site1/user_files_261192/samannonahal-A-10-145-1-285c9a8.pdf
14. POPE, Harrison G. et al. Evolving Ideals of Male Body Image as Seen Through Action Toys. *International Journal of Eating Disorders*, 1999, roč. 26, č.1, str. 65-72. ISSN 0276-3478
15. POPE, Harrison G. et al. Muscle Dysmorphia - An Unrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 1997, č. 38. str. 548-557. ISSN 1545-7206



16. POPE, Harrison G. et al. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2005, roč. 2, č. 4., str. 395-400. ISSN 1873-6807
17. SCHLEGL, Petr. *Tělesné sebepojetí a vyhledávání intenzivních prožitků u návštěvníků fitness centra*. Disertační práce. Fakulta tělesné výchovy a sportu, Univerzita Karlova v Praze, 2015



TÉMA: GENDER



JAN PONĚŠICKÝ: PSYCHODYNAMIKA ŽENSKÉ A MUŽSKÉ GENDEROVÉ IDENTITY

SOUHRN: PONĚŠICKÝ J.: PSYCHODYNAMIKA ŽENSKÉ A MUŽSKÉ GENDEROVÉ IDENTITY. PSYCHOSOM 2018; 16(4) S. 206- 214

Autor se ve svém článku zabývá rozdílností žen a mužů, a to jak z hlediska jejich prožívání (z pohledu zevnitř), tak i z hlediska popisu jejich vztahové dynamiky a chování. Snaží se překonat současnou dichotomii mezi formováním osobnosti kulturně-politickými vlivy a genuinním vývojem od narození, kterému se podrobně věnuje. Kromě vrozených faktorů, týkajících se odlišné genetiky, hormonální produkce a výstavby i fyziologie mozku, se zabývá rozdílnými ranými interakcemi dětí obou pohlaví s matkou a otcem a jejich interiorizacemi. Dospívá postupně k rozdílnostem týkajícím se na jedné straně vývoje i hloubky ženské a mužské identity a na druhé straně vývoje vztahů a s nimi spojenými úzkostmi i jejich kompenzacemi.

KLÍČOVÁ SLOVA: gender, rozdíly mužů a žen, vývoj sexuální identity, interakce dítěte s matkou a otcem

SUMMARY: THE PSYCHODYNAMICS OF FEMALE AND MALE GENDER IDENTITY. PSYCHOSOM 2018; 16(4) PP. 206- 214



In this article, the author examines the differences between women's and men's experiences (from an internal point of view), as well as from the point of view of relationship dynamics and behavior.

The author attempts to overcome the current dichotomy regarding personality development as influenced by cultural-political factors and genuine development from birth on, which will be looked at in detail. Besides congenital factors relating to varying genetic make-ups, hormonal production and the physiological construction of the brain, the author also looks at the impact of the different interactions that children have with their mothers and fathers from an early age, and their internalization thereof. Differences gradually emerge between, on one hand, the development and depth of male and female identities, and on the other, the development of relationships and their accompanying anxieties and compensations.

KEY WORDS: gender roles, differences between women's and men's experiences, congenital factors and social interactions

Téma uvedené v záhlaví lze ještě dále rozčlenit na genderovou identitu v užším, individuálním slova smyslu, jež odpovídá našemu ženskému či mužskému sebecítění, sebepojetí a sebeobrazu, a na naši genderovou roli, jež vzniká zvnitřněním dosavadních interakcí a vztahů k jedincům opačného, ale i stejného pohlaví. Přitom nejde jen o vliv tělesné pohlavnosti a geneticky založené jádrové ženské či mužské subjektivity na jedné straně a o kulturně sociální vlivy a tradiční rozdělení rolí na straně druhé, nýbrž o jejich vzájemnou interakci, během níž se vytváří určitá genderová identita. Naproti tomu vede dichotomie výše zmíněných pojetí jen k tomu, že vznikají dva tábory: na jedné straně zastánci biologicky podmíněné specifčnosti obou pohlaví a na druhé straně zastánci pojetí, že je ženskost i mužskost určována výhradně mocenským uspořádáním, tradicí a kulturou, což zrcadlí i naše řeč, již se děti od narození učí. Jádrovou pohlavní osobnostní identitu popírá i představa, že si každý jedinec vytváří svobodně a nezávisle svoji vlastní identitu. To do značné míry koresponduje se současnou postmoderní představou o rovnoprávnosti všech

názorů, a tudíž i vlastních osobnostních konstruktů, s možností naprosté svobody až libovůle i např. v tom, co se týče hledání pravdy. Ženskost i mužskost jsou dle toho jen subjektivní výtvořiny či sociologické kategorie, se kterými souvisí biologie našeho těla okrajově. Za touto jednostranností se dle mého názoru skrývá obava z jakéhokoli omezení svobody – zde našimi odlišnými biopsychologickými danostmi – jež by se rovnala narcistické újmě našemu sebevědomí. Zrcadlí se v tom i touha mít vše, to mužské i ženské, resp. mít možnost výběru. Nedávno jsem četl v jednom časopise, že si jakási mladá zastánkyně této ideologie ve Francii nechala odoperovat prsy i operativně pozměnit pohlaví tak, aby mohla prožít oboupohlavnost. Psychologicky je toto pojetí i obranou proti vzájemným konfliktům, závisi, a hlavně strachu jednoho pohlaví z druhého argumentací, že jsou obě stejná, člověk je tím, co ze sebe udělá, nikdo nemůže druhému cokoli vyčítat, ničím druhého ohrožovat či utlačovat, a případné nevýhody jsou podmíněny pouze společensko-politickými poměry.



V Česku je zastáncem tohoto názorového směru profesor Vybíral, jenž považuje koncept rozdílnosti mužské a ženské osobnosti za předsudek nepatřící do vědecké psychologie. Komické je, že argumentuje zcela nevědecky, laicky (snad mi tento výraz odpustí), že „Karla je v něčem podobnější Karlovi nežli své kolegyni Janě“ (Vybíral, 2005), a nezabývá se oním spojovacím článkem mezi pohlavností a sociálním prostředím, totiž genderovými rozdílnými interakcemi žen a mužů mezi sebou a jejich rozdílnými internalizacemi, které tvoří základní stavební kameny budoucího charakteru, což samozřejmě patří do psychologie. Je pravdou, že se těmito rozdílnými meziosobními intergenderovými zkušenostmi a jejich integrací do výsledné osobnosti zabývá poměrně málo autorů. Fakt, že se Vybíral – i v diskusi na stránkách psychoterapeutického časopisu *Psychoterapie* – nenamáhal vyvracet jeden protiargument za druhým, svědčí spíše o tom, že on sám je obětí předsudku o neexistenci psychologických rozdílů mezi ženami a muži, což apriorně obhajuje.

Tento dojem vzniká zčásti tím, že se žena i muž přirozeně považují za individuální osobnosti a jejich genderová identita se jim zdá tak samozřejmá, že o ní není nutno přemýšlet. Rozdíly vyniknou pouze z pohledu zvenčí, a obdobně ze statistických šetření ohledně vlastností, hodnot, způsobů chování, životních orientací apod. Svoji genderovou identitu člověk většinou pocítí až při její hrozící či skutečné ztrátě. Dále je třeba zdůraznit, že psychická sebereprezentace a identita jsou výsledkem i mimogenderových zkušeností. Důležitou roli hrají ostatní genetické rozdíly, osobnostní temperament a vlohy, vrozené schopnosti a již zmíněné rodinné a kulturní tradice. Jde o (epigenetické) prostoupení osobnostních i kulturních významů během výchovy.

Všechny s tím spojené individuální emoce – agrese, závist, resentment, vina, stud, úzkost, strach, žárlivost, hnus, radost a láska, pocit životního naplnění – jsou však přesto více či méně zabarveny ženskou či mužskou zkušeností.

K tomuto tématu se vyjadřuje Nancy J. Chodorow ve své knize o pohlaví a kultuře následovně:

„Psychoanalýza popisuje, jak si lidé přivlastňují kulturní významovosti a obrazy, jejich prožívání se děje skrze jejich emoce, fantazie a meziosobní zkušenosti. Emoční význam, afektivní zabarvení a nevědomé fantazie vycházejí z naší vnitřní psychiky a nejsou předávány řečí, čímž ožívují a diferencují kulturní kategorie“ (Chodorow, 2001, str. 69).

Významní psychoanalytici (Lacan a Lorenzer) i psychologové (Fonergy, 2005), jakož i teorie mentalizace, vycházejí z toho, že v mysli druhého nalézáme sami sebe, což platí zvláště v průběhu vytváření vlastní subjektivity v prvních letech života. Dítě cítí postoj a očekávání rodičů a identifikuje se s nimi i s obrazem, který si rodiče o něm dělají a jenž by měl být v souladu s jeho afektivní reaktivitou, s jeho osobností. Skrze tento nejranější způsob učení do sebe dítě nasává i mužskost či ženskost svých rodičů. K tomu opět píše Nancy Chodorow (Chodorow, 2001, str. 118): „V tomto kontextu je vytváření ženské a mužské identity stálou výzvou k integraci našeho já, osobnostní identity, tělesného sebevnímání, sexuálních fantazií a přání, fantazií o rodičích, kulturních tradic a konfliktů týkajících se intimity, závislosti a nezávislosti, prosazování se a seberealizace.“

Jde tedy o pohlavně zabarvené pocity a fantazie, jež se spojují s ostatními aspekty self a kulturními významy. Je možno si spíše naopak představit, že psychický



pohlavní vývoj, vedoucí ke genderové identitě, spoluvytváří určité sociální normy a role, jež zpětně ovlivňují psychiku, a dokonce i tělesné procesy, např. prožívání menstruace a vlastního těla v závislosti na kulturním ideálu té které společnosti. Tak např. vypadají velmi odlišně těla řeckých a indických božstev. Přes vliv kultury má člověk schopnost znovu a znovu vytvářet osobní význam svých zážitků, své sebe-vědomí. Existence kulturně-politické nerovnosti nevysvětluje tu obrovskou šíři prožívání vlastní pohlavní identity. Ta šíře ovšem neznamená libovůli, nýbrž souvisí se specifickými, subjektivně odlišnými situacemi, kterým jsou chlapci a dívky vystaveny v interakci s oběma pohlavími. Jde mi o to, jak vysvětlit výrazné statistické odchylky v tvorbě rozličné genderové identity nejen přejímáním současných sociálních rolí.

Je mi jasné, že univerzalizmus neznamená esencialismus, tj. že nelze usuzovat ze statistického psychologického výzkumu na to, co je genuinně ženské a mužské. Snažím se pouze doložit, že se prožívání homo- i heterosexuálních interakcí mezi sebou liší a zanechává během vývoje po sobě stopy, a že naše tělesné já a vědomí o pohlavní identitě ze strany subjektu i ze strany rodičů, resp. okolí, má vliv na utváření naší osobní identity. Kladu důraz na její interpersonální tvorbu, přičemž jde o zvnitřňování identifikací a interakcí na vědomé i nevědomé, reálné i fantazijní rovině. Dokonce i známý francouzský postmoderní autor Lipovetsky ve své knize „Třetí žena“ charakterizuje moderní ženu na jedné straně její neurčitostí a neurčeností s možností volby své role a na druhé straně uvádí, že je mužskost charakterizována svou instrumentální orientací a ženskost expresivní funkcí; láska je částí ženské identity, stejně je to i s náročností na

vztah. „Pohlaví hraje roli v existenční orientaci, vnímání i zvolených cestách a nadějích“ (Lipovetsky, 2007, str. 258). Přitom existuje samozřejmě mnoho individuálních možností, jak reagovat na ony důležité a specificky odlišné situace pro dívky a pro chlapce, čímž se vytváří mnoho variant ženské a mužské identity. „Všechno nasvědčuje tomu, a práce s rodinami to potvrzuje, že směr cesty je u syna i dcery týž, ale způsob, jakým po ní postupují, a kvalita prožitků se během cesty liší podle toho, zda jí prochází chlapec nebo dívka právě pro jejich odlišné předpoklady a zkušenosti vyplývající z jedinečnosti jejich pohlaví. Jestliže se k matce přibližuje syn, jde o vztah heterosexuální, kdežto vztah dcery s matkou má charakter homosexuální. Při sblížování s otcem je tomu u obou dětí naopak“ (Chvála a Trapková, 2004, str. 112). Dále oba autoři zdůrazňují i odlišný charakter separačních procesů.

Já nikterak nepopírám, že různé vlivy a identifikace mohou působit i na tvorbu osobnosti v opačném směru. Někdy jde o odmítání původní genderové role ve formě aktivního popírání, což se může dít i na tělesné rovině např. extrémním hubnutím dívek, které tím ztrácejí své sekundární pohlavní znaky, či o praktikování opačné role. Může jít i o hledání svého já, o žití své lidskosti bez ohledu na pohlaví. Bohužel vyvolávají tyto způsoby sebe prezentace, resp. vědomé utváření vlastní identity, korektivní reakce, jak vidno v psychoterapeutické praxi. Tak např. pacientky, které se „mužsky“ prosazují, se najednou stanou v partnerství ještě závislejšími na projevy lásky a zájmu svého partnera. Tím, že nepřipustily a nežily svoji ženskou stránku, jim chybí příslušné zkušenosti a dovednosti ve styku s muži. A tak má jejich asertivní energické chování vlastně muži impo-



novat a vázat jej na ni ze strachu z opuštění. Ve slabých chvílích si přiznají, že jim silný muž, o kterého by se mohly opřít, chybí. Jindy je prozradí tělo, jež vyjadřuje potlačená přání, např. po oddání se, ve formě závratí a mdlob. To vše nevyklučuje důležitost ženského způsobu se prosadit, přílišné přizpůsobení vede ke ztrátě sebeúcty a k depresím. Problém vězí v tom, že silná obava ze ztráty pozitivního vztahu vede k obtížnému připouštění agresivity. Tyto zkušenosti nevyvrací běžné pozorování např. při mých procházkách Prahou, když slyším, že dívky mluví stejně vulgárně jako chlapi. Myslím si však, a doufám, že jde o pouhé povrchní přizpůsobení současnému trendu být cool, aniž by tím byly zasaženy hlubší emoční vrstvy osobnosti, např. přání po romantické lásce – vždyť se o tom stále zpívá, píše, hraje v divadle i ve filmu.

Toto téma bychom mohli uchopit i z jiného konce: Proč se vzpírat naší kulturou a tradicí pěstovanému rytířství k ženám, láskyplným napínavým hrám, napětí a tajemnosti, dobývání, a naopak lákání kombinovanému s následnou zdrženlivostí?

Moji učení kolegové by mohli namítat, že se vzdalují vědecké psychologii. Avšak nejde vědě o člověku o to co nejpřesněji a neadekvátněji popsat naši psychiku, i za cenu toho, že ji vystihne lépe metafora, obraz, fantazie či umělecký výtvar?

Nežli se budu věnovat psychologickému vzniku ženské a mužské identity, shrnu obecné faktory, kterými je možno rozdílný genderový vývoj doložit.

Zprv jde o genetické rozdíly. Ovšem genová exprese a tím působení genetické informace závisí i na vlivu prostředí, zde je možné ovlivnění všemi směry. Dlouhodobě je však naše genetická výbava ovlivněna tisíciletou historií. S

tím souvisí i otázka existence archetypálních rozdílů, tak jak popsal jejich vliv – v našem případě animy a anima – C. G. Jung. Nechci se odvolávat na hypotézy, takže zde nebudu taktéž diskutovat domněnky evoluční psychologie, že mají na mužskou identitu vliv zkušenosti úspěšné či neúspěšné rivality ohledně získání žen, boj, lov a výroba nástrojů, a naopak že ženu formují zkušenosti ohledně schopnosti vázat na sebe a na rodinu vybraného muže, starost o výchovu dětí a o sociální soudržnost rodiny.

Dále jde o rozdílnosti ve stavbě a funkci mozku. Tak např. bohatší propojení obou hemisfér u žen má za následek celostnější, digitální i analogické, citové i rozumové, cirkulární zpracování informací.

Odlišný sebeobran, a tím i budoucí sebepojetí, vzniká i rozdílným vnímáním vlastního těla, jeho povrchu a tvaru, jakož i vnitřku, vnitřních impulzů a citových hnutí, hybnosti, mimiky a gestikulace. Porucha tělesného schématu, např. u anorexie, úzce souvisí s poruchou ženské genderové identity u postižených dívek.

Hormonální odlišnost se např. projevuje větší svalovou silou i agresivitou mužů, nejvíce pak výskytem sekundárních pohlavních znaků s příslušnými změnami ve formě a funkci těla s odlišnou citlivostí a reaktivitou určitých tělesných zón na specifické podněty.

Integrativním konstitutivním faktorem je interakce subjektivně prožívané tělesnosti včetně s tím spojených fantazií s těly a osobnostmi matky, otce, sourozenců a vrstevníků a z toho pramenící vznikající sebeprezentace self. Tato psychosomatická rovina vplývá do psychologické úrovně, kde jde o psychické prožívání podobnosti a rozdílnosti žen a mužů, identifikaci a



nápodobu, o další prožívání vlastní pohlavnosti se zvnitřněnými výslednými zkušenostmi vzájemného emocionálního reagování na sebe, to vše ovlivněno fantaziemi a stále se měnícími významovostmi.

V následujícím textu se budu zabývat zvláště těmito psychologicky význa-

mnými konstantami, týkajícími se rozdílnosti ženského a mužského prožívání a z toho plynoucího zpracování informací, meziosobními zkušenostmi a následným formováním osobnostní genderové identity. Budu se věnovat té nejčastější eventualitě, osobnostnímu vývoji v rodině s přítomnou matkou i otcem.

CO JE PSYCHOLOGICKY VÝZNAMNÉ A ZÁROVEŇ VYPLÝVÁ Z VÝŠE JMENOVANÝCH FAKTŮ U ŽEN?

Od narození existuje tělesně i psychicky slabší ohraničení vůči okolí. Dcera je totiž stejného pohlaví jako její první vztahová osoba (matka), a tím je jí i podobnější, nežli je tomu u syna. A tato se i naopak s dcerou více identifikuje. Vzájemné vcítění je jednodušší. Tato vzájemná spřízněnost ztěžuje separaci a individuaci dítěte – ty jsou totiž spojeny se sebezprosazováním, protestem až agresí, tudíž i vinou z narušení onoho těsného vztahu s matkou. Na druhé straně vede tato neohraničenost ke strachu z překročení svých vlastních hranic okolím, tudíž k větší opatrnosti, posléze k nutnosti své slabé stránky včetně intimity skrývat a k naučení se rozmanitým způsobům, jak ovlivňovat svým chováním okolí. Tyto spíše skryté strategie jsou vynuceny i menší fyzickou silou a agresivitou ve srovnání s muži.

Jistá neohraničenost a strach z penetrace, potažmo ze zranění, souvisí i s navenek otevřeným genitálem. Objevení štěrbin ve vlastním pohlavním ústrojí okolo prvního roku života vyvolává fantazie vchodu do vlastního těla, tušení vnitřního prostoru v sobě. Vnitřní prostor v pozdějším psychologickém významu znamená i možnost vnitřního zpracování zážitků bez okamžitého protireagování, jakož i přístup k vlastnímu nevědomí. Již zde se vytváří identita, ve které je spojen

zevní svět s vnitřkem, což podporuje introspekci a citové reagování, vcítění do sebe i do druhých. Tím více je pocítována disharmonie, tím citelnější je přání po (původní) harmonii a vyhnutí se konfliktům.

