

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
sekretářka Radka Menclová

Adresa redakce:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz nebo na www.lirtaps.cz

Uzávěrka čísla 1/2017 dne 15. 1. 2017, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 12. 2016
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, esejů, 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 od roku 2017 běží 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, indexováno v 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:

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. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
 MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
 MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
 Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetřovatelství 3. LF UK, Praha
 Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
 PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
 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
 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, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
 PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
 Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
 Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
 Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



Obsah

Editorial	5
<i>Chvála V.: Jak budeme léčit v době postpravdivé?</i>	5
Teorie	7
<i>Telec I.: Evidence-based medicine?</i>	7
<i>Honzák R.: Důkazy účinnosti psychosomatického přístupu</i>	16
Souhrnné studie	22
<i>Honzák R.: Tělesná námaha a kognitivní funkce</i>	22
Výzkum	31
<i>Stackeová D., Javůrková V.: Vliv pohybové aktivity na kognitivní funkce u skupiny seniorek</i>	31
Reflexe	44
<i>Šimek J.: Hranice psychosomatiky</i>	44
Diskuse	52
<i>Baštecká B.: Komentář k článku Evidence based medicine? aneb O autoritě, svobodě a zodpovědnosti</i>	52
Eseje	59
<i>Růžička J.: Novoroční úvaha</i>	59
Politika, koncepce	67
<i>Stanovisko Etické komise ministerstva zdravotnictví k problematice psychosomatické medicíny</i>	67
Excerpta	69
<i>Honzák R.: Přečetli jsme za vás</i>	69
Akce	72
<i>Psychosomatická medicína 2017</i>	72
<i>Tisková konference 22. února 2017</i>	73
<i>Sebepéče 24.-25.2. 2017</i>	75
<i>International Systemic Research Conference 2017, March 8 – 11 in Heidelberg</i>	76
<i>Kurz IPVZ- Komplexní přístup ve fyzioterapii a rehabilitaci</i>	77
<i>Rodinná terapie poruch příjmu potravy. Kurz</i>	77
<i>XI. PPP Česká konference</i>	78
Nabídky	81
<i>Komplexní péče o psychosomatické pacienty v podmínkách psychiatrické léčebny Šternberk</i>	81
<i>Seminář péče o duši</i>	83



Vychází	86
<i>Psychologie lidské odolnosti</i>	<i>86</i>
<i>Sociální fobie a její léčba.....</i>	<i>87</i>
Literární koutek	88
<i>Jiná skutečnost.....</i>	<i>88</i>



EDITORIAL



CHVÁLA V.: JAK BUDEME LÉČIT V DOBĚ POSTPRAVDIVÉ?

Slovem roku 2016 se prý stalo slovo „post-truth“, tedy „postpravda“. Charakterizuje celou naši epochu, nebo pojmenovává hlavní problém naší doby? Zmizela potřeba testovat pravdivost? Jde už jen o to, kdo má silnější hlas? Bylo by to v příkrém rozporu s výrokem významného sociologa Gillese Lipovetskyho, který tváří v tvář změnám na konci dvacátého století prohlásil, že jednadvacáté století buď bude etické, nebo nebude vůbec. Kdo by se však věnoval etice v době postpravdivé? Vidíme to všude kolem. Nejviditelnější je to v politice, jejímiž houštinami se prolhává ke světlu celé panoptikum. Proč by trvali na pravdivosti, když i v čele světových velmocí se vyhlává první liga? Kde jsou doby, kdy pro jednu zapřenou

ejakulaci v oválné pracovně padala hlava státu! Dnes se dá zapřít celá armáda bez výložek, raketa mířící na civilní letadlo, krádež celých území. Soupeře ve volbách lze jakkoli pomlouvat, lidem slibovat cokoli, protože prý je to stejně jedno, vždyť oni stejně už ničemu nevěří.

V politice jsme na to zvláště my Češi zvyklí. Ale co se stane s medicínou, až rezignujeme na pravdivost? Jaká vlastně bude medicína v době postpravdivé? To není tak odtažitá otázka, jak by se na první pohled zdálo. Ona ta doba je už tady. Co jiného je vzpoura obyvatel vůči očkování nebo porodům v porodnicích, než projev nedůvěry? Jestliže se důvěra pacienta k lékaři (a lékaře k léku) významně podílí na efektu léku (viz

Honzák v minulém čísle), jak budou účinkovat léky, jakkoli chemicky bezvadné, podávané z rukou nedůvěryhodného lékaře? Máme vyzkoušeno, že špatně. Nejen lék, ale i procedura, jejímuž efektu nedůvěřujeme, má mnohem horší šanci na úspěch. A protože my lékaři jsme součástí cechu se specifickými pravidly, vzájemným respektem, úctou a kolegií, hodně záleží na tom, jak se na nás společnost dívá. Každý z nás se podílí na utváření důvěry nebo nedůvěry v medicínu. Jak nás, a tedy i naše

běží na ČT2. Z jedné z nejstabilnějších zemí se skrýváním reality okupace stane nebezpečný svět.

Ale víme to i my lékaři, když jsme z celé šíře lidské reality, která je vždy bio-psycho-sociální, vyjmuli jen to biologické? Když neumíme zkoumat pacienta a jeho svět v jeho úplnosti? Pokud léčíme svou pravdivostí, nejen ověřenými informacemi a znalostmi, ale celým svým životem, pravdivým vztahem k sobě i k druhým, je-li léčba především setkáním

Pokud léčíme svou pravdivostí, nejen ověřenými informacemi a znalostmi, ale celým svým životem, pravdivým vztahem k sobě i k druhým, je-li léčba především setkáním v dialogu, jak budeme léčit v době, kdy už žádná pravda nebude existovat, v době postpravdivé?

pacienty, poškozují vzájemné pŕtky, nebo kolegové, kteří využili důvěry lidí v lékaře, aby se uplatnili v politice, ale selhali, dali přednost snadným ziskům před zájmy těch, kdo je volili?

Důvěra je drahé zboží. To proto, že stojí v samých kořenech sociálních systémů. Niclas Luhmann ukazuje, jak každý sociální systém vzniká spontánně z dvojité kontingence, naprosté nahodilosti a nevypočitatelnosti chování druhého člověka při setkání dvou lidí. Teprve sociální systém zajišťuje jakž takž vypočitatelnost, očekávatelnost chování druhých lidí. A tak teprve sociální systém zvyšuje bezpečí každého z nás. Čím je předvídatelnější, čím je spolehlivější, tím je bezpečnější a tím více se můžeme vzájemně otvírat. Proto lež, záměrné překrucování pravdy, ale i jen její zamlčování, působí na společnost tak destruktivně. Vědí to dnes už i ekonomové. Čím více lidé důvěřují své vládě, tím stabilněji funguje ekonomika země. Působivě to ztvárnili autoři norského seriálu Okupace, který právě

v dialogu, jak budeme léčit v době, kdy už žádná pravda nebude existovat? V tomto čísle se znovu sešly dva texty dvou autorů, Radkina Honzáka a Iva Telce, na téma ověřování pravdivosti v medicíně. EBM z pohledu lékaře, právníka ale v diskusi také psycholožky Bohumily Baštecké. Pozoruhodně se setkává tentokrát výzkum se souhrnnou prací na téma pohyb a kognice. Celé číslo uzavírá vánoční úvaha Jiřího Růžičky. Při novém čtení Freudových prací na místo vědy nachází lásku. To je povzbuzující.

Povšimněte si nové verze Psychosomu na webu. Z bezpečnostních důvodů jsme přešli na platformu Joomla, a tak se změnil i dosavadní vzhled. Doufáme, že si zvyknete. Přechodně tak mohou chodit informace (mailetter) z webu Psychosomu i těm, kdo si ho neobjednali. Protože jsme přišli o již stabilizovaný adresář, využili jsme pro první rozeslání webový adresář Společnosti psychosomatické medicíny ČLS.

V Liberci 20. 1. 2017



TEORIE



TELEC I.: EVIDENCE-BASED MEDICINE?

SOUHRN: TELEC I.: EVIDENCE-BASED MEDICINE? PSYCHOSOM 2017; 15(1), s.7-15
Príspevek podrobne rozebírá pojem evidence-based medicine. Dôraz je kladen na to, že nejde o pojem právni. Právni rád disponuje vlastním systémom procesního dokazování účinnosti nebo bezpečnosti zdravotních služeb. Článek obsahuje kritické právni zamýšlení nad pojmem evidence-based medicine z hlediska psychosomatiky. Téma je nahlíženo pohledem zdravotnického práva a pluralitní medicíny v občanské společnosti. Autor se věnuje též kritice ideologického boje, který souvisí s evidence-based medicine v současných českých společenských podmínkách. Dílčí kritika je věnována závěrům sjezdu delegátů České lékařské komory z podzimu 2013, které se týkají odmítnutí garance zdravotnického vzdělávání, pokud by nebylo vedeno ve smyslu evidence-based medicine.

KLÍČOVÁ SLOVA: Evidence based medicine, zdravotnické právo, psychosomatika a právo

SUMMARY: TELEC I.: EVIDENCE- BASED MEDICINE? PSYCHOSOM 2017; 15(1), PP. 7- 15

The article is devoted to some details of the concept of evidence-based medicine. The emphasis is placed on the concept, that the notion evidence-based medicine is not a legal term. The legal order has its own system of procedural proving the efficacy or safety of medical services. The paper contains a critical legal reflection on the concept of evidence-based medicine in the terms of psychosomatics. The topic is concerning to the medical law and medicine in a pluralistic civil



society. The author also focuses on the criticism of the ideological struggle, which relates to the evidence-based medicine in the contemporary Czech social conditions. The partial criticism is devoted to the conclusions of the congress of the delegates of the Czech Medical Chamber in the autumn of 2013, concerning the refusal of guaranteed medical education, if not conducted in the terms of evidence-based medicine.

KEY WORDS: Evidence based medicine, psychosomatics, medical law

ÚVOD

Ve zdravotnictví slyšíme slova *evidence-based medicine*. Dokonce jen v podobě zmezinárodně anglické zkratky *EBM*. Výraz pronikl i do jiných oborů. Sám jsem například nedávno použil výraz „právní věda založená na důkazech“. Rozuměno ve smyslu vědeckých závěrů na základě přezkoumatelné právní argumentace vycházející z právní metodologie.

Evidence-based medicine **není pojmem právním.**

Jde o typicky **mimoprávní** odborný pojem. Tam, kde se právo veřejného zdravotního pojištění dovolává „existence vědeckých důkazů“ účinnosti zdravotního výkonu, rozumí se tím **právní kvalifikace** tohoto pojmu. Navíc **jen** pro účely práva veřejného zdravotního pojištění. Právní řád je **nezávislý** na přírodovědeckém způsobu myšlení nebo prokazování dějů. Každý z obou společenských řádů má svá **vlastní pravidla**, včetně **pravidel argumentace**. Pro právo je příznačná procesní **zásada volného hodnocení důkazů**.

Ve **zdravotnicko-právním** kontextu proto chápeme *evidence-based medicine* jako jeden z řady možných (a **vedle sebe** existujících) lékařských přístupů **plura-**

litní medicíny v pluralitní občanské společnosti; a to právně možný **jen tehdy**, pakliže bychom se nedostali do **rozporu** s evropskou *Úmluvou o lidských právech a biomedicíně* z roku 1997, kterou je Česko vázáno; (sděl. č. 96/2001 Sb. m. s.).

Intelektuální směr typu *evidence-based medicine* **nesouvisí** s legálním vymezením „náležité odborné úrovně“ zdravotních služeb, *lex artis medicinae*, resp. s patientským právem na takovéto plnění podle zákona o zdravotních službách. Uvedený náhled či směr **není** obsažen ani v prvku „pravidel vědy“ podle zákona o zdravotních službách.

Srov. též lékařské přístupy typu *patient-based medicine*, *opinion-based medicine*, *empirical-based medicine*, *science-based medicine*, *narrative-based medicine*, *trust-based medicine* či *real-world medicine* aj. Odpovídá to ostatně **věcné a druhové rozmanitosti zdravotních služeb** na trhu. Od „prostého“ vytržení zubu, předepsání kyseliny acetylsalicylové v lékové formě až po léčbu zvířaty, hudbou nebo výtvarným uměním. Poslední z toho známe i ze školských nebo sociálních služeb.



VÝZNAMOSLOVÍ

Anglické slovo „evidence“ bývá do českého odborného jazyka lékařského překládáno jako „důkaz“. Nabízejí se ale i jiné překlady. Srov. také slovo „evidentní“ ve významu zřejmosti na první pohled (důkaz *prima facie*). Pro důkaz v právním smyslu se používá i slovo „proof“; viz *burden of proof*, český důkazní břemeno.

Polemicky o tom krátce před časem pojednal Schwarz v časopisu *Ikaros*, 2005, č. 3: zde: <http://ikaros.cz/evidence-based-dukazy-svedectvi-fakta-nebo-doklady> Na Schwarze navažují Konečná, Slouková a Mardešić v knize *Medicína založená na důvěře*,

prospěch **českého překladu** *evidence-based medicine* jako „lékařství založeného na dokladech“.

Spíše bychom ale měli hovořit o **podkladech**, nikoli o „dokladech“. Z hlediska klinické praxe totiž půjde o **podklady pro klinické rozhodnutí** tak, aby **nebylo autoritářské** („pan primář má vždy pravdu“) nebo **zaostalé**. Ani opřené o **klinickou zkušenost** z odborné praxe, avšak o zkušenost **nahodilou bez systematického nahromadění a bez konfrontace** s klinickou zkušeností jinou nebo získanou **bez odborného dohledu** (a přezkumu).

Intelektuální směr typu evidence-based medicine nesouvisí s legálním vymezením „náležité odborné úrovně“ zdravotních služeb, lex artis medicinae, resp. s patientským právem na takovéto plnění podle zákona o zdravotních službách.

Praha, Galén 2012, s. 97–99. Významoslovně i jazykově můžeme poukázat na názor *Schwarzův*, přejatý i zmíněnými spoluautory. Tzn. ve

Co se prokázanosti týče, důkazy jsou argumentačně vyvoditelné až ze zhodnocení dostupných podkladů nebo jiných skutečností, což je další otázkou.

ROZLIŠOVÁNÍ A TAKÉ O ŠTĚSTÍ

Z výše uvedeného vyplývá, že **lékařská doktrína** formalistického lékařství založeného na **hierarchizovaných** dokladech v jejich **přírodovědně vázaném** smyslu pro účely **nauky o nemoci** (epidemiologii) se **věcně neuplatňuje ve všech zdravotnických oborech**, nebo se neuplatňuje stejnou měrou. Tento **právní závěr** platí též pro hrazení zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění. Nelze se proto divit, že kupříkladu v epidemiologicky významné

Cochranově knihovně nalezneme jen pár odkazů týkajících se psychosomatiky.

Věcně, ale nakonec i právně, totiž musíme důsledně **rozlišovat**.

Na **jedné straně** epidemiologické, resp. biostatistické účely prokazování **kvantifikovatelných zdravotních dějů**, a to s ohledem na **obecné zájmy vědy** (zejména epidemiologie jako části lékařské vědy) nebo **obecné zájmy společnosti**; srov. biostatistiku a zdraví



populace, resp. veřejné zdraví a jeho veřejnoprávní ochranu ve veřejném zájmu.

Jde zde o jednu, a to **účelovou** stránku věci, kterou **nelze věcně zaměňovat**, alespoň nikoli pokaždé, s **plněním závazku péče o zdraví** mezi poskytovatelem a konkrétním pacientem v jeho **jedinečnosti**. To pak stojí na **straně druhé**.

V podstatě jde o známé intelektuální pnutí mezi **všeobecností a jedinečností** medicíny.

V případě **plnění závazku péče o zdraví** ovšem půjde o **právně nadřazený účel**, resp. hodnotu; a to o **soukromý zájem pacienta** a o **blaho** každé jedinečné lidské bytosti – v její **jedinečnosti** ve štěstí i neštěstí, utrpení, bolesti nebo zármutku, ale i radosti a zdravotní spokojenosti.

Připomeňme si občanský zákoník z roku 2012 a státní uznání **přírozeného práva brát se o vlastní štěstí** a štěstí své rodiny nebo lidí blízkých takovým způsobem, jenž nepůsobí bezdůvodně újmu jiným (§3, odst. 1). Vystižena tím je **deviza** celého soukromého práva. Český stát podústavní systematickou cestou **hodnotově** zdůraznil **privátní autonomii** každého jedinečného člověka v jeho osobních a majetkových poměrech čili ústavně zaručenou lidskou svobodu. Výraz „štěstí“ byl státem použit záměrně, protože obsahově dobře vystihuje **subjektivní** stránku bytí. Každý totiž můžeme pociťovat štěstí v něčem jiném a svobodně je projevovat navenek (hodnota svobody). Zároveň ale musíme být **ohleduplní** na ostatní (princip odpovědnosti). Platí to principiálně pro celé soukromé právo, tedy i pro **plnění závazku péče o zdraví** (zdravotní služby). Srov. např. pacientovy preference, včetně jeho duchovního bytí apod.

V podstatě jde o známé intelektuální pnutí mezi všeobecností a jedinečností medicíny.

ANEKDOTY?

Úlohou například praktického lékaře pro dospělé nebo klinického psychologa **není**, aby v ambulanci při péči o zdraví pacienta hodnotil výsledky zdravotních výzkumů pro **epidemiologické** účely, tedy prováděl přírodovědecká prokázování spolehlivosti. **Nezaměňujme** lékaře nebo psychologa jako **odborníky** na praktickou činnost za **výzkumníky**.

Bez ohledu na různé známé i méně známé literární výměry *evidence-based medicine* lékař nebo psycholog by odborně vycházel z dostupných nejlepších, tzn.

nejvíce odborně vypovídajících, **podkladů** a z **klinické zkušenosti**. Může jít i o zobecnělou klinickou zkušenost celé generace lékařů. Jistou roli přitom stále sehrává i **lékařova intuice**, protože lékař není stroj, nýbrž člověk. Stejně tak i pacient.

Na první pohled je každému jasné, že **věcně** pokaždé **nemůže** jít o podklady v podobě randomizovaných dvojité zaslepených klinických studií provedených na velkém, např. i mezinárodním, souboru pacientů pro epidemiologické účely, resp.



v podobě přehledů těchto studií. Typicky například v oblasti **duševního zdraví** se musíme spokojit například s vědecky strukturovanými **kazuistikami**. Takovýto stav je **věcně odůvodněn** odbornou prací s **kvalitativními znaky** u pacientů, ale i u lékařů. Zejména hrají roli **jedinečné osobnosti** pacientů, včetně individuálního stavu jejich duševního zdraví.

Srov. **soukromoprávní ochranu jedinečné lidské osobnosti**, včetně zdravotní stránky, spojené s **přírozenými právy** člověka, uznanými státem v podobě občanského zákoníku.

Na **rozumném**, tj. **přiměřeném** a okolnostmi případu umožněném, používání lékařského stylu typu *evidence-based medicine* jistě není nic špatného. Nutno ale vzít v potaz nejen kvantifikovatelné biochemické pochody v lidském těle, ale i **kvalitativní proměny duševního zdraví** pacientů. Na tuto skutečnost samozřejmě reaguje světový **zdravotnický výzkum**, ať kvantitativní, nebo kvalitativní. Srov. též občanský zákoník a přirozené právo na

duševní a tělesnou integritu. Stát si je toho všeho dobře vědom.

V přírodních vědách se používá, poněkud hanlivě, výraz *anecdotal evidence*, navozující „žertovné příhody“. Srov. také *anecdota*. Má jít o **subjektivní sdělení**, pozorování nebo příklad, který může, anebo nemusí být **spolehlivý (reliable)**. Ve formalizované a hierarchizované, vázané, **ideové** soustavě přírodovědeckých podkladů bývá takový důkaz brán za **slabý**, nedostatečně reprezentativní u širších skupin lidí nebo za podmínek v jiném prostředí. Ano, v univerzalistickém epidemiologickém smyslu to může být pravda. Jenže plnění **závazku péče o zdraví** konkrétního pacienta v jeho **individuálním stavu** je něco poněkud jiného.

Právní pohled, založený na **volném hodnocení důkazů řádnosti** (odborné správnosti) **splnění závazku péče o zdraví**, je principiálně **odlišný**. Podstata a smysl spočívá v odborně vynaložené **snaze** o pacientův prospěch, je-li takováto snaha alespoň potenciálně přínosná.

Problém nastal až následně. Spočívá v tom, že z rozumného a dobově ovlivněného přístupu se časem stala lékařská doktrína až dogma v rozporu s podstatou a smyslem evropské Úmluvy o lidských právech a biomedicíně z roku 1997.

PŘÍČINY

Kořeny vzniku zahraniční **ideje evidence-based medicine** pramení v počátku 90. let minulého století. Spočívaly v tom, aby při **klinickém rozhodování** v praxi nebyla brána v potaz jen **klinická zkušenost**, resp. zavedená klinická praxe, ale též **epidemiologické poznatky lékařské vědy**, a to co do epidemiologicky nejlépe doložených

poznatků. Snahou bylo řešit **střet mezi pokroky lékařské vědy a zažitou praxí** setrvávající například u **překonaných technik** nebo u předepisování **nadměrně zatěžujících jedovatých látek**. Šlo proto o pochopitelnou a rozumnou reakci na **zapouzdřený** stav zdravotní péče, který bylo záhodno doslova provětrat.



Problém nastal až následně.

Spočívá v tom, že z rozumného a dobově ovlivněného přístupu se časem stala **lékařská doktrína** až **dogma** v rozporu s **podstatou** a **smyslem** evropské

Úmluvy o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Úmluva je totiž pojata **lidsko-právně** tak, že výslovně **upřednostňuje zájem a blaho lidské bytosti** před **zájmem společnosti nebo vědy**.

Důkazem ideologického používání, přesněji zneužívání, lékařského pojmu evidence-based medicine slouží to, že tento pojem až dogmaticky používají aktivističtí stoupenci světónázorového hnutí Nového skepticismu, často laici v lékařství i právu.

IDEOLOGICKÝ BOJ

Jestliže má být *evidence-based medicine* výrazem svědomitého, zřetelného a soudného používání poznatků lékařské vědy, prostého autoritářství, neznalosti či svévolného odmítání pokroků světové lékařské vědy, pak o tomto odborném pojmu musíme uvažovat **racionálně**; tudíž **i věcně** a nakonec též **právně**. A také odborně správně.

Stranou musíme nechat i různé **filozofické lékařské postoje**. Některý lékař je pozitivista, který má **filozoficky** blízko k *evidence-based medicine*, jiný lékař může být zase vitalista apod. Jde o **přesvědčení** svobodných lidí, formulující jejich lékařské postoje k nemocem, do kterých **nemůže** stavovská komora nikomu mluvit, ani přímo, ani nepřímo.

Žel, stalo se ale v průběhu krátkého času, že z *evidence-based medicine* se stal **pojem ideologický**.

Používán bývá kupříkladu v **ideologickém boji** proti tzv. nekonvenční medicíně v přírodovědeckém smyslu, ale i proti velmi „konvenční“ a světově zavedené psychosomatice. Srov. např. *Ústav psychologie a psychosomatiky*

Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně aj. Základy psychosomatického lékařského myšlení byly ve světě dávno popsány. U nás také viz *Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z. s.*, anebo starší *Sekci psychosomatiky České psychiatrické společnosti*, spadající rovněž pod *Purkyňovu* lékařskou společnost.

Důkazem **ideologického používání**, přesněji **zneužívání**, lékařského pojmu *evidence-based medicine* slouží to, že tento pojem až dogmaticky používají **aktivističtí stoupenci světónázorového hnutí Nového skepticismu**, často laici v lékařství i právu. Leckdy lidé nadaní nedůvěřivostí a pochybovačností nad přiměřenou míru racionální vědecké zdrženlivosti před ukvapenými vědeckými závěry. Zároveň to bývají ideoví bojovníci proti náboženství (kromě pár osobních výjimek zvláštního rázu). *Evidence-based medicine* může někomu **iracionálně** sloužit jako **modla**, uctívaný fetiš, **bez ohledu** na věcný obsah lékařské odbornosti a služeb.



Racionální, věcně podloženou, odbornou nebo vědeckou rozpravu ovšem **nelze** vést na **mimovědeckém ideologickém základě**, resp. podle **světónáborové libosti**. Zideologizovaný pojem *evidence-based medicine* se tak v některých materialisticko-filozofických kruzích stal fakticky **náhračkou**

vědeckého světového názoru, resp. jde přímo o jeden z jeho projevů; např. v souvislosti s vědeckým naturalismem či vědeckým skepticismem jako dobovými podobami vědeckého světónázoru, pramenícího z **mimovědeckého** světa idejí a ideologií. Nikoli snad z vědy samé.

Ideové tažení České lékařské komory proti psychosomatice v roce 2013 může pamětníkům připomínat lékařská tažení proti „pověřám“ nebo různým „-ismům“ v době minulého komunistického politického režimu.

VII. CHYBA ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

Sjezd delegátů České lékařské komory konaný v Brně ve dnech 16. až 17. 11. 2013 konstatoval, že „ke zkvalitnění postgraduálního vzdělávání lékařů jsou nezbytná následující opatření“ (...) „Nezařazovat do systému postgraduálního vzdělávání obory, které nejsou založeny na principech EBM“ (rozuměno evidence-based medicine, pozn. aut.), „jako jsou například psychosomatická medicína a čínská medicína.“; bod 43 usnesení XXVII. sjezdu; zde: [http://www.lker.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99436](http://www.lker.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99436)

Stavovské zájmové usnesení se zjevně **míjí** se světovými **vědeckými poznatky zdravotního výzkumu**, zejména kvalitativního, některými vědeckými teoriemi, jakož i se systematickou klinickou zkušeností a vysokoškolskou výukou v Česku (nemluvě o zahraničí).

Divil bych se, kdyby většina sjezdových delegátů nebo i kterýkoli z nich si předem uvážlivě pročítal světové vědecké časopisy z oboru lékařské vědy zaměřené na psychosomatiku. Přesto delegáti hlasovali, jak hlasovali. Sjezdové delegáty neomlouvá, kdyby se snad ztratili v „hlasovací mašinérii“ a ani pořádně

nevěděli, proč o něčem hlasují, těšíce se třeba na chlebičky o přestávce. Není-li některý lékař schopen vykonávat veřejnou funkci odpovědně, nechť ji raději nevykonává a věnuje se svým pacientům.

Ideové tažení České lékařské komory proti psychosomatice v roce 2013 může pamětníkům připomínat lékařská tažení proti „pověřám“ nebo různým „-ismům“ v době minulého komunistického politického režimu.

Otázkou proto je, zda a nakolik za současného stavu **vědeckého poznání a zdravotnického vzdělávání** ještě jde o legitimní stavovský zájem, nebo již jen o ideologický boj či světónázor, popř. o prostou neznalost či nevědomost sjezdových delegátů, ochotných bezmyšlenkovitě odhlasovat „cokoli“.