Stejnopohlavnost poskytuje příležitost k vzájemnému srovnávání, a tudíž i k závisti děvčátka na atraktivitu a ženské tvary, schopnosti a přednosti matky, a naopak matka musí krotit svoji žárlivost na krásu a mládí své dcery, což jí neujde. Ta v důsledku toho skrývá i svoje vznikající sexuální impulzy, což znovu přispívá k převážně ženské zdrženlivosti. Tyto impulzy se zprvu projevují jako přání mít děťátko, dívka tuší a později ví o této možnosti, jež je však i nabíledni v důsledku identifikace s vlastní matkou, jejíž je dcerou. I tento fakt a s tím spojené představy a fantazie utvářejí budoucí sebepojetí, jež může mít jednou spíše pozitivní a radostný nádech z budoucího vlastnění děťátka a nynějšího hraní si s ním ve formě panenky, anebo může převážít spojení s úzkostnými fantaziemi pohlavního aktu a porodu. Víceméně u obou pohlaví se může vyskytnout následující hrozivá fantazie: když mocná matka dává život, může ho i vzít.

Typické zážitky vznikají i během interakcí s otcem či sourozenci. „Biologicky



podmíněnou přirozeností děvčátek je touha přijímat, pojmout něco do sebe; dívka tuší nebo ví, že její pohlavní orgány jsou pro otcův penis příliš malé, a proto reaguje na svá vlastní genitální přání úzkostí; bojí se toho, že kdyby se její přání vyplnila, zničilo by to ji samotnou nebo její genitálie“ (Horney, 2004, str. 139). Ta však kromě této vydanosti objeví i svou schopnost vládnout pohlavním vzrušením mužů, což má opět jak svou úzkostnou, tak i narcisticky a sexuálně uspokojivou stránku. Výsledný povahový rys, který se může projevat ve formě svůdného chování a péče o vlastní krásu, může být i kompenzací zjištění, že děvčeti ve srovnání s chlapci něco chybí (penis), jakož i sníženého sebevědomí v důsledku výše zmíněné obtížné cesty k separaci od matky, k nezávislosti a seberealizaci. Zde je nesmírně důležitá reakce otce i matky, jež významně přispívá k vytváření genderové role, což se znovu opakuje v pubertě v době zvýšené hormonální činnosti a vytváření sekundárních pohlavních znaků. Najednou se podstatně změní sebecitění i reakce okolí (ale i matky a otce) na mladou dívku, což může vyvolávat jak intenzivní znejistění, tak i hrdost na přeměnu v dospívající ženu. Variabilita dalšího vývoje je otevřená: tak např. Ronald Briton (2006) pozoroval v této době problematický vývoj vztahu k matce, vedoucí k idealizaci otce, což může vést jak k identifikaci s ním, tak i ke komplementární roli jeho partnerky, která se o něj stará, či mu dokonce slouží. Zde je významná pozitivní či negativní zkušenost a reakce okolí na prvou menstruaci: „Skrze menstruaci se organizuje zralejší ženský sebecit dívky, ona je jádrem nového tělesného obrazu – sebeobrazu, který do sebe integruje akceptanci vlastního těla jako ženského, sexuálně aktivního a potenciálně rodičího“ (Tyson & Tyson,

2001). Na druhé straně může být prožívána menstruace traumaticky, resp. úzkostně – vždyť na rozdíl od vyměšovacíh funkcí nepodléhá sfinkterové kontrole, dívka je jí pasivně vydána.

V zamilování, kdy se rýsuje stále reálnější možnost sexuálního styku, se aktivují jak vzrušující, tak i úzkostné fantazie penetrace a bolesti.

Domnívám se, že tyto ambivalence, životní křížovatky, nejistoty ve vztahu k mužům a jejich kompenzace, touha po harmonii i protest, emocionalita a její zakrývání, vydanost i vědomí moci, mnohotvárnost, a tím i jistá nevypočitatelnost jsou součástí ženského genderu. V partnerství se pak dovytváří a konsoliduje genderová role, ke které přispívá znovuobjevené přání mít dítě a fantazie porodu a kojení. Mateřství pak často vede k identifikaci a smíření s vlastní matkou.

Celý tento vývoj je spoluurčován i jazykem, do kterého se ženskost a mužskost promítá.

„Jak se pozná ženský jazykový modus v jazyce rodiny? Hranice mezi zamlčovaným a vyslovovaným není zcela zřetelná. Ženská součást člověka disponuje dorozumíváním s druhými, a především s dětmi, na preverbální úrovni. Projev nese známky prožívání a jeho zdroje... Ženský jazykový modus souzní s rytmy biologickými... a ztělesňuje ho ženská náruč, kolébání a krmení... Žena spíše vyčkává, nerada vyslovuje nezralé myšlenky... proto, že ještě necítí jejich váhu a platnost pro vnější svět. Formuluje je až tehdy, když cítí, že je čas. To se pak může vyjadřovat s velkou určitostí, naléhavostí, často s výrazným emočním doprovodem“ (Trapková a Chvála, 2004, str. 69-70).



A NYNÍ KE GENDEROVÉ IDENTITĚ MUŽE

Muži mají ztíženou cestu k vlastní genderové identitě v důsledku původní identifikace s matkou. Zde záleží na pozdější možnosti chlapce identifikovat se s otcem; desidentifikace s matkou skrze vytěsnění není nikdy definitivní, a proto stále hrozí „nakažení“ ženským prvkem. Muž bude muset stále dokazovat svoji mužnost, k čemuž mu pomáhá objevení vlastního penisu, zvláště pak ve srovnání s jeho chyběním u dívek. Na druhé straně vyvolává tento tělesný „přívěsek“ úzkost z možnosti jeho ztráty (kastrace). Ta je zesílena i zkušeností neovládání jeho velikosti, jako by jím vládl někdo jiný – opět žena – a tím větší je radost i hrdost na čurání vstoje. Podobně se to má i s mužskou fantazií pronikání, „začínající od různých vjemů z pohlavních orgánů na bázi organické potřeby, instinktivního vnímání a vrozené touhy“ (Horney, 2004, str. 137), kdy jde opět i o strach z neznámé vaginy a též o pocit vlastní chlapčeské pohlavní nedostačivosti. „Chlapci cítí nebo instinktivně odhadují, že jejich penis je pro matčiny genitálie příliš malý, a reagují hrůzou z vlastní nedostatečnosti, bojí se odmítnutí a posměchu. Takzvaná kastrační úzkost mužů je ve skutečnosti strachem ze zranění jejich mužskosti, a to více devalvací ze strany žen nežli „kastrací“ ze strany otce, resp. rivalů. (Ženy mají sice též strach o své ženství, v popředí je však strach ze ztráty vztahu, lásky. Toho se muži tolik neobávají, neboť se jejich původní i „oidipální“ vztah spojuje s jednou a tou samou osobou, s matkou, a je tudíž samozřejmý.) „Výsledkem je, že se chlapcovo falické nutkání pronikat spojuje s jeho zlostí způsobenou frustrací, a toto nutkání pak dostává sadistický nádech“ (Horney, 2004, str. 139). Následuje opětná kompenzace přesunutím libida na falus (falický narcismus), přeceňováním

vlastnění penisu a zdůrazňováním vlastního mužství. Muži se chrání i tím, že skutečnou, ohrožující ženu přemění ve svém prožívání buď v méněcenný, slabý či závislý objekt, či ve fungující spoluživitelku rodiny, diskusní partnerku, matku svých dětí, anebo ve vílu či princeznu, taktéž zbavenou nebezpečného (živočišného) ženství. Přitom nejde jen o strach a zášť, nýbrž i o obdiv a závist, že žena může jenom „být“, kdežto on musí neustále dokazovat svoji mužnost, něco „dělat“, o něco usilovat.

K mužskému sebevědomí podstatně přispívá konstruktivní rivalizování s otcem, měření sil vystřídané společnou „mužskou“ činností, zážitky hojení drobných šrámů i slavení dětských vítězství. Chlapec si přeje zároveň citlivého i mužného otce (a dívka taktéž).

Vzpomínám na jednoho svého pacienta s masochistickou problematikou, který prožíval nutnost prosazení se v životě i ve vztazích, zvláště k ženám, jako namáhavý úděl a nejraději se zavíral ve svém bytě, oddávaje se sadisticko-masochistickým fantaziím. Jeho otec, bývalý spolupracovník tajné policie NDR, se s ním ani v dětství, ani v pubertě nepopral (v přeneseném slova smyslu), takže syn nezažil opravdovou chuť bojovat, radost z prosazení se, vítězství apod. Analýza ukázala, že od dětství trpěl neurčitým pocitem, že v jeho životě něco či někdo chybí – tím chybějícím byl otec, jehož místo, resp. funkci obsadily ony sadomasochistické fantazie.

Všechny dosavadní vývojové fáze se znovu aktivují v pubertě i adolescenci a v reálné podobě během zamilování i při intimním styku: jde např. o svěření vlastního penisu, tj. i mužskosti, do rukou ženy, včetně zážitku, že po intimním styku je jeho úd ochablý, což dává



vzniknout fantaziím o mocné ženě, jež má vládu nad jeho mužností. Způsob vyřešení těchto typických problémů – a nikoli určitý výsledek ve formě vlastností – lze považovat za podstatu mužské genderové identity. Jde o mužské sebevědomí, strach z jeho zpochybnění, včetně způsobů úspěšné či spíše křečovitě kompenzace, v příznivějším případě o uznání svých slabých i silných stránek. Jde tudíž spíše o zpracování těchto životních témat, vyplývajících z interakčních zkušeností ze styku s matkou (ženami) a otcem (muži, včetně vrstevníků), což vede k osvojení určité mužské genderové role. I ta se neustále přetváří během života, např. s příchodem otcovství, kdy bývá pro muže těžší než pro ženu ustoupit ve prospěch příští generace. Zároveň se v manželství upevňuje (nebo naopak oslabuje) jeho genderová identita v důsledku nutnosti uhájit svou roli manžela i otce s nemožností jednoduše se vyhnout příslušným konfrontacím.

K tomu opět cituji pasáž o vlivu jazyka z knihy Trapkové a Chvály (2004, str. 68–69): „Mužský modus jazyka kultivovala zkušenost s překonáváním překážek, se zápasem, a je předností mužství, že není příliš včítivé. Bralo by mu to odvalu a sílu k boji v zevním světě... vede děti rozhodně k cíli, k otužování a zvyšování

odolnosti... Oproti akceptujícímu (směrem dovnitř) ženskému modu je mužský modus vyžadující (směrem ven).“

Lze tyto úvahy aplikovat na sociálně-politickou situaci? Muži se snaží uhájit svou mužskost vojenskou, politickou a ekonomickou převahou, často i násilím. Nestarají se o svou „Achillovu patu“, týkající se neintegrovane ženskosti. Zaostávají v tomto ohledu ve své emancipaci za ženami, které jejich mužský prvek žijí a stále úspěšněji mužům konkurují. (Tak vládnou Německu po nedávné volbě tři ženy: kancléřka a obě předsedkyně vládnoucích stran.) Ženy určují genderový diskurs, mají stále větší vliv na rozhodování soudů ohledně mužského chování k nim, studium genderové problematiky mužů se děje jen okrajově. Ženy mají možnost rozhodovat o potomstvu i o tom, jak a kdy může dojít k pohlavnímu styku. Mužský protest má až křečovitě tragikomický nádech, jak lze pozorovat u Donalda Trumpa, který však intuitivně našel voličstvo ve zklamaných a ponížených bílých mužích. Jde o dějinný proces, o „nové vydání“ matriarchátu? Co se to s námi muži děje? (Vždyť si dokonce právě ženy přály mít v Německu silného budoucího mužského kancléře.)

Text je původně zamýšlen jako součást připravované knihy Proces změny v dynamické psychoterapii pro nakladatelství Triton.

Do redakce přišel 4.11.2018

Po bouřlivé diskusi zařazen v původní podobě až 25.12.2018

Konflikt zájmů není znám

Literatura

1. Blanck, R., Blanck, G.: Ehe und seelische Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta, 1992
2. Britton, R.: V: Dammasch, F., Metzger, H-G.: Die Bedeutung des Vaters. Frankfurt/M.,



3. Brandes & Apsel, 2006
4. Chodorow, N.-J.: Die Macht der Gefühle. Subjekt und Bedeutung in Psychoanalyse, Geschlecht und Kultur. Stuttgart, Kohlhammer, 2001
5. Horney, K.: Ženská psychologie. Praha, Triton, 2004
6. Lipovetsky, G.: Třetí žena. Praha, Prostor, 2007
7. Poněšický, J.: Fenomén ženství a mužství. Praha, Triton, 2004
8. Poněšický, J.: Agrese, násilí a psychologie moci. Praha, Triton, 2005
9. Poněšický, J.: Člověk a jeho postavení ve světě. Praha, Triton, 2006
10. Trapková, L., Chvála, V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha, Portál, 2004
11. Tyson P., Tyson, R.-L.: Lehrbuch psychoanalytischer Entwicklungspsychologie. Stuttgart, Kohlhammer 2001
12. Vybíral, Z.: Polarita a vzájemné obohacování. Vyšlo na CD-ROM vloženém do sborníku : Psychologické dny 2004 – svět žen a svět mužů. Olomouc, Universita Palackého, 2005



EVA LABUSOVÁ: (NE)RODIČ



Zamyšlení nad seminářem k dokumentu Jany Počtové a nad stavem současné (ne)rodiny

Film (Ne)rodič jsem shlédla na nedávném Dni rodinné terapie, za moderování celé akce terapeutů Vladislavem Chválou a Ludmilou Trapkovou a ve společnosti několika desítek kolegů a kolegyň. I oni, podobně jako já, tráví své pracovní dny nasloucháním příběhům současných (ne)rodin. Všichni se dle svých sil a schopností snažíme rozplétat lidské osudy a pomáhat porozumět bolestným symptomům, jimž soužití v nejbližších vztazích dává vzniknout. Právě kvůli těmto symptomům většina klientů rodinné poradenství či terapii vyhledává.

Bontonfilm představuje dokument následovně: *...Kolik podob může mít dnešní rodina? Jakou rodinu chceme? A chceme ji vůbec? Dokumentaristka Jana Počtová natočila intimní sondu do rodičovství a partnerství dneška. Film (Ne)rodič ukazuje šest různých příběhů, šest názorů na rodičovství a s nimi šest různých forem rodin. Někdo z nich se pro*

své pojetí rodiny rozhodl, někdo k ní postupně došel, pro někoho nebyla jiná volba a někomu to prostě nevyšlo. Někdo by to možná udělal jinak, jiný si stojí za svým, někdo je šťastný a jiný zas frustrovaný. Všichni ale svým příběhem zastupují řadu jiných příběhů a rodin, které jsou těm jejich podobné. „Proč se mi rozpadla rodina?“, „Seženu otce ke svému dítěti?“, „Zvládneme to v patchwork rodině?“, „Proč mít vůbec děti?“, „Nechtěla jsem si pořizovat dítě bez otce, tak jsem se radši rozhodla pro adopci.“, „Jsme ženy a právě spolu čekáme třetí dítě.“ (Ne)rodič není o známých lidech nebo známé cause, je „pouze“ o nás...

Všichni protagonisté filmu mi byli sympatičtí svou otevřeností a všem – včetně autorky samé – jsem věřila to, co před kamerou říkali i dělali. Držím palce jejich životům, byť nad mnohými zobrazenými skutečnostmi mi veselo nebylo.



Když se moderátoři zeptali publika, jakou z uvedených (ne)rodin by si kdo z nás diváků při nutnosti volby vybral pro sebe v dětském věku, nedokázala jsem při vzpomínce na okolnosti, v jakých jsem ve skutečnosti vyrostla, zvednout ruku ani pro jednu variantu.

Ve filmovém představování různých současných rodinných uskupení Janě Počtové chyběla rodina – jak ji nazvat – obyčejná, tradiční, normální? Prostě rodina jako vícegenerační soužití pokrevně nebo ze zákona (svatbou či adopcí) propojených příbuzných: jedna máma, jeden táta, nějaký počet dětí a širší rodina kolem nich. Proč žádnou takovou režisérka nezařadila, netuším. Možná vysvětlení skýtá název filmu? Na poznámku jedné kolegyně, že jí „normální“ rodina ve filmu chyběla, jiná (mimořádně známá a hojně publikující) kolegyně psychoterapeutka odpověděla, že taková by nejspíš nikoho nezaujala. Ano, i terapeutická obec je v názoru na definici a žádoucí podobu rodiny rozdělena, podobně jako celá společnost. Někteří psychoterapeuti se taktéž vyslovují pro „osobní svobodu“ a „sebeurčení“ v každé fázi života jedince, zatímco jiní připomínají nezrušitelnou odpovědnost dospělých za vývoj dětí, které přivedeme na svět.

Snad byla slova o nepřitažlivosti života normálních rodin myšlena v žertu, nevím. Nicméně potvrdilo to, jak to v současné společnosti s poukazováním na nedocentitelný význam fungující rodiny vypadá. Jak ji mnozí veřejně považují za přežitek nebo ji zlehčují a zesměšňují a svými postoji i životy to nezřídky demonstrují. Počet dětí narozených v nesezdaných vztazích překročil počet těch narozených v manželstvích. Média jsou plná popisů vztahových propletenců, debatuje se o právech homosexuálů na manželství a rodičovství, o potřebách žen najít co nejdříve po rodičovské dovolené

adekvátní práci, a dostat tudíž ze zákona možnost umístit, pokud možno, už dvouleté dítě do mateřské školy a o mnohém dalším. O potřebách dětí se mlčí. Přesněji – i o nich jsme připraveni diskutovat, ale protože mnoho dospělých je dnes na dětské úrovni vývoje a soustředí se hlavně na sebe samé, v praxi jdou potřeby dětí nezřídky stranou. Slyším argument, že děti jsou flexibilní. Ve výchovných pokusech-omylech svých rodičů přežijí téměř vše. Platívají však za případné vyrůstání v nevydařeném, nešťastném nebo přespříliš experimentálním rodičovství vysokou cenu.

Skutečnost, že manželství je tu proto, aby vytvářelo podmínky pro dozrání naší dospělosti, nebo že rodina má být prostředím, které umožní rozvíjet a reprodukovat plný potenciál dítěte (samozřejmě, polemizovat lze i o tom, co znamená být dospělým člověkem a co znamená stát se sám sebou) se z povědomí široké veřejnosti vytrácí. S párovými vztahy i s rodičovstvím se dnes mnozí vysilujícím způsobem potýkají, trpí, bývají zoufalí. Nebo s nimi naopak nezávazně žonglují, a to s ryze konzumním přístupem. Dokud mne to baví, dobrý. Až mne to bavit přestane, půjdu dál. Nepřehlédnutelně čelíme epidemii nevyzrálých párových vztahů, které se rozpadají při první překážce a někdy až bizarním způsobem. Přibývá lidí zklamaných a zraněných vlastní vztahovou historií, rezignovaných, vyčítajících, upínajících se k snům, které však bez zásadní vnitřní proměny a nového pohledu na realitu nelze uskutečnit.

Vybavuje se mi příběh otce dvou ještě docela malých dětí. Šel si jednou sám zaplavat a u bazénu se zahleděl do mladé krasavice, tak ji pozval na víno. Během několika týdnů oznámil své dosud kojící manželce, že je ze vztahu s ní a z dětí frustrován, proto odchází za milenkou. Nebo příběh ženy, která šla navzdory



nesouhlasu svého dlouholetého partnera, s nímž žila v harmonickém vztahu, na potrat s jejich prvním dítětem s tím, že o svém těle chce rozhodovat sama a že sorry, bohužel právě až ve chvíli, kdy otěhotněla, pochopila, že vlastně dítě ani tohoto svého stávajícího přítele v životě nechce... Většina z nás zná nejspíš podobné příběhy ze svého okolí.

Někteří odborníci hovoří v této souvislosti o epidemii „syndromu předškoláka“. Odpovědná dospělost ve společnosti chybí, a naopak se rozmáhá dospělácká nezralost typická pro předškolní věk: impulzivita, neovládaný hněv, neschopnost odložit rychlé uspokojení, neschopnost spolupráce, absence empatie, odzbrojující sebestřednost. Většinou je ignorován pohled na rodinu jako na prostředí vytvářející podmínky pro všestrannou reprodukci zralého lidství, kde dospělí dostávají příležitost k růstu v nesobecké lásce a nezištné spolupráci a děti možnost bezpečného vývoje včetně zvládnutí fáze přechodu z přirozeného dětského narcismu ke schopnosti základní odpovědnosti a sebereflexe. Tento druh rodiny byl vždy vzácností. V současnosti však bojuje s vymřením. A přesto, navzdory všem debatám o svobodě jednotlivce, o genderové stejnosti nebo o přizpůsobivosti dětí všem typům péče, zůstává možná právě „obyčejná“ rodina optimálním prostředím, kde se nejen rodí nový život, ale také se pokládají základní kognitivní i behaviorální schémata jedince pro etiku a vztahovou prosperitu.

Vím, odpůrci rodiny toto výčtem svých důkazů nebo příkladem vlastních životů rádi popírají. Ideologické střety planou a chaosu v přihlížejících přibývá. Zůstává na každém, ať si najde odpovědi na otázky: Čeho se chytit? Čemu věřit? Co dělat, když zjistím, že sice toužím, ale z nějakého důvodu neumím, nedokážu?

Dostáváme se k vůbec nejdůležitější otázce, a to nakolik jsme v přístupu k nahlížení na rodinu skutečně svobodní a oprávněni její význam, včetně smyslu existence manželství, svévolně chápat a utvářet, a nakolik je naopak žádoucí jen objevovat a přijmout, co obě instituce ve své archetypální, hlubinné (nikoliv lidskou manipulací a nevhodným zacházením znetvořené) podobě znamenají.

Připustíme-li druhou možnost, zahlédneme možná rodinu jako onu pověstnou „sociální dělohu“, jako živý organismus fungující podle předem daných pravidel, která nelze měnit, jak je komu libo. Ve vztahovém smyslu jde pak v péči o rodinu analogicky o totéž, oč např. pro organismus lidského těla ve smyslu fyziologickém. Co když platí, že jako se na našem fyzickém zdraví nerespektování jeho přirozených potřeb, škodlivý životní styl či iatrogenní odborné zásahy podepisují neprospíváním, nemocemi i předčasnou smrtí, obdobně se tak děje i našim párovým vztahům a rodinám?

G. Kenneth West ve své knize *Dobrodružství psychického vývoje* (nakladatelství Portál 2002) připomíná: „Paradoxem manželství je, že po mnohaletém zaměřování pozornosti na vývoj vlastního já musí lidé nechat svoji sebestřednost zemřít, aby se mohl zrodit svazek dvou duší. To neznamená obětovat pro vztah všechno a zřít se všech svých osobních cílů. Avšak vztah vyžaduje, aby dvojice společně pracovala na tom, že budou naplněny cíle každého zvláště i ty společné. Jestliže spolupráce selže a jeden nebo oba žijí jako svobodná osoba, pak se z nich stávají 'svobodní ženatí' či 'svobodné vdané'. Bez vůle darovat se pro dobro vztahu nemůže dojít ke spojení dvou vůlí a dvou duší. Obrazně vyjádřeno platí, že jakmile cestovatelé opustí své ostrovy Já a spojí se jako Dvojice, jsou unášeni proudem směrem k



nejkrutější zkoušce, k úžině smrti. Proud dvojici rychle žene tam, kde zpěněné vody zuřivě narážejí na chladné žulové stěny kolem průlivu. V úzkém průchodu se tříbí a posuzuje schopnost každého partnera odpoutat se od výhradního sebezájmu a směřovat k vzájemně pečujícímu vztahu. Pokud pár ve zkoušce obstojí, křehká loďka zamilovanosti se postupně přemění v zámořskou loď se vzdouvajícími se plachtami, schopnou překonat každou záludnost nevyzpytatelného oceánu. Avšak pokud jeden nebo oba příliš lpí na svém Já a nejsou schopni opustit svůj osobní oltář, pak loďka opouští úžinu neproměněna, plavidlo zůstává bez plachet a se slabým kýlem a velké moře je roztrženo na kusy... Při pohledu na vraky, které hyzdí pobřeží oceánu, mnozí z této zkázy obviňují manželství. Pravdou ovšem je, že mořeplavci v sobě nenašli a neobětovali dost na to, aby vytvořili životaschopný vzájemný vztah. A příroda prostě jen umožnila, aby čas a živly zničily, co bylo příliš chabé, než aby to přetrvalo...“

Čímž jistě nemá být řečeno, že máme setrávat v manželstvích nebo partnerstvích, která jsou neobnovitelně vyčpělá, nebezpečná, zničující. I taková existují, a odchod z nich jen potvrzuje, že nám funguje pud sebezáchovy a ohled na děti. Takových manželství s neslučitelnými povahovými rysy, extrémními duševními poruchami, závislostmi, násilím atd. však zdaleka není tolik, kolik je dnes rozchodů a rozvodů, vyplývajících především z dětinských, nezralých rozhodnutí, z nepevných hodnotových postojů svých protagonistů a z jejich neschopnosti budovat trvalý uspokojivý vztah.

Jakmile se do párového vztahu narodí děti, vše se komplikuje. Lidská bytost je v počátcích svého života totálně závislá na prostředí, do něhož přichází. Klíčová je atmosféra vztahu rodičů, jejich emoční kompetence, jejich schopnost brát ohledy

na vývojově neodkladné, časově podmíněné potřeby dítěte, nebo naopak rodičovská nevyzrálость a upřednostňování potřeb vlastních. Kromě toho je rodičovský vztah nezrušitelný. Trvá, i když se ti dva nenávidějí, rozvádějí, když dítěti ubližují, ba dokonce i když zemřou.

Snažím se tímto vším připomenout, že život „obyčejných rodin“ nemusí být nuda. Naopak. Poznáme-li a přijmeme jeho skutečné výzvy, bývá to – jak i výše uvedené podobenství zámořské plavby naznačuje – strhující dobrodružství, které však nepřináší šťastný konec těm, kteří buď vstoupí do loďky s nevhodným partnerem (ač jde mnohé odhadnout předem, pravé kvality obou mořeplavců se ukáží až v úžině smrti), nebo sami nejsou připraveni věnovat se plavbě cele, z hloubi své bytosti a s připraveností akceptovat i její nepřitažlivé, leč nutné úkoly. A především také v pokoře nahlížet slabosti, nedostatky a nezhojená zranění z vlastního dětství.

Hendikepující zranění a zatížení do každého z nás nejsilněji vstupují v čase, kdy ještě nejsme schopni sebeuvědomění, v čase raného dětství, ve vývojové psychologii vymezeném dobou od početí do zhruba třetích narozenin. Pro nezralost potřebných částí mozku nám v tomto období chybí schopnost racionálního úsudku, chronologického vnímání i uspořádávání faktických souvislostí. První vzpomínky a zkušenosti do naší vnitřní reality vstupují nevědomě v podobě smyslových a instinktivních prožitků. Ty příliš ohrožující a stresující dítě neumí zpracovat, ukládají se ale do jeho nevědomí a později žijí vlastním životem, nejčastěji v podobě narušeného sebevědomí, úzkostí a jiných neuróz. Ale často právě také v podobě neschopnosti trvalého vztahu. Souvisí to s tzv. attachmentem, s primární obranou, tedy s naší přežívací strategií. Jinými slovy se tomu říká také mezigenerační přenos.



Děti, často až do počátků revoltující puberty, zjevně touží po lásce svých rodičů a jsou – na nevědomé úrovni – připraveny pro ni udělat cokoli. I za cenu, že se zřeknou sebe samých. Býváme svědky toho, jak už malé děti pečují o své rodiče (parentifikace), jak si některý z rodičů po odchodu životního partnera z dítěte udělá náhradu a dochází k emočnímu nebo i sexuálnímu incestu (spoustifikace). Výjimkou není ani zatahování dítěte dospělými do jejich (po)rozvodových koalic, kdy je dítě nuceno rozervat na kusy svou dosud nerozdělenou lásku k matce a otci na kusy a často mu nezbyvá než se pro přežití zcela odpojit od svého autentického prožívání. Nevyvíjí se pak stabilní jádro lidské osobnosti, s Jungem řečeno neutváří se Self, bytostné Já. Nedochozí k navázání spojení s vyšší životní moudrostí, která nás uvádí do spojení s pravým smyslem Bytí.

Takový silný a determinující vliv rodičů na dítě měl snad být původně využit k tomu, aby se – kdyby se rodiče milovali – funkční vztahovost rodičovského páru co nejrychleji a nejúplněji zabydlela právě i v mozku a srdci dítěte a „lidskost“ mohla být mezigeneračně předávána rychle a efektivně. To se nám ovšem nějak zvtlo a mezigenerační přenos se v dějinách lidstva naopak ukazuje být tím největším rizikem. Protože i když dítě vyrůstá s problémovými nebo přímo nebezpečnými dospělými, zůstává biologicky a psychologicky naprogramované k tomu, aby se na ně jako na své nejbližší pečující osoby emočně a hodnotově navázalo, aby je do sebe doslova obtisklo. Výsledkem bývá – a znalci vývoje lidského mozku už si za tímto tvrzením vcelku stojí – že pro některé děti je prostředí, v němž vyrůstají, doslova toxické a zničující.

Mozky dětí obklopených citlivou, laskavou pozorností rodičů se vyvíjejí jinak než mozky dětí vyrůstajících v

prostředí emoční lability, konfliktů nebo násilí. Ukazuje se, že u lidí vyrůstajících v mimořádně nepříznivých podmínkách se některé struktury, odpovědné např. za prožívání pozitivních emocí nebo empatie, nevyvinou. Vědci se z tohoto úhlu pohledu stále více přiklánějí k předpokladu, že plný potenciál lidství se zřejmě může rozvinout při možnosti primárního prožitku přijetí a lásky v patřičném vývojově daném čase. Když tuto příležitost promeškáme, vzniklé škody už nemusíme nikdy napravit. Emočně labilní a na rodičovskou roli fakticky nepřipravení rodiče tak navzdory vši své upřímné snaze nebývají schopni nabídnout svým potomkům během prvních a vývojově klíčových let života podmínky dost dobré pro bezpečný vývoj.

Dětské mozky i přesto plní svůj vývojový program. Pokud chybí dostatečně moudří a milující dospělí, k nimž lze bezpečně přilnout, pokud chybí podmínky, za kterých by se mohla vytvořit dostatečně jistá vazba, vztahovost dítěte přechází na nejrůznější vnější náhražky. Ty nejčastější mají dnes podobu virtuálního světa, návykových látek a dalších seberegulačních opatření, která mají člověku pomoci utlumit neklid, strach, úzkost či paniku z absence pocitu vnitřní stability. S náhražkovým způsobem života roste i riziko nefunkčního, často násilného řešení nejrůznějších životních krizí a mezilidských konfliktů, jakož i nárůst destruktivních obran, k nimž člověk přistoupí, aby svůj vnitřní stres nějak kompenzoval. Právě tady leží i kořeny společensky ohrožujícího chování, k jakému patří (sebe)agrese, extremismus, fanatismus v jakékoliv oblasti života. Největším průšvihem současné doby je tak možná skutečnost, že ač máme k dispozici jedinečné poznání a na rozdíl od předchozích generací víme, co dětem i nám dospělým teoreticky umožňuje



prosperovat, v praxi nejsme schopni to ani dětem, ani sobě nabídnout. Čím dál více zdevastováno a na okraji se ocitá to, co životu dává největší smysl – schopnost vytvářet a pěstovat uspokojivé vztahy.

Kde hledat inspiraci? Historie nás opakovaně přesvědčuje, že nejlépe se daří těm společnostem, společenstvím, rodinám a jedincům, které a kteří vnější zákony vlastně ani příliš nepotřebují, protože je mají takřikajíc vepsány ve svém srdci. To znamená, že například nekradou ne proto, že se bojí trestu ze zákona, nýbrž proto, že nekrást je nedílnou součástí jejich integrity. Nekradou kvůli sobě samým. Stejně tak jim přijde vhodnější nelpět nutně stále jen na svém vlastním pohledu, ale dokážou zejména v mezních situacích upřednostnit pohled druhého nebo ho aspoň respektovat... K jezdcům vztahové apokalypsy (a neplatí to jen pro manželství, pro které je objevil John Gottman) patří kritika, pohrdání, defenzivnost a tzv. zazdívání, tj. lhostejnost a pasivní agrese.

Dostáváme se k tomu, co by mohlo být jistější zárukou, že se začneme k sobě v individuálním, párovém i kolektivním smyslu chovat lépe? Že ubude rozpadlých rodin nebo násilí na ženách, na dětech, na komkoliv?

Jsem nadšená, že se dnes psychologie a spiritualita v odpovědích na tyto otázky v mnohém už potkávají a doplňují. Shodují se, že pravděpodobnost přítomnosti pocitu smyslu a štěstí v životě je tím vyšší, čím více se jednotlivcům, párům i společenstvím daří uplatňovat tzv. univerzální posilující postoje a vlastnosti, ceněné v každém čase a každé kultuře. Někdo se opírá o Desatero Božích přikázání (většina morálních kodexů ho v nějaké podobě variuje), jiný o vědecký výzkum. Nakonec to ale při vnitřní poctivosti může vyjít nastejno.

Jako ovoce Svatého Ducha a žádoucí výsledek našeho vztahového snažení biblický Nový zákon uvádí lásku, radost, pokoj, trpělivost, laskavost, dobrotu, věrnost, tichost a sebeovládání. Ve vědeckém pojetí, konkrétně v pozitivní psychologii, nalézáme zase tzv. šest základních ctností a z nich vyplývajících 24 silných stránek lidského charakteru, jak je během výzkumu trvajících několik desetiletí se svým týmem shromáždil americký profesor Martin Seligman. Zařadili moudrost, odvahu, lidskost, spravedlnost, střídmost, transcendenci a jejich podmnožiny. Krátce charakterové kvality, jež sebestřednost jednotlivce přesahují a vedou k „povznesení“. Ať tak či onak, jak plody Ducha, tak silné stránky lidského charakteru dávají o sobě vědět proměnou základního životního pocitu svých nositelů. Z lidského nitra mizí nepokoj, úzkost a strach a ruku v ruce s tím i četné podoby (sebe)destrukce.

Není bez zajímavosti, že se lidské charakterové ctnosti – ať už jsou uvedeny v Bibli, v jiných svatých knihách nebo ve vědeckých publikacích – liší od schopností geneticky nám vložených, jakými jsou např. tzv. školní inteligence, pohybové nadání nebo absolutní sluch, které sice také bývají prostředkem k vysokým cílům, ale k vnitřnímu uspokojení a snížení úzkostí nutně nevedou. Prostředky vnitřní proměny, zdá se, pocházejí ze vztahové oblasti. Nejsou tedy nutně vrozené, jsou naučitelné a předávají se – jaké překvapení! – především výchovou. Rodiče do nich uvádějí své děti vlastním příkladem.

No a protože, jak už bylo naznačeno, na prahu manželství a rodičovství míváme ve vlastní zralosti velké mezery, naše děti k nám nepřicházejí jen jako bezmocné uzlíčky potřebné naší péče, nýbrž také jako naši vynikající učitelé. Jejich příchod



nás znovu vrací na počátek našich vlastních životů. Konfrontuje nás s tím, jak se kdysi utvářela naše osobnost a naše základní vztahová vazba, podle níž jednáme se sebou i s druhými. Pokud naše emoční potřeby nebyly v dětství naplněny, může nám závislost našich dětí na nás připadat nesnesitelná. Je těžké dát dítěti něco, co jsme jako děti sami nedostali. Připustit si, že dítě nebo náš partner v nás probouzejí emoce, které nám zrcadlí naše vlastní emoční vývojové deficity, bývá bolestné, ale také osvobozující. Stojí za to zavzpomínat na dobu, kdy jsme sami byli dětmi. Tím, jak hledáme způsob zacházení s potomky i životními partnery, můžeme postupně nefunkční stereotypy a vlastní (sebe)destruktivní strategie zpochybnit a při hledání uspokojivější cesty lépe poznávat a hojit sebe samotné. Teprve pak i své okolí.

Snad tedy netřeba propadat pesimismu. Naopak. Existuje mnohé, co můžeme každý sám za sebe udělat, abychom k neutěšenosti stávajícího stavu dále nepřispívali, ale naopak svými vlastními životy přispěli k udržitelnosti, nebo dokonce harmonii elementárního vztahového zdraví. A to ať už naše manželství „drží“, nebo jsme nuceni prožít jeho rozpad a přijmout drama rozvodu jako nejtvrdší školu životní zkušenosti. Je možno se rozhodnout pro láskyplné řešení i těch nejtěžších situací. Jak kdosi moudrý kdysi někde řekl: Jediný, koho mohu na světě změnit, jsem já, a jediný způsob, jak změnit druhého je změnit to, co si o něm myslím.

DODATEK

P.S. Mé úvahy nad filmem (Ne)rodič vyvolaly i četné negativní reakce. Toto tedy dodávám pro ty, které můj text nějak podráždil: Nepodsouvejte mi, že používám úplnou rodinu jako obušek na

Při všem matoucím a zúzkostňujícím, co dnes vidíme kolem sebe, mne povzbuzuje, že jsme – vedle všech negativních projevů a úletů – též svědky obrovské snahy mnoha skvělých lidí dát své životy do pořádku a žít s „vesmírnou moudrostí“, ať už jí říkáme a vzýváme jakkoliv, v souladu.

Nemůžeme vybrat mnohé okolnosti svého života a nemůžeme ovlivnit svou minulost. Můžeme ale změnit své přítomné postoje a bezprostředně působit na svou budoucnost. Lišíme se v míře, v jaké se nám dostává životních obdarování. Někdo je krásný, slavný, bohatý, mocný..., a jiný nikoliv. V rozmnožování svých charakterových hříven však nejsme omezeni a výsledek snažení nakonec, na rozdíl od nerovnosti ve vnějších obdarováních, měří všem stejně: rostoucí schopností pociťovat vděčnost, radovat se, odpouštět, neztrácet naději i nenadřadit, je-li toho třeba, vlastní konání pouhému osobnímu prospěchu, nýbrž brát v úvahu i potřeby celku.

Proto nezoufejme. Méně mluvm, více konejme. Ať už žijeme v jakémkoliv vztahovém uskupení, rozhodující nakonec zůstává, co právě my činíme, jak prosperují právě naše vztahy a naše děti, jak řešíme vlastní konflikty a životní zádrhely. To je naším hlavním poselstvím.

31. října 2018

ty, kteří ji nemají, nebo že kopu za nefunkční, násilnou, pokryteckou „tradiční“ rodinu, která skrývá všechny myslitelné patologie pod pláštík umělé „spořádanosti“. Apriorní osočování a



zatracování tzv. tradiční rodiny (možná jen narážíme na rozdílné chápání pojmů) mi připomíná bourání ušlechtilých staveb s odůvodněním, že právě v nich pohlaváři totalitních ideologií zřizovali vojenská velení, prasečáky, lágry a já nevím co ještě.

To jste ten můj text vážně četli tak povrchně?

Nejde mi přece primárně o formu, nýbrž o kvalitu vztahů, a jsem přesvědčena – důkazy sbírám ze své psychoterapeutické praxe, z literatury i ze života – že vztahy, podobně jako naše fyzická existence, mají pravidla hry, kterými člověk nemůže hýbat, jak ho napadne. Jedním z těchto pravidel pro mne je, že láskyplné chování je do značné míry naučená dovednost, kterou si děti osvojují v interakci se svými rodiči nebo pečovateli, přičemž role matky a otce nejsou pro mne libovolně zaměnitelné ani beze zbytku nahraditelné. Výraz „genderová rovnost“ jsem použila v nadsázce a alespoň pro mne to výstižně shrnuje v uvedeném rozhovoru D. Kroupa, když mluví o riziku mýcení genderových stereotypů: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/pater-pitha-je-strasidlo-feministky-nebezpeci-mysli-si-filos/r~9ac254dcd91c11e8b5b20cc47ab5f122/>.