Česká lékařská komora také zřejmě **přehlédla lékařskou odbornost psychosomatika** podle bodu 44 příl. 2 vyhl. č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů. Novela zavádějící tento obor



přítom byla Ministerstvem zdravotnictví přijata dne 5. 9. 2013 (vyhl. č. 286/2013 Sb.). Sjezd delegátů komory se konal až v polovině listopadu 2013. Česká lékařská komora tak nepřímou vystoupila **proti státu a jeho zdravotnickému právu**, jestliže **odmítla stavovskou garanci části celoživotního vzdělávání lékařů**, a to u státem výslovně uznaných **odborníků** a svých členů.

Tím se stavovská komora dopouští **znevýhodňování** části svých nucených členů s lékařskou odborností psychosomatiků nebo členů o tuto odbornost usilujících. Stalo se tak v ideový prospěch pouze jednoho z lékařských stylů, který sleduje **účelový význam epidemiologický**.

Těžko proto hledat ospravedlnění stavovského aktu z hlediska **pacientské veřejnosti**. Nemluvě o principu **kvality zdravotních služeb** na trhu, která je nedílně spjata právě s **kvalitou zdravotnického vzdělávání**. Pokud by Česká lékařská komora skutečně chtěla svým členům pomoci, mohla kupříkladu zpřísnit hlediska pro své veřejnoprávní vzdělávací garance. Nikoli snad garance odmítat jakoby z trucu. Členové stavovské komory tak musí v psychosomatickém oboru vyhledávat akce celoživotního vzdělávání mimo vlastní komoru; například na vysokých školách.

Nepřímou by to mělo vliv na hospodářské zájmy nucených členů, pokud by šlo o vzdělávací bonifikace ve vazbě na zdravotní pojišťovny.

Stavovské odmítnutí všeobecné veřejnoprávní garance vzdělávání v psychosomatickém oboru pro nedostatek „EBM“ je proto nejenom dětinské, ale může vést i k **právně politické úvaze** o možném budoucím ponížení veřejnoprávního významu České lékařské komory samé. Pakliže by stavovská korporace dále hodlala, byť nepřímou, směřovat **proti zájmu pacientské veřejnosti a části svých nucených členů**. Zároveň by se mohla znovuotevřít právně politická otázka nuceného členství zaměstnanců ve stavovské komoře, nejde-li o podnikatele.

Zahájí komora vzdělávací tažení i proti psychoterapii? Anebo proti některým psychiatrickým směrům? Pokud snad ano, měly by tyto otázky náležet spíše **odborným společnostem** než profesní samosprávě.

Na výše navozenou právně politickou stránku nelze zapomenout, protože se **objektivně dotýká veřejného až státního zájmu**. Nikoli pouhého dílčího zájmu stavovského. V občanské společnosti platí, že korporativismus ustupuje zájmu veřejnému, zde přímo zájmu státnímu.

Pánem svého zdraví, tedy i „pánem zakázky“ péče o zdraví je podle zákona pacient. Nikoli poskytovatel služeb na trhu, natož stavovská korporace.

ZÁVĚR

Skutečná lékařská věda je otevřená a odvážně překračující obzory bez ohledu na proměnlivé místní a časové doktríny nebo dogmata. Jinak by ani nebylo

vědeckého pokroku. Skutečná věda se často věnuje tématům nekonvenčním, protože právě ta mohou potenciálně skýtat netušené objevy. Ovšem i nebez-



pečí osobních, mocenských nebo ideologických střetů či slepých cest.

Nedivme se, že mnozí lidé raději dávají přednost přírodním léčitelům nebo třeba dulám. Utíkají od **univerzalistické odosobněné evidence-based medicine**, která sleduje obecný zájem lékařské vědy či představitelů lékařského stavu jako součásti společnosti.

Lidé hledají spíše obyčejnou **důvěru**, kterou vkládají do těch bližních, kteří jsou ochotni a schopni jim naslouchat a skutečně pomáhat i bez ohledu na hospodářské zájmy vydavatelů tzv. impaktovaných lékařských časopisů na trhu.

Hledáme-li příčiny soudobého odlidštění západní biomedicíny, zkusme se nejprve poohlédnout po dogmatu *evidence-based*

medicine. Původní, vcelku racionální, důvod vzniku tohoto lékařského stylu se spíše vytratil. Zůstala jen formalistická schránka. O tu ovšem pacienti ani pojištěnci nestojí.

Lépe být uzdraven bez ohledu na *evidence-based medicine* než po vědecku chronicky nemocen, ne-li už dávno mrtev.

Jestliže by snad Česká lékařská komora měla nějaké pochybnosti, stačilo by si přečíst *Sbírku mezinárodních smluv*. Nalezla by tam, že „*Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.*“

Pánem svého zdraví, tedy i „pánem zakázky“ péče o zdraví je podle zákona pacient. Nikoli poskytovatel služeb na trhu, natož stavovská korporace.

Do redakce přišlo 28.11.2016

K tisku zařazeno po recenzním řízení 15.1.2017

Střet zájmů není znám



Prof. JUDr. Ivo Telec, CSc., profesor občanského práva a vedoucí katedry soukromého práva a civilního procesu Právnické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde též vede výzkumnou skupinu práva duševního vlastnictví; advokát a mezinárodní rozhodce. Představitel vysokých škol v Akademickém sněmu Akademie věd České republiky. Původně státní notář a úředník. Od roku 1991 působil na brněnské právnické fakultě, později i na fakultě informatiky. V Ústavu soudního inženýrství Vysokého učení technického v Brně se zabývá znaleckým právem. Přednášel též na Fakultě práva Panevropské vysoké školy v Bratislavě. Byl hostujícím výzkumníkem v Ústavu

Maxe Plancka pro zahraniční a mezinárodní patentové, autorské a soutěžní právo v Mnichově a v Mezinárodním ústavu pro sjednocení soukromého práva (UNIDROIT) v Římě. Působil ve vědecké radě Masarykovy univerzity v Brně, jiných akademických orgánech a oborových radách sociálních a ekonomických věd Grantové agentury České republiky a Grantové agentury Akademie věd České republiky (místopředseda oborové rady). *Více viz Psychosom 4/2016*





HONZÁK R.: DŮKAZY ÚČINNOSTI PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU

(Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, přednosta doc. MUDr. B. Seifert, PhD, Albertov 7, 12800 Praha 2; IKEM Praha, ředitel MUDr. A Herman, MBA, Vídeňská 1958, 1400 Praha 4)

*Živý organismus
se za přesně definovaných fyzikálních a chemických podmínek
chová, jak ho zrovna napadne.*

HONZÁK R.: DŮKAZY ÚČINNOSTI PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU, PSYCHOSOM 2017; 15(1) S.16-21

Účinnost psychosomatického přístupu je prokazována klinickými výsledky a dnes je možné pomocí zobrazovacích a dalších metod z oblasti neurovědy objektivizovat děje, které jsou za to odpovědné. Autor shrnuje současné teorie podložené objektivními nálezy zjišťovanými v průběhu terapie.

KLÍČOVÁ SLOVA: psychosomatický přístup – objektivní nálezy – terapeutický vztah



HONZÁK R.: EFFECTIVITY EVIDENCE OF THE PSYCHOSOMATIC APPROACH, PSYCHOSOM 2017; 15(1) PP.16-21

We can report efficiency of psychosomatic approach and we can identify key elements that drive an intervention's effect too. The author summarizes recent theories supported by objective signs detected in the course of therapy.

KEY WORDS: *psychosomatic approach – objective evidence – therapeutic relationship*

Medicína založená na důkazech (EBM) snáší důkazy statistického charakteru o výsledcích biologické léčby. Bere-li se tento v zásadě redukcionistický postup jako jediný doporučovaný, není možné si nevšimnout, že se liší od zásad ústavy WHO, které definuje zdraví jako stav fyzické, mentální a sociální pohody, a tím výslovně požaduje nikoliv redukovaný,

Jak je patrné ze schématu systémového modelu, teoretický rámec a z něho plynoucí léčebný biomedicínský zásah se odehrává na úrovni řídicích a řízených systémů. Vyšší etáže systému nebere v konkrétních případech v úvahu, maximálně se na ně odvolává v rámci obecných hypotéz, a to deklaruje jako bio-psycho-sociální přístup. K tomu je nutné dodat, že o existenci střevního mikrobiomu, podstatné součásti řídicích systémů a jeho fyziologickém a patofyziologickém významu, nebylo před desetiletím ani ponětí a dodnes je velmi málo seriózních údajů o tom, jak skutečně pracuje, co je příčina, co důsledek a co epifenomén. Máme tady – stejně jako behavioristé ve svých začátcích – jakousi černou skříňku, v níž „cosí“ probíhá, možná tak, jak si představujeme, možná že zcela jinak¹.

ale komplexní, celostní biopsychosociální přístup^{1,2} k lidem ve zdraví a nemoci. EBM také ponechává stranou všechny nemocné, kteří se do jejich statistik nevejdou, což je něco kolem čtvrtiny z těch, kteří zavítají za lékařem první linie a jsou jim zde diagnostikovány funkční/somatizační poruchy, s nimiž si EBM nevedí rady.

Příliš mnoho starých jistot se tak hrouťí a těch nových pravd přibývá mnohem pomalejším tempem, nicméně je dnes jasné, že jsme spíše koexistující než nezávislé bytosti.

Co se týká neřešených stavů u člověka, EBM má ještě podstatný dluh v oblasti emocí, které jako biologické recepční a současně řídicí systémy s jasně patrnými a detekovatelnými neurochemickými ději nedokázala ještě akceptovat, natož integrovat. Jediná podoba emocí, jimž se věnuje, jsou emoce těžce patologické nebo zcela vykloubené a dezintegrované v psychiatrii, a to je jistě málo.

Teorie systémů nám říká, že dobrá funkce systému je závislá na dobré funkci subsystémů a že změna jednoho subsystému vede ke změnám v sub-

¹ <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>

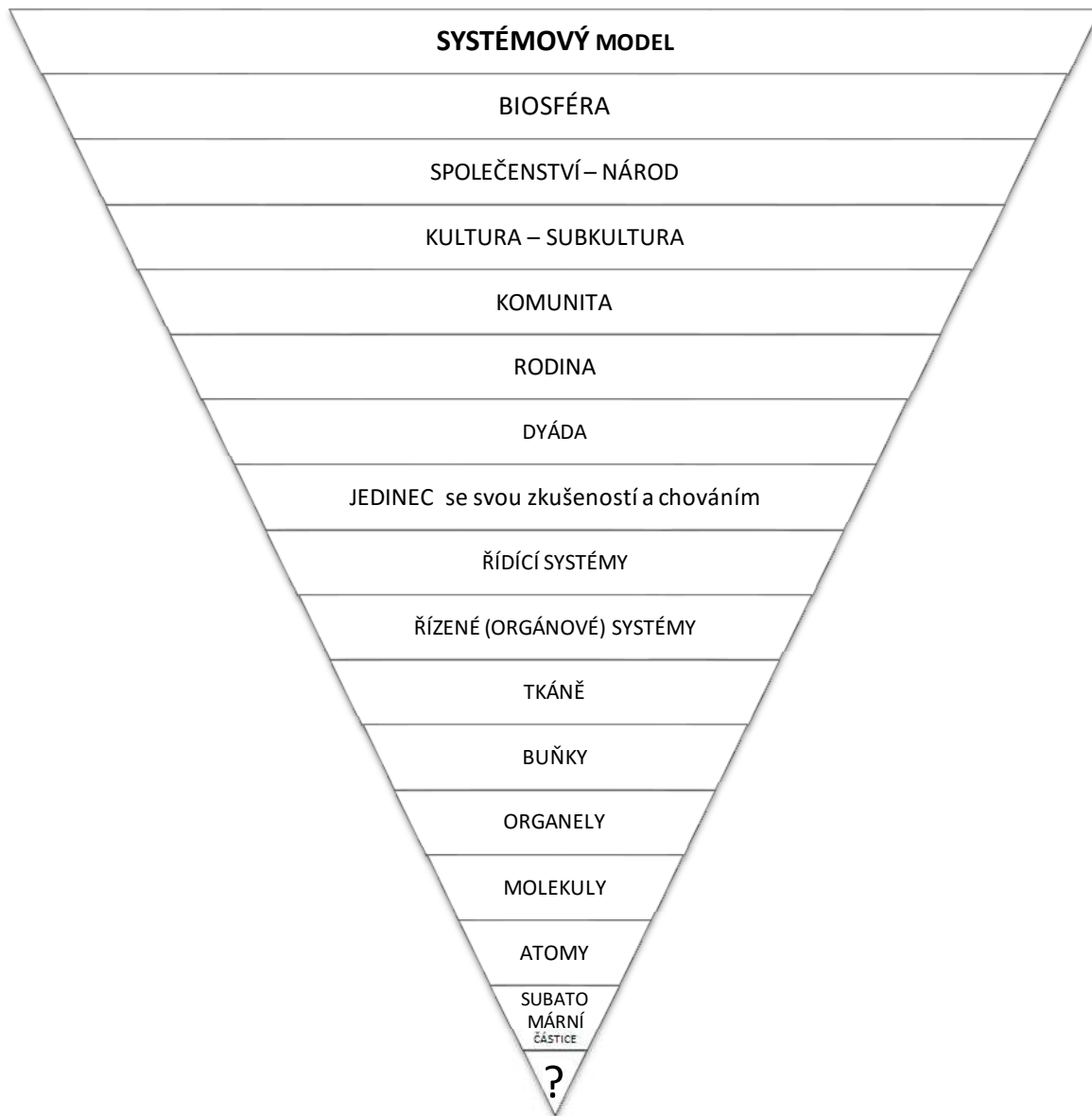
² Engel G: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977;196(4286):129-136

¹ Vácha M: Kontroverzní postavení „jedince“. In: R. Ptáček a P. Bartůněk (eds.): *Kontroverze současné medicíny. Mladá fronta, Praha, 2016, pp 63-70*



systemech dalších, nikoliv přímým vlivem, ale jejich vlastním, speciálním způsobem. Psychosomatická medicína plně respektuje biologickou podstatu člověka a nezpochybňuje postupy ani výsledky EBM, chce jen, aby přinej-

menším v indikovaných případech byly brány v diagnostice, léčbě, prevenci a celkovém chápání člověka ve zdraví a nemoci² stejně vážně subsystémy psychosociální, jako ty biologické.



Budeme-li definovat léčbu na obecné úrovni, je to proces, který navrátí aktuálně či chronicky vychýlený chod organismu zpět do oblasti zdraví, optimálně do stavu plné potenciality a obnovy regulačních zpětnovazebných

mechanismů. V této obecné rovině tedy záleží na specifických **informacích**, které organismus dostane a které k této žádoucí změně povedou. Informace mohou mít jak charakter hmotný (odstranění, repozice, molekula působící

² Honzák R & Chvála V: Psychosomatická medicína. In: *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, pp. 555-655



na receptor), tak energetický (záření ničící nádorové buňky, fototerapie), rovněž ale charakter ryze psychosociální (přítomnost druhé osoby, slovo) nebo spirituální (víra). V oblasti přijatelných hypotéz zde navíc můžeme počítat s jistými samoúzdavnými mechanismy, které se jasně projevují¹ například v placebových situacích. A nesmíme zapomínat, že ani ryze biologická léčba není pouze výsledkem interakce léku a organismu, ale že má též svůj psychologický a kulturní rozměr². Nechybějí ani názory zpochybňující teoretické principy současné EBM léčby³ nebo studie, ukazující na to, že při prodloužení časového intervalu se rozdíl mezi placebem a novými analgetiky stávají nesignifikantní a vyjadřující na základě toho pochybnost o větší účinnosti psychofarmak a analgetik u léků, které se dostaly na trh v posledních letech.⁴

O významu dyády, jakož i širšího společenství, který nelze nikdy přecenit, „vědí“ už bakterie, které se dokážou v případě nouze obklopit svými rezistentními kamarády a kamarádkami a vzdorovat zhoubným účinkům antibiotik, jak nás informuje čerstvá studie v PLOS⁵. Pamatují se živě na údiv našich imunologů v IKEM, kteří v osmdesátých letech zjišťovali, že vyvolané defekty

u myši se hojí rychleji, když jsou myši dvě, než když je trápené zvíře samotné. Mohl jsem jim tehdy nabídnout analogickou situaci týkající se prahu bolesti.

Dnes máme zprávy, že tahle skutečnost „analgetické pomoci“ se ve společenství laboratorních zvířat odehrává cestou empatie⁶, musí ale jít o kamarádku ze společného ubytování; cizí myš empatii neprojeví. Exkluzivní vztah lékař – pacient je sice předmětem intenzivního zájmu psychoterapeutů, do klinické medicíny ale dosud tyto poznatky všeobecně nepronikly, a pokud ano, příliš se v ní neukotvily. Jestliže samy léčebné výsledky psychosomatického přístupu nejsou dostatečným argumentem, metody neurověd nám o něm přinášejí některé objektivní zprávy, ze kterých lze usuzovat, co se v terapii děje, a ukázat zatím jen některé biologické prvky celostního biopsychosociálního přístupu.

První podmínkou léčby je vytvoření terapeutického vztahu⁷. Už tato skutečnost vlídného a nehodnotícího přijetí je pro mnohé pacienty (zdůrazňuji, že ne klienty, ale opravdu pacienty) zajímavým zážitkem, který prožívají často poprvé a z objektivně prokazatelných působků je zde zjišťována vyšší koncentrace **oxytocinu**⁸. Protože je důvodné podezření, že

¹ Také s následujícím paradigmatem je třeba počítat: Keď sa pacient rozhodne žiť, je medicína bezbranná...

² Honzák R: Placebo jako opomíjená součást léčby. *Psychosom*, 2016;14(4):229-242

³ Kirsch I: Antidepressants and the Placebo Effect. *Z Psychol*. 2014; 222(3): 128–134

⁴ Tuttle A. H., et al.: Increasing placebo responses over time in U.S. clinical trials of neuropathic pain. *Pain*. 2015 Dec;156(12): 2616-26

⁵ Sorg R. A., et al.: Collective Resistance in Microbial Communities by Intracellular Antibiotic Deactivation. *PLOS Biology*, 27 December 2016 DOI: 10.1371/journal.pbio.2000631

⁶ Chen J, et al.: Empathy for pain: A novel bio-psychosocial-behavioral laboratory animal model. *Sheng Li Xue Bao*, 2015;25; 67(6):561-70

⁷ Welton R., Kay J.: The Neurobiology of Psychotherapy. *Psychiatric Times*, Oc. 22, 2016.

<http://www.psychiatrictimes.com/neuropsychiatry/neurobiology-psychotherapy/page/0/1?GUID=2ACA84B4-74F6-42D2-8E1B-0BFDC5752AB5&rememberme=1&ts=30122016>

⁸ Buchheim A., et al.: Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 Oct;34(9): 1417-22



Probíhající děj	Účastní se	Výsledek
Připoutávací vazba – její náprava	Oxytocin Arginin vasopresin Opioidní receptory	Vytvoření bezpečného vztahu
Empatie	Gyrus cinguli, insula Oxytocin Arginin vasopresin	Zrcadlení Emoční a kognitivní aspekty empatie
Emoční regulace	Amygdala, prefrontální a parietální kůra	Kognitivní přehodnocení a potlačení negativní složky
Odstranění strachu	Amygdala, hipokampus, ventromediální prefrontální kůra, gyrus cinguli	Odstranění podvědomého strachu

u kořenů většiny psychosomatických a dalších psychických obtíží je narušená připoutávací vazba v časném dětství, což má za následek problémy v pozdějších vztazích, v nichž se postižení domáhají pocitu bezpečí a jistoty kontraproduktivním způsobem a jsou dále opakovaně frustrováni, je vytvoření náhradní vazby v terapeutickém vztahu významné. Spolu s oxytocinem zde najdeme zvýšené množství **vasopresinu**¹ a **endogenních opioidů**. To svědčí o mírné úrovni

eustresu – stavu výhodného pro kvalitní průběh kognitivních procesů v psycho-terapeutické práci. Empatie terapeuta je základem k možnosti, aby si pacient vypracoval korektivní zkušenost.

Ta podle současných hypotéz spočívá v návratu k původně zraňujícím komplexům a k jejich dospěle bezpečnému emocionálnímu přehodnocení^{2,3,4}. Opakování korektivní zkušenosti vede k jejímu upevnění ve smyslu neurovědců prosazovaného principu nácviku,

¹ Mavani G. P., et al.: A review of the pressor and nonantidiuretic actions of the hormone vasopressin. *Front Med (Lausanne)* 2015 Mar 24;2: Article 19

² Buchheim A., et al.: A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging. *Front. Hum. Neurosci.*, 23 October 2013 <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2013.00677/full>

³ MacDonald K., et al.: Oxytocin and psychotherapy: a pilot study of its physiological, behavioral and subjective effects in males with depression. *Psychoneuroendocrinol.* 2013;38:2831-2843

⁴ Goldin P. R., McRae K., Ramel W., Gross J. J. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biol Psychiatry.* 2008;63:577-586



vyjádřeného sloganem: fired together – wired together. Zde participují ze struktur CNS především hipokampus, amygdala, prefrontální kůra, gyrus cinguli a další⁵. To vše lze doložit pomocí

zobrazovacích metod. Odstranění traumatických komplexů vede ke změně chování jak navenek, tak co se týká řídicích funkcí.

Do redakce přišlo 6. 1. 2017

Zařazeno k tisku 15. 1. 2017

Střet zájmů: není znám



První podmínkou léčby je vytvoření terapeutického vztahu. Už tato skutečnost vlídného a nehodnotícího přijetí je pro mnohé pacienty (zdůrazňuji, že ne klienty, ale opravdu pacienty) zajímavým zážitkem, který prožívají často poprvé a z objektivně prokazatelných působků je zde zjišťována vyšší koncentrace oxytocinu.

⁵ Crowther A., Smoski M. J., Minkel J., et al. Resting-state connectivity predictors of response to psychotherapy in major depressive disorder.

Neuropsychopharmacol. 2015;40:1659-1673.



SOUHRNNÉ STUDIE



HONZÁK R.: TĚLESNÁ NÁMAHA A KOGNITIVNÍ FUNKCE

(Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze – přednosta doc. MUDr. B. Seifert, PhD., IKEM Praha – ředitel MUDr. A. Herman, PhD.; Psychiatrická nemocnice Praha Bohnice – ředitel MUDr. M. Hollý, MBA)

SOUHRN: HONZÁK R.: TĚLESNÁ NÁMAHA A KOGNITIVNÍ FUNKCE. PSYCHOSOM 2017; 15(1), S.22-30

Mezi rizikové faktory vedoucí ke kognitivnímu úpadku patří sedavý životní styl, nedostatek tělesného pohybu, nedostatek psychické stimulace a sociální izolace. Fyzická aktivita a cvičení jsou protektivní faktory významně snižující riziko demence. Předložená práce shrnuje výsledky několika čerstvých studií potvrzujících tento příznivý vliv, včetně některých sofistikovaných strategií.

KLÍČOVÁ SLOVA: kognitivní funkce – paměť-cvičení



SUMMARY: HONZÁK R.: WHAT OUR BODY MAKES FOR ITS SOUL. PSYCHOSOM 2017; 15(1): PP.22-30

Sedentary life style, physical inactivity, lack of mental stimulation and social isolation are risk factors of progressive cognitive decline. Exercise is associated with significant reduction in the risk of dementia. The author presents several recent experimental studies providing protective impact of physical activity on cognitive functions incl. some sophisticated strategies.

KEY WORDS: cognitive functions – memory - exercise

CO DĚLÁ TĚLO PRO SVOU DUŠI

Psychosomatické vidění člověka ve zdraví a nemoci nachází nové souvislosti, které mohou prospět tak, že posílí racionální cestou některé postupy dosud vnímané spíš jako intuitivní. Už snad jsme vzali na vědomí, že člověk není monolitická bytost, ale rozsáhlý ekosystém, v němž většinu neurotransmiterů vyrábí střevní

půlstoletí napáchala nekontrolovaná spotřeba antibiotik, kterými je dnes promořeno naprosto všechno.

Změna životního stylu, která s sebou přinesla prodloužení věku, přináší také epidemie nových chorob, kterým jsme si navykli říkat civilizační. Kromě jiných stravovacích zvyklostí ve srovnání se

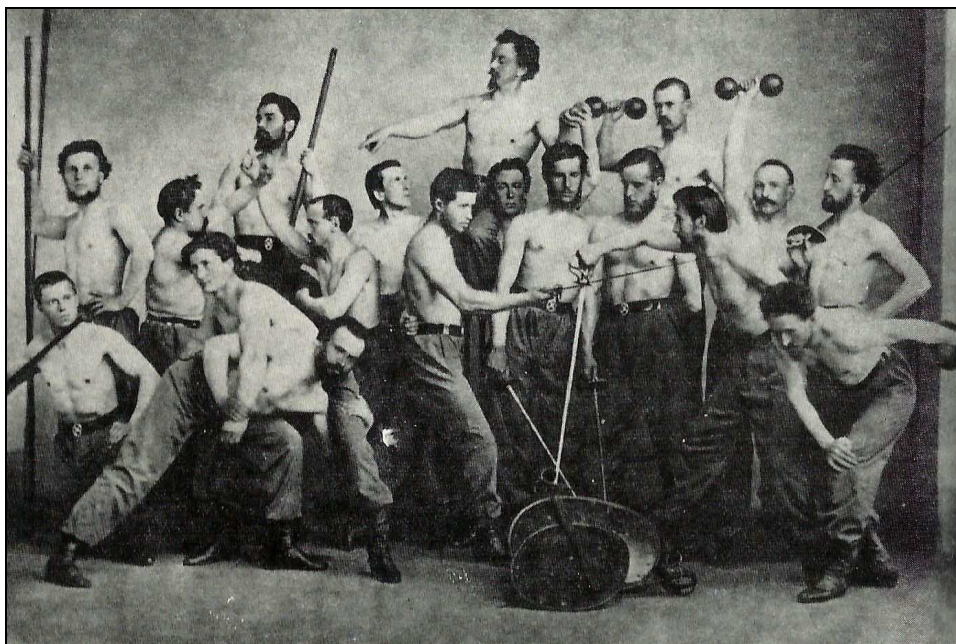
Ukazuje se, jak významná pro psychiku (mozkovou reprezentaci) je tak přízemní skutečnost, jakou je náš denní jídelníček, nemluvě už o tom, jaké škody za poslední půlstoletí napáchala nekontrolovaná spotřeba antibiotik, kterými je dnes promořeno naprosto všechno.

bakterií, a že k řídicím systémům je nutné přiřadit také útrobní mozek (gut brain), jehož úzkou propojenost s imunitním systémem a CNS je třeba ještě podrobně prozkoumat.

Ukazuje se, jak významná pro psychiku (mozkovou reprezentaci) je tak přízemní skutečnost, jakou je náš denní jídelníček, nemluvě už o tom, jaké škody za poslední

situací před stoletím a zostřených hygienických požadavků, nese s sebou moderní doba také nástup útočící chemie nejrůznější proveniencí a významný úbytek tělesné námahy, tedy fyzického zatížení. Odpověď na otázku, jak se mohou všechny tyto změny odrazit ve fyziologických a patofyziologických procesech, teprve hledáme.