Nejen domácí, nýbrž každé násilí si vysvětluji na základě poznání, které lidstvo nemá k dispozici dlouho. Zopakuju to ještě jednou: *Mozky dětí obklopených citlivou, laskavou pozorností rodičů se vyvíjejí jinak než mozky dětí vyrůstajících v prostředí emoční lability, konfliktů nebo násilí. Ukazuje*

se, že u lidí vyrůstajících v mimořádně nepříznivých podmínkách se některé struktury, odpovědné např. za prožívání pozitivních emocí nebo empatie, nevyvinou. Vědci se z tohoto úhlu pohledu stále více přiklánějí k předpokladu, že plný potenciál lidství se zřejmě může rozvinout při možnosti primárního prožitku přijetí a lásky v patřičném úvojevě daném čase. Když tuto příležitost promeškáme, vzniklé škody už nemusíme nikdy napravit nebo jen s nasazením všech sil a „s Boží pomocí“. (Více o tom např. v dílech Alethy Solterové, Petera Fonagyho, Daniela J. Siegela, Jasperse Juula, Sue Palmerové, Gabora Maté, Gordona Neufelda, Donny Jackson Nakazawy, Sue Gerhardové, Karla-Heinze Brische a mnoha dalších.)

Ať už žijeme v jakýchkoliv podobách (ne)rodin – pokud nepůjdeme po příčinách, nýbrž jen po následcích, pokud nespojíme svobodu s odpovědností a budeme si je plést s ignorancí a svévolí, zlepšení věcí vezdejších na soukromé ani celospolečenské úrovni neočekávejme.

Zároveň mi odpusťte, že se nebudu pouštět do vysilujících diskusí. Těch jsem si za roky v médiích i v mé někdejší aktivistické minulosti užila dost a už v nich nenalézám smysl. Svá zamyšlení nabízím dle svého nejlepšího uvážení, nikomu je nenutím, není mým úmyslem kohokoliv přesvědčovat. Let's agree to disagree. S pokorou přijímám, že my lidé chodíme po různých cestách a vybíráme si různé směry a cíle. To je koneckonců to nejnapínavější – kam asi jako jednotlivci i jako lidstvo dojdeme a jak to všechno dopadne? Držme si palce.



Otázka, co je to vlastně rodina, byla na přetřesu už před lety. Tato názorově bohatá ANKETA vznikla v roce 2007 v návaznosti na pořad Hovory o rodině, resp. Hovory o vztazích, vysílaný po několik let na Českém rozhlase 6:
http://www.evalabusova.cz/ankety/co_znamená_rodina.php?fbclid=IwAR08aUbQlaGxWRedwzlcwoC39xKN6AQZ5RIWaYBQbipEI1kl_C5o6zBOZEI

Do redakce přišlo 8.11. 2018
Do tisku zařazeno 15.12. 2018
Konflikt zájmů není znám.

*PhDr. Eva Labusová se věnuje publicistice a poradenství v oblastech rodičovství, výchovy a vztahů. Pořádá semináře pro odborníky i veřejnost. Je vdaná, má tři dospělé dcery. S nejstarší Alžbětou ve spolupráci s nakladatelstvím Triton připravily pro český knižní trh dvě publikace švýcarsko-americké psycholožky Alethy Solterové (www.awareparenting.com), týkající se důležitosti rané interakce matky s dítětem a významu dětského pláče a vzdoru (*Moudrost raného dětství, Slzy raného dětství*). Více na www.evalabusova.cz*



VLADISLAV CHVÁLA: RODINA SE MĚNÍ. NE VŠECHNY VARIANTY JSOU VŠAK PRO DĚTI STEJNĚ UŽITEČNÉ.

Jaká je úloha intelektuálů ve společnosti?



Vladislav Chvála: Rodina se mění. Ne všechny varianty jsou však pro děti stejně užitečné.

O tom, že se uspořádání dospělých kolem dětí přiváděných na svět v liberální společnosti proměňuje, nemůže být pochyb. Dospělé už nikdo nenutí, aby své soužití potvrdili sňatkem, nikdo jim nebrání v rozchodu v libovolném okamžiku rodičovství. Být nesezdaný nebo rozvedený je stejně normální, jako být ženatý či vdaná. Žít můžeme v jakékoli sestavě od singl, přes tradiční rodinu a homoerotické svazky nebo v tlupě, jak je libo. Jednotlivé okrajové skupiny umějí přinutit stát, aby je podporoval právně i finančně. Svět se tak stal zase o kousek pohodlnějším pro nás dospělé, je však o to lepší pro děti, když víme, jak citlivě reagují na nestabilitu svého světa? Denně se o tom přesvědčují ve svých ordinacích stovky psycho-terapeutů, kteří se více či méně (podle svého zaměření) dostávají k traumatům

v historii jedinců, léčících se u nich nejen pro psychické potíže, ale také pro psychosomatické poruchy. Exaktně jev prozkoumali už před časem výzkumníci vedení Matějčkem a publikovali své práce o deprivaci a subdeprivaci. Čím nestabilnější je prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, tím více je ohrožen jeho vývoj. O to hůř se mu bude v dospělosti dařit. A o to menší bude naděje, že vytvoří dobré stabilní prostředí pro následující generaci. Stejně důrazné závěry přinášejí výzkumné práce Johna Bowlbyho a jeho následovníků, které se věnují rané vazbě dítěte a matky (attachment theory), potvrzované současnými výzkumy mozku. O tom, že nejvhodnější prostředí mohou pro dítě vytvořit vlastní rodiče, nemůže být pochyb. Nejspíš proto se většina kultur snažila vytvořit taková pravidla pro soužití mužů a žen, aby byl



zajištěn trvale udržitelný rozvoj. Lidé je vtělili do pohádek, písní, mýtů a rituálů. Tak tomu bylo od starověku, jak svědčí nejstarší texty a archeologická bádání. Mnohdy šlo o pravidla velmi nepohodlná až krutá, o čemž se můžeme přesvědčit ještě dnes leckde po celém světě.

Skutečnost, že způsob, jakým vedeme své děti, má významný vliv na další generaci, vybízí k odpovědnosti. Už proto je to myšlenka nepříjemná a nepopulární, její důsledky jsou nepohodlné. Proč bychom se měli sami omezovat, když následky tady budou až za 20 či 30 let? Nemůžeme se proto divit, že veřejnost takové informace nemá ráda, stejně tak jako se nerada zabývá myšlenkami na globální oteplování. My že bychom se měli omezovat?! Tomu, že si lidé nalhávají, že žádné oteplování neexistuje a děti pro svůj vývoj ani rodinu nepotřebují, se proto nikdo nemůže divit.

Jak jsou na tom ale odborníci? To jsme se pokusili zjistit během semináře nad filmem „Nerodič“ dokumentaristky Jany Počtové. Výborný dokument ukazuje trable šesti různých seskupení, jimž jen málokdy lze říci rodina, ale ve kterých jsou nuceny vyrůstat děti. Jen v jednom případě se zatím děti nenarodily, protože dva dospělí se rozhodli děti vůbec nemít a žít pohodlný život. Na tom, že právě takové pestré sestavy s dětmi chodí do našich ordinací, jsme se všichni shodli. Že to ani dospělí, ani děti při pokusech o soužití, ať už se singl matkou nebo v jednopohlavních párech či ve střídavé péči, nemají lehké, na tom jsme se také shodli. Jiné to bylo s otázkou, zda máme o své klinické zkušenosti svědčit. Máme říkat politikům, že je nutné brát ohled na děti, že se nevyplácí přehlížet vrozené vztahy, které mají potenciál nejstabilnějšího prostředí pro vývoj dítěte? Copak to nevědí?

Žijeme ve zvláštní době, plné paradoxů. Liberální politika s ohledem na práva jednotlivce a jeho svobodu, může být nebezpečná pro celek, pro celou společnost. Pro její budoucnost. Říkat to musíme, i když to není naše povinnost, není to ani náplň naší práce. Psychoterapeuti a rodinní terapeuti jsou k dispozici jedincům a rodinám, aby jim pomáhali vymotat se z jejich zapletené reality. Nejsme tady od toho, abychom rodiny poučovali o tom, jaké by měly správně být. Máme ale nějakou odpovědnost jako intelektuální část společnosti?

Intelektuálové tady nejsou sami pro sebe, pro nekonečné akademické debaty. Troufáme si tvrdit, že mají funkci stopařů, od kterých společnost oprávněně očekává, že ji budou varovat, pokud zahlédnou ohrožení. Jako to už dělají klimatologové, genetici, lékaři, etici a mnozí další. Když lékaři objevili původce moru, přiměli společnost k realizaci nákladných hygienických opatření, aby přestala být naše civilizace ohrožována. Na druhou stranu my intelektuálové opakovaně selháváme při odhadu trendů ve společnosti. Jako když jsme se s nadšením přidali tu k futurismu, nebo ke komunismu, nebo k teorii čisté rasy, ze kterých se nakonec vyklubaly totalitní režimy. Tak dnes tíhneme k extrémnímu liberalismu v podobě transgenderu – popírání rozdílů mezi muži a ženami.

Psychoterapeutická ordinace je svého druhu výzkumný a badatelský prostor. Zde se v intimním setkání s nejdůvěrnější realitou člověka dozvídáme tajemství, se kterým se běžně nechodí na světlo. Pokud znovu a znovu vidíme, jak málo jsou ve svých rodinách děti chráněny před předčasnými nároky okolí, pokud víme, že budoucnost naší společnosti je tím ohrožena, máme mlčet? A nedělejme si iluze, že jde jen o rodiny s nadměrným násilím nebo zneužíváním dětí. Stejně



škodlivý může být vliv příliš liberální výchovy, ztráta rozdílu mezi ženami a muži, digitální technologie, nedostatek času, který s dětmi rodiče tráví, oslabování mateřství i otcovství, nepřiměřené zásahy státu do intimity rodiny, nekonečná zábava dospělých, kteří mohou ztrácet trpělivost pro přiměřený kontakt se svými dětmi. Rodičovství je velmi náročné. Dříve se matky mohly spolehnout na své instinkty a podporu prarodičů. Dnes v záplavě digitálních informací jsou matky stále zmatenější, nevědí, co je správně. Nejen přílišná bída, ale i nadměrné bohatství může ohrožovat budoucnost dětí. Jak těžká je někdy situace dětí, vidíme často na příkladu střídavé výchovy. Zdánlivě dobré řešení (pro dospělé) se stává peklem (hlavně pro dítě), pokud spolu rodiče bojují a nenávidí se.

Děti se rodí z ženy a nikdy jinak. Tento rozdíl nelze odstranit. Genetická informace se předává prostřednictvím molekuly DNA, která má jen dvě vlákna. Jedno z nich pochází z matky a druhé z otce. Rozdíl mezi ženami a muži je důležitým faktorem při rozmnožování. Společnost, které záleží na budoucnosti, se stará o udržování tohoto rozdílu. Transgenderová ideologie je nebezpečný exces deprivované části populace, která chce prosadit potvrzení vlastní normality za každou cenu. Tuto cenu ale bude muset zaplatit společnost celá- chaosem v základních předpokladech udržitelné existence naší civilizace. Pojdme raději oslavovat ženy a oslavovat muže a mějme úctu k rozdílům mezi nimi! A největší úctu mějme k těm, kteří se rozhodli pro

rodičovství a dokážou ho spolu dovést až do zdárného konce.

Společnost našim varováním nevěří. To je obvyklé. Stejně jako budou mnozí pochybovat o globálním oteplování, dokud tady bude poslední kapka vody, nevěří ani tomu, že mají odpovědnost za budoucnost prostřednictvím našich dětí. Tím spíš, že se v každé skupině intelektuálů objeví několik jedinců, kteří vždy budou tvrdit opak. To patří k diskusi. Těch se ale skeptici rádi chytanou. I my rodinní terapeuti máme mezi sebou takové, kteří po předložení důkazů řeknou „Vypadá to skoro jako pravda, ale...“ Tak jako někteří klimatologové řeknou: „Žádné oteplování neexistuje“. To je normální a nemělo by nás to odradit. Ještě horší je, když nejde jen o špatný úsudek, ale o úmysl. Když v případě klimatických změn někdo z vědců pracuje na zakázku naftové a automobilové lobby, aby vyvrátil důkazy ostatních. Nebo, když se aktivní vědec stane aktivistou nějaké ideologické skupiny, která chce za každou cenu prosadit právo okrajové sexuální minority na dítě, ačkoli je přirozeným způsobem mít nemůže. Právem zajistit, že sníh je černý, voda suchá, oheň studený. Takový zákon se prosadit dá, ale realita zůstane realitou.

Pokud bychom žili ve skutečné demokracii, nemuseli bychom se obávat. Došlo by k soutěži názorů a argumentů. Jestli je ale nějaká část názorů vytlačována, například pod heslem politické korektnosti nebo vlivem ideologie, je to na pováženou.

MUDr. Vladislav Chvála, v Liberci 10. 10. 2018

Text uveřejnila Česká pozice jako příloha LN dne 22.12.2018

K tisku zde zařazen 15.12.2018

Konflikt zájmů je znám: Autor je šéfredaktor.



DISKUSE



Z DOPISU STUDENTKY LÉKAŘSKÉ FAKULTY

Studentské povzdechnutí

(dopis studentky medicíny obdivované lékařce, uveřejněný se svolením autorky)

Dobrý den,

jsem Vaší dcery spolužačka Bára, potkaly jsme se spolu na Colours jedno odpoledne, brunetka s bílou košilí, kterou jste mi chválila :-). Už dlouho o Vás slyším jako o paní doktorce, která v profesním životě dokázala, co já bych si jednou přála. Takovým mým snem je být pediatričkou na obvodě, protože si sebe absolutně nedokážu představit v nemocnici, ráda bych s pacienty trávila alespoň trochu času a potkala je víckrát než jednou, navázala s nimi nějaký vztah a měla možnost si jejich nemoci dávat do

kontextu. A pak se mnou už dlouho rezonuje psychosomatika...

...A pak mám ještě jednu takovou troufalou otázku/přání. Drží se mě poslední dva roky (vlastně od té doby, co jsme ve škole došli ke klinické praxi) takové přání a možná trochu výčitka fakultě – ráda bych na škole měla kurz komunikace, rozumného přístupu k pacientovi. Je to ode mě dost naivní představa, jak jsem už byla několikrát upozorněna, ale někde ta změna přijít musí a jsem si jistá, že si toho všímá více a více mediků. Bohužel účast na některých praxích je úplně šílená, co se



týče přístupu k pacientovi, je nám za vzor často předkládán vyhořelý doktor, který pacienta rozhodně nebere jako sobě rovného, nebo hůř, mladý doktor, který je semletý systémem už v prvních letech své praxe. A když už to nejsou naše praxe, tak my opravdu nevíme, jak se v určitých situacích chovat, jak podávat informace atd. Zvlášť když to pak někdo nemá takříkajíc v krvi a pacientovi (lidem) se ani nedokáže podívat do očí. Bylo mi už mockrát řečeno, že pokud to v sobě člověk nemá, tak se to ani nenaučí. Nebo že je to sice pěkné, ale nemocniční provoz a tlak na výkon doktora to stejně neumožňuje. Ale stejně si říkám, že běžné situace, každodenní provoz tomu naopak může pomoci. Víme, že budeme sedět za počítačem, že budeme muset vypisovat ležstra a tomu můžeme uzpůsobit svoje chování, fráze, postoj, způsoby. Ideální by bylo, kdybychom na sebe měli více času. Ale nevidím moc důvod, proč tu chvíli, kterou spolu má doktor s pacientem strávit, nejde zefektivnit a zpříjemnit. Jak říkala moje maminka po vyšetření – bylo jí řečeno, ať si před vyšetřením odloží, tak se svlékla do spodního prádla a čekala. Pak dostala vynadáno, že se nesvlékla do naha. Přitom by jen stačilo říct konkrétně, co má udělat. Což je spíš takové úsměvné, zvlášť jestli takovou diskusi vede sestřička s každým pacientem :-). Ale když

jsme byli na praxi v pneumologické ordinaci a pacient se měl během deseti minut rozhodnout, zda chce transplantaci plic, o které se před chvílí dozvěděl a vlastně ani neví, co se s ním stane, už tak úsměvné nebylo. Zkrátka na škole nám opakují, jak je důležité pacientovi podat ruku a oslovovat ho jeho titulem, ale nikdy jsme si nic nezkusili. Možná vytvořit si takový arsenál frází, modelových situací, po kterých člověk může skočit, když už pak v té praxi je. Nebo naopak lidi, jako jsem třeba já, učit, jak si udržovat profesionální vztah, stát si za svým a tak.

Nejlepší by bylo, kdyby to šlo jako volitelný předmět, ale určitě by úplně stačilo, kdyby to dělal někdo externí. Úplně nejlepší by bylo, kdyby takové kurzy pak bral v potaz i případný zaměstnavatel a pro mediky to pak třeba bylo atraktivnější. A protože jsem si tak vymyslela, že k tomu psychosomatici mají blízko, zažili doktorskou praxi a mají psychologický výcvik, rozhodla jsem se, že se zeptám Vás. Zda se něco takového nechystá nebo by se nemohlo chystat a jestli neznáte někoho, kdo by nám s tím mohl pomoci. A případně něco realizovat.

Bára Schmidtová

Do redakce přišlo 8.11.2018

K tisku zařazeno se svolením studentky i adresáta 15.12.2018

Konflikt zájmů není znám



IVO TELEC: KRITIKA SNAHY O ZRUŠENÍ POVOLÁNÍ TERAPEUTA A SPECIALISTY TRADIČNÍ ČÍNSKÉ MEDICÍNY

Původně zveřejněno dne 30. října 2018 na odborném blogu Zdravotnické právo a bioetika, provozovaném Ústavem státu a práva AV ČR, v. v. i.

1. ÚVODEM

S účinností od září 2017 byla u nás legálně zavedena dvě **nelékařská zdravotnická povolání**: terapeut nebo specialista tradiční čínské medicíny. Tím byly současně zřízeny **obory zdravotních služeb** na trhu. Přijato bylo několik předpisů s předpokladem ještě dalšího předpisu. Podrobnostmi jsme se obšírně zabývali v příspěvcích [Terapeut nebo specialista tradiční čínské medicíny](#) a [Akupunktura jako problém zdravotnického práva](#). Zavádění nových zdravotnických povolání a oborů zdravotních služeb do praxe obvykle vyžaduje čas, někdy i pár let. Některé věci také „dozrávají“ až za pochodu.

Neutuchly však zdravotně politické snahy, zejména z řad lékařských funkcionářů a zájmových lékařských korporací, o **zvrácení** státem nastaveného veřejnoprávního stavu. Výsledkem těchto snah by mělo být **obnovení** praktikování tradiční čínské medicíny ve **volných povoláních**, tj. **mimo** zdravotní služby na trhu, **bez vázanosti**

na jakékoli veřejnoprávně významné **vzdělání**, resp. odbornou způsobilost; tzn. i **laiky**, jako tomu bývalo před 1. září 2017. Kriticky jsme se k tomu vyslovili zde: [The present legal status of the TCM in the Czech Republic](#).

Již v říjnu 2017 byl v Senátu předložen návrh zákona o změně zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, který by **zrušil** ve stejném roce stanovená zdravotnická povolání terapeuta a specialisty tradiční čínské medicíny. Stalo se tak na popud senátorů **Dernerové** a **Plačka**, oba jsou lékaři; viz [senátní tisk č. 206](#). Senát jejich návrh přijal, čímž se stal senátním návrhem. Na podzim letošního roku jej schválila Poslanecká sněmovna; viz [sněmovní tisk č. 105](#). Zákonodárny proces dosud nebyl ukončen a návrh novely je nyní zase v Senátu jako [senátní tisk č. 340](#).

Zastavme se nyní u právně nebo argumentačně pochybných otázek parlamentního postupu.

2. PROBLÉM LÉKAŘSKÉ DOKTRÍNY EVIDENCE-BASED MEDICINE

Senátorský návrh byl odůvodněn mj. tím, že „Od 18. století se v Evropě buduje systém léčení, který je postaven na důkazech (evidence based medicine). Umožňuje využívat k léčení pouze postupy, jejichž účinek prokazují nezpochybnitelné vědecké studie, a všechno ostatní se označuje za

léčitelství. Proto se ve zdravotnictví, které je financováno z veřejných zdrojů, mohou používat jen vědecké metody.“ Takovéto tvrzení je však **problematické**. Existují totiž obory zdravotních služeb, kde ideové dogma „nezpochybnitelných vědeckých studií“ **nelze** použít vůbec nebo nikoli v plném



rozsahu. Na mysli máme například **psychoterapii**, která bývá v klinické praxi založena na různých, a to i **protichůdných** vědeckých teoriích osobnosti. Ostatně, některé části tradiční čínské medicíny, a to akupunktura a podobné techniky a cvičení qi gong, bývají v současnosti, např. v USA, řazeny mezi praktiky **Mind-Body Medicine**.

Zmínit dále můžeme například **magnetoterapii, lokální přístrojovou kryoterapii, reflexní a vazivové masáže, vodoléčbu či koupele a zábaly s použitím výtěžků přírodního léčivého zdroje**, které jsou rovněž tak hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Tím pádem jsou zmíněné zdravotní výkony brány za skutkově **souladné** se „současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“ a „existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování“ [§ 13 odst. 1 písm. b) a c) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění]. Mnohá **cvičení léčebné tělesné výchovy**, opět hrazená z veřejného zdravotního pojištění, nejsou fyzioterapeuticky opřena o „nezpochybnitelné vědecké studie“, nýbrž „pouze“ o to, že určité cvičení dává rozumný fyziologický smysl, a o zkušenost ze zavedené praxe, která může být (i nepřímým) **důkazem účinnosti** pro případ právního sporu. A tak bychom mohli oborově pokračovat, např. u **masáží** ve zdravotnictví aj. Vzpomenout můžeme též **klimatoterapii** při lázeňské léčebné rehabilitační péči apod. Zavedené tradiční léčebné postupy, zejména přírodní medicíny, bývají důkazně opřeny o klinicky dobrou a generačně předávanou zkušenost (tradicí). Připomínáme tradiční **fytoterapii** například u méně závažných chorob nebo ve zdravotní prevenci včetně předepisování **tradičních rostlinných léčivých přípravků** podle lékového práva, tzn. i

těch, které spadají do tradiční čínské medicíny podle **Evropského lékopisu**.

Navíc z **vědoslovného** hlediska představuje výraz „nezpochybnitelné vědecké studie“ **protimluv**. Věda je totiž povahově vybudována na neustálém zpochybňování dřívějších vědeckých poznatků, na myšlenkovém pohybu, vědeckých objevech, a tím i na pokroku vědeckého poznávání materiálního světa. Žádné vědecké studie nejsou nezpochybnitelnými dogmaty. Právě v tom se **věda liší od ideologie**.

Senátorský návrh tak byl scientisticky vystavěn na **nesprávném** (přínejmenším totiž problematickém) **dilematu** dvou vyhraněných sfér: konvenční vědeckosti biomedicíny, **nebo** nevědeckosti tradiční (a přírodní) medicíny. Co může být použitelné v některých směrech filosofie anebo může metodicky a metodologicky platit v biofyzice nebo biochemii, **nemusí** být **všeobecně** (anebo plně a pokaždé) **zobecnitelné** pro veškerou medicínu v jejím rozmanitém rozsahu všech zdravotních služeb a oborů. Platí to zejména tam, kde medicínsky pracujeme s **individualitou** pacienta nebo **bio-psycho-sociálním vzorcem**. Biomedicínská a sociomedicínská skutečnost **není schematicky zploštělá** či zúžená v duchu některé dílčí doktríny nebo vědeckého světového názoru na výlučnou pravdu o světě a člověku, a to pravdu konvenčně přírodovědeckou. **Sociomedicínská** hlediska ovšem nemusí hovět vědeckému světovému názoru, který se zdá být v pozadí senátorského návrhu (**vedle** hospodářsky konkurenčního zájmu).

Namítnout můžeme, že vědecky jde spíše o živý intelektuální, zkušenostní a výzkumný trvající proces plný změn, přeměn i náhod včetně slepých cest, ale i překvapivých objevů povahy hmoty. Platí



to i v evropském prostředí včetně zapominání, anebo naopak ožívování dobré tradice a vnášení různých pohledů při globalizaci obchodu a pohybu obyvatelstva.

Podle senátorského návrhu „*Pokud byla tradiční čínská medicína testována vědecky, nefungovala,*“ shrnul výsledky debaty lékař David Colquhoun v časopisu *New Humanist*.“ Otázka zní, proč se oba senátoři při zákonodárné činnosti dovolávali něčího názoru zrovna ze **světonázorového** magazínu *New Humanist*, který je **ideologicky** zaměřen na určitou západní filosofii racionalismu, jejíž pomocí ideově hodnotí, kritizuje, „cokoli“. Namísto by bylo opřít se o světové vědecké časopisy z lékařské vědy včetně impaktovaných, které se zabývají tradiční čínskou medicínou, anebo o odborné poznatky švýcarských či německých zdravotních pojišťoven a nemocničních pokladen. Nemluvě o vědeckých poznatcích typu *health technology assessment*. Zákonodárné dovolávání se **ideově filosoficky vyhraněného zdroje** tak může působit **nedostatečně vědecky**, až dokonce pavědecky. Senátoři lékaři **Dernerová s Plačkem** se mohli odborně inspirovat například světově proslulou [Mayo Clinic](#) (USA), která má v Arizoně a Minnesotě oddělení integrativní medicíny a zdraví včetně akupunktury. Světový trend **integrativní medicíny** se zdá být již řadu let zřetelný; totiž patientsky příznivý **bez ohledu** na ideu scientismu, resp. zjednodušeně materialistický vědecký světový názor některých lidí, který stojí v pozadí této ideje.

Senátoři mohli připomenout, **nikoli zamlčet**, například slovenskou lékařskou odbornost **akupunkturisty** či existenci *Ústavu tradiční čínské medicíny Lékařské fakulty Slovenské*

zdravotnické univerzity v Bratislavě, státní vysoké školy, abychom nechodili daleko. Anebo ještě blíže, výuku na *Katedře akupunktury a tradiční medicíny Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* v Praze, státní příspěvkové organizace zřizované Ministerstvem zdravotnictví. Alespoň zde si proto doplňme také německé zdravotnické pojetí **Naturheilkunde** zdravotněprávně spojené s německou lékařskou odborností *Arzt für Naturheilverfahren*, volně přeloženo **lékař přírodní medicíny**. Připomeňme si také maďarské zdravotněprávní pojetí přírodní medicíny zavedené v roce 1997. Jelikož výraznou část tradiční čínské medicíny tvoří právě přírodní medicína, museli bychom „vědeckou“ kritiku tradiční čínské (i jiné tradiční) medicíny nemalou měrou vztáhnou i na „vědeckou“ kritiku přírodní medicíny samé. Zdá se, že většinu za tisíciletí nahromaděného vědění lidstva a zkušeností bychom v tomto **myšlenkovém schématu** (paradigmatu) museli ideově odmítnout v rámci **kulturního boje (Kulturkampf)** jakožto střet ideologií, resp. světonázorů.

Podívejme se na jiné citace nežli ze senátorského návrhu dvou senátorů lékařů.

„*Evidence based medicine is the constientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about care of indivudal patients.*“, cit. dle Sackett, D. L. – Rosenberg, W. M. C. – Gray, J. A. M. – Haynes, R. B. – Richardson, W. S.: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, s. 312. Poměrně často citovaná definice neříká nic jiného, než jak postupovat se **znalostí** a **pečlivostí** v duchu **odborné péče** (srov. § 5 odst. 1 o. z.). Žádný apriorní rozpor s používáním tradiční



čínské medicíny tu nevidíme. Využívání současných nejlepších podkladů ohledně prevence, diagnózy nebo léčby postupy tradiční čínské medicíny je odbornou samozřejmostí (odbornou správností) stejně jako v jiných oborech zdravotních služeb. Těžko by se mohl kdokoli rozumně bránit využívání současných medicínských poznatků například o akupunkturu při léčbě bolesti dolní části zad aj. Proto se celý zákonodárný případ může jevit spíše jako senátorský **argumentační klam**, spočívající v **zastření**, a zejména v **zavádění** mimo medicínu málem do „podsvětí“, jak vyplývá z obsahového kontextu návrhu. Prostřednictvím světoznámé *Cochranovy knihovny (Cochran Library)* se můžeme seznámit alespoň s některými současnými vědeckými poznatky o tradiční čínské medicíně nebo jejích částech.

Uvážit též musíme u nás aktuální, donedávna nebyvalou, „řečovou hru“ s překladem anglického slova „medicine“ v zavedeném zmezinárodněm anglickém pojmu „traditional chinese medicine“. Ráz na ráz začal být u nás některými lékařskými funkcionáři anglický výraz **medicine** totiž překládán nikoli jako „medicína“, nýbrž jako „léčitelství“ (*healing*). Jde o **řečnický trik**, jímž lze společensky **ponížit** významnou část tradiční nebo i přírodní medicíny; a tím ovšem **zlehčit** tržní konkurenci, některé lékařské kolegy a zahraniční univerzity nebo kliniky, jakož i některé současné vědecké poznatky včetně výsledků zdravotních výzkumů, a to i kvalitativních. Nemluvě o **klamavém zamlčení Evropského lékopisu** a připravené 11. revize *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Mají snad být **Evropský lékopis** a uváděná klasifikace dílem vyjmuty z

„medicíny“ s využitím pouze v „léčitelství“?

Známa je i jiná, **odlišná**, definice, než jakou jsme odcitovali shora. Na mysl máme českou, převzatou evropskou **technickou normu ČSN EN 16224+A1 Zdravotní péče poskytovaná chiropraktiky, červenec 2014**. Podle této technické normy platí následující **standard** „zdravotní péče založené na důkazech“: „*Clinical practice that incorporates the best available evidence from research, the expertise of the practitioner, and the preference of the patient*“ (bod 2.18, s. 8). (Evropská technická norma byla do soustavy českých technických norem převzata v anglickém znění.) Můžeme říci, že tento profesní standard odpovídá **vědeckému** pojetí *health technology assessment*, které se **metodicky** používá ve zdravotní politice a zákonodárství, protože zohledňuje též **sociální** (a ústavní) **rozměr**. Bere se tak zřetel na **pacientské preference** s tím, že i nemocný člověk, navíc u nás člen občanské společnosti, nepřestává být svobodným určovatelem vlastního běhu života. „Pány zakázek“ jsou pacienti v příkaznickém soukromoprávním postavení. Nikoli snad „pouhé“ pomáhající profese nabízející své služby na trhu, byť by šlo o služby odborné.

Rozdíl oproti výše cit. britskému článku z roku 1996 tedy spočívá v pojmovém **znaku pacientovy preference**, resp. volby. Chiropraktici, kterých se týká citovaný standard, ale v Česku nepatří mezi zdravotnická povolání. (Jde o živnostníky na základě ohlašovacích volných živností nebo o volná zaměstnání.) Není však znám důvod, který by vylučoval **obdobné** použití cit. technického výměru (standardu) na zdravotnická povolání u nás, resp. na jejich péči, a to při sledování **stejného** nebo **podobného účelu**, jímž je



ochrana práv a svobod nemocných lidí při řádné péči. Česko navíc, oproti Francii, **neprojevilo odchytku** od cit. evropské technické normy ve prospěch přednostního použití chiropraktického zákona, neboť u nás takový zákon, na rozdíl od Francie, neexistuje.

K problémům medicíny založené na podkladech jsme se všeobecně vyjádřili pro právníky zde: [Evidence-based medicine?](#) a pro lékaře zde: [Evidence-based medicine?](#). Dodejme, že **doktrína evidence-based medicine** sleduje lékařský zájem **epidemiologický**, tudíž **univerzalistický**. Klinická praxe ale pracuje s **individualitami** pacientů včetně používání postupů a léčiv „na míru“. K současným univerzalistickým vědeckým poznatkům epidemiologickým a biostatistickým tak bývá přihlíženo jako k pozadí či k současnému vědeckému prostředí, ve kterém se promítá typický nebo atypický klinický obraz jedincovy choroby. Kupříkladu rehabilitační lékař nebo psychiatr v praxi není epidemiolog, stejně jako jím není ani klinický psycholog, klinický logoped, farmaceut či fyzioterapeut nebo masér ve zdravotnictví.

Nežádoucí strnulá síla zvyku nepřihlížející k pokrokům lékařské vědy v zájmu pacientů, proti níž se před lety správně postavili stoupcí *evidence-based medicine* či někteří epidemiologové, ovšem **není** totéž, co klinicky osvědčená dobrá tradice včetně předepisování osvědčených přírodních (a obvykle nízkonákladových) léčiv všude, kde to je možné. Správné brojení proti strnulosti lékařských zvyků **nelze zaměnit za boj** (a už vůbec ne za světonázorový boj) **proti vědění** tradičních nebo přírodních lékařství, u nichž je bezpečnost a účinnost osvědčena dobrou tradicí (generačně předávanou klinickou zkušeností) nebo alespoň dává rozumný smysl. V opačném případě bychom sabotovali i

současné lékové právo zahrnující tradiční rostlinné léčivé přípravky včetně čínských.

Proti státem předpokládanému bakalářskému a magisterskému vzdělávání ve studijních oborech tradiční čínské medicíny, známému z některých jiných evropských zemí, se na podzim 2017 postavili děkani lékařských fakult a některé akademické senáty. Stát si hleděl toho, aby zdravotnické vzdělání dosáhlo i vysokoškolské úrovně. Právě tím stát hodlal zohlednit **veřejný zájem na ochraně zdraví** obyvatelstva. Akademické orgány ale prvořadě sledovaly úzce profilovaný **doktrinální zájem lékařské vědy**, nikoli přání nemalé části patientské veřejnosti. Akademickému **protistátnímu** projevu (v daném smyslu se vskutku jednalo o projev proti zájmu státu) lze **vytknout neznalost** zahraničního akademického prostředí, ve kterém je tradiční čínská medicína pěstována po stránce výukové a výzkumné. Krom toho stát předpokládal něco jiného. Totiž že vysokoškolské vzdělávání v tradiční čínské medicíně budou u nás poskytovat fakulty zdravotnických věd (zdravotně sociální fakulty), podobně jako tomu bývá v cizině. **Nikoli fakulty lékařské** nebo nikoli primárně. **Naopak**, děkani fakult zdravotnických věd (apod.) proti tomuto státnímu zájmu na ochraně zdraví nebrojili. Např. podle rektora Univerzity Hradec Králové, veřejné vysoké školy, by studium tradiční čínské medicíny mělo spadat do zdravotnických oborů: [rektor Univerzity Hradec Králové](#) (16. října 2017). Jiný důraz, a to děkana brněnské lékařské fakulty **Mayera**, že vysokoškolské studium má být podle zákona založeno na soudobém stavu vědeckého poznání, je pochopitelný; zde [Tempus medicorum, 2017, listopad, s. 31](#). Není na tom nic protichůdného. Kupříkladu farmaceutické studium, má-



li obstát z hlediska uplatnění absolventů v praxi, musí být založeno i na vědeckém studiu tradičních rostlinných léčivých přípravků včetně čínských (a homeopatik spolu s antroposofiky). Podobně by tomu mělo být u studia všeobecného lékařství či jiných zdravotnických oborů, které se **nemá vyhýbat** soudobému stavu vědeckého poznání tradiční čínské (a podobné) medicíny jen proto, že je založena na teorii drah a předpokladu určitého vědeckého pojetí hmoty. „Zásadní“ a „razantní“ odmítnutí tradiční čínské medicíny v našem prostředí (včetně odmítnutí jejího používání v preventivně zdravotní péči a v konzultčních zdravotních službách) ze strany citovaného děkana, určené ministru zdravotnictví, je proto více politickým prohlášením mocenského rázu než soudným rozhodnutím po rozboru lékového prostředí, zájmů pacientů a zkušeností z některých renomovaných světových univerzit a klinik.

Faktem zůstává, že tradiční čínská medicína (podobně jako jiná orientální lékařství) patří, západně nahlíženo, mezi **vitalistické** (a přírodní) medicínské směry. Nikoli mezi proud pozitivistický (a dříve u nás též marxisticko-leninský). Vysoké školy by měly studentům zdravotnických oborů v rámci akademické svobody nabízet **pluralitní medicínu**. A to již s ohledem na **pluralitní občanskou společnost** u nás, ve které budou absolventi působit. Znamená to, že určitá vysoká škola by se mohla profilovat tím, či oním směrem v rámci **konkurenční nabídky** na trhu vzdělávacích služeb. Zdá se, že **strnulé** trvání na jednom medicínském paradigmatu může ve svém důsledku působit spíše jako brzda intelektuálního procesu vědeckého poznávání materiálního světa včetně získávání překvapivých výsledků. Otázkou zůstává, jakou roli přitom může sehrávat **strach z konfrontace** s jiným

přístupem ke zdraví, nemoci i životu vůbec. Na strachu ani jiných **negativních emocích**, třeba na potupení konkurence nebo na závisti, ovšem nelze budovat zákonodárství. A to nemluvíme o možném destruktivním vlivu **nenávisti** vůči tradiční čínské medicíně, jejíž příčinou může být právě strach z ní a z konkurence na trhu. Strach v těchto případech obvykle kráčí ruku v ruce s **neznalostí**, resp. se zdravotnickou nevzdělaností.

Otázka pak zní, zda politickou snahou o vypuzení tradiční čínské medicíny z **přísně** nastavených zdravotních služeb chráníme patientskou veřejnost před paušálně nebezpečnými a paušálně neúčinnými tradičními (a přírodními) léčivy a postupy, anebo chráníme jen (či převážně jen) sami sebe jako konkurenty na trhu, jakož i **vlastní zájem** na udržování dominance **farmakoekonomicky nákladného** systému za každou cenu a ve všech případech včetně méně závažných chorob. **Nákladová efektivita** by se sice neměla stát zdravotnickou „modlou“, na druhé straně ale každý řádný hospodář s ní musí také počítat.

Máme-li v Česku a EU společensky (a paradigmaticky) zavedeny podstatné rysy **integrativní farmacie**, což zdravotně-právně máme, měli bychom mít také druhou stranu mince, totiž **integrativní medicínu**, kterou u nás spíše nemáme. Kulhá-li společensky medicína za farmacií, těžko může být zdravotní péče poskytována skutečně náležitě. Srov. např. předmět [Úvod do integrativní medicíny](#) vyučovaný na *Farmaceutické fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové* anebo odbornou *Českou lékařskou společnost integrativní medicíny, z. s.*, založenou roku 2001 (původně pod jiným názvem).