Mimořádný profesor umění a filosofie University Karlovy, zakladatel Sokola, doktor Miroslav Tyrš přinesl českému národu heslo: **V zdravém těle zdravý duch**. Pravda je, že sám končil suicidiem pro kruté bolesti hlavy způsobené nejspíš syfilitickou endartitidou, což se jako možná diagnóza před českým národem tají, jako kdyby to byla hambatá nemoc, a ne trápení jako každé jiné. A jako kdyby v Praze na Hradě zamindrákovaný sklerotik nebo opilý hulvát nadělali méně škod než opilý syfilitik. Nicméně Tyršův odkaz znamenal ve své době více, než si dnes umíme představit, a můžeme jen želet, že nepřetrval do dnešních dnů.

Mezi epidemicky nastoupivší problémy patří také demence. Po letech farmakologických snah, které poskytly několik přípravků, se mnoho kliniků shodne, že vedle nich jsou u seniorů nácviky paměti a dalších kognitivních schopností nepostradatelné. Začít by se mělo zatraceně brzy, jak potvrzují práce dokazující, že bilingva je jednou z významných preventivních cest. Při stejně rozsáhlé atrofii CNS prokázané zobrazovacími metodami je bilingvální jedinec schopen samostatné existence o pět let déle, než jeho randomizovaný

monolingvální partner. Není nutné citovat všechny studie, zde je odkaz na recentní metaanalýzu (1). Podobně pomáhá i trénink jemné motoriky, např. hra na klavír, nácvik psaní všemi deseti, ba dokonce cvičení sa-ta-na-ma, při kterém si většina lidí, jimž jsem to doporučil, připadala jako blbci, pročež toho zanechali, ač věrohodné prameny referují o jasném úspěchu tohoto postupu, potvrzeném navíc zobrazovacími metodami (2). Zatímco existuje řada prací prokazujících příznivý vliv na podněty bohatého prostředí na všechny kognitivní funkce (jakož i na emoční naladění), málo se ví o tom, že velice účinným svůdcem k aktuální lenosti, z níž se později může vyvinout časná demence, je veškerá počítačová technika, od počítačové paměti, přes chytré telefony až po GPS, která nám „usnadňuje život“, jak přesvědčivě dokládá Carrova publikace (3),

Za dobu své praxe jsem došel k názoru, že jen málo lidí se dokáže systematickému cvičení věnovat delší čas z mnoha důvodů, z nichž většina je sice zcela malicherných, které se však nakonec prosadí. Pokud má mít jakýkoliv program úspěch, je potřeba vyčlenit mu



nesmlouvavě čas a jeho adepty nahnat do houfu. V seniorském věku snáze shromáždíte feminizovaný kolektiv, přičemž – při degeneraci klasické hospody z doby před půlstoletím – mužská osamělost a z ní plynoucí psychopatologie i somatická patologie představuje asi větší problém. Nabídnout mužům přitažlivý houf na nácvik kognitivních funkcí je oříšek. Lze na to ale jít oklikou. Přes

cvičení. Zatímco kognitivní nácviky posilují funkce a plasticitu neuronálních okruhů (software), tělesné cvičení podporuje zachování strukturální integrity a mozkového objemu (hardware). Pozitivní účinky tělesného cvičení a současně obohacení zevního prostředí jsou již prokázanými protektivními faktory, bránícími poruchám mozkové činnosti (4).

Za dobu své praxe jsem došel k názoru, že jen málo lidí se dokáže systematickému cvičení věnovat delší čas z mnoha důvodů, z nichž většina je sice zcela malicherných, které se však nakonec prosadí.



ROZDÍL MEZI KOGNITIVNÍM NÁCVIKEM A TĚLESNÝM CVIČENÍM (Z OBRÁZKU JE JASNÉ I MNĚ, PROČ JEDNOU SOFTWARE A JEDNOU HARDWARE)

Podívejme se na několik posledních prací, které nás posunují vpřed ve znalostech některých souvislostí paměti a možnostech, jak některé její složky vylepšit. Napřed něco zajímavého o ničení a následné restauraci paměti u myši, což by u lidí mohlo platit také. Na to se sešel rozsáhlý mezinárodní tým a začal tím, že myši krmil po dobu sedmi týdnů širokospektrým antibiotikem. Tím jim značně poničil střevní mikrobiom ve smyslu dysbiózy, ale také plno neuronů

v hipokampu. Klesl zde nejen jejich počet, ale badatelé zde konstatovali též pokles neurogeneze. Jak je dnes dobrým zvykem, tým se rozhodl, že stav věcí napraví dodáním fyziologického mikrobiomu, tedy fekální transplantací od zdravých myši.

Ale rekonstrukce střevního mikrobiomu samotná nestačila, pokud myši neměly dost pohybu. Ten jim byl zajištěn přístupem na běhátko, na němž myši



uběhly denně kolem 280 metrů, a teprve potom se jejich stav začal zlepšovat. Podobně příznivě působila také probiotika (5).

Přestože není cílem tohoto sdělení referovat detailně o mechanismech, které se na tom podílely, zmiňme alespoň pro pořádek, že to byly to monocyty Ly6Chi. Za zásadní považují, že fyzická zátěž přinesla své ovoce. Mechanismy jejího působení se stále rozkrývají. Japonský tým, který vede Makoto Kondo, sleduje také cestu serotoninových receptorů (6), které pokládá za významné pro neurogenезi. Kondo má jmenovce, který v jeho práci pokračuje a přidává poznatky o významu proteinu KIF1A pro růst synapsí a 5-HT₃ receptoru pro snížení úzkosti (7), jak dokládá jeho poslední práce.

Zůstaneme-li ještě chvíli u cvičících myši, tentokrát žijících v Mayo Clinic, které dále rozdělíme podle toho, zda tam byly krmeny vysokotukovou nebo standardní

standardně krmené a cvičící myši (8). Současně bylo zjištěno, že dieta a cvičení ovlivňují mikrobiom pokaždé jiným vlastním způsobem a vlastní cestou. Cvičící myši-Sokolky v Texasu dokonce lépe odolávaly experimentálnímu stresu (9, 10), u těch, jimž byl vysoko-fruktózovou dietou navozen metabolický syndrom, vedlo cvičení ke snížení zánětlivých odpovědí.

U lidí by se mělo začít co nejdřív. Američtí autoři, zneklidnění sedavým životním stylem již u školních dětí, provedli studii (11), v níž prokazují příznivý vliv aerobního cvičení na paměť, korelující s více než dvojnásobně zvětšeným objemem hipokampu.

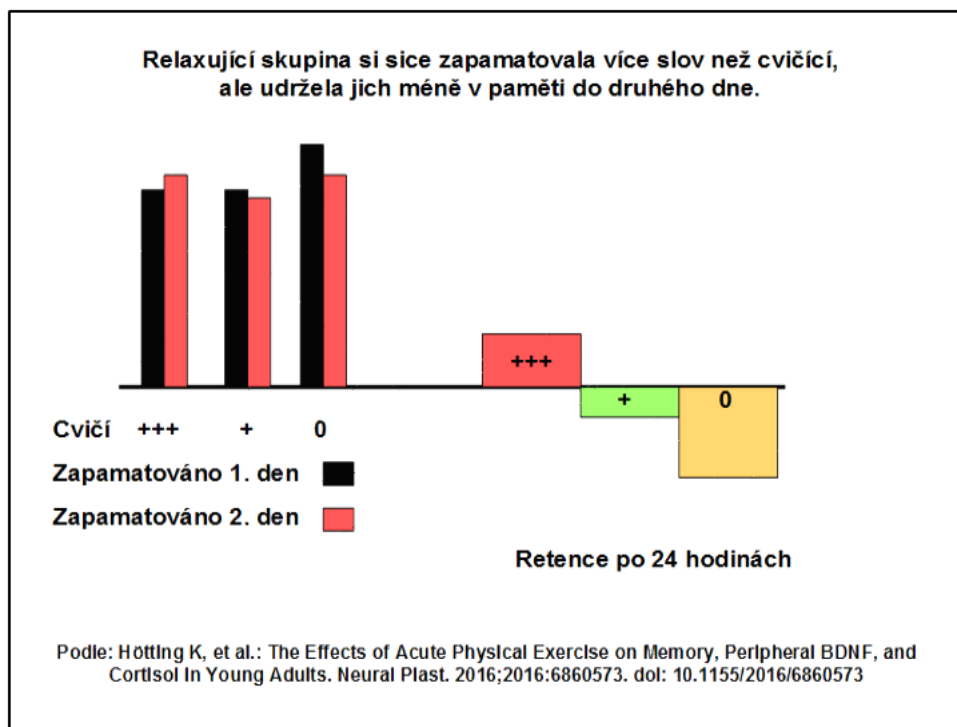
Pro ty méně motivované je tu smutná zpráva: zdá se, že výsledek je přímo úměrný vynaložené námaze. Alespoň pro mladší to platí, jak dokazují výsledky pokusných osob, které podrobil testování německo-polský tým (12). Účastníci měli za úkol zapamatovat si co nejvíc z dvaceti

U lidí by se mělo začít co nejdřív. Američtí autoři, zneklidnění sedavým životním stylem již u školních dětí, provedli studii (11), v níž prokazují příznivý vliv aerobního cvičení na paměť, korelující s více než dvojnásobně zvětšeným objemem hipokampu.

potravou, dozvíme se, že ty, které měly nadbytek tuků, měly také nadbytek streptokoků ve střevním mikrobiomu (což není dobře), byly úzkostnější, a co se týkalo paměti, žádná sláva. Ty které při tom cvičily, na tom byly lépe, co se týká složení mikrobiomu, a také měly lepší paměť než jejich tučné a líné sestry. Nejlépe ale na tom byly po všech stránkách (paměť, mikrobiom i úzkost)

německých slovíček a jejich polských ekvivalentů, které vyslechli ve sluchátkách a pokaždé opakovali nahlas. První zkouška paměti byla po dvaceti minutách a druhá po 24 hodinách. Mezitím jedna skupina relaxovala, jedna cvičila 30 minut na ergometru na 80 % své maximální výkonnosti a třetí na méně než 57 %.





Výsledky jsou zajímavé, protože nejvíce si sice zapamatovala skupina relaxující, ale její retence do druhého dne byla také nejhorší, jak je možné vidět na grafu vytvořeném podle originálu. Autoři mají za to, že intenzivní zátěž podporuje právě retenci, protože je též spojena se vzestupem BDNF a kortizolu stanovovaného ve slinách. Nicméně vztahy mezi retencí paměti nejsou zdaleka tak významné, aby bylo možné hledat kauzální souvislosti; v tom směru i autoři mluví o nutnosti najít jiné parametry.

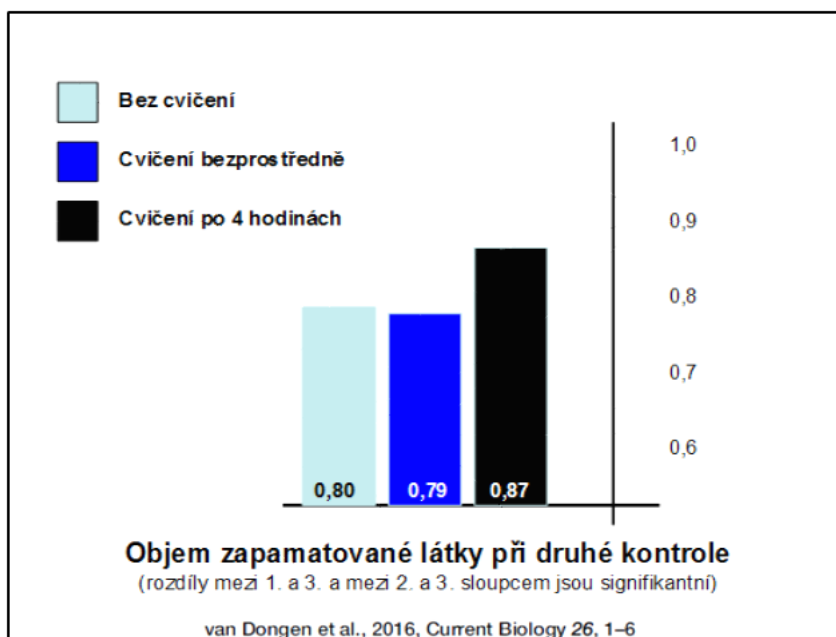
Trochu jednoznačněji, ale ve stejném duchu a také u mladých lidí, vyznívají výsledky dánské studie (13), v níž tři skupiny po dvanácti lidech byly vystaveny různě intenzivní zátěži: 90 % maximálního výkonu, 45 % maximálního výkonu a relaxační aktivitě po dobu 20 minut. Výsledky retence paměti odpovídaly vynaložené námaze, nicméně

po sedmi dnech si také méně intenzivně cvičící pamatovali mnohem více než ti necvičící. Retence korelovala s kardiovaskulární aktivací (pulz 173 – 133 – 78/min) a koncentracemi plazmatického laktátu. Budeme-li chtít tuto metodu aplikovat na starší populaci, mám za to, že dosahování frekvence pulzu nad 170/min není ideální cíl.

Pravděpodobně zajímavou otázkou je, co se učíme a na co skutečně má posilující vliv tělesné cvičení. Američtí auroři McNerney a Radvansky zjistili, že zatímco k zapamatování textu tělesné cvičení pomáhá, na párový asociační test nemá vliv (14).

Zajímavou fintu, jak využít tělesného cvičení a neudřít se při tom téměř k smrti, nabízí čerstvá práce holandských autorů, kteří cvičení doporučují po čtyřhodinové pauze po kognitivní zátěži.





Autoři nás seznamují s designem své studie od obecných axiomů po praktické důsledky. Uchování vzpomínky v dlouhodobé paměti závisí na jejím úspěšném zapsání (=kódování) a stabilizaci a integraci (=retence). Dalším krokem je správné vybavení (=reprodukce). Předpokládá se, že se na prvních dvou procesech podílí řada neuromodulačních faktorů, jednak ze sympatické oblasti (noradrenalin a dopamin), což od nepaměti lidová zkušenost podporuje významnou stimulací, která přispívá k celkově vyššímu adrenergickému nabuzení, jehož význam je potvrzován i nezávisle na cvičení (16) a dále faktory podílející se na neurogenezi, především BDNF (=brain derived neurotrophic faktor). Jestliže tyto vlivy experimentálně zablokujeme, uchování paměťové stopy se významně zkracuje.

Naopak řada čerstvých studií prokazuje, že cvičení – jako aktivační děj – má za následek produkci látek, které konsolidační proces posilují, a tak je logické, že se vynoří otázka, zda tělesné cvičení lze využít ke zlepšení paměti. Badatelský tým vedený van Dongenem zjišťoval, jak

jednorázová tělesná zátěž ovlivní uchování paměťové stopy.

Účastníci pokusu byli rozděleni do tří skupin po čtyřiceti a dostali čtyřicet minut na to, aby si zapamatovali devadesát obrázků (jejich umístění a vzájemné vztahy). Polovina z každé skupiny začínala po ránu v 9:00 a druhá polovina v pravé poledne, aby byl tak eliminován eventuální cirkadiánní výkyv mentální výkonnosti. Po expozici testu měli všichni účastníci první zkoušku paměti – tedy té recentní, pak se jejich aktivity rozdělily. Jedna skupina podstoupila bezprostředně poté fyzickou zátěž, druhá totéž s odstupem čtyř hodin, zatímco třetí byla od námahy osvobozena. Zátěž spočívala v pětatřicetiminutovém ergometrickém cvičení při dosažení 80 % maximální tepové frekvence. Další zkouška paměti se uskutečnila po dvou dnech. Současně proběhlo vyšetření fMRI.

Autoři zjistili, že u skupiny s oddáleným intervalem fyzické zátěže byla prokázána lepší výbavnost po dvou dnech, což přičítají lepší retenci při řádově stejné



kvalitě kódování (první test). Ve druhém testu tato skupina byla schopná v průměru vybavit 0,866 materiálu, zatímco druhé dvě skupiny pouze 0,8, resp 0,795.

Ze všech citovaných studií vyplývá, že cvičení s intenzivní zátěží je přínosem pro kognitivní struktury mozku a jejich

funkci, ani méně intenzivní zátěž však není bezvýznamná. Pochopitelně, že organizace typu Sokola by byla optimální, vzhledem k všeobecné sociální apatii s ní však nemůžeme počítat. Je tedy věcí lékaře, aby aktivoval své starší pacienty k tělesnému pohybu a cvičení jako k součásti celkového léčebného postupu.

Ze všech citovaných studií vyplývá, že cvičení s intenzivní zátěží je přínosem pro kognitivní struktury mozku a jejich funkci, ani méně intenzivní zátěž však není bezvýznamná... Je tedy věcí lékaře, aby aktivoval své starší pacienty k tělesnému pohybu a cvičení jako k součásti celkového léčebného postupu.

LITERATURA:

1. Bialystok E., et al.: Aging in two languages: Implications for public health. *Ageing Res Rev.* 2016;27:56-60
2. Newberg A., Waldman M.: *How God Changes Your Brain.* Ballantine Books, NY 2009
3. Carr N.: *Skleněná klec.* Emitos, Brno, 2015
4. Cheng S. T., et al.: Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: the Role of Physical and Cognitive Activities. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Sep;18(9):85
5. Möhle L, et al.: Ly6Chi Monocytes Provide a Link between Antibiotic-Induced Changes in Gut Microbiota and Adult Hippocampal Neurogenesis. *Cell Report*, 2016;15(9)1945-1956
6. Kondo G., et al.: The 5-HT₃ receptor is essential for exercise-induced hippocampal neurogenesis and antidepressant effects. *Molecular Psychiatry*, 2015;20“1428–1437
7. Kondo M.: Molecular mechanisms of experience-dependent structural and functional plasticity in the brain. *Anat Sci Int.* 2016 August 2.
8. Kang S. S, et al.: Diet and exercise orthogonally alter the gut microbiome and reveal independent associations with anxiety and cognition. *Mol Neurodegener*, 2014,9:36
9. Patki G., et al.: Moderate treadmill exercise rescues anxiety and depression-like behavior as well as memory impairment in a rat model of posttraumatic stress disorder. *Physiol Behav*, 2014; 130: 47–53). U brazilských myší
10. Botezelli J. D., et al.: Strength Training Prevents Hyperinsulinemia, Insulin Resistance, and Inflammation Independent of Weight Loss in Fructose-Fed Animals. *Scientific Reports*, 2016; 6, Article number: 31106



11. Chaddock L., et al: A neuroimaging investigation of the association between aerobic fitness, hippocampal volume and memory performance in preadolescent children. *Brain Res*, 2010;1358:172–183. doi: 10.1016/j.brainres.2010.08.049
12. Hötting K., et al.: The Effects of Acute Physical Exercise on Memory, Peripheral BDNF, and Cortisol in Young Adults. *Neural Plast.* 2016;2016:6860573. doi: 10.1155/2016/6860573
13. Thomas R., et al.: Acute Exercise and Motor Memory Consolidation: The Role of Exercise Intensity. *PLoS One*. 2016 Jul 25;11(7):e0159589
14. McNerney M. W., Radvansky GA: Mind racing: The influence of exercise on long-term memory consolidation. *Memory*. 2015;23(8):1140-51
15. van Dongen E. V., et al.: Physical Exercise Performed Four Hours after Learning Improves Memory Retention and Increases Hippocampal Pattern Similarity during Retrieval. *Curr Biol*, 2016;26(13):1722-1727
16. McGaugh J. L.: Make mild moments memorable: add a little arousal. *Trends Cogn Sci.* 2006 Aug;10(8):345-7

MUD. Radkin Honzák, CSc.

Koulova 3, 16000

V této podobě nebyl text zadán nikam jinam než do Psychosom

V Praze 13. 8. 2016

Do redakce přišlo 8. 9. 2016

Po recenzním řízení zařazeno 15. 1. 2017

Střet zájmů: o



VÝZKUM



STACKEOVÁ D., JAVŮRKOVÁ V.: VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA KOGNITIVNÍ FUNKCE U SKUPINY SENIOREK

ABSTRAKT: STACKEOVÁ D., JAVŮRKOVÁ V.: VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA KOGNITIVNÍ FUNKCE U SKUPINY SENIOREK, PSYCHOSOM 2017; 15(1), S. 31-43

Příspěvek se zabývá tématem z oblasti psychosomatických vztahů v rámci pohybového systému – vztahem pohybové aktivity a kognitivních funkcí, jehož pochopení je významné jak pro oblast prevence, tak pro oblast terapeutickou. Příspěvek přináší výsledky výzkumu provedeného na skupině seniorek ve věku od 64 do 78 let. Jejím cílem bylo sledování zlepšení funkce paměti a dalších kognitivních funkcí vlivem pravidelného cvičení. Tento efekt je a bude jedním z hlavních témat v oblasti benefitů pohybové aktivity u seniorské populace. Sledováno bylo 25 seniorek. Pro diagnostiku kondice byly vybrány některé testy zdatnosti podle Neumana a dvouminutový test chůze podle Rikli a Jones. Pro diagnostiku kognice byl použit Montrealský kognitivní test, jehož autorem je kanadský profesor Z. S. Nasreddin, respektive jeho česká verze. Dále byla využita metoda řízených rozhovorů. U sledovaného souboru byly prokázány změny v úrovni kondice i kognice. Nejvýznamnější (statisticky významné) změny v pozitivním smyslu byly ve faktorech síly svalové, flexibility a rovnováhy. U krátkodobé paměti došlo ke zlepšení, které ale nebylo statisticky významné. U ostatních kognitivních funkcí, které byly hodnoceny společně, došlo také



ke statisticky významnému zlepšení. Subjektivně bylo sledováno navození psychické pohody spojené s absolvováním cvičení. Výsledky tohoto výzkumu potvrzují existenci vztahu pohybové aktivity, tělesné zdatnosti a kognitivních funkcí, v tomto konkrétním případě u skupiny seniorek.

KLÍČOVÁ SLOVA: gerontologie, geriatricie, kognitivní funkce, zdatnost, psychologické benefity pohybové aktivity

ABSTRACT: STACKEOVA D, JAVURKOVA V: THE EFFECT OF PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM ON THE COGNITIVE FUNCTIONS IN A GROUP OF SENIOR WOMEN, PSYCHOSOM, 2017; 15(1). PP.31-43

This paper deals with the topic from the field of movement system's psychosomatic relations – relation of physical activity and cognitive functions, understanding of which is important as well as for prevention, as for therapy. This paper presents the results of research accomplished on a group of senior women in the age from 64 till 78 years. Its aim has been the monitoring of memory functions' improvement and other cognitive functions influenced by regular exercise. This effect has been and will be one of the main topics related to physical activity benefits in the senior population. There were 25 senior women observed. For the diagnostics there were selected some fitness tests by Neuman and a 2 minute walk test by Rikli and Jones. For the cognition diagnostics there was used a cognitive Montreal test whose author is a Canadian Professor Z.S. Nasreddin (its Czech version). Farther, there was also used a directed interviewing method. In the observed file there was an obvious proof of changes in the level of both - fitness and cognition. The most significant (statistically significant) changes in a positive way have been the factors in muscle strength, flexibility and balance. In the state of the short-term memory function there has also been an improvement, unfortunately not statistically significant. By the other cognitive functions which were evaluated together, there has been an improvement as well; in this case it has been a statistically significant improvement. Better psychological well-being associated with the participation in exercise and after exercise has been evaluated subjectively. The results of this research positively testify about the relationship between physical activity, physical fitness and cognitive functions, in this case in a group of senior women.

KEY WORDS: gerontology, geriatrics, cognitive function, physical fitness, psychological benefits of physical activity

ÚVOD

Předložený příspěvek se zabývá tématem z oblasti psychosomatických vztahů v rámci pohybového systému – vztahem pohybové aktivity a kognitivních funkcí, jehož pochopení je významné jak pro oblast preventivní (odůvodnění toho, proč může pohybová aktivita zvýšit kvalitu života seniorů mimo jiné díky zpomalení úbytku kognitivních funkcí), tak pro oblast terapeutickou (využití kinezioterapie v terapii kognitivních poruch).

Většina výzkumů zabývajících se vlivem pohybové aktivity na psychiku je tradičně zaměřena na možnost ovlivnění emočního stavu. Významný je rovněž

právě vztah pohybových funkcí, tedy stavu svalového systému, a kognitivních funkcí. Akcentován je především u dvou skupin osob – u dětí školního věku a u seniorů. U první skupiny je významný vztah pohybové aktivity a školní úspěšnosti, u druhé je velmi aktuální preventivní a terapeutické využití pohybové aktivity u kognitivních poruch. Pohybová aktivita tedy nejen zlepšuje emoční ladění, ale pokud je pohybový režim dobře zvolen, může významně zvyšovat mentální výkonnost. Tradičně bývají zdatní sportovci vnímáni veřejností jako ti, jejichž mentální schopnosti nejsou excelentní, což se může týkat spíše jednostranně zaměřených vrcholových



sportovců, kteří nevěnují mnoho času svému vzdělání, tedy může jít spíše o úroveň vzdělanosti než o mentální schopnosti jako takové. Charakter pohybové aktivity, které se daný jedinec věnuje, má svůj specifický vliv, např. pohybová aktivita vytrvalostního charakteru má vliv jiný než pohybová aktivita senzomotorického typu.

Stáří je životním obdobím typickým ireverzibilními involučními procesy včetně zhoršení kognitivních funkcí, které ovšem v závislosti na více faktorech mohou mít různou intenzitu a dynamiku. Jedním z nejdůležitějších tzv. anti-aging faktorů neboli faktorů zpomalujících involuční změny je výše zmíněná pohybová aktivita.

Dominující rysy involuce podle Kalvacha (in Jiráček et al., 2009) jsou: atrofie, zhoršování výkonnosti, úbytek funkčních rezerv, poruchy regulačních mechanismů, zhoršená tolerance zátěže, selhávání v zátěži a delší zotavení. Jednotlivé procesy probíhají asynchronně a pokračují různou rychlostí.

Kopřivová (2014) vysvětluje, že projevy stáří jsou silně individuální v závislosti na genetické výbavě a předchozím i současném způsobu života. Stáří je tak výslednicí vzájemného působení genetických faktorů, životního prostředí a životního stylu. Proto mají v tomto směru výhodu lidé, kteří žijí zdravěji a jsou aktivnější.

Zhoršování kognitivních neboli poznávacích funkcí – paměti, pozornosti, vnímání, představivosti a myšlení – řadíme mezi typické psychické změny ve starším věku. Vancampfort (2014) považuje za rizikové faktory pro vznik deprese u seniorů právě smyslová a kognitivní omezení, málo sociálních kontaktů a ztrátu zdraví a funkční zdatnosti. Naopak jiní odborníci hovoří o tom, že některé z demencí, tzv.

pseudodemence, jsou způsobeny depresí a lze je i vyléčit (Česká alzheimerovská společnost, 2014). Častější jsou poruchy krátkodobé paměti – nedávné události a rozhovory, zapomínání jmen a termínů, opakované dotazování na totéž. I Jarošová (2006) upozorňuje, že změna krátkodobé paměti je postižena především všípivostí a reprodukce a také schopnost učení. Dlouhodobá paměť je zachována nejdéle, poslední se uchovávají vzpomínky z dětství.