I kdybychom brali lékařské funkcionářské nebo akademické brojení proti



tradiční čínské medicíně u nás za legitimní ochranu jednoho stávajícího **lékařského biomedicínského paradigmatu** (i moci), nemůžeme nevidět **procesy přeměny** tohoto západního paradigmatu. Některé vnější projevy této změny jsou vyjádřeny zejména

3. NĚKTERÉ DALŠÍ ARGUMENTAČNÍ FAULY

Senátorský argument, že „*Léčitelé, šamani a šarlatáni fungují a vydělávají na lidské hlouposti, naivitě, a bohužel i zoufalství*“, je **faulem**. Jde o **argumentačně nepřipustné zobecnění**, které je navíc zcela **ahistorické**. Tisíciletí se lidstvo v řádu miliard lidí léčilo právě pomocí „šamanů“, řeholnic či bylinkářů, majících znalosti bylin, jiných látek či praktik se zdravotními účinky. Nikdo se přitom v dějinách nevyléčil? Do senátorského **klamu** se možná promítl i **předsudek a konkurenční obava**. Zákonodárství ovšem **nelze** stavět na předsudcích ani na strachu z konkurence či na obavě z omezení vlastního výdělků. Škoda, že senátoři nevzpomněli alespoň **Hildegardu von Bingen**, učitelku církve, nebo **Anežku Českou** či **Zdislavu z Lemberka**, všechny tři léčitelky byly prohlášeny za svaté. Nevzpomněli ani nedávno zesnulé některé české léčitele, jejichž památku připomínají pamětní desky vděčných lidí, měst a obcí.

Senátorský návrh dále představuje celou řadu, téměř „učebnici“, **prohřešků proti obecně uznávané teorii argumentace**. Další podrobnosti zde nerozvíjíme. Stačí jen připomenout dovolávání se společenských **autorit v jiném oboru** nežli v tradiční čínské medicíně (a při **zamlčení** autorit v tomto oboru): „*Vědecká rada ČLK, představovaná 41 významnými lékaři, v naprosté většině medicín-*

společenskými změnami lékového práva (a výrobků se zdravotními účinky vůbec), které se již před lety u nás podstatně promítly do obsahu lékařské zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách.

skými a vědeckými autoritami, jednomyslně konstatovala, že považuje tradiční čínskou medicínu za pouhé léčitelství, a trvá na stanovisku, že léčitelství, ať již vychází z jakýchkoliv tradic, není zdravotnickým povoláním.“ Nikdo z dovolávaných lékařů ale **není odborníkem** v tradiční čínské medicíně, všichni jsou jen **laiky**. Nadto citovaná vědecká rada je pouhým poradním orgánem představenstva a prezidenta České lékařské komory. Nejde ani o orgán této zájmové veřejnoprávní korporace. Už vůbec této skupině **nepřísluší** určovat, kdo má být zdravotnickým povoláním, protože to je věcí zdravotní a zákonodárné politiky státu. Nikoli snad skupiny lékařské korporace. Navíc za stavu, kdy ani **nejde o lékařské** zdravotnické povolání, nýbrž o povolání nelékařské. Zevšeobecňování lékařské dominance nad ostatními zdravotnickými povoláními není namístě. Odborné činnosti řady zdravotnických povolání nejsou vůbec vázány na lékařskou zdravotní indikaci.

Senátorský poukaz na uměle vytvořenou „tradiční čínskou medicínu“ v 60. letech minulého století za „kulturní revoluce“ diktátora **Mao Ce-tunga**, je typickým **argumentačním klamem**. Tradiční pojetí čínské medicíny bylo totiž ve stejné době rozvíjeno i v ostrovní nekomunistické Čínské republice na Tchaj-wanu. Dále pak v Hongkongu pod britskou správou a v Macau pod správou



portugalskou. Aniž by cokoli z toho souviselo s komunistickou „kulturní revolucí“ na jiném, dokonce i nepřátelském, území. **Řečnický trik** spočívá ve **vyvolání mravního a politického pohoršení** nad něčím, co bylo uměle vytvořeno diktátorem v nouzi, a navíc ještě komunistou za kulturní revoluce. „Žádný slušný člověk by přece nechtěl něco, co vzniklo za takových podmínek,“ můžeme dodat. Další klam

spočívá v **zamlčení** vazby mezi některými orientálními medicínami navzájem, zejména mezi tradiční čínskou, korejskou a japonskou medicínou, a to bez ohledu na politické poměry v pevninské Číně v určité době. Podobným senátorským (a lékařským), poněkud pavědeckým, myšlením bychom mohli odmítnout tradiční korejskou medicínu, neboť je používána i v Severní Koreji se špatným politickým režimem.

4. ÚSTAVNÍ A PACIENTSKÝ ROZMĚR

Zrušení legálního požadavku na státem vyměřenou **odbornou způsobilost** k výkonu povolání terapeuta nebo specialisty tradiční čínské medicíny ve zdravotních službách, jakož i zrušení jejich zvláštního veřejnoprávního stavu (odborných povolání v těchto službách), by doznalo **ústavně významné** následky.

Dotčeno tak je **ústavně zaručené sociální právo na ochranu zdraví** (čl. 31 věta první Listiny). Ústavním úkolem státu je totiž činit taková opatření, aby sociální právo na ochranu zdraví bylo nejen všestranně zajištěno, tedy i po již dříve zavedené stránce tradiční čínské medicíny, ale aby se tak stalo i jakostně a bezpečně. Tzn. s **péčí řádného odborníka**, která je ve zdravotních službách právně pojmově vázána na **znalosti získané zdravotnickým vzděláváním**. V našem případě je odborná způsobilost spojena s dosud přísně stanoveným **zdravotnickým vzděláváním** terapeuta nebo specialisty tradiční čínské medicíny ve **veřejném zájmu na ochraně pacientů**.

Proti snaze o legální vyřazení těchto odborných profesí z nelékařských zdravotnických povolání ve zdravotních

službách lze proto namítnout **rozpor s veřejným zájmem** na jakosti a bezpečnosti působení na zdraví. Dotčenost veřejného zájmu spočívá ve snaze o **opuštění od odbornostního předpokladu zdravotnického vzdělání**, který patří mezi legální pojmové znaky zdravotních služeb, a to právě z důvodu veřejného zájmu na ochraně patientské veřejnosti. V **budoucnu** by tak mohli postupy tradiční čínské medicíny včetně **akupunktury** jako její „vlajkové lodi“ a nedílné součásti opět používat i **laici**, jako tomu bývalo před 1. září 2017. A právě takový stav byl považován v době zařazení oborů tradiční čínské medicíny do zdravotních služeb za **nežádoucí**.

Dosavadní legální **zařazení** terapeuta a specialisty tradiční čínské medicíny do režimu zdravotnického práva zároveň představuje dílčí projev **integrativní medicíny** v českém prostředí. A to ve smyslu obohacení klinické praxe o **doplňující** (komplementární) **nízkonákladové** odborné činnosti; např. při zdravotní prevenci nebo léčbě méně závažných chorob. Zároveň tím stát projevuje **veřejný zájem** na tom, aby tyto činnosti byly, kromě kvality a bezpečí, **personálně i věcně spojeny** právě s poskytováním zdravotních služeb



na trhu, protože tyto služby jsou upraveny **přísně**.

Nikoli na posledním místě musíme zmínit, že **vyřazením** obou sledovaných oborů zdravotních služeb by **nebylo možno hradit zdravotní výkony** v těchto oborech z **veřejného zdravotní pojištění**. Tyto úhrady jsou podle zákona totiž vázány **jen** na zdravotní služby (a při splnění legálních předpokladů hrazení). Nikoli snad na jakékoli služby spojené s působením na zdraví, tedy ani na služby léčitelské. Ani po nabytí účinnosti loňské novely zákona o nelékařských zdravotnických povolání by však hrazení těchto zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění nebylo jednoduché. Naráží totiž na **výkaznický právní problém**, a tudíž na nutnost (zákonem obecně předvídané) **dohody o jiném způsobu vykazování** provedeného výkonu než podle předpisu. Podrobnosti jsou obsaženy zde: [Terapeut nebo specialista tradiční čínské medicíny](#), bod 10. **Ústavní rozměr** této situace spočívá v tom, že každý má **sociální právo na bezplatnou zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění** (čl. 31 věta druhá Listiny), což lze omezit jedině zákonem.

Nelze vyloučit, že právě z tohoto **sociálního důvodu** vznikla celá lékařská, potažmo senátorská iniciativa proti oborům tradiční čínské medicíny. Cítujeme opět ze senátorského návrhu: *„Hlavní námitkou proti čínské medicíně jako regulérní součásti českého zdravotnického systému je nejen fakt, že nejde ověřit kvalitu čínských lékařů, ale zvláště to, že peníze za alternativu z Dálného východu mohou chybět jinde, např. při léčbě vzácných onemocnění, jako je smrtící spinální svalová atrofie, kdy se úhrada za dlouhodobou léčbu pohybuje v řádu milionů Kč ročně.“*

Ačkoli jde o vážnou námitku, musíme opět upozornit na **argumentační faul**. Klam spočívá v tom, že je **zamlčena nákladová efektivita** tradiční čínské medicíny. Těžiště této medicíny totiž spočívá ve **zdravotní prevenci**, a tím i v **potenciálním šetření** fondů veřejného zdravotního pojištění, které lze více zaměřit na nákladnou léčbu závažných onemocnění. Navíc se nelze zbavit odborného dojmu, že uváděný senátorský argument má působit spíše na **emoce a vzbuzení soucitu** s lidmi trpícími vážnou chorobou, u jejíž léčby by mohly chybět prostředky veřejného zdravotního pojištění, pakliže by byly vydávány na úhradu zdravotních výkonů tradiční čínské medicíny. Jakákoli **finanční analýza** však **chybí**.

Zastavme se u jiného důsledku parlamentní snahy, která **zhoršuje postavení nemocných lidí**.

V důsledku **vyřazení** oborů tradiční čínské medicíny ze zdravotních služeb by nemocní lidé nebyli **pacienty** podle zdravotnického práva v právním poměru k poskytovatelům patřičných oborových služeb. **Nemohli** by proto ani chránit svá práva pomocí **mimosoudního stížnostního** režimu ve věcech odborně nesprávného postupu (§ 93 a násl. zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Orgánem povolaným k **mimosoudnímu řešení spotřebitelských sporů** v těchto zdravotních případech by se opět stala Česká obchodní inspekce v režimu obecného spotřebitelského práva. Vyřízení stížnosti pomocí ustaveného nezávislého odborníka na tradiční čínskou medicínu nebo nezávislé odborné komise podle zákona o zdravotních službách by nebylo možné. Veřejně je přitom známo, že takoví odborníci u nás existují i mezi lékaři.

Vyřazení oborů tradiční čínské medicíny ze zdravotních služeb by potenciálně



přineslo další **zhoršení ochrany práv pacientů**. Ubyla by totiž donucující povinnost vést **zdravotnickou dokumentaci** podle předpisu (vyhl. č. 98/2012 Sb.). Postačily by **jen** záznamy o péči o zdraví podle občanského zákoníku (§ 2647 a násl. o. z, který představuje pouze **dispozitivní** právní normu). Taktéž by **neplatila legální povinnost smluvního pojištění odpovědnosti za újmu** způsobenou při poskytování zdravotních služeb v oborech tradiční čínské medicíny zákazníkům (nikoli již pacientům).

Provozní nebo komunikační **obtíže** by bylo možno očekávat tam, kde by mělo v zájmu nemocného dojít k **odborné součinnosti** různých osob. Vyřazením oborů tradiční čínské medicíny ze

5. ZÁVĚR

Pro případ, že by obory tradiční čínské medicíny měly být právně politicky vyřazeny ze zdravotních služeb, nezbude než v budoucnu usilovat o jejich **opětovně zařazení**. Většina snesených důvodů k vyřazení totiž představuje **argumentační triky**, které jsou obecně uznávanou teorií argumentace **zakázány**.

Jinou otázkou zůstává posuzování **nákladové efektivity** a **metodické hodnocení** typu **health technology assessment** včetně ústavního rozměru s tím spojeného. Jde o záležitosti **vědecké**, nikoli laické, či konkurenčně zájmové nebo světonázorové.

Faktem zůstává, že někteří živnostníci praktikující tradiční čínskou medicínu před zářím 2017, někdy již od počátku 90. let, mohou mít různé odborné i obchodní zájmy. Ty nemusí být pokaždé ve shodě s veřejným zájmem na ochraně zdraví, jak byl loni projeven změnou zákonodárství.

zdravotních služeb by totiž padla „vnitřní“ součinnost mezi jednotlivými poskytovateli nebo zdravotnickými pracovníky v těchto službách. Musely by proto být **nově** přijaty a zachovávány **standardsy spolupráce** mezi poskytovateli různých druhů navzájem **konkurenčních služeb** na hospodářském trhu.

Otevřenou otázkou by zůstalo i **financování výzkumu** tradiční čínské medicíny z veřejných prostředků – pakliže by se výsledky výzkumu nemohly projevit v klinické praxi u zdravotnických povolání, včetně možné vazby dosažených vědeckých poznatků na efektivitu úhrad zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění.

Na druhé straně jsou zase známy případy, kdy se někteří z praktiků již počali přizpůsobovat oborům terapeuta nebo specialisty tradiční čínské medicíny podle zdravotnického práva tak, aby vyhověli zákonodárným požadavkům na ochranu nemocných lidí z loňského roku.

Položme si nakonec **právní otázku**, co by nastalo pro případ vyřazení obou sledovaných oborů ze zdravotních služeb.

Opětovně by šlo o **volnou** činnost, provozovanou například i **samouky** na základě přečtení nějaké příručky po večerech nebo absolvování víkendového kurzu. Ať již by to bylo na základě ohlašovací volné živnosti, nebo volného zaměstnání. O státně veřejnoprávně regulované profesi, jak je známe z některých jiných států, by opět **nešlo**.

Pokud by tradiční čínská medicína, resp. veškerá orientální, tradiční nebo přírodní lékařství měla být v **budoucnu**



podřazena pod uvažované **služby léčitelské**, tj. **mimo** zdravotní služby a **mimo** jejich hrazení z veřejného zdravotního pojištění, opět by šlo o **volnou** činnost kohokoli **bez vazby** na jakoukoli veřejnoprávně významnou odbornou způsobilost, resp. vzdělání. Soudě alespoň podle posledního, druhého referentského návrhu zákona o léčitelských službách ze dne 7. října 2018: [Návrh zákona o léčitelských službách](#). Předchozí, první referentský návrh ze dne 24. července 2018 ještě počítal se zvláštním léčitelským režimem pro tradiční čínskou medicínu s vázaností na veřejnoprávně významné vzdělání podle uvažované ministerské vyhlášky. Podle dnešního stavu tomu tak ale již být nemá.

Eventuální budoucí změna právního stavu opět přinese **právní nebezpečí**, pokud jde o zdravotní výkony tradiční čínské medicíny prováděné lékaři, včetně akupunktury, nebo fyzioterapeuty, nutričními terapeuty či maséry ve zdravotnictví aj. Pakliže by měly být postupy tradiční čínské medicíny doslova **vypuzeny** ze zdravotních služeb, **nemohlo** by napříště jít o „uznávané medicínské postupy“ podle **náležitě odborné úrovně** zdravotních služeb, na které má pacient právo (§ 45 odst. 1 ve spojení s § 4 odst. 5 cit. zák. č. 372/2011 Sb.). Má-li být něco ze zdravotních služeb **vymýceno** jako nepatřičné, těžko to **může** být zároveň v těchto službách **uznáváno** jako **náležitě**.

Odchýlení se od **uznávaných** medicínských postupů ve prospěch u nás (v možné budoucnosti) medicínsky **neuznávaných** tradičních čínských postupů je po **ujednání** stran ovšem možné. Na straně poskytovatele zdravotních služeb, například praktického lékaře, pediatra, rehabilitačního lékaře nebo fyzioterapeuta, nutričního terapeuta či maséra ve zdravotnictví, to ovšem vyžaduje **odůvodnění** odchylky

ve **zdravotnické dokumentaci** [§ 47 odst. 3 písm. a) cit. zák. č. 372/2011 Sb.]; např. **přáním**, resp. pokynem pacienta. Takové řešení se ale může nabízet jako spíše výjimečné podle individuality zdravotního stavu pacienta nebo jeho náboženství či kultury, než pravidelné. Na druhé straně ale **nelze vyloučit pravidelnost odchylky** ani v opakovaných a mnohočetných případech. Třeba i pokaždé v právním poměru ke **všem** pacientům, kdy se z výjimky naopak stane pravidlo podle svobodně projevené vůle stran, do které stát nezasahuje (a ani mu není dovoleno zasáhnout). Zdravotně politickou otázkou ovšem zůstává vhodnost takového postupu z hlediska **státní zdravotní politiky**, kdy se z výjimky stává pravidlo. Za takového stavu by bylo lépe rovnou zřídit příslušný obor zdravotní služby, a tím státně uznat medicínský postup, jak se ostatně loni stalo.

O tradiční čínské medicíně bychom v takovém **budoucnu** u nás opět mluvili jen jako o svébytném **souboru** preventivních, diagnostických nebo léčebných postupů; tzn. pouze ve smyslu mezioborově použitelných zdravotnických metod, pakliže by jejich použití bylo v lékařských nebo nelékařských zdravotních službách věcně možné.

Podobně se to u nás má v klinické praxi například s tradiční evropskou **antroposofickou medicínou**, ale i s jinými **orientálními lékařstvími**, než je tradiční medicína čínská, zejména s **ájurvédou**. Společným jmenovatelem „zvláštních terapeutických směrů“ je ovšem u nás to, že vůbec **nemusí** být v současnosti **uznávanými** medicínskými postupy, což je věc **skutková** (a potenciálně proměnlivá), podléhající dokazování. I kdyby šlo o „uznávané“ medicínské postupy, vyznačují se u nás tyto směry **absencí podstatného**



zdravotnického vzdělávání, popř. můžeme mluvit jen o „slabém“ celoživotním vzdělávání v podobě samostudia či účasti na školicí akci apod. Tak ale dost dobře nelze veřejnoprávně garantovat odbornou péči. Tento **veřejnoprávní** (a zdravotně politický) **problém** ale stíhá stát s jeho zdravotnickým právem veřejným (a potažmo Českou lékařskou komoru). **Nikoli** snad pacienty a poskytovatele zdravotních služeb jako strany závazku péče o zdraví podle soukromého práva.

Slabé nebo žádné lékařské zdravotnické vzdělání se u nás týká i **fytoterapie**. A to pomocí jakýchkoli rostlinných léčivých přípravků, nikoli jen tradičních (nebo jen tradičně čínských) podle lékového práva. Nemluvě o doplňcích stravy s fyziologickými nebo výživovými účinky či o potravinách nového typu se zdravotními účinky. Lékaři se řadí ve fototerapii spíše mezi **laiky**.

Zdá se, že **medicínské těžiště** tradiční čínské medicíny by se v možné budoucnosti **vysunulo** z diagnostické a léčebné ambulantní, jednodenní či lůžkové péče, poskytované pomocí dnes k tomu povolaných specifických profesí, jinam. Totiž do **lékárenské zdravotní péče** včetně poradenství, konzultačních služeb apod., resp. do **lékárenské prevence** a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví atd.; viz § 5 odst. 2 písm. i) cit. zák. č. 372/2011 Sb. A to prostřednictvím **farmaceutů** nebo **farmaceutických asistentů pro specifické lékárenské činnosti** či **farmaceutických asistentů pro léčivé rostliny**. Zdravotně politickou otázkou zůstává, zda a nakolik by toto lékárenské „odsunutí“ zdravotní péče v tradiční čínské medicíně bylo dostatečné z hlediska státního zajištění ústavně zaručeného sociálního práva na ochranu zdraví. Lékárenská zdravotní péče, navíc širších profesí, **těžko plnohodnotně**

nahradí péči ambulantní, nemluvě o jednodenní, či dokonce lůžkové péči pomocí dvou dosavadních specifických zdravotnických povolání.

Celkově můžeme shrnout, že státu dlouhodobě **chybí koncepce** tradiční a přírodní medicíny, ač je podporována Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Důsledkem bývají zdravotně a právně politické **přemety** dotýkající se **ústavně zaručených sociálních práv**. Jedním z takových přemetů se tu zabýváme. Uvažované veřejnoprávní (tudíž formální) podřazení tradiční a přírodní medicíny pod léčitelství **mimo** zdravotní služby **neznamená** koncepční řešení. Ústavně zaručené sociální právo na ochranu zdraví totiž **nelze vyjmout** ze spojení se **zdravotnickým vzděláváním** jako veřejnoprávní zárukou odbornosti v očích veřejnosti. Platí to alespoň pro některé léčitelské obory. Čím více vědy požadujeme, tím je nutno i více vzdělávání, a tedy i znalostí. Racionálně možným řešením se proto jeví **zahrnutí** některých léčitelských oborů do **zdravotních služeb** včetně veřejnoprávní regulace nelékařských zdravotnických povolání s vazbou na zdravotnické vzdělání. Poučit se lze z některých cizích zemí. U „zbývající“, volné, části léčitelství bychom mohli uvažovat o jejím profesním podřazení pod zákon o léčitelských službách, pakliže nebude součástí svobody náboženské víry a přesvědčení, popř. živnosti.

Lékařský funkcionář **Beneš**, předseda *pracovní skupiny pro posuzování nevědeckých léčebných a diagnostických metod* při předsednictvu *České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z. s.*, na veřejném slyšení o právní úpravě tradiční čínské medicíny, svolaném do Poslanecké sněmovny dne 14. září 2018, podotkl, že zařazení této medicíny pod



uvažovaný zákon o léčitelských službách bude „menším zlem“, než je dnešní zařazení ve zdravotních službách. Podle tohoto činovníka lékařské zájmové

korporace má ale stále jít o „zlo“. Zdá se proto, že ideologický a vědecký boj o změnu paradigmatu neskončil..

Vybrané odkazy:

- [TCM \(nakl. Elsevier\)](#)
- [TCM \(nakl. Springer\)](#)

Souvisící autorovy příspěvky:

- [Akupunktura jako problém zdravotnického práva](#)
- [Terapeut nebo specialista tradiční čínské medicíny](#)
- [The present legal status of the TCM in the Czech Republic](#)



POLITIKA, KONCEPCE



Daniela Stackeová: Zpráva o současném stavu výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR

DANIELA STACKEOVÁ: ZPRÁVA O SOUČASNÉM STAVU VÝUKY PSYCHOSOMATIKY NA VYSOKÝCH ŠKOLÁCH V ČR

V tomto článku bychom čtenářům rádi předložili výsledky šetření, jež proběhlo v podzimních měsících roku 2018 na základě iniciativy výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS s cílem zmapovat současný stav výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR. Jménem výboru jsem jako jeho pověřený člen oslovila proděkany lékařských fakult, dále fakult, na kterých se studují nelékařské zdravotnické obory, obzvláště pak fyzioterapie, a rovněž fakult humanitních, na kterých se studuje psychologie či pedagogika. Primárním cílem šetření však bylo zmapovat stav

výuky psychosomatiky u studentů medicíny. Oslovené vysoké školy byly vybrány z databáze vysokých škol v ČR, mailové kontakty na jejich proděkany pak byly vyhledány na webových stránkách vybraných škol. Bylo osloveno celkem devět lékařských fakult, čtyři fakulty či vysoké školy, na nichž se studují nelékařské zdravotnické obory (ty, jež jsou primárně zaměřeny na vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí), a spolu s nimi tři tělovýchovné fakulty a fakulta biomedicíny na ČVUT v Praze, na nichž se studuje obor fyzioterapie, osm fakult a vysokých škol, na nichž se



studuje jednooborová psychologie, a devět pedagogických fakult.

Mail s oslovením proděkanů se žádostí, aby poskytli informace o výuce psychosomatiky, byl rozeslán na začátku října 2018, tedy na začátku zimního semestru. Šetření pak bylo uzavřeno na začátku listopadu s předpokladem, že za déle než jeden měsíc již další odpovědi na výzvu nedostaneme.

Součástí mailu byla tabulka obsahující informace, o něž jsme zástupce školy žádali, konkrétně tyto: identifikační údaje dané školy/fakulty, obor studia, typ studia (bakalářské, magisterské), přesný název vyučovaného předmětu zaměřeného na psychosomatiku, typ předmětu (povinný, povinně-volitelný, volitelný), rozsah výuky a forma výuky (přednášky,

semináře), jméno garanta předmětu, přibližný počet studentů, jež ročně předmět absolvují, a fakt, zda je problematika vyučovaného předmětu součástí otázek ke státním závěrečným zkouškám.

Většina oslovených škol reagovala velmi vstřícně a ochotně, ať se na jejich škole psychosomatika vyučuje či ne, za což jejich osloveným zástupcům opětovně děkujeme. Pro získání informací jsme pracovali zároveň s webovými stránkami škol, na kterých jsou zveřejňovány studijní plány jednotlivých oborů (a na něž nás někteří zástupci oslovených VŠ odkázali), můžeme tedy v tuto chvíli konstatovat, že máme dostatečné informace pro vytvoření uceleného obrazu stavu výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR.

VÝUKA PSYCHOSOMATIKY NA LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH

Psychosomatika se jako povinný předmět dle našich současných informací nevyučuje na žádné z lékařských fakult. Na dvou lékařských fakultách se vyučuje jako předmět volitelný (z toho v jednom případě v jednom předmětu spolu s lékařskou psychologií). V jednom případě jde o předmět určený studentům všeobecného lékařství, ve druhém případě studentům zubního lékařství.

Další čtyři lékařské fakulty referují, že je u nich problematika psychosomatiky

zmiňována v rámci jiných předmětů – psychologie, lékařské psychologie, psychiatrie, psychologické propedeutiky, sociálního lékařství, humanitních základů medicíny, komplexní medicíny apod., avšak velmi stručně, zpravidla jde o jednu či dvě přednášky nebo semináře.

Na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně je psychosomatika akcentována mimo jiné i tím, že je zavzata přímo do názvu ústavu – Ústav psychologie a psychosomatiky.

VÝUKA PSYCHOSOMATIKY U STUDENTŮ FYZIOTERAPIE

Na dvou oslovených fakultách je předmět psychosomatika u studentů navazujícího

magisterského studia fyzioterapie povinný, na jedné fakultě pak volitelný a



na jedné fakultě povinně-volitelný pro studenty bakalářského studia fyzioterapie.

Podobně jako na LF je u studentů bakalářského studia zmiňována tato

problematika v rámci jiných, zpravidla psychologických předmětů, na rozdíl od studentů LF mají studenti fyzioterapie ve svých studijních plánech častěji klinickou psychologii, popř. psychoterapii.

VÝUKA PSYCHOSOMATIKY U STUDENTŮ DALŠÍCH NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

V tuto chvíli je na českých VŠ vyučována kromě fyzioterapie řada dalších nelékařských zdravotnických oborů – všeobecná sestra, zdravotní laborant, zdravotnický záchranář, radiologický asistent, adiktologie, zdravotně-sociální pracovník, nutriční terapeut, porodní asistentka, ochrana veřejného zdraví, rehabilitační-psycho-sociální péče o postižené děti, dospělé a seniory, protetik-ortotik a další.

Z dostupných informací v tuto chvíli vyplývá, že problematika psychosomatiky je u většiny těchto oborů stručně zmiňována v takových předmětech jako např. zdravotnická psychologie, ošetřovatelství či psychohygiena; že by byla psychosomatika někde vyučována jako samostatný předmět, se nám zjistit nepodařilo.

VÝUKA PSYCHOSOMATIKY U STUDENTŮ JEDNOOBOROVÉHO STUDIA PSYCHOLOGIE

Psychosomatika je jako samostatný předmět vyučována u studentů psychologie na dvou oslovených fakultách/vysokých školách (jedna z nich je škola soukromá, resp. jde o fakultu soukromé VŠ se sídlem v Polsku). Na

další fakultě je u studentů psychologie psychosomatika součástí výuky jiných předmětů – klinická psychologie, psychopatologie a další, a především je vyučována v předmětu psychologie zdraví a nemoci.

VÝUKA PSYCHOSOMATIKY U STUDENTŮ PEDAGOGIKY

Frekventovaným oborem na pedagogických fakultách je dnes výchova ke zdraví. Právě studenti tohoto oboru mají psychosomatiku v jednom případě jako samostatný povinný předmět, jehož problematika je součástí otázek ke státní závěrečné zkoušce. V dalším případě pak mají studenti tohoto oboru předmět teorie

zdraví a nemoci a teorie náhlých poruch zdraví. Standardně pak mají studenti tohoto oboru povinný předmět psychologie zdraví. Na jedné pedagogické fakultě mají studenti tohoto oboru povinný předmět práce s tělem v pomáhajících profesích, jehož obsah je



rovněž součástí otázek ke státní závěrečné zkoušce.

I u jiných pedagogických oborů se občasně setkáváme s předměty zaměřenými na sledovanou problematiku, například na jedné z dotazovaných fakult

je u oboru učitelství pro mateřské školy vyučován předmět psychosomatické souvislosti v práci učitele mateřské školy či jedna z pedagogických fakult nabízí v rámci celoživotního vzdělávání kurz práce se žáky s psychosomatickými obtížemi na ZŠ a SŠ.

ZÁVĚR

Z našeho šetření nevyplývá jednoznačný závěr.

Snad lze konstatovat, že o psychosomatiku je na vysokých školách zájem a je na řadě škol ve formě samostatného vyučovacího předmětu zavzata do studijního plánu. Jde však o věc velmi nesystematickou. Na některých vysokých školách je sledovaná problematika akceptována výrazně u více studijních oborů, na některých školách není studentům psychosomatika vůbec prezentována. Můžeme se jen dohadovat, zda jde o trend ovlivněný vedením školy, garanty oborů a snad i nedostupností odborníků, kteří jsou schopni na akademické úrovni v požadované šíři psychosomatiku prezentovat (i to se v průběhu dotazování stalo, že se na nás vedení fakulty obrátilo se žádostí o

doporučení přednášecího, protože mají o psychosomatiku zájem, jen nenašli vhodné odborníky pro výuku). Jen ve velmi málo případech je psychosomatika předmětem povinným. Bohužel právě ani na jedné lékařské fakultě, na něž bylo naše šetření primárně zaměřeno, není psychosomatika povinným předmětem, což není potěšující a je jistým kontrastem k faktu, že psychosomatika je jedním z oborů specializačního vzdělávání lékařů. Za jeden z významných cílů činnosti naší odborné společnosti považujeme podporu kvalitní výuky psychosomatiky na vysokých školách, přednostně lékařských fakultách, a to bylo i jedním z důvodů, proč jsme se rozhodli šetření provést, abychom na základě znalosti výchozího stavu mohli lépe jednat a rozhodovat o možných krocích směřujících k jeho zlepšení.



NÁVRH HLAVNÍCH TEMATICKÝCH OKRUHŮ PRO VÝUKU PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY NA LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH

Zpracoval MUDr. David Skorunka, Ph.D., upraveno po diskusi na výboru SPM ČLS

1. Úvod do psychosomatiky:

Historický přehled, vývoj, současnost. Základní pojmy a koncepce. Bio-psycho-sociální model. Etická dimenze psychosomatické medicíny. Oborové zařazení v ČR a systém vzdělávání; Situace v zahraničí.

2. Mysl a tělo; vzájemná interakce:

Filosofické problémy dualismu ve světle současných výzkumů; Stres a trauma. Model stres-vulnerabilita. Fyziologické mechanismy a projevy stresových reakcí. Psycho-neuro-imunologie. Interakce genetických faktorů a vlivů prostředí včetně epigenetické regulace. Lékařsky nevysvětlené příznaky (MUS), fenomén somatizace, disociace a konverze.

3. Teorie citové vazby a perspektiva interpersonální neurobiologie

Emoce jako psychobiologické fenomény ve vztahovém kontextu. Afektivní regulace, mentální reprezentace, základy subjektivního prožívání a schopnosti sdílení zkušenosti. Souvislosti s tělesnými (neurofyziologickými) procesy. Narativní koherence, integrace zkušeností, prožitků a významů jako základ zdraví a odolnosti.

4. Nemoc jako náročná situace

Zdraví a nemoc. Koncept salutogeneze. Závažné a chronické onemocnění, formy zvládnutí a psychická dimenze této zkušenosti. Rodina a nemoc, rodina jako zdroj opory i distresu, životní cyklus rodiny. Rodina jako partner spolupráce. Bolest. Umírání a smrt.

5. Psychoterapeutický přístup v medicíně

První kontakt a rozhovor s nemocným/rodinou. Význam terapeutického vztahu a další dimenze terapeutické spolupráce. Základní dovednosti pro vedení explorativně terapeutického rozhovoru včetně motivace ke sdílení zodpovědnosti a rozhodování.

Různé formy vedení rozhovoru včetně práce s časovou osou a narativního přístupu.

6. Specifické terapeutické přístupy I.

Stručné seznámení s psychoterapií. Hlavní psychoterapeutické modalities a jejich základní předpoklady relevantní pro využití v psychosomatické medicíně (psychoanalyticko-



psychodynamické; kognitivně-behaviorální; prožitkově zaměřené; rodinně/systemické; existenciální; práce s tělem). Formy psychoterapeutické spolupráce (individuální, párová, rodinná, skupinová).

7. Specifické terapeutické přístupy II.

Farmakoterapie jako součást komplexní psychosomatické medicíny. Využití psychofarmak u somatických onemocnění a terapie bolesti. Současný výzkum využití psychedelik. Význam a základní principy interdisciplinární spolupráce.

Doporučená literatura v češtině

- Honzák, R. (2017) Psychosomatická prvouka. Vyšehrad.
- Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008) Základní psychosomatická péče. Portál.
- Trapková, L., Chvála, V. (2004, 2017) Rodinná terapie psychosomatických poruch. Portál.
- Poněšický, J. (2011) Základy prevence a léčby neurotických a psychosomatických onemocnění, Portál.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (2010) Současná psychoterapie. Portál.
- Ayers, S., de Visser, R. (2015) Psychologie v medicíně. Eick
- Faleide, A., Faleide, E., Lilleba, L. (2010) Vliv psychiky na zdraví; Soudobá psychosomatika. Grada

Doporučená literatura v angličtině

- Siegel, D. (2012) The Developing Mind. New York: Guilford
- McDaniel, S., Hepworth, J., Doherty, W. (2013) Medical Family Therapy and Integrated Care, 2nd Edition. APA
- Asen, E., Tomson, D., Young, V., Tomson, P. (2003) Ten Minutes for the Family: Systemic Interventions in Primary Care. Routledge
- McLeod, J., McLeod, J. (2011) Counselling Skills; A Practical Guide for Counsellors and Helping Professionals 2nd Edition. Open University Press

Literatura v němčině

- Köhle, K. et al. (2016) Uexkull Psychosomatische Medizin; theoretische modelle und klinische praxis, 8. Auflage. Elsevier.

Vybrané časopisy v češtině

- Psychosom <http://www.psychosom.cz/>
- Psychiatrie pro praxi <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/inf-999909-0002.php>
- Psychoterapie <http://psychoterapie.fss.muni.cz/>



Vybrané časopisy v angličtině

- Psychotherapy and Psychosomatics
<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=JournalHome&ProduktNr=223864>
- Clinical Child Psychology and Psychiatry: <http://ccp.sagepub.com/>
- Families, Systems, and Health: <https://www.apa.org/pubs/journals/fsh/>
- Contemporary Family Therapy <https://link.springer.com/journal/10591>

JEDNÁNÍ VÝBORU SPM ČLS S VEDENÍM ČLK. ZÁPIS, KTERÝ ODMÍTÁ VEDENÍ ČLK UVEŘEJNIT

Dne 20.9. 2018 se konala schůzka členů výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP (SPM) MUDr. Chvála, MUDr. Ročňová, PhDr. Trapková s prezidentem ČLK MUDr. Kubkem a viceprezidentem MUDr. Mrozkem.

Členové výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP přednesli hlavní cíle a náplň činnosti SPM, kterými jsou:

1. Zakomponovat psychosomatiku do medicíny, jako její samozřejmou součást. V tomto bodě panovala shoda o nutnosti psychosomatického přístupu napříč medicínou. Lišíme se v prostředcích.
2. Nezbytnost rozšíření vzdělání lékařů v psychosomatice. SPM dlouhodobě a systematicky usiluje o rozšířené vzdělávání v psychosomatice včetně nástavbové atestace. SPM se daří rozšiřovat kurzy v postgraduálním vzdělávání. O kurz Základní psychosomatické péče je dlouhodobě velký zájem lékařů. Rozšiřujeme jeho kapacitu, abychom pokryli poptávku lékařů. Dlouhodobě se nedaří prosadit psychosomatické vzdělávání v pregraduálním vzdělávání, nesystematicky je zařazeno

zcela nedostatečně jen na některých fakultách. Pomohla by podpora a spolupráce s ČLK. Vedení ČLK chce podporovat pouze kurzy lékařů.

3. SPM dbá o vymezování a udržování hranic psychosomatické medicíny jako vědeckého oboru podpořeného mnoha výzkumy (především v zahraničí) tak, aby bio-psycho-sociální přístup pronikal do dalších oborů. Členové výboru SPM předložili kolegům z ČLK základní učebnice psychosomatické medicíny, i některé výzkumné práce z významných odborných časopisů. Kolegové z vedení ČLK vyjádřili obavy, že psychosomatika jako obor může přitahovat šarlatány, kteří se budou oborem psychosomatika zaštiťovat. Zástupci SPM pokládají právě tuto obavu za dobrý důvod k péči o psychosomatiku jako lékařský obor.

4. Členové SPM ve spolupráci s odbornou společností všeobecných praktických lékařů vypracovali doporučený postup pro léčbu pacientů s MUS pro praktické lékaře. To je způsob, jak psychosomatické myšlení vnášíme do praktické medicíny. Podporujeme vznik sítě odborných psychosomatických pracovišť, kterých je zatím málo a jsou vystavena velkému



náporu klientů. Hlavním argumentem vedení ČLK proti vzniku psychosomatiky jako nástavbového oboru je přílišné tříštění medicíny do dalších oborů, ale uznává pozitivní význam a nutnost psychosomatického přístupu v medicíně. Rozšíření v tuto chvíli je možné i právě

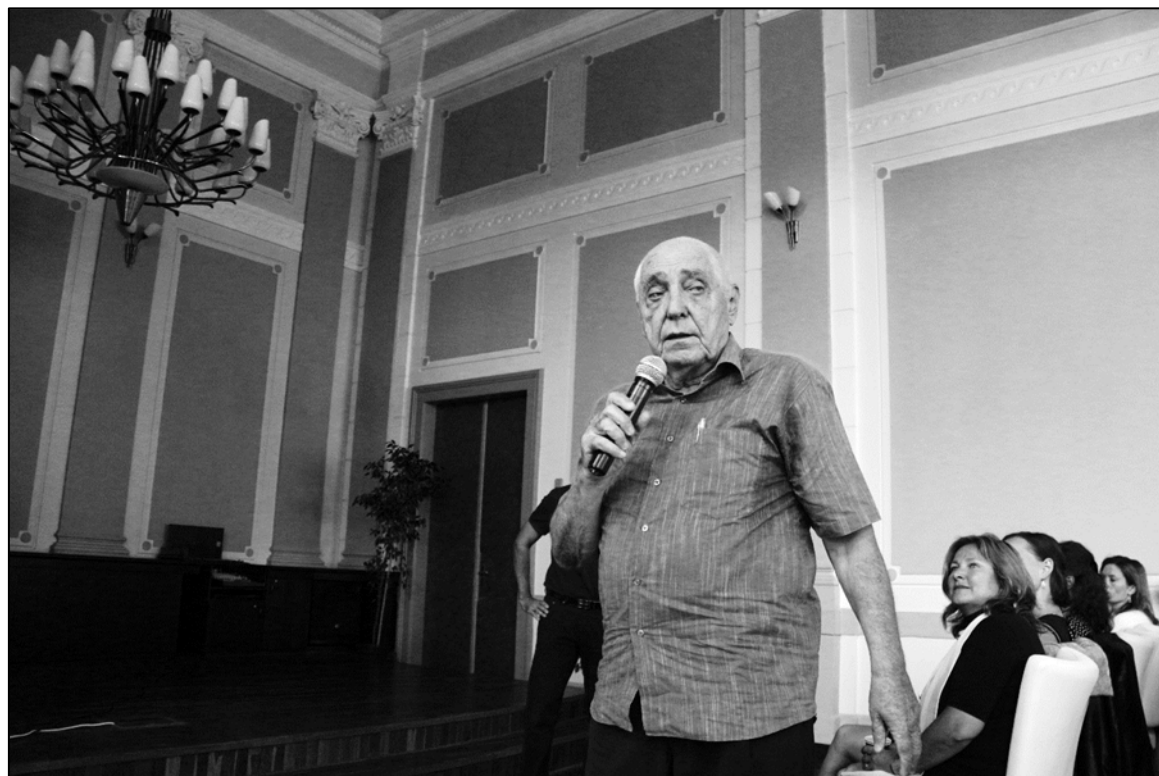
MUDr. Michaela Ročňová
MUDr. Vladislav Chvála
PhDr. Ludmila Trapková

díky vzniku Společnosti psychosomatické medicíny a nástavbového oboru psychosomatika.