Jiráček in Kalvach et al. (2004) vysvětluje, že poruchy kognitivních funkcí vedou k poruše exekutivních funkcí, jako je motivace, vůle, plánování činnosti, provádění úkonů, tj. jednání. Porucha paměti vede k poruše myšlení, zejména v oblasti abstraktního a logického myšlení a ke ztrátě soudnosti. S tím zase souvisí porucha řečových funkcí – již zmiňované poruchy vyjadřování, obtížné hledání slov, vypadávání pojmů, nesnadné formulování vět, používání opisů. Později dochází i k poruchám fatickým – komolení slov a používání nesprávných předložek s příponou, ještě později k afázii. S poruchou paměti a myšlení úzce souvisí porucha orientace v prostoru, čase, a nakonec i ve vlastní osobě.

Podle Kalvacha (2004) je úbytek kognitivních funkcí rozhodující, protože mají bezprostřední vliv na omezení až ztrátu schopnosti provádět jakékoliv činnosti způsobem a rozsahem obvyklým pro lidskou existenci.



Stáří je životním obdobím typickým ireverzibilními involučními procesy včetně zhoršení kognitivních funkcí, které ovšem v závislosti na více faktorech mohou mít různou intenzitu a dynamiku. Jedním z nejdůležitějších tzv. anti-aging faktorů neboli faktorů zpomalujících involuční změny je výše zmíněná pohybová aktivita.

CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA

Hlavním cílem bylo posoudit vliv intervenčního pohybového programu na kondiční zdatnost a stav kognitivních funkcí u sledované skupiny senierek.

Přepokládali jsme možnost pozitivního ovlivnění funkce krátkodobé paměti

a dalších kognitivních funkcí pravidelným cvičením u sledované skupiny senierek, a to v důsledku pozitivní změny zdravotně kondičních komponent funkční zdatnosti (svalová síla, vytrvalost, rovnováha, flexibilita a kompozice těla) jako hlavního mechanismu tohoto vlivu.

METODIKA

Popis sledovaného souboru

Výzkum byl proveden na skupině 25 senierek ve věku od 64 do 78 let. Sestavení výzkumného souboru bylo zvoleno účelově (záměrně) a proběhlo v tělovýchovné organizaci Sokol v Libochovicích, kde byla možnost uskutečnit cvičení pro seniory. Požadavky na účastníky byly: dobrovolnost, podstoupení testů, účast na pravidelném cvičení a věk. Šlo o skupinu respondentek, které byly relativně zdravé a zdatné a netrpěly žádnými vážnějšími fyzickými ani psychickými problémy. Zvládaly výborně aktivity denního života. Podle Kalvacha (2004) se nejspíše řadily do skupiny zdatných fit seniorů. Udávaly, že chodí na pravidelné preventivní prohlídky k praktickému lékaři a nemají žádné závažnější zdravotní problémy. Seniorky docházely na cvičení z domova. Byl sledován věk respondentů, vzdělání

(základní, střední odborné bez maturity, středoškolské, vyšší odborné, vysokoškolské), zaměstnání (pracující důchodce, důchodce), rodinný stav a v případě vdovství, zda žije sama nebo s rodinou, zaměstnání před odchodem do důchodu (sedavé, fyzicky náročnější), provozování pohybových aktivit v mládí, středním věku, druhy pohybových aktivit v současné době a jejich frekvence (procházky, turistika, plavání, kolo, vlastní cvičení, běžky), provozování mentálních aktivit (knihy, denní tisk, časopisy, křížovky, sudoku, počítač), provozování jiných aktivit (ruční práce, zahradničení, péče o byt, dům, vnoučata, partnera, televize, chovatelství), zdravotní obtíže, subjektivní zdravotní problémy, které by mohly bránit v pohybové aktivitě, užívání léků, přítomnost negativních pocitů (smutek, pesimismus, lhostejnost, stres, úzkost, pláč, strach, neklid), problémy



s paměti (hledání brýlí, klíčů, zapomínání jmen, pojmů). Po skončení intervenčního programu byly zjišťovány pocity po cvičení (tělesné a duševní změ-

ny). Byly sledovány tělesné charakteristiky respondentů (tělesná výška, hmotnost, Body Mass Index).

DIAGNOSTICKÉ METODY

Pro zjištění výše vyjmenovaných údajů byl vytvořen autorkami této práce nestandardizovaný dotazník, který sloužil jako podklad pro řízený rozhovor. Dotazník obsahoval jedenáct položek. Deset před zahájením intervence, jednu po skončení intervence. Dotazník obsahoval otázky otevřené, polozavřené a uzavřené a také podotázky podle typu odpovědi.

Metody pro diagnostiku kondice byly zvoleny tyto:

- Kompozice těla: byla zjištěna tělesná výška a tělesná hmotnost respondentů a poté výpočtem BMI.
- Aerobní zdatnost: po hodnocení kardiorepirační zdatnosti byl použit dvouminutový test chůze, který je součástí baterie Senior fitness testu Rikli a Jones (Rikli and Jones, 2001). Součástí bylo měření tepové frekvence v klidu a po námaze.
- Svalová síla: leh-sed – modifikované provedení, zaměřený na měření svalové vytrvalosti břišních svalů.

- Pohyblivost: úklony trupu (pohyblivost trupu do stran).
- Rovnováha: test rovnováhy podle Romberga se zavřenými očima.
- Koordinace, obratnost: asynchronní a asymetrické pohyby pažemi. Zaměřeno na pohybovou koordinaci a přesnost pohybů.
- Pro diagnostiku kognice byl použit Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive assessment, zkr. MoCA). Tento test je určen pro záchyt predemencí, pro diagnostiku mírné kognitivní poruchy. Jeho autorem je kanadský profesor Z. S. Nasreddin. Obsahuje 11 úloh ke zjišťování 5 kognitivních domén. Test měří a posuzuje krátkodobou paměť, oddálené vybavení, zrakově-konstrukční zručnost, počítání, orientaci, pozornost, řeč. Výsledky testu jsou vyjádřeny body. Je možné získat 0 – 30 bodů, hraniční výkon je 26 bodů.

INTERVENCE: POHYBOVÝ PROGRAM

Pohybová intervence probíhala formou zdravotně kondičního cvičení s frekvencí 1x týdně po dobu deseti měsíců (od května 2014 do února 2015). Cvičení se skládalo ze standardní cvičební jednotky, která měla tři části:

Úvodní část, asi 10 minut – zahájena krátkým dialogem, přivítáním cvičenců a

krátkým představením programu, tzn., co se bude tu hodinu cvičit a jaké pomůcky budou použity. Před zahájením cíleně zaměřené hlavní části cvičební lekce je důležité rozhýbání a zahřátí, byly zařazovány různé variace chůze, tzn. na místě, vpřed, vzad, výpady vpřed, vzad, do stran, jednoduché krokové variace,



protahovací a uvolňovací cviky jednotlivých částí těla ve stoji.

Hlavní část, cca 40 minut – intenzita zátěže byla mírná až střední. Byla zařazována cvičení navozující správné držení těla, střídavě cvičení na uvolnění svalů v hypertonu či zkrácení, na posilování hlavních svalových skupin, na udržení a zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti, vytrvalost, rovnováhu, obratnost, nervosvalovou koordinaci, stabilitu s využitím balančních pomůcek, hlavně velkých míčů a overbalů. V každé cvičební jednotce byla věnována delší doba cvičení s jednou cvičební pomůckou (s overbaly, Thera-bandy, na gymnastických míčích). Také jsme se věnovali rytmickým cvičením, jednoduchým cvi-

čebním sestavám, jednoduchým krokovým variacím a tanečním motivům se změnami postojů, změnami směru pohybu, zrcadlovými pohyby horních končetin. Seniorky si postupně zapamatovaly jednotlivé kroky, a tím byly nuceny sledovat činnost, dodržovat rytmus. Cvičení probíhalo převážně ve stoji a nižších polohách – lehu na zádech, břiše, kleku, sedu. Vždy se cvičilo s hudebním doprovodem.

Závěrečná část, asi 10 minut – zklidnění, uvolnění, relaxace, strečink, dechová cvičení s prohloubeným a klidovým dýcháním. Závěr byl ve znamení dialogu o aktuálním prožívání a prožitcích při cvičení, nesměla chybět pochvala, rozloučení a pozvání na příští cvičení.

VÝSLEDKY

Charakteristika sledovaného souboru a další data zjišťovaná strukturovaným rozhovorem

Věk: největší počet respondentek v souboru byl ve věkovém rozmezí 60–74 let, ve skupině rané stáří – 21 (84 %). Do skupiny vlastní stáří patřily pouze 4 respondentky (16 %). Průměrný věk respondentek byl 70 let, nejmladší 64 let, nejstarší 78 let.

Rodinný stav: 15 respondentek (60 %) bylo vdaných, 10 (40 %) bylo vdov. Z 10 vdov žilo 8 samo, 2 s dětmi a jejich rodinami. Žádná ze seniorek nebyla rozvedená nebo svobodná. Převaha žen se stoupajícím věkem je všeobecně známá. Kalvach (2004) označuje tento jev za fenomén osamělých starých žen, který je důsledkem vyšší mužské úmrtnosti. Pro seniorky, které žijí samy, je účast na společném cvičení důležitá

i pro sociální kontakty (Vágnerová, 2008, Hátlová, 2003).

Vzdělání: 1 respondentka (4 %) měla základní vzdělání, 7 (28 %) střední odborné bez maturity, 11 (44 %) střední s maturitou, 1 (4 %) vyšší odborné, 5 (20 %) vysokoškolské. Usuzujeme, že cvičení navštěvují spíše osoby s vyšším stupněm vzdělání, protože si více uvědomují důležitost pohybu. Tomu by odpovídalo i zjištění u našeho souboru, kdy 66 % respondentek mělo minimálně středoškolské vzdělání s maturitou.

Zaměstnání: 3 respondentky (12 %) byly pracující důchodci, ostatních 22 (88 %) bylo starobních důchodců.

Sport a pohybové aktivity: v mládí provozovalo nějaký druh pohybu 14 respondentek (56 %), ve středním věku



16 respondentek (64 %). Pouze 1 respondentka provozovala sport na úrovni krajského přeboru, ostatní rekreačně. Je prokázáno, že provozování pohybových aktivit v průběhu života dlouhodobě je výhodné i pro funkční kapacitu ve stáří. Zde můžeme usuzovat, že vazbu na celoživotní provádění pohybových aktivit nebo i zvyk na ně může být u více než poloviny respondentek.

Mentální aktivity: četbu knih udávalo 17 respondentek (68 %), 1–3 hodiny denně, četbu novin a časopisů 16 respondentek (64 %) 0,5–2 hodiny denně, křížovky, sudoku 12 respondentek (48 %), 0,5–3 hodiny denně, práci s počítačem udávalo 14 respondentek (56 %), 1–3 hod. denně, 2 respondentky (8 %) navštěvovaly univerzitu třetího věku.

Jiné aktivity: provozování ručních prací udávaly 2 respondentky (8 %) až 2 hodiny denně, sledování televize 23 respondentek (92 %), 2–7 hodin denně, péče o byt, dům, zahradničení udávalo 23 respondentek (92 %), 1–5 hodin denně, péče o partnera 1 respondentka (4 %), 4 hodiny denně, péče o vnoučata udávalo 7 respondentek (28 %), 1× týdně až 6 hodin denně, péče o domácí zvíře udávalo 8 respondentek (32 %) 0,5–24 hodin denně, 1 (4 %) se věnovala sborovému zpěvu. Mnoho autorů udává protektivní vliv provozování koníčků a volnočasových aktivit na rozvoj demence (Křivohlavý, 2009, Holmerová, 2012).

Zdravotní problémy: 16 respondentek (64 %) udávalo občasnou bolest páteře, hlavy a kloubů (kyčlí, kolen, ramen a palce nohy). O hypertenzi či zvýšeném cholesterolu nehovořily, ale užívání léků na tyto choroby udávaly. Patrně tím, že léky snížily hodnoty těchto ukazatelů, nepovažovaly je za problém.

Co limituje nebo brání v pohybových aktivitách: 7 (28 %) respondentek udávalo bolest, 1 (4 %) únavu, 1 (4 %) lenost. Znamená to, že 64 % respondentek nemá pocit, že by jim něco bránilo v uskutečňování pohybového programu.

Medikamenty denně užívalo 18 respondentek (72 %), od jednoho do šesti léků, hlavně na cholesterol, vysoký krevní tlak, ale také užívaly kalcium nebo léky na alergii.

Negativní emoce: 4 respondentky (16 %) cítily úzkost, hlavně v noci, 3 (12 %) pesimismus, 3 (12 %) neklid, 1 (4 %) smutek, 1 (4 %) provázel pláč. Úzkostné poruchy jsou v korelaci s kognitivním deficitem a mohou být považovány za rizikový faktor pro rozvoj demencí. Také stres vede ke zvýšení rizika rozvoje demencí, i neklid je jedno z forem chování vázané na onemocnění demence (Jiráček, 2009).

Problémy s pamětí: problémy s pamětí – zapomínání jmen, pojmů, hledání klíčů, brýlí apod. udávaly pouze 4 respondentky (16 %) s četností několikrát za měsíc. Preiss, Křivohlavý (2009) udávají, že asi 25 % starších jedinců si subjektivně stěžuje na paměť a u osmdesátiletých osob je to až 90 %. Pokud bychom námi získaný údaj porovnali s tímto údajem, byl by výsledek výrazněji příznivější.

Pocity po cvičení: byly zjišťovány subjektivní pocity a hodnocení po cvičení. Lépe se cítilo po stránce tělesné 20 respondentek (80 %), 3 respondentky (12 %) odpověděly, že se snad nebo asi cítí lépe a 2 (8 %) se cítily stejně. Po stránce duševní se cítilo lépe 18 respondentek (72 %), spíše ano 2 respondentky (8 %) a 5 (20 %) respondentek se cítilo přibližně stejně. Všechny odpovědi respondentek byly pozitivní, žádná z nich se necítila hůře.



Nikdo nepopsal zhoršení tělesného nebo duševního stavu. Pokud hovořily o únavě, popisovaly ji jako příjemnou. Cítily se „svěží, odlehčené, rozhýbané, pohyblivější, rozprouděné“. Některé z odpovědí: „Lépe mi to myslí, mám víc elánu, mám dobrý pocit, že jsem pro sebe něco udělala, mám víc chuti něco dělat, jsem ráda, že mám možnost jít z domova, cítím se v lepší kondici, mám lepší náladu“. Obecně mnoho autorů a studií popisuje

pozitivní vliv pohybu na tělesné a duševní zdraví.

Tento údaj byl zjišťován po skončení intervenčního programu při koncovém testování kondice a kognice. Toto testování probíhalo obdobným způsobem jako testování vstupní.

„Lépe mi to myslí, mám víc elánu, mám dobrý pocit, že jsem pro sebe něco udělala, mám víc chuti něco dělat, jsem ráda, že mám možnost jít z domova, cítím se v lepší kondici, mám lepší náladu“.

MĚŘENÍ TĚLESNÉ ZDATNOSTI

V tabulce č. 1 uvádíme srovnání průměrných hodnot jednotlivých parametrů zdatnosti sledovaného vzorku

pomocí průměrové tabulky včetně procentuálního vyjádření změn.

Tabulka č. 1: Porovnání průměrných hodnot sledovaného vzorku pomocí průměrové tabulky

Porovnání průměrných hodnot sledovaného vzorku										
Vstupní měření										
TF	leh-sed	Stoj na noze		úklon trupu		koordinace	BMI	Paměť	KF	
Klidová	po námaze	Pravá	Levá	Vpravo	vlevo					
73,16	110,72	11	5,68	6,08	13,08	12,8	0,8	27,256	2,64	22
Koncové měření										
TF	leh-sed	Stoj na noze		úklon trupu		koordinace	BMI	Paměť	KF	
Klidová	po námaze	Pravá	Levá	Vpravo	vlevo					
72,16	110,32	13,68	7,36	7,32	14,76	14,12	0,84	27,12	2,76	22,6
Změna hodnoty vyjádřená v procentech										
TF	leh-sed	Stoj na noze		úklon trupu		koordinace	BMI	Paměť	KF	
Klidová	po námaze	Pravá	Levá	Vpravo	vlevo					
-1,37	-0,36	24,36	29,58	20,39	12,84	10,31	5,00	-0,50	4,55	2,73



Pro statistickou analýzu jsme použili párový t-test (t-test pro závislé výběry) zlepšení či zhoršení jednotlivých respondentů v měřených kondičních ukazatelích srovnáním vstupních výsledků a koncových výsledků naměřených po 10 měsících pravidelného cvičení. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Ve všech ukazatelích došlo průměrně ke zlepšení. V případě proměnných leh-sed, stoj na pravé a levé noze, úklon trupu vpravo a vlevo šlo o statisticky významné zlepšení na 5 % (pro stoj na levé noze), resp. 0.1% hladině významnosti (pro ostatní z výše vyjmenovaných).

Tabulka č. 2: Hodnoty počátečních a koncových kondičních testů; průměr rozdílů a naměřené hodnoty statistické významnosti pro párový t-test

kondiční ukazatele	počáteční stav				koncový stav				průměr rozdílů	P
	Průměr	SD	Min	Max	Průměr	SD	Min	Max		
TF – klidová	73,16	6,98	58,00	85,00	72,16	6,59	55,00	82,00	-0,14	0,28
TF – po námaze	110,72	9,88	86,00	125,00	110,32	9,28	85,00	124,00	-0,40	0,63
Leh-sed	11,00	8,42	4,00	39,00	13,68	9,38	5,00	43,00	2.68***	<0.001
Stoj na noze – pravá	5,68	4,09	0,00	15,00	7,36	4,84	0,00	20,00	1.68***	<0.001
Stoj na noze – levá	6,08	4,46	0,00	16,00	7,32	4,49	2,00	16,00	1.24*	<0.05
Úklon trupu – vpravo	13,08	3,08	6,00	20,00	14,76	2,88	10,00	23,00	1.68***	<0.001
Úklon trupu – vlevo	12,80	2,29	9,00	17,00	14,12	2,42	10,00	18,00	1.32***	<0.001
Koordinace	0,80	1,19	0,00	3,00	0,84	1,21	0,00	3,00	0,04	0,33
BMI	27,26	3,26	20,96	33,14	27,12	3,38	19,92	33,06	-0,14	0,28

Čím nižší je p-hodnota, tím větší je statistická významnost výsledku, protože p-hodnota udává pravděpodobnost chyby prvního druhu (tedy pravděpodobnost toho, že efekt, který byl objeven, je pouze náhodný). Hvězdičky u průměru rozdílů jsou jen jiným vyjádřením statistické významnosti (p-hodnoty) – čím více hvězdiček, tím významnější výsledek, maximum, kterého lze dosáhnout jsou 3 hvězdičky (nejvyšší hladina statistické významnosti: 0.1 % neboli 0.001).

Můžeme tedy konstatovat, že došlo k ovlivnění parametrů kondiční zdatnosti. S tím jsme předpokládali možnost pozitivního ovlivnění funkce paměti a dalších kognitivních funkcí. Tuto hypotézu jsme testovali tak, že jsme opět porovnávali párovým t-testem, zda zlepšení, ke kterému došlo v kognitivních proměnných, je statisticky významné. Výsledek ukazuje tabulka 3.



Tabulka č. 3: Hodnoty vstupních a koncových kognitivních testů; průměr rozdílů a naměřené hodnoty statistické významnosti pro párový t-test

kognitivní ukazatele	počáteční stav				koncový stav				průměr rozdílů	P
	Průměr	SD	Min	Max	Průměr	SD	Min	Max		
Kognitivní funkce	22,00	3,37	14,00	28,00	22,60	3,46	13,00	28,00	0,6*	<0.05
Paměť	2,64	1,70	0,00	5,00	2,76	1,56	0,00	5,00	0,12	0,42

Průměrný výkon v kognitivních funkcích se zvýšil (22 vs. 22.6). Průměrný výkon v paměti se také mírně zvýšil (2.64 vs. 2.76).

V obou proměnných došlo k mírnému zlepšení, v případě celkového skóru

MoCA (kognitivní funkce) je rozdíl dokonce statisticky významný, i když jen na nejnižší hladině významnosti 5 % ($p < 0.05$). Tím byla potvrzena naše hypotéza.

Mechanismy, jimiž jsou pozitivně ovlivňovány kognitivní funkce, jsou pravděpodobně komplikovanější, nejsou zprostředkovány jen lepší zdatností.

DISKUSE

Problém, zda pohybová aktivita může ovlivnit stav kognice, a obecně téma jakýchkoliv možností prevence a terapie kognitivních poruch, vzbuzuje v současné době v odborných kruzích velkou pozornost. V naší práci šlo o možnost ovlivnit stav kognitivních funkcí zdravotně kondičním zaměřením pohybové aktivity. Náš program nebyl stanoven s cílem ovlivnit určitou složku tělesné zdatnosti, ale působit celkově na zvýšení kondice.

Délka intervenčního programu byla deset měsíců, frekvence jednou týdně. Také Krejčí (2007) dokázala na základě výsledků svého výzkumu, že pravidelný intervenční program realizovaný i jen jednou týdně má zásadní vliv na podporu zdraví seniorů. Tento program, ve kterém využívala jógová cvičení, přinesl pozitivní

změny v každodenním režimu seniorů a ovlivnil jejich fyzickou, psychickou i duchovní stránku. Rovněž Štílec (2004) prezentuje informaci o pozitivním výsledku experimentu motorického učení, který provedl Schaller v roce 1995 a tento experiment potvrzuje, že i cvičení prováděné 1× v týdnu zajistí prokazatelné zlepšení motorických dovedností.

Nedošlo k téměř žádné změně v hodnotách BMI, což ale ani nebylo naším hlavním cílem, jenž by vyžadoval vyšší intenzitu i frekvenci cvičení, než jsme volili my. Podobně tak klidová TF se v námi sledovaném výzkumném vzorku snížila o 1,37 % a TF po námaze o 0,36 %, což nebylo statisticky významné. Námi zvolený pohybový program měl menší zatížení, než doporučuje většina autorů pro zvyšování kardiorepirační zdatnosti



(Řehoř et al, 2012, Dýrová, Lepková, 2008, Štílec, 2004) a nepreferovali jsme maximální výkony ve vytrvalosti, ale vytrvalost příjemnou a pohodovou pro seniorky.

Mechanismy, jimiž jsou pozitivně ovlivňovány kognitivní funkce, jsou pravděpodobně komplikovanější, nejsou zprostředkovány jen lepší zdatností.

Samu pohybovou aktivitu můžeme chápat jako „trénink“ koncentrace pozornosti, stejně tak prožitek vlastního těla zprostředkovaný pohybovou aktivitou má potencionálně „integrativní“ vliv na osobnost a rovněž emoční přeladění ve smyslu navození pohody a převahy pozitivních emocí může ve zvýšení kvality kognitivních funkcí sehrát významnou roli.

Výzkum prokázal význam pohybové aktivity jako protektivního faktoru na stav kognitivních funkcí včetně paměti.

ZÁVĚR

Domníváme se, že na základě výsledků naší studie můžeme tvrdit, že u dané skupiny seniorek existuje mezi fyzickou a mentální kondicí pozitivní vztah (jak uvádějí i jiní autoři). Výzkum prokázal význam pohybové aktivity jako protektivního faktoru na stav kognitivních funkcí včetně paměti. Naší ambicí bylo přispět právě takovým důkazem k vědeckému odůvodnění významu pohybové aktivity v seniorském věku, resp. i v předchozích věkových obdobích, protože u seniorů s aktivním životním stylem sledujeme návaznost na životní styl v předchozích obdobích života a kondice je faktorem významně zpomalujícím proces stárnutí.

Cíle, které považujeme za důležité pro praxi v oblasti zdravého stárnutí a kvality života ve stáří, jsou: rozvíjení programů, opatření a postupů, které by vedly k udržení či zlepšení zdravotního stavu seniorů tím, že podporují jejich aktivní život a zdravý životní styl včetně

pohybové aktivity a omezují negativa vyplývající ze stárnutí a růst počtu závislých seniorů. Právě pohybová aktivita je vedle výživy oblastí, kterou může každý ovlivňovat sám.

Při realizaci pohybového programu je žádoucí koncipovat jej s respektem k zásadám tvorby pohybových programů u seniorů a adekvátně zdravotnímu stavu zúčastněných jedinců, úrovni jejich tělesné zdatnosti a technice zvládání požadovaných pohybů. Základním cílem cvičení seniorů je udržování či zvyšování složek tělesné kondice, ale zároveň přes efekt cvičení vede cesta ke zlepšování psychického stavu jedinců ve smyslu udržování či zvyšování mentální úrovně, navození pocitů pohody, radosti, spokojenosti nejen se sebou samým, ale i se sociálními kontakty. U veškerých aktivit nezdůrazňujeme podávaný výkon ani výsledek, spíše se soustředíme na samo probíhání aktivity.



LITERATURA

1. Česká alzheimerská společnost, *Co je demence* [online]. [cit. 2015-01-30]. Dostupné z: <<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>>
2. DÝROVÁ, J., LEPKOVÁ, H. *Kardiofitness: Vytrvalostní aktivity v každém věku*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2273-3
3. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2.dopl.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0
4. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2.vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0
5. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 108 s. ISBN 80-7368-110-2
6. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6
7. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
8. KOPŘIVOVÁ, J. 5. Mezinárodní konference psychomotoriky: psychomotorická terapie u seniorů. *Uplatnění psychomotorických cvičení a her v pohybových aktivitách seniorů*. (přednáška) Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 9. 4. 2014
9. KREJČÍ, M. In *Aktivní v každém věku: pracovní seminář odborníků v oblasti pohybových aktivit seniorů: sborník textů*. 1.vyd. Editor J. Wittmannová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 91 s. ISBN 978-80-244-1796-7
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
11. PREISS, M., KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7
12. RIKLI, R. E. and JONES, C. J. *Senior fitness test manual*. Champaign, IL: Human Kinetics, c2001. 161pp. ISBN 978-0-7360-3356-4
13. ŘEHOŘ, P., STACKEOVÁ, D., KRUKOVÁ, J. *Tvorba kondičních programů*. 1.vyd. Praha: VŠTVS Palestra, 2012. 78 s. ISBN 978-80-87723-06-7.
14. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5
16. VANCAMPFORD, D: 5. Mezinárodní konference psychomotoriky: psychomotorická terapie u seniorů. *Fyzická aktivita v psychomotorické terapii pro snížení deprese u seniorů*. (přednáška) Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 9. 4. 2014



Do redakce přišlo: 19. 9. 2016
Po recenzním řízení zařazeno k tisku 15. 1. 2017
Střet zájmů: není znám.

Kontakty na autorky

Doc. PhDr. Daniela Stackeová, PhD.
VŠTVS Palestra spol. s r.o.
Pilská 9, 198 00 Praha 14 – Hostavice
stackeova@volny.cz

Mgr. Vladimíra Javůrková
Fyzioterapie a rehabilitace
Čechova 655, Libochovice
e-mail: vladkajavor@seznam.cz



Reflexe



ŠIMEK J.: HRANICE PSYCHOSOMATIKY

Psychosomatika je velmi zvláštní medicínský obor. Existuje již více než osmdesát let, přesto není shoda v tom, co je jeho obsahem, jaké by zde měly být pracovní metody. Dokonce se diskutuje o tom, jak má psychosomatika existovat, zda má být zvláštním medicínským oborem, nebo součástí myšlení a práce každého lékaře. Přesto zde stále je a nezdá se, že by se blížil její zánik. Vysvětlení těchto zvláštností je jednoduché. Psychosomatika vznikla jako protiváha dvěma trendům v současné medicíně. Narůstající specializaci a zne-

važování všeho, co nelze doložit vědeckým výzkumem.