Doufáme ve spolupráci a podporu ČLK ve společném cíli, přes existující rozpor ve zvolených prostředcích k jeho dosažení.



RECENZE



RADKIN HONZÁK: RADKOVSKÁ I, HOŘEJŠÍ J: ASPERGERŮV SYNDROM. ŽIVOT POD SPOLEČENSKÝM TLAKEM

(Galén, Praha, 2018, 165 s. ISBN 978-80-7492-386-9. Cena (v Luxoru) 171.- Kč)

Na seminářích o biblioterapii se doporučuje, aby knihy a další artefakty věnované životu nemocných, postižených a těžce se probíjejících četli v první řadě, a především jejich blízcí, pečovatelé, ošetřovatelé, učitelé zdravotníci, protože se z nich dozvědí stokrát víc než z učebnic a přednášek. A také postižení, aby viděli, že nejsou sami.

O citované knize to platí stoprocentně, navíc informace o celé problematice je díky detektivní práci Jaroslava Hořejšího mnohem širší a

doslov ukazuje na další možné souvislosti týkající se vzniku obtíží a možného léčebného zákroku úpravou diet a přísunem některých probiotik.

Na počátku byl zájem autorky podělit se o své dětské, adolescentní o dospělé zkušenosti se čtenáři. Nakladatel měl pro tuto snahu maximální pochopení a opatřil autorce zkušeného zpovědníka osobností ze zdravotnictví i jejich pacientů a vznikl velmi zajímavý dialog, uvedený historií a pochybnostmi o zářivém charakteru jejich kmotra.



Dialog autorky a novináře začíná odkazem na tuto ne zcela jasnou historii a čtenáře musí uchvátit okamžitě autorčina schopnost sebereflexe, když v prvních řádcích textu píše: „*Při kontaktu s takovými lidmi (= trpícími Aspergerovým syndromem) se málokdo ubrání pocitu, že je jimi citově vydrán, je jejich prodlouženou rukou do reality, stává se jejich sluhou.*“ Je to právě odvaha vidět vlastní jednání očima druhých, která dělá ze subjektivní výpovědi – jíž by takovýto text mohl být – dramatický obraz života postiženého jedince a jeho nejbližšího okolí. Tohle plastické vidění nám dovoluje nahlédnout na pnutí i konflikty a zároveň umožňuje pochopení, které při stejně kriticky vstřícném pohledu čtenáře může znamenat podstatné zlepšení při zvládání náročných situací.

Uvědomění odlišnosti přichází již v předškolním věku a najít své místo ve světě pomáhají filmy o podobných dětech, které navíc přinesou informaci, že jde o jinakost, nikoliv mentální retardaci nebo defekt. Už v tomto věku dítě ocení, když je mu ponecháno hájené teritorium, v němž se odehrává jeho jiný život. „*Dětský kolektiv mi nikdy nebyl pohodlný – píše autorka – na mě byly některé*

děti až příliš interaktivní.“ zde vyvstává každodenní těžkost se zařazením. Ve spojitosti s učením autorka srozumitelně popisuje, jaký problém představuje pro autisty zařazení informací do kontextu. To je přímo lekce pro pedagogy a speciální pedagogy (ti to snad ovládají), proč některé věci vážnou až do doby, než na ně dítě nebo adolescent přijde vlastní cestou.

Dospělá adaptace je trefně popsána takto: „*...ve vztazích na pracovišti musí panovat jistá míra povrchnosti, aby se ti lidé neubili navzájem. Opravdu nemusíte o každém vědět všechno. A tak se můžete soustředit na vydělávání peněz, což je společný cíl všech.*“ Takto postupně, ale stále s vzhledem do obou světů, mapuje autorka svou náročnou cestu životem.

Mám rád Kříčkovu báseň Jednička lomená jedničkou, která končí slovy: Svět by byl krásný, lidičky, kdyby / dle učitele Štěpničky každý z nás o bližním smýšlel / Jsi jednička lomená jedničkou / až na ty pravopisné chyby. Myslím, že to autorka předvedla ve svém textu přesvědčivě.

1.12.18
Radkin Honzák



JIŘÍ ŠÍPEK: J. RAUDENSKÁ, A. JAVŮRKOVÁ, G. VARRASI (EDS.) PAIN: MANAGEMENT, ISSUES AND CONTROVERSIES

Vydavatelství Nova Science Publishers, New York vydalo v roce 2017 další publikaci zaměřenou na téma bolesti. Podobně jako u knihy *The Psychological Context of Labour Pain* (New York: Nova Science Publishers, Inc. 2016) texty vytvořila a sestavila trojice již zkušených editorů.

Dvacet následujících kapitol čtenáře seznamuje s aktuálním stavem bádání v oblasti bolesti. Nejdříve jsou to témata obecnější, nabízející zamyšlení a podněty z oblasti somatické medicíny, přes psychiatrii až k detailním otázkám psychologickým. Krátce se můžeme zastavit u některých vybraných kapitol.

Autoři se nesnaží o řešení všech problémů spojených s bolestí. Využívají zkušeností řady odborníků a jejich každodenní praxe. Výsledkem je nabídka průhledů biologických, psychologických, sociálních, a pokud jen možno, tak i integrovaných. Výsledkem je stanovisko, shrnující řešení bolesti jako fenoménu v lidském životě a ne život zanořený do bolesti. To je postoj bezesporu žádoucí a svým způsobem navozující optimismus, i když se to z názvu celé publikace nemusí jevit.

Ještě je třeba dodat, že jde o téma bolesti chronické, tedy takové, která do života zasáhne podstatněji a jejíž horizonty nejsou zřejmé. Pochopitelně i dopady na kvalitu života jsou výrazné, někdy až devastující. Za povšimnutí také stojí to, že již v úvodu upozorňují editoři na důležitý rozdíl mezi bolestí a utrpením.

Z krátkého zastavení již vyplývá zdařilá mezinárodní spolupráce, resp. úspěch

editorů vybrat, vyzvat a podnítit tým autorů různé odbornosti k sepsání a sestavení studií. Zmíním opět jen některé, aniž bych řadil nebo jinak zohledňoval význam jejich příspěvků.

Už v první kapitole upozorňují italští autoři Antonella Paladini a Giustino Varrasi, že zvládání chronické bolesti nelze chápat pouze jako úkol farmakologický. V textu procházejí otázky, problémy rozvoje i organizační struktury medicíny zaměřené na léčbu a zvládání bolesti. A sociální hlediska důležitá pro tuto oblast medicíny hned následně probírají Norbert van Rooij, Giustino Varrasi a Antonella Paladini. Shelagh Weight si všímá mnohosti a rozporů různých teorií bolesti a prochází v tomto smyslu od doby nejstarší až po současnost. Přestože je centrálním pohledem neurověda, objevují se výrazy bolest a utrpení (zde bez bližšího vysvětlení) a prožitek bolesti, směřující již k propojování psychologickému. Zajímavé příspěvky však pokračují. Ukrajínští odborníci Vladimír a Yuriy Romanenko píší již přímo o medicíně bolesti zaměřené na osobu s poukázáním na sociální a psychologické faktory. Naše autorky Jaroslava Raudenská a Alena Javůrková dodávají prakticko-metodologickou analýzu škály VAS (visual analogue scale), která má měřit intenzitu, ale i kvalitu bolesti. V dalších textech je diskutována role psychiatra, pacientova spolupráce a zapojení do léčby bolesti, souvislost chronické bolesti a kognitivních faktorů, které bolest tak či onak modulují atp.

Druhá část knihy se zaměřuje na vybraná témata a problémy farmakologické léčby



bolesti. Ze čtyř příspěvků jsou dva od editorek této publikace. Na tomto místě se Alena Javůrková a Jaroslava Raudenská zaměřují na problémy kognice, opiátů a chronické bolesti u pacientů s chronickou bolestí nekarcinogenního i karcinogenního původu. V prvním případě autorky detailně studují, jak opiáty v situacích chronické bolesti interagují s kognitivními a afektivními faktory. Ve druhém textu autorky vycházejí z jemného třídění kognitivních procesů a jejich významu na dobré psychické fungování. Opiáty užívané pacienty v případech chronické bolesti mají na kognitivní procesy mnohdy nežádoucí negativní dopady. Zde není v popředí vytváření závislostí, ale snižovaná schopnost racionálně řešit situaci nemoci, narušovaná spolupráce s lékaři a vlastně s celým sociálním zázemím. V obou případech autorky vše dokládají mimořádně rozsáhlým množstvím literárních zdrojů od uznávaných světových odborníků.

Třetí část je věnována nefarmakologické léčbě bolesti. Nejde pouze o přístup, který bychom označili za psychoterapeutický. Kromě vlastní nefarmakologické intervence jde také o souvislosti situační, sociální a etické. Pokud se autoři přímo zaměřují na psychoterapeutické aspekty, tak nepřekvapí, že jde především o kognitivně behaviorální postupy. Ke dvěma textům ve znamení aplikace kognitivně behaviorální terapie u

chronicky nemocných opět od editorek knihy se přidává s vlastním příspěvkem další naše expertka Hana Neudertová. Zaměřuje se na komplementární a alternativní medicínské přístupy u chronických bolestí.

Málokterá publikace si klade tak náročný cíl, jako je propojení pohledů somatické medicíny a klinické psychologie, farmakoterapie a psychoterapie. Každá z těchto oblastí je dnes rozsáhlá a všudypřítomný tlak na specializaci neusnadňuje zmíněná propojování. O to větší význam vnímám u předložené knihy.

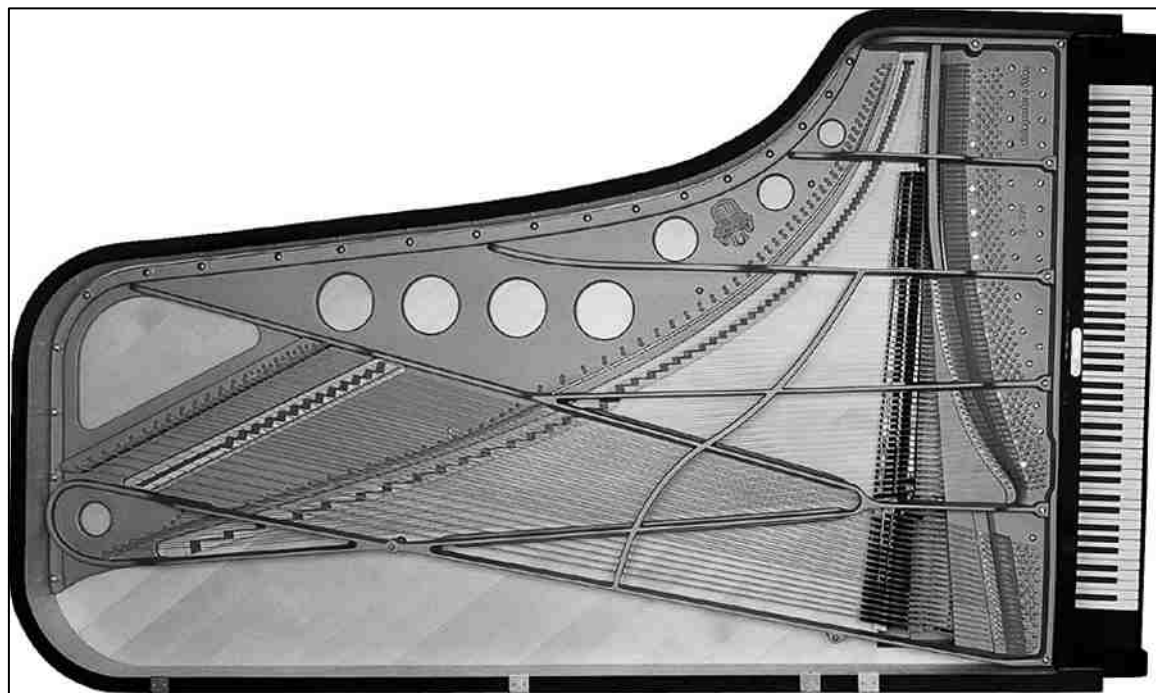
Z českých autorek ještě chci jmenovat českou autorku Kamilu Rasovou. Ta má podíl na textu o problematice botulotoxinu a jeho lékařského využívání. Ostatní odborníci, kteří se zapojili se svými příspěvky, jsou z Itálie, Německa, Velké Británie a Ukrajiny. Je to výsledek ukázkové mezinárodní spolupráce.

Výsledná kniha je velmi zdařilá a vědecky perfektně zpracovaná. Bude jistě sloužit jak již zkušeným odborníkům hledajícím mezioborové průhledy, tak studentům, kteří širším pohledům učí a zvykají si na komplexitu přístupů v léčbě; a jistě ne pouze té, která se zaměřuje na chronické bolesti. Všem ji vřele doporučuji.

Jiří Šípek



LITERÁRNÍ KOUTEK



MILDRED HONOR: HODINY KLAVÍRU

Tento příběh píše na naléhání svých přátel. Jmenuji se Mildred Honor. Jsem bývalá učitelka hudby na základní škole v Des Moines ve státě Iowa. Vždycky jsem si přivydělávala výukou hry na klavír. Dělal jsem to tak přes 30 let. Během těchto let jsem zjistila, že děti mají mnoho úrovní muzikálního nadání. Přestože jsem se nikdy nesetkala se zázračným dítětem, učila jsem několik velmi talentovaných studentů. Měla jsem ale i žáky, kterým muzikální nadání naprosto chybělo. Jedním z takových žáků byl Robby. Bylo mu 11 let, když ho jeho matka (samoživitelka) přivedla na jeho první hodinu klavíru.

Mám raději, když studenti (zejména chlapci) začínají v mladším věku, což jsem také vysvětlila Robbymu. Ale Robby mi řekl, že to byl odjakživa sen jeho matky slyšet ho hrát na klavír. A tak jsem ho přijala. Na konci každé hodiny, kterou jsme měli každý týden, vždycky říkal: „Maminka si mě jednou přijde poslechnout.“ Mně to ale připadalo beznadějně, protože on prostě neměl žádné vrozené nadání. Jeho matku jsem znala jen od vidění, když přivezla Robbyho nebo když na něj čekala ve svém starém autě. Vždycky zamávala, usmála se, ale nikdy nepřišla dovnitř. Pak jednoho dne Robby přestal na hodiny docházet. Chtěla jsem mu zavolat, ale usoudila jsem, že se kvůli nedostatku nadání rozhodl věnovat něčemu jinému. Byla jsem i ráda, že přestal chodit. Byl pro mou výuku špatnou reklamou! Za několik týdnů potom jsem poslala studentům pozvánku na recitál. K mému překvapení mě Robby (který dostal pozvánku) požádal, jestli by se mohl recitálu zúčastnit. Řekla jsem mu, že recitál je jen pro stávající studenty a jelikož on odešel, nemůže se zúčastnit. Řekl mi, že jeho matka byla nemocná a nemohla ho na



hodiny klavíru vozit, ale on že po tu dobu cvičil. „Prosím, slečno Honor, já prostě musím hrát,“ naléhal.

Nevím, co mě vedlo k tomu, že jsem mu dovolila na recitálu vystoupit – možná to byla jeho neústupnost, nebo možná mi něco uvnitř říkalo, že to bude v pořádku. Nadešel večer recitálu a tělocvična střední školy byla plná rodičů, příbuzných a přátel. Zařadila jsem Robbyho na konec programu, těsně před své vystoupení, kdy jsem měla poděkovat všem studentům a zahrát závěrečnou skladbu. Říkala jsem si, že pokud by to nějak pokazil, bude to až na konci programu a já svým závěrečným vystoupením budu moci zachránit jeho špatný výkon. Recitál proběhl hladce. Bylo vidět, že se na něj studenti připravovali. Pak přišel na pódium Robby. Měl zmačkané šaty a jeho vlasy vypadaly jako by si je učesal kuchyňským šlehačem. „Proč nebyl oblečen jako ostatní studenti?“ pomyslela jsem si. „Proč mu matka pro tento výjimečný večer alespoň neučesala vlasy?“ Robby si odsunul stoličku a já byla překvapená, když oznámil, že bude hrát Mozartův Koncert č. 21 C-dur. To, co jsem pak slyšela, mě vyvedlo z míry. Jeho prsty se zlehka pohybovaly po klávesách, dokonce po nich hbitě tančily. Přecházel z pianissima do fortissima, z allegro do virtuosu; jeho suspendované akordy, které interpretace Mozarta vyžadovala, byly úžasné! Nikdy jsem neslyšela někoho v jeho věku tak dobře zahrát Mozarta. Po šesti a půl minutě skončil velkým crescendem a všichni stáli a zuřivě tleskali!!! Ohromená a v slzách jsem vyběhla na pódium a ve velké radosti jsem Robbyho objala. „Robby, nikdy jsem tě neslyšela takhle hrát, jak jsi to dokázal?“ Robby to vysvětlil do mikrofonu: „Víte, slečno Honor, pamatujete si, jak jsem vám říkal, že moje maminka je nemocná? Měla rakovinu a dnes ráno zemřela. A víte... ona se narodila hluchá a dnes večer to bylo vůbec poprvé, co mě slyšela hrát. A já jsem chtěl, aby to bylo výjimečné.“

Ten večer nezůstalo v sále jediné oko suché. Když lidé ze sociální služby odváděli Robbyho z pódia, aby ho umístili do Fosterova ústavu, všimla jsem si, že i jejich oči byly červené a opuchlé. Pomyslela jsem si, o kolik se můj život obohatil tím, že jsem přijala Robbyho za svého žáka. Ne, nikdy jsem neučila zázračné dítě, ale tento večer jsem se já stala zázračným studentem ... Robbyho. On byl učitelem a já byla žákyní, protože mě naučil, co je vytrvalost, láska a důvěra v sebe sama. A možná taky jak na někoho vsadit, i když nevíte proč. O několik let později přišel Robby o život při nesmyslném bombovém útoku Alfreda P. v Murray Federal Building v Oklahoma City v dubnu 1995.

Autorství textu jsme nemohli ověřit. Red.



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 rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