Specializace lékařů narůstá ze srozumitelných důvodů. Čím hlouběji do lidských orgánů a tkání pronikáme, tím je přesnější diagnostika a účinnější léčba. Poznatků je ale dnes v medicíně tolik, že jeden lékař může zvládnout skutečně jen jejich část. I organizačně, tím, že shromáždíme nemocné se stejnou chorobou na jedno místo, ušetříme prostředky a zefektivníme medicínskou péči. Znevažování všeho, co nelze doložit vědeckým výzkumem, je tradiční součástí



vědeckého poznávání světa, a navíc musíme připustit, že objektivizace a materializace poznávání lidského těla, při současném znevažování všeho ostatního, zásadním způsobem pomohly rozvoji medicíny. Specializace a důraz na vědeckost tedy patří k základním pilířům současné medicíny.

Dokonce se diskutuje o tom, jak má psychosomatika existovat, zda má být zvláštním medicínským oborem, nebo součástí myšlení a práce každého lékaře. Přesto zde stále je a nezdá se, že by se blížil její zánik.

Oba trendy ale mají své meze. Specializace selhává všude tam, kde má pacient více nemocných orgánů. To se často stává u chronických nemocných, ale především je polymorbidita běžná ve stáří. Obě skupiny pacientů postupně narůstají. Problém je v tom, že různé nemoci si žádají různá, někdy ne zcela slučitelná léčebná a režimová opatření, a specialisté se pak ve svých doporučeních rozcházejí. Je potřeba někoho, kdo pacientovi poradí, jak se zachovat. Tuto roli má tradičně všeobecné lékařství.

Vědecké základy medicíny také nefungují

Vědecké základy medicíny také nefungují bez omezení. Úspěšně je léčeno vše, co je možné vyřešit zásahem v hmotném těle. Zdaleka ne všechno je ale možné tak jednoduše vyřešit. Psychická rozlada nebo dokonce beznaděj až zoufalství účinnost léčby snižuje.

bez omezení. Úspěšně je léčeno vše, co je možné vyřešit zásahem v hmotném těle. Zdaleka ne všechno je ale možné tak jednoduše vyřešit. Psychická rozlada nebo dokonce beznaděj až zoufalství účinnost léčby snižuje. Člověk žije ve své komunitě a má nějaké životní plány, nemoc často obojí narušuje, a tím se přes psychické rozlady vytváří bludný kruh. Jsou dokonce choroby, na jejichž vzniku, nebo aspoň udržování se výrazně podílí

sociální a psychické problémy. Zásah v těle má pak jen omezený účinek.

Když má lékař poradit pacientovi, co si počít s rozpornými doporučeními specialistů, kontrolované studie a statistika moc nepomohou. Pacientovi v rozpadajícím se manželství také nepomůže

statistika rozvodovosti a znalost hormonálních souvislostí deprese a zlosti. V těchto situacích nezbyvá než nechat zobecnění a statistiku pro tu chvíli stranou a věnovat se individualitě a subjektivitě nemocného člověka.

Všude mimo medicínu můžeme na kontrolované studie a statistiku zapomenout. Všechno, co pomůže člověka zklidnit a nasměrovat někam, kde bude lépe, je dobré. Medicína ale stojí na vědeckých základech a většina jejích úspěchů je bez vědeckého poznání nemyslitelná. Vše, co se dostane do

rozporu s vědeckými poznatky, může pacienta poškodit, v lepším případě zablokovat postup léčby. Protiváha proti zmíněným trendům v medicíně nemůže proto vycházet z odporu, či dokonce z potírání jejích vědeckých základů. Psychosomatická medicína jako protiváha tedy nemůže být protikladem, ale musí být nadstavbou nad objektivizující vědou. A v tom je její základní problém. Dělat takovou nadstavbovou protiváhu specializaci a zdravou protiváhu znevažo-



vání vědecky nedostatečně doložených fenoménů je velmi obtížný úkol.

Nadstavba nad vědeckou medicínou vychází v psychosomatické medicíně z respektu k jedinečnému člověku a k jeho subjektivitě. Jedinečné a obecné jsou sice dvě stránky jedné mince, věda si ale vystačí s tím obecným. Biologicky vzdělaný lékař ani jeho pacient vyrostlý v konzumním světě nemusí cítit potřebu čehokoliv navíc. Pro oba může být medicína něco jako servis či oprava těla. A stejně jako při opravě automobilu není důležité, jak se cítí jeho majitel, nemusejí se zajímat o to, co prožívá majitel těla. Medicína založená na důkazech je uzavřeným myšlenkovým systémem (ideologií, jazykovou hrou), který

námi nepochopí v čem ta „nespecializace“ spočívá.

Rezignace na specializaci typickou pro vědeckou medicínu tedy nevychází z odporu proti obecnému (vědeckému) v lidském poznávání, ale v opakovaných poukazech na druhou stránku mince. Základní ideologií (v širokém slova smyslu, podobně jako je věda ideologií) psychosomatické medicíny je tedy trvání na tom, že aplikaci obecných principů (vědeckých) je nutné systematicky doplňovat respektem k individualitě a subjektivitě nemocného. Zde se psychosomatická medicína setkává s nejmodernějšími trendy v lékařské etice. Důraz na práva pacientů a na oprávnění jejich subjektivity v lékařské

Medicína založená na důkazech je uzavřeným myšlenkovým systémem (ideologií, jazykovou hrou), který nepotřebuje podněty zvenčí.

nepotřebuje podněty zvenčí. Oba tedy mohou vidět nabídku psychosomatické medicíny jako zbytečné narušování zaběhaných postupů opravy těla. Proto psychosomatická medicína od počátku je a dosud zůstává nabídkou, kterou lékaři a jejich pacienti mohou, ale také

etice vnímají ale mnozí lékaři jako opačný extrém k jejich důrazu na vědeckou ideologii. Nutno připustit, že tak jsou někdy tyto zásady představovány aktivisty, kteří tím nepříliš šťastně chrání zájmy pacientů. Zde je jeden z důvodů, proč se někdy nároky moderní lékařské

A zde je důvod, proč můžeme sice snít o tom, že jednou bude takto pojímat medicínu většina lékařů, dnes ale nezbyvá než budovat obor, ve kterém pracují zdravotníci, jejichž specializací je vlastně jakási „nespecializace“. A unést, že spousta lidí i mezi námi nepochopí v čem ta „nespecializace“ spočívá.

nemusejí přijmout. A zde je důvod, proč můžeme sice snít o tom, že jednou bude takto pojímat medicínu většina lékařů, dnes ale nezbyvá než budovat obor, ve kterém pracují zdravotníci, jejichž specializací je vlastně jakási „nespecializace“. A unést, že spousta lidí i mezi

etiky stávají bojištěm mezi vědou a etikou. Psychosomatická medicína může sehrát dost zásadní roli „mírotvorce“ v této oblasti, právě svou ideologií dvou stránek mince. A může nahlížet



empirické doklady oprávněnosti své ideologie.¹

Z dosud řečeného bychom mohli vyvozovat, že psychosomatický přístup nemá žádné hranice, vždyť jde o bezbřehé zdůrazňování potřeby vyvažovat to

vědě postavené medicíny. Ta samozřejmě má své hranice.

Hranice současné medicíny nejsou zcela ostré. Vše, co je vědecky neprokazatelné, je vždy podezřelé. Co je v rozporu s vědeckým rozuměním lidskému tělu, je

Z dosud řečeného bychom mohli vyvozovat, že psychosomatický přístup nemá žádné hranice, vždyť jde o bezbřehé zdůrazňování potřeby vyvažovat to obecné ohledy k jedinci. Není tomu tak.

obecné ohledy k jedinci. Není tomu tak. Psychosomatická medicína se pohybuje v kontextech, které se rozvinuly dávno před jejím vznikem. A kontexty, ve kterých se člověk pohybuje, je rozumné respektovat. Vyhneme se tím spoustě zbytečných komplikací. Kromě toho se každý obor vymezuje v určitých daných kontextech a jejich pomíjení vede i k problémům s definicí sama sebe. V jakých kontextech se tedy psychosomatická medicína pohybuje?

V první řadě již z názvu je patrné, že základním kontextem je medicína. Může se nám to sebevíc nelíbit, ale na vědě postavená medicína naší civilizace dala vznik i psychosomatické medicíně. Bez tohoto zakotvení sice můžeme hovořit o psychosomatickém přístupu, koncepci, léčení či léčitelství. Ale co je psyché, duše, a co soma, tělo? V naší civilizaci jde o pojmy se staletou tradicí a bylo by velmi nerespektovní toto nerespektovat. A jsme zpět u současné medicíny postavené na vědě. Psychosomatický problém vznikl tak, že moderní vědy studovaly obě oblasti zvlášť a nyní si nevíme rady s jejich propojením. Základním prostorem, v kterém se psychosomatická medicína pohybuje, tedy zůstává prostor na

již jednoznačně za hranicemi. Šedá zóna se týká toho, co nebylo prokázáno. Jak tomu v šedých zónách bývá, izde je spousta nejasností. Neshodneme se, co znamená řádný vědecký důkaz. Například účinek psychoterapie někdo považuje za prokázaný, jsou vědci, kteří se domnívají, že důkazy účinnosti psychoterapie jsou stále slabé. Není shoda v tom, zda přece jen nejsou přijatelné některé metody, které jsou v rozporu s vědeckým rozuměním lidskému tělu, například homeopatie. Důvodem pro to, že psychoterapie a v mnoha státech i homeopatie jsou součástí medicíny, nejsou teoretické, ale pragmatické. Lidé si to žádají, zkušenost ukazuje, že nějaký efekt mají, a obě metody jsou podstatně lacinější než většina ostatních.

Neostrost hranic ale neznamená, že si můžeme dovolit je nerespektovat. Bylo by možné říci, že existují obecné zákony hranic. V psychoterapii s nimi máme bohaté zkušenosti. Dobrým literárním příkladem je kniha „Lži na pohovce“ od amerického psychoanalytika Irvina Yaloma.² Hlavní hrdina románu, psychoanalytik, se rozhodne testovat hranice psychoanalytického settingu.

¹ Již jsou např. k dispozici data ukazující, že kombinace aktivní a paliativní medicíny již od počátku medicínské péče prodlužuje život některých onkologických nemocných.

² Yalom, I. D.: Lži na pohovce. Portál Praha, 2008. Originál Lying on the couch (1996)



Začne ale experimentovat ve chvíli, kdy do terapie přichází pacientka s promyšleným úmyslem zničit jeho kariéru právě tím, že jej do překročení hranic zmanipuluje, a pak veřejně zostudí. Loudí z něj osobnější přístup a fyzické dotyky, s cílem jej svést. Psychoanalytik si je ale stále vědom uznaných hranic a překračuje je s plným vědomím, což umožní, že

spekulaci (podobně jako filosofie), proto jsou (podobně jako ve filosofii) vždy znovu reformulovány a obohacovány. Ostatní psychoterapeutické školy postupují podobně. Psychoanalýza vnesla sice spor do psychologických věd, ten ale nakonec vyústil do zjištění, že také zde jde o dvě stránky stejné mince.

Hranice psychoterapie jsou proto postaveny trochu jinak než hranice medicíny postavené na vědě. Psychoterapie se podstatně více, dokonce místy programově pohybuje v šedé zóně.

svá přestoupení má plně pod kontrolou. Ke svedení nedojde. Podobně v medicíně respektování vědeckého/nevědeckého vede k tomu, že víme, kde se pohybujeme, a je jen malé riziko, že hranice překročíme tak, že již nebude návratu. Týká se to medicíny celé, která přežívá ve své funkční podobě právě tím, že zná své hranice (i když jsou překračovány), i psychosomatické medicíny, která ať chce nebo ne, ať si je toho vědoma nebo ne, zůstává součástí medicíny. Mimo medicínu by se totiž smysl celého našeho podniku rozplynul.

Druhým kontextem, ve kterém se pohybuje psychosomatická medicína, je psychoterapie. V rozlišování obecné – jedinečné postupuje psychoterapie obráceně než věda. Základnou je jedinečnost pacienta a zkušenost pacienta a terapeuta, odtud jsou odvíjeny obecné zákonitosti. Nicméně zobecnitelnost a nerozpornost s vědeckým rozuměním člověku jsou zde také důležitými základy. Behaviorální psychologie zůstala ortodoxně vědecká, pracuje důsledně s experimenty a se statistikou, s jejím rozvojem se ale stále zřetelněji vyjevovaly meze této metodologie. Psychoanalýza vychází od zkušenosti, kterou dle možností zobecňuje. Její teoretické koncepty stojí do značné míry na

Hranice psychoterapie jsou proto postaveny trochu jinak než hranice medicíny postavené na vědě. Psychoterapie se podstatně více, dokonce místy programově pohybuje v šedé zóně. Její základní obhajoba spočívá v tom, že pohyb v šedé zóně není dán neochotou, ale nemožností zjednodušit některé stánky lidské psychiky tak, aby bylo možné zde vzniklé koncepty empiricky se vši důsledností testovat.

Fyzioterapie se zabývá především lidským tělem, její hranice by měly být obdobné jako vědecké medicíny. Háček je v tom, že fyzioterapie pracuje často s tělem jako celkem a neřídka vychází ze zkušenosti, kterou se pak pokouší empiricky verifikovat. Klasickým příkladem v české fyzioterapii je Mojžíšiové metoda léčení neplodnosti. Zkušenosti a statistika potvrdily, že je metoda funkční, ale ve hře je zřejmě více mechanismů, a proto všechny pokusy o vědecké sjednocení budí rozpaky. Z těchto důvodů se i fyzioterapie pohybuje v šedé zóně více než ostatní medicínské obory.

Nyní si můžeme položit otázku, kde jsou vlastní hranice psychosomatické medicíny. Co tedy je její nutnou součástí, co stojí na hranicích v naší šedé zóně, a co



můžeme ještě tolerovat, ale již to stojí za hranicemi.

Díky zásadní neslučitelnosti jazyků

zkušenosti a k jedinečnosti i respekt k odlišným jazykům.

K obtížnějším tématům patří hranice

Díky zásadní neslučitelnosti jazyků medicíny těla a medicíny duše, a také sociologických konceptů, nepodařilo se vypracovat jednotný jazyk psychosomatické medicíny.

medicíny těla a medicíny duše, a také sociologických konceptů, nepodařilo se vypracovat jednotný jazyk psychosomatické medicíny. Proto prostor uvnitř hranic psychosomatické medicíny není slučován jedním jazykem. Naopak je pro tento prostor typické, že v něm paralelně znějí různé jazyky různých oborů. Příslušníka psychosomatické komunity nepoznáme podle jednotného jazyka, ale podle respektu k odlišným jazykům.

Hranice předmětů zájmu psychosomatické medicíny se v zásadě kryjí

teoretických koncepcí. Vlastní teoretické jádro psychosomatické medicíny představují teorie vzniku psychosomatických poruch a metody práce s psychosomatickými nemocnými. Mimo tento základ je respektováno vše, co je součástí vědecké medicíny. Ale „ortodoxně psychosomatické“ jsou ty teoretické koncepce, které připouštějí nevědění, tedy ty, které netrvají na tom, že vysvětlují vše, a jsou otevřené širší, vícefaktorové patogenezi. Podobně patří do psychosomatické medicíny většina teorií psychoterapeutických škol. I zde

Naopak je pro tento prostor typické, že v něm paralelně znějí různé jazyky různých oborů. Příslušníka psychosomatické komunity nepoznáme podle jednotného jazyka, ale podle respektu k odlišným jazykům.

s hranicemi zájmu celé medicíny. Předměty zájmu psychosomatické medicíny ale nevycházejí z klasifikačních schémat, ani nejsou dány orgánovými systémy. Psychosomatická medicína pracuje na teoretické i praktické úrovni se všemi poruchami, na jejichž rozvoji či udržování se významně podílejí psychické

platí, že „psychosomaticky ortodoxní“ jsou ty, které jsou otevřené přesahu tělesného a psychického. Také většina teorií fyzioterapie je využitelná v rámci psychosomatické medicíny.

Za hranicemi psychosomatické medicíny jsou na jedné straně ty teoretické

Vlastní teoretické jádro psychosomatické medicíny představují teorie vzniku psychosomatických poruch a metody práce s psychosomatickými nemocnými. Mimo tento základ je respektováno vše, co je součástí vědecké medicíny.

a sociální vlivy. Různí odborníci o nich hovoří různými jazyky. I zde je jednotícím prvkem vedle respektu ke

přístupy, které popírají možnost vlivu psychiky na vznik a rozvoj chorob, na druhé straně koncepce, které tělesná



stránka stonání vůbec nezajímá. Například podobně jako ve vědecké medicíně, za hranicemi psychosomatické medicíny jsou i teoretické systémy homeopatie a čínské medicíny. Důvodem není jejich „iracionalita“, ale jiná teoretická východiska a příliš jiný jazyk. Rozdíly ale nevylučují „přeshraniční spolupráci“.

apod.) jako „samospasitelné“ pro prevenci či léčbu všech nemocí, musíme odmítnout jako stojící již za hranicemi. Stejně jako nabídku jednostranného psychologického nebo léčitelského přístupu.

Bylo by ovšem velkým nepochopením, kdybychom vše, co stojí za hranicemi psychosomatické medicíny, klasifikovali

Například podobně jako ve vědecké medicíně, za hranicemi psychosomatické medicíny jsou i teoretické systémy homeopatie a čínské medicíny. Důvodem není jejich „iracionalita“, ale jiná teoretická východiska a příliš jiný jazyk. Rozdíly ale nevylučují „přeshraniční spolupráci“.

Pokud se týká léčebných a rehabilitačních postupů, pak opět k psychosomatické medicíně patří široká škála metod, které respektují propojenost tělesného a duševního. Samozřejmě, mnohé metody se zabývají buď tělem, nebo duší, tak jak vznikly. Součástí psychosomatické medicíny je činit respekt k ostatním metodám a ochota ke spolupráci. Proto každý, kdo nabízí metodu vytrženou z kontextu bio-psycho-sociálního pohledu, je za hranicemi psychosomatické medicíny. Psychosomatická medicína stojí a padá s mnoho-oborovostí. Proto například nabídku zvláštní výživy (důraz na minerály, jinou složku výživy, veganství

jako obecně nepřijatelné, podobně jako to vidíme ve scientistických postojích. Klasický příklad takového jednoznačného, vše ostatní vylučujícího postoje ukazují aktivisté pražského klubu Sisyfos. Můžeme ocenit jejich zápas za očištění vědeckého od všeho nevědeckého, což je dnes potřebné, ale takový přístup není v psychosomatické medicíně vhodný. My naopak existujeme v dialektickém prostoru vymezování a překračování hranic. Vymezení hranic není nástroj k vylučování, ale kompetentního dialogu.

Proto každý, kdo nabízí metodu vytrženou z kontextu bio-psycho-sociálního pohledu, je za hranicemi psychosomatické medicíny. Psychosomatická medicína stojí a padá s mnohooborovostí.

Do redakce přišlo: 14. 1. 2016
Zařazeno bez recenzního řízení 15. 1. 2016 do rubriky Reflexe
Konflikt zájmů: není





AUTOR: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice. Člen České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP), člen Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP. V r. 1990 založil Ústav lékařské etiky při III. lékařské fakultě UK v Praze, jehož byl dlouholetým přednostou. Předtím pracoval na pražských interních klinikách, ve Výzkumném ústavu psychiatrickém, kde se věnoval psychoterapii a psychosomatice, a také v geriatrickém centru. Publikoval zejména v oblasti psychosomatiky. T. č. je předsedou Etické komise

Ministerstva zdravotnictví. Z jeho prací: Emoční život psychosomaticky nemocných (1985, první souborné dílo o psychosomatice v češtině), Psychosomatická medicína (1993, editor spolu s J. Bašteckým a J. Šavlíkem, první psychosomatická monografie v češtině, obsahující příspěvky 25 autorů), Lékařská etika, Grada, 2015.



DISKUSE



BAŠTECKÁ B.: KOMENTÁŘ K ČLÁNKU EVIDENCE BASED MEDICINE? ANEB O AUTORITĚ, SVOBODĚ A ZODPOVĚDNOSTI

Vladislav Chvála mi dal k recenzi článek právníka I. Telce. „Recenzovat ho nemůžu,“ řekla jsem, „protože nejsem právník. Můžu ale napsat komentář ze své vlastní pozice a říct, proč s vyzněním článku nesouhlasím.“ „Mně se ten článek líbí, protože souzní s tím, co si myslím,“ řekl na to šéfredaktor.

Vybaveni poznáním, že každý zastáváme pozice, které odpovídají našim hodnotám, preferencím a zájmům, se můžeme pustit do debaty o praxi podložené vědeckými zjištěními.



PROČ MÁM RÁDA EBM

Před dvaceti až deseti lety jsem si čítávala v české mutaci Jamy. Hvězdnou úroveň medicíny pro mě tehdy představovala rubrika Klinické křížovatky, jejíž kazuistické názvy připomínaly tituly knih Olivera Sackse. Konkrétní pacient/ka byl/a v konkrétní životní situaci, do níž vstupovala nemoc, a ošetřující lékař, lékař specialista a zástupci dalších profesí uvažovali o ziscích a ztrátách diagnostických a terapeutických postupů vzhledem k hodnotám a preferencím přítomné

osoby, o níž šlo, tedy dané/ho pacienta či pacientky.

Netušila jsem tehdy, že čtu to nejlepší z praxe založené na důkazech: sdílené (partnerské) rozhodování se vstupy pacientových hodnot, klinikovy zkušenosti a vědeckých poznatků. Nemohla jsem tušit, že to, co čtu, nebude představovat běžnou úroveň zdravotnické praxe ani po dvaceti letech.

DÍKY TOMU, ŽE MÁM RÁDA EBM, SE MI LÍBIL ČLÁNEK PRÁVNÍKA IT: SDÍLÍME TATÁŽ PRAVIDLA HRY

Četla jsem příspěvek IT a zažívala stav intelektuální blaženosti – jako vždy, když se dozvídám něco, co nevím, od někoho, kdo ví a je schopen to sdělit tak, abych porozuměla, i když jsem z jiného oboru. Zajímavé na věci je, že si můžeme rozumět. Je to možná proto, že oba

sdílíme uvažování „ve smyslu vědeckých závěrů na základě přezkoumatelné /.../ argumentace vycházející z /.../ metodologie“, jak říká autor, a vzápětí upozorňuje na existenci pravidel různých společenských řádů včetně **pravidel argumentace**.

DÍKY TOMU, ŽE MÁM RÁDA EBM, SE MI NELÍBIL ČLÁNEK PRÁVNÍKA IT: NECHCI MĚNIT PRAVIDLA HRY, MLUVIT ZA DRUHÉ A BOJOVAT (S) IDEOLOGIEMI

Stav intelektuální blaženosti na dvou místech pominul. První vlna nevole mě zalila ve chvíli, kdy kolega z jiného oboru

Pročetla jsem už dost vědecké literatury na frustrující téma „zavádění výzkumných poznatků do praxe“ a zažila už

Chci v roli pacienta či klienta potkávat vzdělané lékaře a právníky... Chci v roli psychologů na akademické dráze spolupracovat se vzdělanými nebo vzdělání (tedy změně) otevřenými kolegy. Chci v roli odborníka na praktickou činnost umět zacházet s nejistotou, jako to umějí dobří vědci.

začal mluvit do mého řemesla. „**Nezaměňujme** lékaře nebo psychologa jako **odborníky** na praktickou činnost za **výzkumníky**,“ říká, a já si píšu na okraj: Pozor, to je zásadní! –

několik praktických návštěv u lékaře, kde jsem si uvědomovala, jaká je škoda pro všechny tři strany (ano, jsou nejméně tři), že odborník trval na poznacích, které



platily, když před třiceti lety opouštěl školu.

Chci v roli pacienta či klienta potkávat vzdělané lékaře a právníky. (Jak bych asi mohla mít důvěru k autorovi, kdyžby nevěděl, že začal platit nový občanský zákoník s důrazy na lidské štěstí?) Chci v roli psychologičky na akademické dráze spolupracovat se vzdělanými nebo vzdělání (tedy změně) otevřenými kolegy. Chci v roli odborníka na praktickou činnost umět zacházet s nejistotou, jako to umějí dobří vědci. Předpokládám, že

proti mně v tu chvíli sedí klient, který věří, že jsem dostatečně vzdělaná, ačkoli jsem pregraduální vzdělání ukončila před pětatřiceti lety. Ve všech případech tvoří vědění součást důvěry.

Podruhé jsem se od textu odpojila, když se stal – ve jménu potírání ideologie – ideologickým. Opustil vědecká pravidla hry proto, aby mě přesvědčil, že psychosomatika je dostatečně vědecká a kdo to neví, „není schopen vykonávat veřejnou funkci odpovědně“.

SPOLEČENSKÉ KYVADLO A VYLÉVÁNÍ VANIČKY I S DÍTĚTEM: CO KDYBYCHOM SE RADĚJI ZNALI K VLASTNÍ POZICI?

*Nelíbí se mi svět, jak se právě chová,
tak si tvořím v hlavě vlastního boha.*

Ach jo, říkala jsem si, když jsem četla v ideologické části článku zobecnění typu svatých pravd: „lidé hledají spíše obyčejnou důvěru“ (Za koho autor mluví? Co hledá on? Ví, že „důvěr“ je víc, a tedy možná různí lidé hledají různé věci?); „příčiny soudobého odlidštění západní biomedicíny“ (Byl autor v poslední době u lékaře? Jak vypadalo odlidštění, které potkal, pokud ho potkal?); „pánem svého zdraví, tedy i, pánem zakázky“ péče o zdraví je podle zákona pacient“ (Proč se autor uchyluje k ideologickému slovu

pravděpodobně nereflektovaně – se stával součástí tohoto procesu.

Pojmy jako EBM (a také třeba „psychoanalýza“, či „stres“) mívají v době svého vzniku ohraničené a jasné užití. Uchytí se pravděpodobně proto, že odpovídají na nějaký požadavek doby. Jsou uchopeny, používány a zkoumány, kvetou a šíří se v podobě léku na všechno, stávají se zbožštělým hnutím s oddanými následovníky. A pak přijde jiná móda, jiná víra, dominantním se stane jiný diskurs

A pak přijde jiná móda, jiná víra, dominantním se stane jiný diskurs a proces se opakuje. Jednoho dne zřejmě někdo objeví pod jiným názvem opět EBM.

„zakázka“? Ví, že „zakázka“ se vyjednává?).

Domnívám se, že v ideologické části článku popisoval autor vznik, inflaci a devaluaci pojmů a přesvědčení a –

a proces se opakuje. Jednoho dne zřejmě někdo objeví pod jiným názvem opět EBM.

Nyní říkáme, že žijeme v rozmanitém světě. Mám tuto představu ráda, protože přinesla důraz na hodnoty spolu s uvědo-



měním, že naše spory jsou (možná ve většině případů) řešitelné tím, že se přiznáme k hodnotám, z nichž vycházíme, nikoli vědeckými argumenty. Požadavek rozumět kontextům vlastních tvrzení se v podobě „předporozumění“ dostal do kvalitativního výzkumu

a odtamtud se šíří jako nárok „reflexivity“ (což je pravděpodobně další pojem, který má dnes dostatek „sexepílu“ stát se lékem na všechno). Spojení vědy s osobními hodnotami mě baví. Také potřebuju něčemu věřit. A také se potřebuju něčím bavit.

DOBRÝ SLUHA, ŠPATNÝ PÁN A ZÁSTUP OTROKŮ

*Nelíbí se mi svět, jak se mění,
jenže žádnéj jinej tady není.*

Zvolila jsem srovnání s psychoanalýzou: ta sice také byla nejprve léčbou, poté teoretickou školou a posléze myšlenkovým hnutím, avšak přesněji bych vzestup a zpochybnění EBM popsala na metodách řízení kvality, mezi něž EBM spadá. Kvalita a její řízení jsou (v současnosti kritizovanou) neoliberální odpovědí na stav, kdy medicína (nebo jiný obor) zpevňuje svou integritu, tedy možnost dostávat poctivě závazkům v podmínkách trojúhelníkového uspořádání, které je typické pro zdravotní i sociální služby: setkání dvou lidí platí někdo třetí.

Na přelomu tisíciletí se zkusmo zaváděly

a odpovídá si, že „ho zpacifikovalo to, co se tváří jako jeho největší zastánce a podporovatel – totiž řízení kvality. /.../ Průraznost a rychlost, s jakou se řízení kvality šíří, souvisí s politickým řádem neoliberálního světa. Souvisí ale také s tím, pomocí jakých strategií řízení kvality parazituje (v biologickém slova smyslu) na přijímajících sektorech veřejných služeb.“ Jednou ze strategií je „nepozorované převzetí rámce priorit. K němu dojde, když se z rádce stane panovník bez panovníkova vědomí“. Duch standardů, který původně tvořily hodnoty služby zaměřené na

Jednou ze strategií je „nepozorované převzetí rámce priorit. K němu dojde, když se z rádce stane panovník bez panovníkova vědomí“. Duch standardů, který původně tvořily hodnoty služby zaměřené na pacienta, byl udušen metodikami.

standards kvality sociálních služeb. Jako povinnost, rozhodující o identitě a integritě služby, se dostaly do nového zákona o sociálních službách v roce 2006. V roce 2014 se ptá česko-britský sociolog David Kocman „Kam se poděl duch standardů?“

pacienta, byl udušen metodikami.

Zdravotnictví dnes také šustí papírem. Může za to řízení kvality? Nebo spíše člověková otrocká nátura, jak by asi řekl d'ábel z Bulgakovova Mistra a Markétky.



HLEDÁ SE DOBRÝ PÁN

*Jediný důvod, proč se vracím, jsi ty,
vracíš mě zpátky do reality.
Jediný důvod, proč se vracím, jsme my-*

Odvolávám/e se na vědu, zákony, řízení kvality, pravidla společenských řádů, hodnoty. Z potřeby se na něco odvolávat se dá usuzovat, že kroužím/e kolem tématu autority.

Zdá se ale, že tak velké spoléhání na vlastní kritické myšlení nesou někteří lidé (zde lékaři) s obtížemi, jinak by se snad nenechali medicínou podloženou důkazy zotročit.

Zdá se ale, že tak velké spoléhání na vlastní kritické myšlení nesou někteří lidé (zde lékaři) s obtížemi, jinak by se snad nenechali medicínou podloženou důkazy zotročit.

Připomínám, že změněný postoj k autoritě, který byl v různých oblastech praxe formulován v devadesátých letech, se spojuje též s vyhlášením medicíny založené na důkazech pracovní skupinou při McMastersově univerzitě v roce 1992. Zatímco předchozí medicínské paradigma „připisuje vysokou hodnotu tradiční autoritě vědy a le ke standardním postupům a odpovědi hledá často v přímém kontaktu s místními experty nebo v odkazech na články mezinárodních expertů“, nazírání založené na důkazech „přikládá autoritě daleko menší váhu. Vychází z přesvědčení, že lékaři jsou schopni si osvojit dovednosti, jak nezávisle posoudit důkazy a vyhodnotit důvěryhodnost názorů nabízených experty.“ (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992, s. 2421).

Vzdělaný lékař-praktik je autoritám partnerem: vyhodnocuje, co říká věda nebo jeho učitelé, podle souladu s vlastní klinickou zkušeností a metodologickou gramotností, a ve spolupráci se vzdělaným pacientem rozhoduje o nejlepším možném postupu z postupů, které (věda) zná. Což mu mj. umožňuje nabízet pacientovi alternativy, jak požaduje i náš zákon o zdravotních službách (§ 31).

Svobody a autority se dotýká též autor článku, když tvrdí, že stavovská komora nemůže přímo ani nepřímo ovlivňovat „**přesvědčení** svobodných lidí, formulující jejich lékařské postoje k nemocem“. Jako pacientka stojím o to, aby lékař byl schopen svoje zformované přesvědčení formulovat. A doufám, že ho k tomu profesní komora vyzve. Právě proto, že na trhu „vládne **věcná a druhová rozmanitost zdravotních služeb**“. Opět tedy doufám v autoritu, která by pomohla garantovat stav zdravotní péče, přičemž záruka pro mě spočívá v lékařově uvědomování, že ví, čemu věří, a ve schopnosti tato přesvědčení sdělovat pacientovi, který možná věří v něco jiného. Právě proto, že „lékař není stroj, nýbrž člověk“ a stejně jako pacient nebo plátce má svoje hodnoty, přesvědčení a zájmy. „Lidé se zřídka kdy rozhodují jen na základě vědeckých informací; typicky též berou v úvahu vlastní cíle a potřeby, znalosti a dovednosti, hodnoty a přesvědčení. /.../ Volby, které se týkají toho, jaké vědecké důkazy komunikovat kdy, jak a komu, mohou být odrazem komunikátorových hodnot.“ (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016, s. 2)



Mám vědu ráda. Mimo jiné proto, že pro mě představuje ostrůvek svobody, z něhož je možné z odstupu a nadhledu nahlédnout i marné ideologické boje. Ráda bych se nadále domlouvala podle sdílených pravidel v rozmanitém světě.

Co pro to můžu udělat:

- Například v úvodu sporu o EBM rozlišit, s čím ten spor vlastně vedeme. Argumentujeme proti klinickým křížovatkám (tedy proti sdílenému rozhodování k nejlepšímu možnému prospěchu konkrétního pacienta), nebo proti rigidním metodologickým požadavkům, které neodpovídají kazuistické povaze dat (mimořádně, EBM dnes spolupracuje s real-world medicine), nebo proti alibismu otroků papežštějších v oblasti ideologie než papež?
- Nahlédnout nejprve vlastní hodnoty, přesvědčení a zájmy a zveřejnit je. Nazvu-li to, nebo prohlášením o vlastní pozici, je asi jedno.

Znovu tedy říkám, že mám ráda EBM

ani sdílené profesní standardy, věda a řízení kvality mohou jít (má-li psycholog soukromou praxi) zcela mimo ni. Opírá se o vědění zhusta předávané tradicí, zpoždění za společenskými změnami může být velké. V těchto souvislostech možná není divu, že psychologové, kteří odpovídali na anketu, jaký by dobrý a užitečný psycholog měl být a co by etický kodex neměl opominout, si přáli, aby eticky se chovající psycholog postupoval podle zásad praxe založené na důkazech.

Autor článku říká, že směr evidence-based medicine **nesouvisí** s legálním vymezením „náležité odborné úrovně“ zdravotních služeb, a **není** obsažen ani v prvku „pravidel vědy“ podle zákona o zdravotních službách. Co tam tedy obsaženo je? A co znamená § 5 v občanském zákoníku? „(1) Kdo se veřejně nebo ve styku s jinou osobou přihlásí k odbornému výkonu jako příslušník určitého povolání nebo stavu, dává tím najevo, že je schopen jednat se

Mám vědu ráda. Mimo jiné proto, že pro mě představuje ostrůvek svobody, z něhož je možné z odstupu a nadhledu nahlédnout i marné ideologické boje. Ráda bych se nadále domlouvala podle sdílených pravidel v rozmanitém světě.

v podobě klinických křížovatek. A že mým zájmem je, aby se psychologie dělala dobře. Využívám k tomu např. svého koncepčního myšlení. V současné době vytváříme nový etický kodex psychologické profese. Psychologická praxe na tom není s ohledem na autority nijak slavně: nemá stavovskou komoru

znalostí a pečlivostí, která je s jeho povoláním nebo stavem spojena. Jedná-li bez této odborné péče, jde to k jeho tíži.“

Ptám se vzdělaného kolegy s důvěrou, že to ví a že mi to poví. Může se spolehnout, že mě to bude inspirovat.

CITAČNÍ DODATEK NEBOLI POKLONA VYBRANÝM AUTORITÁM

Kromě článku, na nějž jsem reagovala, jsem též citovala z nebo jsem se odvolávala na:

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP (1992): Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA, 268/17: 2420–5.



NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE (2016): *Communicating Science Effectively: A Research Agenda*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/23674.

KOCMAN, David (2014): Kam se poděl duch standardů? Řízení kvality jako problém sociálních služeb. Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/18026/Rizeni_kvality.pdf.

zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

A také jsem citovala z písničky Vlastní svět. Odedávna jsem vědecké příspěvky prokládala texty písniček. Je to snad jiné od chvíle, kdy za ně Dylan dostal Nobelovu cenu? A mění se něco tím, že Vlastní svět je píseň Marka Ztraceného, nikoli Boba Dylana?

V Poděbradech, 28. prosince 2016
K tisku zařazeno 15. 1. 2017
Střet zájmů: není znám.



ESEJE



RŮŽIČKA J.: NOVOROČNÍ ÚVAHA

Co nás lidi bytostně určuje je svoboda. Svoboda jako bytostný znak člověka. Bez ní je lidská existence, lidský osobní i společenský život nemyslitelný. Je základním předpokladem lidství, je jako vzduch, který samozřejmě a neustále dýcháme. O její důležitosti se dozvídáme, když začíná chybět, její význam poznáváme až tehdy, až když už jsme zotročení a vyvlastněni ze svých práv, až je nám upřena důstojnost, jméno a význam, pošlapána hrdost a čest, uzavřeny naděje. Se ztrátou svobody se teprve ukazuje její skutečná tvář a také, její křehkost. Protože je lehká jako vzduch, osvěžující jako váněk a průzračná jako čistá voda, poněvadž nic neváží, spíše nás nadlehčuje a pozvedá, bereme ji

jako samozřejmost života, která nic nestojí, podobně jako neplatíme jarní den.

Nesvobodnými nás činí nemoci. Nejen tělesné, ale i duševní. Při tělesných nemocech nemůžeme být způsobem, kterým být chceme, duševní jsou především výrazem toho, že nemáme svobodu být tím, kdo jsme, být sami sebou. Tělesné nemoci způsobují, že nemůžeme žít volně svými možnostmi ve světě. Není to svět, co nás znesvobodňuje, naše původně vlastní zdravé danosti nás nechávají na holičkách. Při duševním onemocnění je situace nesvobody odlišná. Nejsme to ani tak my, ale svět, jeho skutečnosti, které negativně zaměřeny na nás, ohrožují naši svobodu.



Svět nás nechce, bojíme se jej, chybí nám v něm jistoty a blízcí lidé. Nemůžeme se volně pohybovat, nemůžeme žít podle vlastních voleb, ty stávající ani svobodnými být nemohou, protože nesvoboda svobodné volby nedovoluje. Každé rozhodnutí je vynucené a zákonitě vede ke ztrátám, zklamání a křivdě. Svět se nám proto nelíbí, a není pak překvapení, že k němu máme samé výhrady. Přestává být naším domovem. Ve snaze zachránit aspoň jeho zbytky, ustupujeme z něj do nor soukromí v bláhové naději, že unikneme. Úzkost nám připomíná to, nechceme vidět, že se totiž čím dál hlouběji ocitáme v pasti izolace od zbytku světa. Duševní nemoci jsou zákeřné nikoli svými symptomy, ale tím, co tyto skrývají. Jsou jen vrcholy ledovce nesvobody. Skrývají mindráky, křivdy a bolestivé vzpomínky. Jsou pokračováním opuštěnosti, strachu a nejistoty, neradostných a pokřivených vztahů, nenaplněných lásek, tužeb a nadějí, recyklací zklamání, křivd a nedůvěry. Strach, nejistota a osamocnost jsou pak nejen všude okolo, ale pronikly již do našich kostí. Strach demoralizuje! Ničí důvěru. Ti druzí jsou strašidly a svět místem, kde za každým rohem čeká nemilé překvapení! Špatné zprávy, špatné prognózy. Ti druzí už nejsou blízcí či vzdálení sousedé, ale jsou „divní“, cizí, nepřátelé! Strach nese nedůvěru, pochybnosti a podezíravost a otevírá se podzemní cesta, která nemá spojení s venkem, jasným dnem, ani s jasnou myslí. Je to bloudění, které se stalo novým modem vivendi. Bludem. V takových situacích jsou pravdivější stíny, než jasný úsudek. Pak pochybujeme o světě, dříve spolehlivé pravdě, o všem, co bylo jisté, nekomplikované, nedůvěřujeme tomu, k čemu jsme se vztahovali, co jsme ctili a čemu jsme důvěřovali. V hodnoty pravdy, v sebe, ve druhé. Není pak žádným překvapením, že chybí víra v to, co dříve bylo pevné.

Ztratili jsme důvěru v hodnoty našich zcela přirozených a jaksi samozřejmě prostých práv a svobod, které jsou nahrazeny doktrínami, relativizacemi, redukcemi a falešnými prorocstvími. Slábneme na svobodném duchu. Kořeny těchto stavů, z nichž jen některé selektivně, a tudíž cenzurované nazýváme duševními nemocemi, jen stěží vyrůstají v hlavě. Raší v odcizeném světě, který již není vlastí, společným bydlištěm, ani v něm nenalzáme domov.

Zdraví jsme, až když jsme svobodni. Svoboda bez lásky je však studená. Snadno také svobodu ztrácíme, neboť ta jde ruku v ruce radostí, se vztahy, s nepřebornými podobami lásky a máme-li svobodu a nemáme k ní radost, štěstí a lásku, jsme v ohrožení. Neboť k sobě nerozlučně patří, jedno umožňuje a udržuje bytí druhého. Bez nich jsme náchylní k infekcím falešnými náhražkami, ve které zmutují věci k držení a které jsou na prodej na každém kroku. Je snadné nás pak zlákat na náhražky; na požitky, extázi jakéhokoli druhu, moc, utopii, zdání bezpečí a přísliby nesmrtelnosti. Na falešné sliby, lichotky, na korálky. Absence lásky jde ruku v ruce se ztrátou svobody.

Ale jak věřit, důvěřovat, jak poznat skutečnou svobodu a to, v jejímž jméně se představuje. Jak poznat pravé od nepravého? Pravdu nikoli jako výrok soudu, ověřený výsledek kalkulací a měření, nebo názor či prohlášení autorit. Pravda totiž nespočívá v nějakém abstraktním soudu, ale v pravosti jsoucího. V tom, zdali to, co se nám ukazuje, je tím, čím skutečně je samo ze sebe. Pravé je to, co se dostává na světlo, na svět, co je viditelné, evidentní, pravé, co hovoří svým vlastním hlasem. Co je tím, čím z povahy svého bytí skutečně je? Pravda není naše, nemáme ji v moci, nepatří nám, ale záleží na nás, jestli jí jsme s to poznat, unést a uvést do světa a tam ji



také chránit, bránit, střežit ji i její místo. Není ani v moci rozumu, není v ničí moci, poněvadž spočívá v tom druhém, v tom, co se nám objevuje ze skrytosti jako to, čím samo ze sebe jest mimo nás. Co se nám takto dává, co nás svým bytím vybízí ke kladení otázek o povaze našeho bytí. Odpovídáním pak uvolňujeme k bytí skutečnosti světa, neboť tím se ukazují jako jsoucí mimo nás. Tak podáváme nejen důkaz o bytí světských věcí, ale také o bytí našeho pobytu, o tom, kde a jak žijeme a jací jsme. Abychom toto vystavší ponechali v pravdě, nestačí jen odhodlaně zírat a vydržovat situaci zjevení, ale také se k setkání znát. Víme totiž, že žádné setkání není neutrální, lhostejné, bez postoje a bez nějakých následků. Všechny ukazující se skutečnosti, všechny věci se zjevují sice samy, ale nikoli bez nás. Potřebují a vyžadují naši přítomnost naše bytí při tom i naše zveřejnění události. Naše svědectví o jsoucím je důkazem jejich bytí. Povaha naší svědecké přítomnosti záleží na našem odpovídání, na způsobech našich odpovědí. Na vzájemném rozhovoru. Na pravosti odpovídání závisí pravdivost zjevování světa, závisí na vztazích ke skutečnostem světa, na tom, zda a jak je máme v lásce nebo naopak. Pravda tak není myslitelná bez způsobu odpovídání, naší odpovědnosti, bez pravdivosti našeho způsobu bytí ve světě. A to všechno je možné pouze v rozhovoru s druhým, s jeho odlišností a jinakostí. Neboť pravdivost je verifikována, ověřována těmi druhými na světle, tedy v otevřenosti, na očích a za přítomnosti těch druhých, na veřejnosti. Právě svědectví mohou vydat ti druzí, ne stejní, ale jiní. Tato podmínka není jen podmínkou filosofie, vědy, výchovy, politiky, umění, ale pravdy vedení života, naší existence. To, co je zveřejňováno, „přípevněno na líci veřejí“, se stává věcí veřejnou, res publici.

Začátkem tohoto roku jsem se znovu začel do psychoanalytických teorií lidské sexuality a připomněl si onu závaň, kterou mně kdysi tato četba a posléze studium způsobila. Byl jsem těmi pro mne novými, nečekanými a odvážnými názory zasažen a vyveden z životní rovnováhy. Tentokrát to sice byla také závaň, ale zcela jiné, nečekané povahy i průběhu, neboť jsem se v ní pohyboval dech beroucí rychlostí jakoby pozpátku, opačným směrem. Jako bych si až nyní naplno uvědomil, jak jsem byl před léty jejím omračujícím sdělením uhranut a zaklet a nyní se z něj nenadále zcela a konečně probudil na tomtéž místě, ale pohyboval se v jiné době, v jiném světle a v opačném směru. Zatím nevím, jak tuhle dvojí duchovní migraci „tam a zpět“ pochopit v jejím úplném významu, celistvosti a průběhu, protože i pro tuto zkušenost platí, že dvakrát vstup do téže řeky není možný. Začalo to vlastně již dávno, ve chvíli, kdy jsem si povšimnul, že ve Freudově díle je slovo „láska“ vypuštěno a nahrazováno jinými, jakoby podstatnějšími, pravějšími a nezátíženými pojmy, jako sexuální pud, instinkt, potřeba, libido a jeho objekt, libidinózní energie a její distribuce, psychosexuální vývoj, jeho etapy atp. Láska se v onom novém paradigmatu na jedné straně stala nadosobním biologickým mechanismem, na straně druhé pouhou emocí, pocitem, jen subjektivně prožívanou biochemickou reakcí. Stávalo se zřejmým, že Freud a s ním nejen psychoanalýza se nakonec pohybují již jen v abstraktních konceptech, ve kterých je jedinec vždy jen případem obecného. Tyto obecné abstraktní biologické síly a struktury jsou prý podstatou života, spatřujeme je údajně ve vývoji druhu i jedince, nalézáme je na začátku i na samém konci života. Významné, a nakonec zřejmé, bylo, že láska byla převedena do hypotetických bio-socio-psycho, nyní i spirituálních pojmů, struktur, funkcí či



analogií do jejich vzájemných korelátů a hypotetických virtuálních sil. Když jsem si tedy znovu zpřítomnil celý ten monumentální systém a instrumentarium, který Freud několikrát rozpracoval a pak přepracoval do nových teorií, tu náhle všechny ty koncepty a jejich působivost zeslábly, jaksi zřídnyly, ustoupily do pozadí a z něj vystoupilo něco skrytého, co podobně jako staré fresky na prastarých zdech, bylo tím, co jsem si osvojil studiem „přemalováno“. A to objevivší se mi doslova vyrazilo dech. Žádné vyspělejší matematicko-kybernetické kosmologické modely, sofistikované biochemické počítače pokryté lidskou kůží, ani nové matematické sestavy, počítačové matrice, ale něco zcela jiného. Bylo to prosté, překvapivě známé, zcela obyčejné, leč původní, osobní a živé. Když se ony teoretické systémy a převládající teorie člověka dvacátého století i současnosti a všechna ta umělá slova, věty, mega mandele článků a knih se rozpustily ve světle nového dne, ranního ruchu, života okolo i mne samého, byl tu přede mnou zcela jiný obraz člověka. Co obraz! Právě že přede mnou žádný obraz nestál. Ocitnul jsem se zato nečekaně a s překvapením tváří v tvář obyčejným lidem, člověku v celé jeho prostotě a samozřejmosti, stál jsem před starým známým, se kterým žiju, žil jsem a snad ještě nějaký čas žít budu. Byl jsi to Ty, byli jste to vy! Jako byste se mi vrátili z emigrace, z daleké cesty, jen tak, bez zavazadel a bez dokladů. Skuteční a ne abstrakcemi vypreparovaní! Bez obalů, vycpávek, náhražek a svévolných „-ických“ a kontextů, kontaminování umělými definicemi, virtuálními mechanismy, kybernetickými „vychytávkami“ zdokonalenými, leč lidsky prázdnými strukturami. Objevili jste se a zůstáváte. Bez za vlasy přitažených přívlastků, bez od vás odvádějících a ideologicky zavádějících předsudků, expertních názorů a všemožných zaručených a

všemožnými čísly vyfutrovaných hypotéz, pseudo-moralizmů a zásadně nepodložených zpráv a dohadů, internetových nebo mediálních „fejků“, bez přípravy a nečekaně, jen vy sami, jen Ty! Staří známí ve světle, které patří slunci, měsíci, hvězdám a živým očím. Prostota a samozřejmost setkání mi z počátku připadla neuvěřitelná: Trochu jste mne ale zklamali, jste totiž docela obyčejní. Ale dívali jsme se na sebe, prohlíželi se navzájem. Staří přátelé! Vaši tvář jsem předtím neviděl, jméno si možná ani nezapamatoval nebo je slyším poprvé. Ale ve Vašich očích není cizota, spíše se v nich objevuje Vaše duše. Zaplavila mne radost a vykročili jsme si vstříc. Bylo to šťastné setkání, protože jste lidé, kterým mohu říci „ahoj, dobrý den, co nového a jak se máš? Nepotřebujete něco? Nezajdeme „na jedno“, na kafe? Je to zvaný! Místo všech umělých mechanismů a stereotypních klišé jste zde vy, Vy i Ty! Od té doby ve stále větší míře mám z takových setkání radost, potěšení. Vaše přítomnost mi prospívá, baví mne a inspiruje. A ještě jedno vyznání. Zjišťuji, že čím déle jsem s Tebou, s vámi, tím víc vás mám rád. Pak jsou zde ale ještě další lidé, kteří již nežijí, obě moje babičky, dědečkové, tety a strýcové, někteří kamarádi, spolužáci, pan farář Válek a pan učitel Klíma i Jagošová, všichni, úplně všichni, živí i mrtví. Všechny vás mám v srdci, ale i okolo sebe! S některými z vás, když se sejdu, tak si lezeme na nervy, ale jste součástí mého světa, který je i světem vaším. Všichni máme horká srdce, všichni v nich nosíme lásku. Ryzí i rezavou, tichou, bouřlivou, nenaplněnou, nenaplněnou, nemocnou, pervertovanou a zhanobenou, nepominutelnou, naivní a romantickou, zamrzlou a uraženou, zhrzenou, zraněnou, pomatenou a všelijak pokřivenou, zapomínanou a popíranou, prostupující našimi životy, jednáním rozhodováním, světem. Je jí vysypaná pěšina před branou, kterou



se vchází do života a je i na cestě kterou se odchází na onen svět. Je to tak prosté! Láska je tu všude, ale nepatří nám. Nemáme ji v držení. Je to dar, milost, které se nám dostává. Nebo také ne! Cítíme, jak námi prostupuje, zachvacuje nás, vynáší k výšinám a někdy sráží k Zemi. Láska je tu všude, ale k někomu nedosáhne, někdy je jí málo. Když není, ukazuje se její skutečná potřeba.

Celá psychoanalýza, se mi ukázala, jako obrovské, leč z mnoha důvodů skryté pojednání o dobrém životě s láskou ale mizerném bez ní. Bylo zjevné, že Freud nás konfrontoval se skutečností lásky bez příkras. Zbavil ji všech nesnesitelných a pokryteckých idealizací a fetišizací své doby a namočil nás do všech jejich zpotvoření, zavedl do všech jejich děsných podob a slepých uliček. Dokonce změnil i její pravé jméno a nahradil je neologismy. Nechápu všechny jeho důvody, ale svůj záměr nakonec dovedl až do absurdity a totálního (sebe) odcizení. Smekám před ním už po tolikáté, i když si jsem již nyní jist, že zbloudil. Nechal nás v tom novém objevu řádně vykoupat a dojít na dno prastarého poznání, že sebeklam a sebeobraz i podoba světa mohou být námi přetvořeny a pokřiveny k nepoznání, v čemž lze pokračovat téměř neomezeně. Rovněž nás ale přiučil rozpoznávat falešné proroky, které sám odvážně a důsledně potíral. Freud se nakonec stal obětí vlastní metody i své doktríny. Z lásky nám toho po něm nakonec moc nezbylo. Dokonce ani tolik, aby byla s námi, abychom na ni při hledání pravdy a smyslu našeho bytí, při hledání a obnovování svobody nezapomínali. Zato jsme takřka propadli skepsi, že s člověkem je to již zcela jiné a že staré pravdy patří do smetí. Dnes podléháme zaručeným zprávám o tom, že naše Západní civilizace je na konci svých sil. V době, kdy své duchovní poklady

ještě dostatečně ani nedocenila nebo jsou jaksi okoukané a mnohé pozapomenuté.

Pozoruhodné jsou způsoby, kterými od sebe po Freudovi zůstala oddělena sexualita a láska. Sexualita byla prý detekována s jistotou u novorozenců. Jak je to se sexualitou před narozením se nikdo moc nezmiňuje, zřejmě proto, že dítě je biologicky syceno prostřednictvím pupoční šňůry. A stav nasycenosti je do jejího přerušení udržován průběžně. Láska, coby emoční aspekt objektních vztahů zde tudíž nemá fundamentální biologickou důležitost, teoretickou oporu, ani příčinný důvod. Protože láska v psychoanalýze nemá přímé biologické opodstatnění, nepřipisuje se jí vlastní smysl. Zatímco sexualitě je přiřknuta pozice základního biologického-psycho-sociálního hybatele, láska je nakonec považována za velmi příjemný, leč jen sekundárně významný emoční stav, psychické citové adjuvans, jakési koření života povzbuzujícího pudový či instinktivní „apetit“. Proto také o ní není třeba složitě vědecky uvažovat, není důvod z ní dělat klíčové antropologické téma, když tak nanejvýš socio-kulturní či zajímavý psychologický problém jalově vyjádřený slovem „vztah“, případně „emoční stav“. Smyslem mého Vánočního uvažování není ani tak samotný Freud, psychoanalýza a její teorie, ani obecná kritika stavu pojednávání o lásce, ale skutečnost, že se slovo láska a její původní význam z našeho uvažování vytratil natolik, že Vánoce jako oslava počátku nového věku v lásce a Velikonoc jako oslavy nejvyššího projevu lásky, oběti, se zdá být již tak málo vědecky podložená, že ztratila svoji původní kosmologickou sílu a obhájitelný význam. Z Vánoc se stala v lepším případě oslava rodiny, tak trochu evropský folklor, již jen příležitost si užít závratí blahobytu, jehož si ještě stále v Západní civilizaci užíváme.



Když se mluví i křesťanských tradicích, tak je na místě připomenout její základní ideu a tou je láska Bohu k člověku a naše zase k němu. Chtěl-li Bůh, aby jej člověk miloval, musel se zříci své moci nad ním. Jak totiž milovat beze zbytku a svobodně někoho, když ten druhý má vždy navrch a poslední slovo a moc? Bytost, která si lásku a poslušnost vymáhá mocí a vztah udržuje strachem, nemůže být skutečně milována. Jediné, co Hospodina a člověka může zrovnoprávnit, je svobodná volba ve skutečně rovné lásce. Bůh si musel uvědomit, že je od samého počátku zapleten do tenat své absolutní moci. Samotnému Bohu tak paradoxně hrozila ztráta svobody a samota nerovného vztahu. Je takto rovněž zbavován milosti milovat cele. Jakmile do prostoru lásky vstoupí moc, za dveřmi již čeká strach, nerovnost a nesvoboda. Naopak ten, který se v lásce vzdá své moci, přestane se bát a nedůvěřovat, je skutečně volný. Pouze ten, kdo je svobodný, kdo tedy ani nemá strach, může milovat nepodmíněně, upřímně a cele. Právě taková pak může být i jeho láska. Pevná, stálá a spolehlivá. Starozákonní Bůh chtěl sice od člověka poslušnost, ale zároveň toužil po lásce rovnocenné, která by pramenila ze svobodné volby, nezávislosti a vědomí nenahraditelnosti. Potřeboval být potvrzen svobodnou bytostí, což v časech „První úmluvy“ nebylo možné a Kristus měl svým příchodem na svět od základu změnit vztah mezi Bohem a člověkem úmluvě nové. Vše změnit. Chtěl-li Bůh překročit staré možnosti absolutní moci a být pro lidi věrohodný, chtěl-li rozumět lidské lásce, dokázat pravost svého příslibu, musel se stát jedním z nás, musel se stát člověkem. Protože však se jedná o lásku, která je odevzdáním sama sebe úplně, Kristus syn boží tento krok, oběť lásce k člověku, vykonal sám. Bůh skrze svého syna oběť nejvyšší podstoupil a tím nás osvobodil od cizí moci nad námi. Dnes nám hrozí moc strojů,

kybernetických mašin, strojového myšlení, které se postupně zmocňuje našeho světa. Proto je tak důležité se neustále vracet k lidem, ne k teoriím o nich! Je důležité vědět, že láska tělesná může a být i láskou nebeskou. Absence lásky na druhou stranu jde ruku v ruce se ztrátou svobody. I v oblasti sexuální.

Ale jak věřit, důvěřovat, jak poznat skutečnou svobodu a to, v jejímž jméně se představuje. Jak poznat pravé od nepravého? Pravdu nikoli jako výrok soudu, ověřený výsledek kalkulací a měření, nebo názor či prohlášení autorit. Pravda také nespočívá v nějakém abstraktním soudu, to je jen pokus o její formalizaci a upevnění. Leží původně a podstatně v pravosti jsoucího. V tom, zdali to, co se nám ukazuje je tím, čím skutečně je samo ze sebe. Pravé je to, co se tedy dostává na světlo, na svět, co je i pro nevidomého viditelné, evidentní, pravé, Co je tím, čím skutečně je ze své povahy a díky naší odvaze a úsilí věci odlišit a pak se zodpovědností ke svobodě a lásce, zodpovědností k druhému a k jinému, rozdělit na pravé a nepravé, dobré a špatné, Životem v pravdě je tedy nutno rozumět pouze život interesovaný, nelhostejný, jehož opakem není život ve lži, nýbrž v lhostejnosti. Patočka říká, že: „Být v pravdě znamená původně: zajímat se, být zaujat nějakou svou podstatnou možností, tj. nebýt indiferentní k tomu, čím a jak jsem. Teprve touto non-indiferencí a v ní může bytost, která je sama součástí univerza, být zároveň v pravdě, ale zároveň lze říci: tento zájem o své vlastní bytí, o jeho bytostné možnosti, je na druhé straně dostačující podmínka všeho bytí v pravdě“. Samotné pobývání v pravdě však nejen nemůže být v životní praxi realizovatelné. Je to příliš náročný požadavek, neproveditelná angažovanost. Co je ale silnější, pravější a angažovanější, nežli milovat? Bytí v lásce je osvobozující právě proto, že pravá



láska je svobodná a zároveň je také pobýváním v pravdě. Pokud bychom ale jeden jediný aspekt v pravdě lidského způsobu bytí, existence opustili, vypustili nebo opomenuli, zbylé dva aspekty se již samy na vlastních nohách, ani v opoře jedné v druhé neudrží.

Pravda není věc, nemáme ji v moci. Ani v moci rozumu, poněvadž spočívá v tom druhém, v tom, co se nám objevuje ze skrytosti jako to, čím samo ze sebe jest. Co se nám takto dává, co nás jímá silou svého bytí. Co před námi vyvstává takové, jaké jest. Pravda nebo nepravda jsou způsoby bytí jsoucího. Abychom toto vyvstavší na svět, jsoucí ponechali v pravdě, nestačí jen odhodlaně zírat, ale nebojácně vydržovat situaci zjevení, neboť žádné setkání není neutrální, lhostejné, bez postoje. Všechny skutečnosti, všechny věci se nezjevují bez nás. Potřebují a vyžadují naši přítomnost naše bytí při tom, s nimi. Povaha naší přítomnosti záleží na nás, na našem odpovídání, způsobech odpovědí. Na pravosti našeho jednání, na úctě a respektu k bytí, nejen našemu, na tom, zda věci milujeme nebo naopak. Na našem odpovídání záleží pravdivost zjevování světa. Pravda tak není myslitelná bez způsobu odpovídání, naší odpovědnosti, bez pravdivosti našeho způsobu bytí ve vztazích ke skutečnostem světa, ke světu. A to všechno je možné pouze v rozhovoru s druhým. Neboť pravdivost je verifikována, ověřována těmi druhými ve spolu-bytí v rozhovoru na světle, tedy v otevřenosti, v přítomnosti a na očích druhých lidí.

Často se setkáváme se skeptickou kritikou, ve které se říká, že láska, svoboda, pravda jsou idealistické kategorie, proti jejichž platnosti vystupují zcela průkazné důkazy každodenní životní praxe. Například kolik lidí raději volí pohodlný život v polopravdě, kolika lidem vyhovovala zajištěná nesvoboda

totality či sobecká zaměřenost na vlastní požitky a blaha před ohledy k druhým lidem. To jsou jistě důležité skutečnosti, které však spíše než co jiného ukazují na nedosažitelnost dokonalosti, než důkazy toho, že popsané principy jsou chybné. Ideje jsou vždy úplné, na rozdíl od skutečností každodenního života, skutečností světa celé. Nemohou být jiné, protože by neudržely celistvost a významovou konzistenci světa. Není v lidských možnostech je naplnit, avšak je nutné je mít jako pevné, pravé, tedy pravdivé a neochvějné principy neustále na očích. Jejich relativizace nebo popírání vede k nihilizaci ducha, mravní vratkosti a ideové i společenské anarchii. Co se týče lásky, tak jen tu a tam se přiblížíme k poznání, že je to milost, dar, který nepochází v CNS, i když díky ní jsme ji s to vnímat, rozpoznat a být jí uchvázeni, přemoženi a také v ní pobývat. Mluvím zde o principu Lásky, která přichází k nám, kterou jsme obdarováni. Její ideu držíme snadno v období zamilovanosti. Může prostoupit všemi našimi bytostnými určeními a vždy nás příslušně promění, otevře nový význam. Pokud ji neudržíme navzdory nedokonalostem a zklamáním z nich milované osobě, či jiné skutečnosti, láska nám zapadne za horizont. Umění milovat, udržet si lásku všemu navzdory patří k uměním největším!

Pravda o sobě samém není pouze věcí myšlení, od světa abstrahovaného rozumu, ale je životním pohybem lidské existence ve světě, k němuž je bytostně a původně také vztažena a jemu také otevřena. Poněvadž touto otevřeností je člověk sám, tak také vlastnímu pohybu ve světě, a tak i světu vždy již nějak výkonem své existence také rozumí. Takové porozumění v pravdě předpokládá pravdivé vedení života, a to je lidsky možné zase jen ve svobodě svých voleb a skutků a ve vztaženosti, která je osobní.



Aby takovou být mohla, je třeba toto osobní dát, obětovat sebeodevzdáním. A bez lásky tak velká oběť není možná.

Proto pak a za těchto okolností, jak praví Saint-Exupéry: „Na rozdíl od všeobecného mínění nešťastné lásky neexistují“.

P. S. Z řečeného mimo jiné mnohé plyne, že současné meinstrýmové postoje k určitým cizincům, k emigrantské krizi, které se odvolávají na křesťanské tradice, jsou zcela nekřesťanské, zcela mimo tyto principy, mimo jejich smysl! Jsou úplně vedle, neboť jsou to naopak názory vysloveně pohanské a barbarské! Tím se jistě neodpovídá, jak jsme v duchu křesťanství měli v krizi zvládnout. Kromě snad jediné evropské političky se k tomuto odkazu přihlásila paní Merkelová, i když mnohdy naivně a nešikovně. Doufejme jen, že se poučila nejen ona, ale že se snad poučíme od ní a jejího přístupu i my! Jsem si samozřejmě vědom, že mnohými budu považován za naivku a blouznila, nerealistického psychoznalce. Ale právě moje vlastní praxe člověka, který léčí nemoci a vzdělává studenty různého věku i zaměření, se mi ukazuje, že láska, pravda a svoboda jsou živou tkání tohoto konání,

jejím „masem“ a nikoli nějakým intelektuálním či hysterickým „prdíčkem“, který se rychle rozptýlí a pomine. Metody a techniky, technologie a odborné dovednosti jsou vždy jen prostředněčné instrumenty. Když pak osobně hovořím s lidmi, kteří léčí tělo a duši opravdu úspěšně, dosud jsem nepotkal žádného, který by lidi jemu svěřené opravdu neměl v lásce, i když o tom ze studu nebo nevědomosti nehovoří. Znal jsem osobně a spolupracoval velmi úzce třicet let s člověkem tvrdým jako skála. Ostatně, jmenoval se doc. MUDr. Jaroslav Skála a byl lékařem, psychiatrem, alkoholologem, psychoterapeutem a vysokoškolským učitelem. Ti, kteří nějak instinktivně přijali jeho drsnou léčbu, jako jeho bytostný způsob, jakým lidi miloval, se nemýlili, a právě oni z jeho péče profitovali nejvíce. Ostatně jim někdy říkal „moji miláčkové“ a nebyla to ani nadsázka, ani ironie. Teprve po čase jsem pochopil, jak moc je měl rád. Naše velké a pravdivé lásky nemusí být jen romantické, ale zato mohou mít pěkně naturalistické podoby a překvapivý říz. Bez něhy, péče, odpovědnosti a bez obětí však být nemohou!



POLITIKA, KONCEPCE



STANOVISKO ETICKÉ KOMISE MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ K PROBLEMATICE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Etická komise ministerstva zdravotnictví ČR jednala o problematice psychosomatické medicíny na základě „Petice na obranu nastavbového oboru Psychosomatické medicíny“, kterou Společnost psychosomatické medicíny zaslala na MZ. Odbor vědy a lékařských povolání tuto petici předložil k projednání EK MZ. Členové EK MZ dostali k dispozici také text „Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky“, doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře Společnosti

všeobecného lékařství ČLS JEP
(www.svl.cz).

Podnětem k vypracování petice bylo vyškrtnutí oboru Základní psychosomatické péče z vyhlášky o oborech specializačního vzdělávání lékařů. Protože námitek proti znění vyhlášky bylo více, byla vyhláška pozastavena a nyní probíhá diskuse. Stanovisko EK MZ bylo vypracováno i jako argument pro tuto diskusi.



1. Psychosomatická medicína je potřebnou součástí zdravotní péče ze dvou důvodů:

a) Pacienti s psychosomatickými poruchami a lékařsky nevysvětlitelnými příznaky (MUS – Medically Unexplained Symptoms) tvoří významnou část klientely praktických lékařů, ale i nemocných ve všech ostatních medicínských oborech. Péče o tyto nemocné si žádá dostatečný zřetel na komplexní bio-psycho-sociální přístup ke způsobu jejich stonání. Pokud přístup k těmto pacientům není optimální, nevede zdravotní péče k zlepšení a nepřináší pacientům potřebnou podporu. To vyvolává nejen zbytečně vynaložené náklady na diagnostiku a léčbu, ale i frustraci lékařů a pacientů. Pacienti se pak také více obracejí k alternativním postupům.

b) Druhým významným důvodem pro rozvíjení psychosomatické péče je pokračující proces specializace a superspecializace v současném zdravotnictví, který si žádá protiváhu v rozvíjení celostních přístupů ve zdravotní péči.

2.

Rozvíjení psychosomatické péče si žádá jak teoretická rozpracovávání problematiky, tak i vzdělávání lékařů v tomto způsobu porozumění pacientům s psychosomatickými poruchami a lékařsky nevysvětlitelnými příznaky. Této role se chopila Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP a její koncepční i vzdělávací aktivity je nutné uvítat.

3.

V současné medicíně je pro přijetí koncepcí, teorií a hypotéz rozhodující vědecký výzkum. Společnost psychoso-

matické medicíny je součástí České lékařské společnosti JEP. Proto jedním z jejich základních úkolů je odlišit, které koncepce a léčebné postupy mají dostatečný základ ve výsledcích vědeckého bádání a kde je racionální opora příliš vágní.

Některé koncepce psychosomatické medicíny a psychoterapie, postavené především na zkušenostech lékařů a pacientů, byly až do nedávna obtížně vědecky verifikovatelné. Velkou podporou pro tyto koncepce jsou dnes výsledky moderních zobrazovacích technik. Například na základě objevu reflektujících neuronů rozumíme lépe biologickým základům empatie a moderní zobrazovací metody potvrdily těsnou vazbu somatické a psychické bolesti. Proto je možné očekávat, že moderní zobrazovací techniky zvýší prestiž celostních přístupů, jako je psychosomatická péče.

4.

Členové etické komise MZ připomínají, že součástí komplexní (bio-psycho-sociální) péče by měl být i respekt k spirituálnímu rozměru lidské existence.

5.

Psychosomatický přístup by měl být v ČR systematicky rozvíjen také v pediatrické praxi. Je na co navazovat, existuje řada odborných textů, byly publikovány knihy s touto tematikou (např. Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine, edited by Richard J. Shaw, M. B., B. S. and David R. DeMaso, M.D. Amer. Psychiat. Ass. 2010), existuje Special Interest Group americké Academy of Psychosomatic Medicine, s názvem Pediatric Psychosomatic Medicine.



EXCERPTA



HONZÁK R.: PŘEČETLI JSME ZA VÁS

Obsah Psychosom Med 2016;78(9):975-1113

Letošní poslední dvojčíslo Psychosomatic Medicine přináší soubor článků věnovaných důsledkům nepříznivých okolností v prenatálním a časném věku (ELA – Early Life Adversity) na pozdější vývoj a typ onemocnění a poruch.

Laura Stroud(ová) et al. se zaměřují na důsledky velké depresivní poruchy u matky, která může mít nejrůznější nepříznivé dopady. Zatím nejsou jasné mechanismy rozdílu mezi depresí, která proběhne prekonceptčně a prenatálně. Autoři soudí, že prenatální deprese matky naruší u dítěte regulaci kortizolu, a dále že má vliv na placentární glukokortikoidní a serotoninergní mechanismy.

Susanne De Rooij(ová) et al. se zaměřili na vlivy prenatální podvýživy, k níž epidemiologicky může docházet při hladomorech a za jejíž důsledky jsou považovány kardiovaskulární, především koronární problémy a zvýšená presorická odpověď na stresové vlivy, přičemž ostatní sympatické a parasympatické funkce se jinak neliší od zdravých a touto zátěží nepostížených osob.

Ekonomický nedostatek v dětství zvyšuje pravděpodobnost rizika zdravotních problémů během celého života, píše ve své studii **Melissa Hagan**(ová) se spolupracovníky. Jsou zde však jisté další určující vlivy. U dětí ve školce se objevují zdravotní problémy častěji při jejich



nízké sinusové respirační arytmií ve stresu a dále v podmínkách negativních vztahů rodičů k dítěti. Tato práce poukazuje na význam protektivního či zhoršujícího vlivu rodinných vztahů.

Diana Whalen(ová) a kol. zkoumali dlouhodobé trajektorie tělesného zdraví s ohledem na předškolní a velmi časně adolescentní zkušenosti s ohrožujícími vlivy, jimiž byl nízký příjem ve vztahu k základním potřebám a psychické poruchy v předškolním věku. U takto postižených dětí stoupala lineárně po dobu desetiletého sledování mezi jejich 3–13 roky somatická morbidita ve srovnání se stabilním stavem u dětí nepostižených.

Ashley Winning et al. stanovili u více než 6000 vzorků dětí index časného sociálního znevýhodnění, vycházející ze šestnácti typických charakteristik, a sledovali, zda se toto znevýhodnění negativně projeví v dospělosti jejich zvýšením kardiovaskulárního rizika. Výsledky potvrzují, že časný psychosociální stres vede k zvýšení kardiometabolických rizik zjišťovaných u sledovaných osob ve věku jejich 45 let.

Lianne Tomfohr-Madsen(ová) et al. zvolila zajímavé téma – problematiky transgeneračního přenosu. Je známo, že zneužití v dětství mívá za následek astma v dospělosti. Autorský tým se zaměřil na otázku, zda dítě matky, která byla ve svém dětství zneužita, ponese nějaké zdravotní následky této její traumatizace. Matky (n = 1551) během těhotenství poskytly informace o tomto traumatu nebo jeho absenci a jejich děti byly vyšetřeny ve dvou letech věku. U dětí traumatizovaných matek byly příznaky astmatu v 7,4016016 %, zatímco u dětí bez této rodinné anamnézy pouze ve 4,2 %, v případě jiných alergií byl poměr 15,69 vs. 9,2 %. Signifikantními mediátory byly depresivní a úzkostné

stavy matky jak v těhotenství, tak po porodu.

Edith Chen(ová) a spol. sledovala vliv dvou charakteristik socioekonomického statusu (SES), prestiže a příjmu, na imunitu a na výskyt a průběh dětského astmatu. Vyšší SES má příznivý vliv na vývoj onemocnění, ale zdá se, že každá jeho složka působí jinak. Vyšší prestiž je v souvislosti s lepší kontrolou prostředí, zatímco vyšší příjem je spojen s výhodnějším nastavením imunity a větší senzitivitou ke glukokortikoidům.

Eric B. Loucks se spolupracovníky zjišťoval, zda riziko obezity související s nízkým SES v dětství je modifikováno methylací DNA. Vyšetření prokázala methylaci na 91 CpG místech (=místa DNA, kde ve známé čtyřpísmenné sekvenci ACGT je cytosin následován guaninem) u mužů a 71 místech u žen, tedy na místech relevantních pro obezitu. Výsledky potvrzují, že znevýhodněný SES v dětství může epigeneticky působit na vznik obezity v dospělosti.

V animální studii zjistila **Liza Schneper**(ová) se spolupracovníky, že mláďata makaků, která v dětství brzy osiřela, mají v dospělosti telomery v leukocytech kratší ve srovnání s jedinci, kteří vyrůstali s matkou.

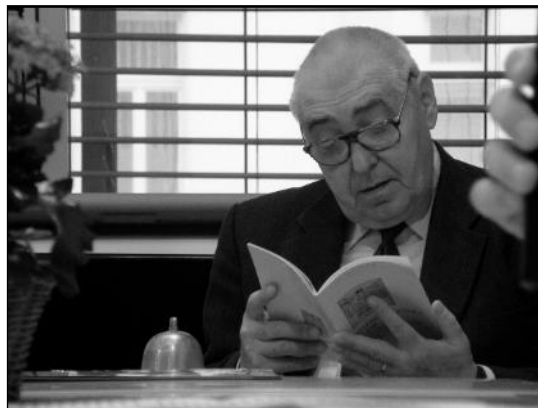
Katie McLaughlin(ová) a spol. sledovala souvislosti mezi násilím, jemuž je dítě vystaveno, a bolestí v časně adolescenci, a došla k závěru, že dítě vystavené násilí má větší riziko, že bude trpět bolestmi hlavy, chronickými bolestmi, astmatem a alergiemi a že nejvýrazněji se tyto souvislosti objevují u časného výskytu bolesti dolních zad (low back pain). K podobným výsledkům se dopracovaly Sophia You a Mary Meagher(ová), které místo fyzického násilí sledovaly šikanu a vnímání bolesti a konstatovaly analogické výsledky, které



vysvětlují zvýšenou centrální senzitivací.
A na závěr Jessie Baldwin(ová) a kol. ve

studii na dvojčatech šikanu v dětství
vztahuje k obezitě v dospělosti.

4. 12. 2016 Radkin Honzák



AKCE

PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA 2017

Psychiatrická léčebna Šternberk
pořádá IV. ročník odborné konference pro lékaře a psychology

PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA 2017



„Člověk v labyrintu moderní medicíny“

24. – 25. 2. 2017 / Kulturní dům Šternberk

24. 2.	25. 2.
9:30 – 10:00 prezence	9:00 – 9:45
10:00 – 10:15	prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, PhD. (Olomouc)
MUDr. Hana Kučerová , ředitelka PL Šternberk	MUDr. Natália Kaščáková (Olomouc, Bratislava)
Zahájení konference	Výzkum v psychosomatice
10:15 – 10:45	9:45 – 10:30
prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc. (Praha)	PhDr. Helena Kalábová, PhD. (Liberec)
Pohled starého chirurga na psychosomatiku v chirurgii	Onticita a ontologie nemoci
10:45 – 11:30	10:30 – 10:45 přestávka
doc. MUDr. Martin Anders, PhD. (Praha)	10:45 – 11:30
Vztah duše a těla z pohledu moderních neurověd	Mgr. Eva Kochtová (Šternberk)
11:30 – 12:15	Kazuistika psychosomatického pacienta
prim. MUDr. Michal Kryl (Šternberk)	11:30 – 11:45
K dějinám psychosomatického myšlení	prim. MUDr. Michal Kryl (Šternberk)
12:15 – 13:30 přestávka	Ukončení konference
13:30 – 14:15	Pořadatel: Psychiatrická léčebna Šternberk Olomoucká 173, 785 01 Šternberk, IČ: 00843954
MUDr. Helena Máslová (Praha)	Garant: prim. MUDr. Michal Kryl, PL Šternberk
Psycho-gynekologie	Místo konání: Kulturní dům, Masarykova 307/20, Šternberk
14:15 – 15:00	Registrace: Elektronicky na webu PL Šternberk www.plstbk.cz v sekci „PRO ODBORNÍKY“
prim. MUDr. Eva Jašková (Opava)	Účastnický poplatek: 900 Kč
Psychosomatika v dermatologii aneb kůže – obraz duše	Úhradu proveďte převodem do 22. 2. 2017 na účet ČNB 10006-36537811/0710, v.s. 24022017, sp.s. datum narození ve tvaru ddmmyr, do zprávy pro příjemce je nutné uvést jméno a příjmení. Poplatek zahrnuje účast, certifikát, občerstvení a společenský večer.
15:00 – 15:30 přestávka	Informace: info@plstbk.cz , tel.: 604 231 006
15:30 – 16:15	Akce bude zajištěna kredity pro lékaře a psychology. Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.
PhDr. Markéta Gerlichová, PhD. (Praha)	
Muzikoterapie – jedna z cest psychosomatického přístupu	
16:15 – 17:00	
Bc. Miroslava Langmannová (Šternberk)	
Pohybová intervence u psychosomatických pacientů	
19:00	
Neformální společenské setkání s kulturním programem	

www.plstbk.cz



TISKOVÁ KONFERENCE 22. ÚNORA 2017

od 10:00 hodin v přednáškovém sále Lékařského domu (Sokolská 31, Praha 2).

s tématem

PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

- o respektu k vzájemně propojeným somatickým, psychickým (a sociálním) vlivům při vzniku a léčbě chorob
- o přijímání modelu bio-psycho-sociálního modelu nemoci a zdraví v naší medicíně
- o léčbě chronických chorob, které sice neohrožují pacienty akutně na životě, ve svém úhrnu však jejich zpravidla neúspěšná léčba snižuje kvalitu života a stojí až příliš peněz
- o psychosociálních kontextech nemocí a spolupráci psychiatrů se somatickými lékaři.

Na tiskové konferenci vystoupí členové Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP:

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., internista, psychiatr, psychoanalytik
(Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, Praha 1)
s příspěvkem ***Hranice psychosomatické medicíny***

MUDr. Vladislav Chvála, předseda Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP
(Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec)

PhDr. Ludmila Trapková

(Ordinace klinické psychologie, Praha 7)

s příspěvkem ***Bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a nemoci není samozřejmostí***
a ***Význam psychoterapie v psychosomatické medicíně.***

Za Psychiatrickou společnost bude přítomna **prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.**

Svou účast prosím potvrďte v odpovědi na tento email czma@cls.cz nebo na telefonním čísle sekretariátu ČLS JEP: 224 266 223.

Na setkání s Vámi se těší


prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA
MBA
předseda ČLS JEP


prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc.,
místopředseda ČLS JEP

MUDr. Vladislav Chvála
předseda Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP




PSYCHOSOMATIKA A EVIDENCE- BASED MEDICINE 7.4.2017





SPOLEČNOST
PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY



PSYCHOSOMATIKA A EVIDENCE BASED MEDICINE

vědecká schůze Společnosti psychosomatické medicíny

7. DUBNA 2017, 13:45 - 17:00





LÉKAŘSKÝ DŮM PRAHA 2

ADRESA: Lékařský dům, Sokolská 490/31, Praha 2, 120 00

CENA: zdarma, rezervace místa na www.psychosomatika-ds.cz (v sekci akce)

PROGRAM

- MUDr. Radkin Honzák, CSc.: *Placebo a nocebo*
- prof. JUDr. Ivo Telec, CSc.: *Zdravotní služby a placebo: porozumění, nebo zamlžení problému?*
- Mgr. Helena Franke, Mgr. Tomáš Řiháček, PhD.: *EBM a psychosomatika*

zajistěte si své místo již nyní na www.psychosomatika-cls.cz (v sekci AKCE)



SEBEPÉČE 24.-25.2. 2017



SebePéče

aneb

způsoby prevence syndromu vyhoření obohacené o prvky „Mindfulness“

Dovolujeme si Vám nabídnout seminář pro lidi, kteří pracují v pomáhajících profesích. Pomáhat druhým je krásné, naplňující, ale často také vyčerpávající. Nabídnout pomoc druhým lidem kvalitně můžeme jen tehdy, máme-li sami dostatek energie. Jak se tedy nejprve dobře **postarat o sebe**, abychom mohli být dobře k dispozici? Jak **rozpoznat**, že už se přibližujeme k **hranici**, kde mnohem víc vydáváme, než přijímáme? Jak tyto hranice respektovat? Jak pečovat o sebe tak, abychom **nasytili také svoje potřeby** a deficit, a jak vlastně nalézat své **zdroje**? Co můžeme **darovat sami sobě**?

Budeme hledat odpovědi na tyto otázky a nabídneme:

- praktická cvičení na rozvíjení vnitřní pozornosti a všímavosti „Mindfulness“
- tělesná cvičení Kum-Nye, Bioenergetiky, relaxační a aktivizační techniky, práci s dechem
- vytvoření osobní mapy zdrojů a osobního systému SebePéče

Inspirujeme se terapeutickými směry zaměřenými na práci s tělem, jako jsou například Bioenergetika, Mindfulness, PBSP, Biodynamika, Kum- Nye, relaxované dýchání aj. Seminář je veden jako seberozvojový, edukativní a profesně podpůrný, nikoliv jako primárně terapeutický.

Lektoři: Mgr. Jiří Macháček - klinický psycholog a psychoterapeut se zaměřením na práci s tělem, Kateřina Erlebachová - body terapeutka s psychosomatickým přístupem

Termín a časový rozvrh: 24. - 25. 2. 2017; pátek od 18:30 do 20:30 hod, sobota od 9:00 do 17:30 hod včetně přestávky na oběd

Místo konání: Psychosomatická klinika, Patočkova 712/3, Praha 6

Cena: 1800 Kč, zároveň je pro přihlášení nutné zaplatit nevratnou zálohu 900 Kč



INTERNATIONAL SYSTEMIC RESEARCH CONFERENCE 2017, MARCH 8 – 11 IN HEIDELBERG

Dear colleagues,

We are happy to remind you of the upcoming **International Systemic Research Conference 2017, March 8 – 11 in Heidelberg**. Throughout the past months we have been working intensively on the program and invite you to take a look at it via www.isr2017.com. Until December 30, you are still cordially invited to register at the early bird fee: www.isr2017.com/register/.

For a short insight on some of our core topics, please see www.isr2017.com/news_events. News have been edited about **relational neurobiology, refugee aid, resilience and collective trauma, the great psychotherapy debate** and on **organizational business research**.

Besides we would like to call your attention to the possibility **for young researchers from Southern and Eastern Europe, Asia, Africa or Latin America** to apply for **travel awards of 300 Euros**. We particularly invite researchers from countries of income levels 2 and 3 (for definitions please see our website), who want to participate but lack the necessary funding to do so. 10 travel awards will be available (colleagues who have already registered are not eligible). Together with our low fees for participants from middle and low income countries and the possibility to apply for our local host program (stay for free at the home of a Heidelberg-based colleague), this should empower everyone interested in systems thinking to attend the ISR Conference.

To apply for a Travel Award, please register online and send us (1) a brief informal letter about your motivation to participate in the ISR Conference and your current income situation (b) a short CV of yours. It is still possible to submit a few poster presentations, however this is not required for the application.

We cordially ask you to spread the news in your networks, circles of colleagues, acquaintances and friends.

We are looking forward to welcoming you in Heidelberg next year, and wish you a peaceful and happy Christmas and a good start into a prosperous 2017!

Your conference team Jochen Schweitzer, Matthias Ochs and Antonia Drews

Conference Office

Institute for Medical Psychology
University of Heidelberg
Bergheimer Str. 20, D-69115 Heidelberg
www.isr2017.com



KURZ IPVZ - KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP VE FYZIOTERAPII A REHABILITACI

- Určeno pro: zájemce o nástavbovou atestaci v oboru psychosomatická medicína, klinické lékaře a zájemce z nelékařských oborů – fyzioterapeuty, psychology, zdravotní sestry a další.
- Program: komplexní psychosomatický přístup v diagnostice a léčbě poruch pohybového systému, pohybový systém v bio-psycho-sociálním pohledu, poruchy v oblasti pohybového systému a jejich psychosomatická léčba.
- Vedoucí kurzu: Mgr. et Mgr. Jana Týkalová
- Místo konání: subkatedra psychosomatické medicíny Bohnice
- Termín: 4.- 6. 4. 2017
- Počet: 20

Objednávejte se na IPVZ:

Mgr. Tereza Šplíchalová

vedoucí studijního oddělení

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Ruská 85, 100 05 Praha 10

tel.: 271 019 327

e-mail: splichalova@ipvz.cz

web: www.ipvz.cz

RODINNÁ TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY. KURZ.

Lektoři: PhDr. L. Trapková, MUDr. V. Chvála

Nabízíme kurz léčby poruch příjmu potravy v modu narativní rodinné terapie s externalizací všem kolegům pomáhajících profesí (lékařům, psychologům, speciálním pedagogům, učitelům, apod.), kteří přicházejí s těmito nemocnými do styku. Přednost mají rodinní terapeuti a absolventi dalších psychoterapeutických škol.

Během posledních dvaceti let jsme vypracovali vlastní metodologii léčby poruch příjmu potravy s použitím metafory rodiny jako sociální dělohy. Teorie, praxe, video, nácvik.

Kurz v rozsahu celkem 24 vyučovacích hodin proběhne ve 3 jednodenních setkáních v Praze na Psychosomatické klinice, Patočkova 3.

Termíny: 28. 4., 19. 5. 23. 6. 2017

Cena celého kurzu je stanovena na 2700,-.

Přihlášky u paní Menclové na adrese menclova@sktlib.cz



XI. PPP ČESKÁ KONFERENCE**Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN****9. -10. 6. 2017****Czech Conference Associated to ICED 2017 (CZAC)**

1. den 1000 Kč tentokrát přednášející neplatí konferenční poplatek, účastní-li se aktivně ICED 8-10 hod pá a so registrace

Pátek 9. 6. 2017

8.30- 9.00 hod Krch F. D. PPP – mýty a pověry.

9.00 - 11.00 **Terapie: – INTERDISCIPLINÁRNÍ POHLED na léčbu poruch příjmu potravy**

Předsedající: Krch F.

1. Krch F.D. (Workshop): Ambulantní léčba PPP na Psychiatrické klinice
2. Stárková I: Poruchy příjmu potravy a urgentní medicína
3. Sladká: 15 letech existence Centra Anabell a jeho služby
4. Holanová: Nové formy léčby pro nové komorbidity na lůžkovém oddělení Centra pro poruchy příjmu potravy?
5. Najmanová J: Zkušenosti s léčbou duální diagnózy mentální anorexie s Crohnovou chorobou.

11.30 -13:30 **DĚTI a ADOLESCENTI – Současné možnosti komplexní léčby. Pomůžeme Reformu psychiatrie?**

Předsedající: Koutek J., Kocourková J.

1. Stárková L.: Prevence obezity u mládeže: cíle – cesty - rizika
2. Koutek J., Kocourková J: Nové poznatky o klinickém souboru pacientů s časným začátkem poruchy příjmu potravy.
3. Čihák F: Psychiatrická nemocnice a budoucnost léčby
4. Kulhánek J Multidisciplinární přístup v léčbě poruch příjmu potravy v ambulantní péči



5. Krásničanová H.: Antropometrická měření u adolescentů s PPP

13 30- 14. 30 Přestávka, krátké pohoštění přestávka:

Promítání a **diskuze posterů**

14.30 - 16:30 **NEUROBIOLOGIE, neuromodulace, mikrobiom**

Předsedající: Kviatková K.

1. Kviatková K: Uplatnění neuromodulace v léčbě PPP: Kazuistiky a diskuze k tématu
2. Meisnerová, Novák: Zkušenosti s léčbou pacientek s anorexia nervosa na Jednotce intenzivní metabolické péče.
3. Herlesová J, Slabá Š: Psychologická podpora při velké redukci váhy po bariatrické operaci
4. Mikrobiom a jeho význam u poruch příjmu potravy Přednášející bude upřesněn...
5. Malá E.: Neurokognitivní teorie vědomí ve vztahu k mentální anorexii.

17.00 - 18:30 **VOLNÁ SDĚLENÍ, WORKSHOP SPOLEČNÝ s ÚČASTNÍKY ICED 2017**

Předsedající Papežová H.:

Historie léčby poruch příjmu potravy v České republice, organizace péče a dopad **reformy psychiatrie**, transkulturní srovnání výskytu i léčebných postupů

19.00 **Posterová sekce a Welcome party a**

Sobota 10. 6. 2017

8.00 – 12.00

Workshopy zaměřené klinicky

**KOMPLEXNÍ PROGRAMY PRO PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY: týmová práce (i pro zdravotní sestry, sociální pracovnice, nutriční terapeutky).
Terapeutické manuály a kazuistiky**

Uhlíková Petra: Léčba poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů



Wohlinová Kristyna, Spurná Irena: Denní stacionář pro dospělé v rámci Centra pro PPP

Tomanová Jana: Rodinná terapie a vícerodinná terapie a internetový program pro rodiče

Papežová H.: Nové formy léčby a prevence? Léčba, supervize a doporučení, etika a ekonomika- reforma?

Paralelně workshopy

8.00-9.30

Steyerová P., Kobic B.: Taneční terapie u poruch příjmu potravy

12.00 - 14.30: Svépomocné organizace a e-clinic, nové preventivní programy a sociální sítě (otevřeno pro veřejnost - volný vstup)

Jendruchová: Svépomocná organizace a jak mohou přispět k léčbě a prevenci lidí se zkušeností s poruchou příjmu potravy?

14.00-14.30 Závěr a hodnocení konference

Postery prezentované zároveň na ICED 2017

1. Kviatkovská K.: rTMS in Binge Eating. Preliminary double blind clinical study results. 1 Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, 2 Centrum dorostové a vývojové psychiatrie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
2. Štěpánková T.: Epidemiology of ADHD in Eating Disordered patients treated at ED Center. Epidemiologie ADHD u pacientů s poruchou příjmu potravy. 1 Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, 2 Centrum dorostové a vývojové psychiatrie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
3. Bulant J.: Hormons in anorexia nervosa as important clinical factors.¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, ²Ústav normální, patologické a klinické fyziologie, 3. LF UK Praha, ³Endokrinologický ústav, Praha
4. Yamamotová A., Papežová H.: Can we differentiate positive and negative symptoms of dissociation in connection with the pain perception in Eating Disorders? (Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK Praha)
5. Smitka K.¹, Papežová H.², Vondra K.¹, Hill M.¹, Hainer V.¹, Nedvídková J.¹: The role of orexigenic and anorexigenic signals and autoantibodies reacting with appetite-regulating hormones in anorexia nervosa and bulimia nervosa

Vybrané postery v angličtině vědeckou komisí budou prezentovány na ICED 2017 (celkem 10) a na CZAC budou promítány a diskutovány během polední přestávky.



NABÍDKY

KOMPLEXNÍ PÉČE O PSYCHOSOMATICKÉ PACIENTY V PODMÍNKÁCH PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY ŠTERNBERK



Vznik nového primariátu

I. ledna 2014 vzniklo v PL Šternberk nové otevřené oddělení (s označením 5a) orientované na problematiku psychosomatické péče. Pracoviště vzniklo transformací původního rehabilitačního oddělení s letitou tradicí. Oddělení přijímá pacienty z oblasti neurotických poruch především se somatizacemi (F43), pacienty se somatoformními poruchami (F45) včetně syndromu dráždivého tračníku, somatoformních vegetativních dysfunkcí, fibromyalií, přetrvávající somatoformní bolestivé poruchy i syndromu osobnosti s chronickou bolestí (F62.8). Rovněž léčíme pacienty se syndromem chronické únavy (F48.0), mírné až střední depresivní stavy se somatickým syndromem (F32, F33), avšak bez rizika suicidality. Program je vhodný i pro poúrazové a pooperační stavy s psychickou odezvou jako je reakce na somatické onemocnění (F43.2) anebo posttraumatická stresová porucha především se somatickou symptomatikou (F43.1). Kontraindikovány jsou akutní stavy včetně hrozícího suicidálního jednání (otevřený režim), psychózy, demence, závislosti a poruchy příjmu potravy (potřebují specifický program).

Sumárně řečeno: oddělení je vhodné pro každého indikovaného pacienta (viz výše) u něhož je vhodná i tělesná složka péče (rehabilitace, fyzioterapie, pohybová terapie).

Koncepce programu vychází z biopsychosociálního modelu nemoci a léčby a zahrnuje:

- skupinovou a individuální formu psychoterapie na principu terapeutické komunity
- nácvik relaxace formou autogenního tréninku
- arteterapii
- ergoterapii
- rehabilitaci a fyzioterapii
- hudebně pohybovou terapii
- kinezioterapii v tělocvičně



- jógu
- canisterapii

Personální zabezpečení léčby:

2 psychiatři
1 somatický lékař (rehabilitace, fyzioterapie, interna)
1 psycholog
1 komunitní sestra

Kontakty: Pozor indikovat pobyt může jen ambulantní psychiatr!

tel. pro objednání: 727919469

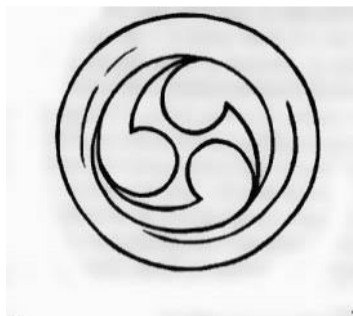
e-mail: kryl@plstbk.cz

web: <http://www.plstbk.cz/index.php/luzkova-oddeleni/primariat-iv-psychotherapeuticky>



SEMINÁŘ PÉČE O DUŠI

Botanická 50, 602 00 Brno
tel. 541 218 409



**Semináře
Snový obraz
Duševní pružnost a odolnost**

zahrnují
Snový obraz a tělesnění
Respektující rozhovor
Intenzivní dech
Životní příběh
Životní osudy

2017

Semináře 2017

Duševní pružnost a odolnost
Oddanost metafore a snový obraz

Osobní rozvoj a změna jsou založeny na ochotě vyvinout určité duševní úsilí, které je spojené s odhodláním do hloubky promýšlet a věnovat se vlastní zkušenosti. Jednotlivé semináře vycházejí ze stoické tradice, inspirovány jednak podněty prometheovské strategie „*toho, kdo myslí dopředu*“, a jednak asymetrické práce s chybami založené na postupném a nahodilém zdokonalování se. Uvědomění si, že vyrovnávání se s bolestivými emocemi/ resp. emočními traumaty, jsou *cestou z nich ven skrze ně*. Emoční bolest, resp. trauma jsou bohatým předmětem pochopení jako cokoli jiného, dokonce může mít kvality, např. intenzitu, variabilitu, různorodost, díky nimž se stává velmi užitečným prostředkem cvičení mysli. Není třeba vědět, odkud traumatizující, resp. jim podobné pocity přicházejí, ale je žádoucí vytvořit si takové vnitřní duševní prostředí vyladění a vnímavosti uvnitř sebe sama, které dovoluje s těmito vnitřním děním účelněji



a účinněji nakládat a zacházet. Významnou úlohu sehrává *práce se sny*, která je založena na oddanosti metafoře a snovému obrazu. Nejlépe je začínat událostí a pokračovat k ideji (nikoli naopak): 1. začít živou událostí, tzn. snovým obrazem; 2. soustředit se na obraz/událost a vcítit se do něj/do ní; 3. sledovat rezonance, které se začínají vynořovat z události.... Nakonec kolem nich a skrze ně vyrostou nápady, způsoby, možnosti.

SNOVÝ OBRAZ A TĚLESNĚNÍ 1

Základy. Pátrání po tom, co lze „vytěžit ze snových postav“. Postup je založen na ztotožnění se s jednotlivými postavami skrze tělesnění. Na imaginované komunikaci mezi nimi. Prostorovém vnímání a lokalizaci postav. Nalezení vhodného/žádoucího zástupce a identifikace s ním. Nahodilé zkoumání, pátrání, co přináší a jakým způsobem navozuje tělesnou, resp. duševní změnu.

Místo konání: **Brno, Dvořákova 13**

Termín, 14. - 16. 4. 2017

kód 171

SNOVÝ OBRAZ A TĚLESNĚNÍ 2

Práce s obrazem - Trvalá zásada - držet se obrazu, vstoupit do světa, který přináší obraz, používá se jazyk, který s ním přirozeně souvisí - jazyk, gesta, styl, perspektiva i interpretace vychází z obrazu. Amplifikace (zesílení, zmnožení) se použije pouze pro bližší určení, vymezení obrazu. „Hravý jazyk“ může lépe vyjádřit snový motiv, slova se spojují nebo rozdělují, jazyk využívá mnohočetné významy. Ve hře slov sledujeme, jak se obraz sám o sobě chová. Slova, která popisují obraz, jsou důležitá pro to, aby sen byl pojat, zpracován jako obraz, *význam snu nenajdeme nikde jinde* než právě ve snovém obrazu. Ovšem, můžeme postupovat i tak, že popisujeme totéž jinými slovy, *nahradíme je synonymy*, „*přeformulování*“ odhaluje „*metaforické nuance, které přesahují doslovný význam*“

Místo konání: **Brno, Dvořákova 13**

Termín: 13. - 15. 10. 2017

kód 172

Respektující rozhovor

Způsob, jakým vedeme rozhovor, jak klademe otázky či jak odpovídáme, rozhoduje o výsledku jednání. Nabízené setkání vás seznámí s tzv. „*sokratovskou rozmluvou*“, která rozpouští to, „co je spojeno nebo sevřeno příliš „pevně“ a zkapalňuje „naše otázky, závěry a úmysly.“ Vedení rozhovoru se týká toho, jak používáme svou mysl, tělo a smysly, jak myslíme, jak využíváme metafory, čím komunikaci zušlechťujeme, jak zacházíme s otázkami a nakolik jsme při rozhovoru nepředpojatí. Cílem semináře je inspirace k nalezení osobní skutečnosti toho, co pokládáme za pravdivé a správné.

Místo konání: **Brno, Dvořákova 13**

Termín: 12. - 14. 5. 2017

kód 173



NA VLNĚ DECHU A RYTMU

Dlouhodobý program zaměřený na intenzivní zážitky, jež mohou souviset s individuální životní cestou, ale také se mohou týkat dějů nadosobních či světových. Přístup kombinuje různé způsoby dechové praxe, aktivní imaginaci, práci s tělem, spontánní tanec a další postupy.

Přínosnější pro osoby starší 25 let.

Místo konání: **Jevíčko, Penzion Eden.**

Termín: 3. 7. – 9. 7. 2017

Kód: 174

ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH

Příběhy rodin, vztahů, nemocí a kariér – Pružnost změny

Rekonstrukce životního příběhu souvisí se specifičností životní cesty. Týká se prolínání individuálního osudu s rodovými a rodinnými charakteristikami, s jeho spjatostí se světem a dobou, ve které jste žili a žijete. Vychází se z: osobní biografie; dlouhodobého sledování snů; událostí, které měly pro člověka zásadní význam. Sny se zkoumají v kontextu kritických, resp. životně významných událostí z hlediska tělesnění. Pátrá se i po zřetězení vnitřních a vnějších změn s událostmi rodinnými, osudovými, společenskými a světovými. Rodinné konstelace se zaměřují na rodokmen. Systémové konstelace se mohou týkat libovolných problémů, potíží pracovních, zdravotních či duchovních. Semináře jsou velmi intenzivní, vhodné je opakování.

Místo konání: **Jevíčko, Penzion Eden.**

Termín: 6. - 10. 9. 2017

Kód: 175

ŽIVOTNÍ OSUDY

V duchu evropské tradice chápeme **osud** jako pohyb duše v čase probíhajících a měnících se událostí a zvrátů osobních, rodinných, společenských i přírodních. **Já** je redukcí duše, je zaměřením na jedinečnost, individualitu (seberealizaci, sebenaplnění, sebevědomí, apod.). **Duše** je širší než individualita **Já**, vždy je orientována na celek. Orientující částí duše je *daimon*, který vymezuje hranice či možnosti naší cesty životem a střetává se s vnějšími podmínkami i požadavky života. Osud obvykle popisujeme zpětně, vyprávíme příhody „jak to bylo“, sestavujeme „osu svého života“. Navazující. Místo konání: **Brno, Dvořákova 13**

Termín: 8. 12. – 10. 12. 2017

Kód: 176

Pokyny k závazné přihlášce

Programy *Cesty duše* jsou určeny pro odborníky i obecnou veřejnost. Všechny nabízené akce byly uvedeny krátkou charakteristikou a doplněny datem konání. Další informace obdrží pouze ti, kteří se na kurzy přihlásí.

Respektujte, prosím, termín přihlášek. Víkendové kurzy probíhají v Brně. Delší kurzy se konají v Jevíčku. Ubytování v Brně nezajišťuji, (výjimečně na Botanické 50 - nutno sjednat před kurzem), stravu a ubytování v Jevíčku vždy. Cena víkendových seminářů je 1 200 Kč, za kurzy v Jevíčku činí 1 600 Kč. (Zájemci, kteří se účastnili alespoň tří kurzů v roce 2016, budou mít u všech akcí v roce 2017 slevu 25 %.) Ubytování a strava jsou účtovány samostatně. Nemáte-li zájem o uvedené kurzy, nabídněte prosím informace jiným lidem.



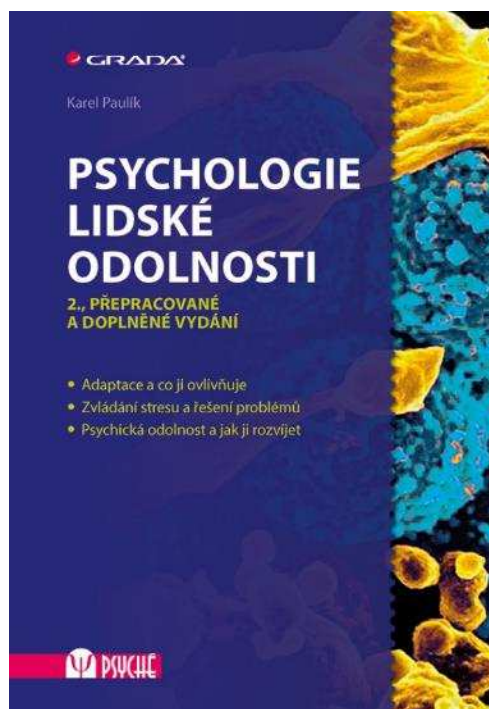
VYCHÁZÍ

PSYCHOLOGIE LIDSKÉ ODOLNOSTI

2., přepracované a doplněné vydání

Paulík Karel
 formát: B5 (17x24)
 vazba: brožovaná
 rozsah: 368 stran
 prodejní cena včetně DPH: 459 Kč
 ISBN: 978-80-247-5646-2

Kdo by nechtěl se bez větších problémů vyrovnat s nároky života a úspěšně překonávat obtížné i krizové situace. K tomu lze jistě dospět různými cestami a využívat přitom množství víceméně důmyslných a složitých návodů i „zkratek“. Je možno na to jít osvojením si konkrétních postupů, které jsou vhodné pro určité situace, anebo hlouběji proniknout do podstaty zátěžových jevů a pochopit zásadní souvislosti, což umožní tvořivé odvození vhodných postupů pro danou situaci. My vám zde nabízíme zejména tu druhou možnost.



Problematika zvládnání nejrůznějších životních nároků a nepříznivých vlivů je ústředním tématem současné psychologie. Jednou ze základních podmínek vývoje člověka i jeho přežití je účinná adaptace na neustále se měnící podmínky, působící v interakci lidského jedince s prostředím. To platí jak pro individuální vývoj od početí do smrti (ontogeneze), tak pro vývoj člověka jako druhu (fylogeneze). Psychická odolnost souvisí s množstvím jevů a okolností. Tato kniha se proto zabývá faktory vyrovnávání se člověka se zátěží z psychologického hlediska na základě teoretické analýzy i výsledků empirického výzkumu. Zaměřuje se jak na obecnější souvislosti lidského adaptačního procesu při zvládnání nároků, vycházejících zejména z každodenního života, tak na praktické způsoby, jak může jedinec svou odolnost vůči zátěži rozvíjet. Publikaci jistě ocení nejen odborníci a studenti z oboru psychologie, ale také laická veřejnost.

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



SOCIÁLNÍ FOBIE A JEJÍ LÉČBA

Ján Praško, Michaela Holubová

formát: B5 (17x24)
vazba: brožovaná
rozsah: 256 stran
prodejní cena včetně DPH: 329 Kč
ISBN: 978-80-247-5841-1

Lidé trpící sociální fobií cítí nervozitu a napětí ve společnosti jiných lidí. Takový člověk se obává hodnocení, které by se mohlo týkat jeho vzhledu, chování nebo charakteru, má přehnané obavy o to, co si druzí o něm budou myslet. Tato porucha výrazně zhoršuje kvalitu života zejména mladým lidem, brání jim ve studiu, v práci, v kontaktu s vrstevníky i v navazování partnerských vztahů. Postiženého handicapuje většinou už od dětství nebo od puberty.



Monografie se zabývá diagnostikou, etiopatogenezí a léčbou této závažné psychické poruchy, popisem komorbidity, diferenciální diagnostiky i sociálními aspekty včetně stigmatizace a sebestigmatizace. Jako řešení se nabízí kognitivně-behaviorální terapie nebo léčba antidepresivy. Léčebná část charakterizuje nejdůležitější farmakologické a psychoterapeutické postupy včetně současných algoritmů.

Publikace je určena klinickým pracovníkům, zejména psychiatrům a klinickým psychologům, ale také pracovníkům poraden, kteří se pacientům se sociální fobií věnují diagnosticky a terapeuticky. Ocení ji také studenti těchto oborů i všichni, v jejichž blízkosti se nachází někdo s touto poruchou.

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



LITERÁRNÍ KOUTEK



JINÁ SKUTEČNOST

aneb Absurdní příběh s otevřeným koncem

Pavla Loucká

Potkala jedna skutečnost druhou a připadalo jim, že jsou každá jiná. Jedna byla růžová, boubelatá, malinko naivní. Druhá, tuhá a vyschlá, chrastila kostmi potaženými kůží a šmejdila pichlavýma očkama sem a tam.

„Jsme jedné krve ty i já,“ líká se Boubelka. „Někdo se prostě narodí jako pes, někdo jako kočka a někdo jako skutečnost,“ mumlá Sušenka a v duchu si říká, že čím nesrozumitelnější bude její řeč, tím chytřejší se bude jevit. „Každá z nás se

přece může trochu nalakovat,“ vstřícně ševelí Boubelka, popadne lak na nehty a napatlá si ho do vlasů i kolem uší. Teď už je úplně růžová a trochu omámená acetone. „Když já koukám na tebe, jsi jiná ty, když ty koukáš na mě, jsem jiná já,“ sípe Sušenka. „A tak vlastně já jsem ty a ty jsi já.“

Večer přituhlo a nalakovaná skutečnost poříznutá, protože lak se jí mrazem sloupnul. Nenalakovaná rytmicky chrastila kostmi, aby se zahřála. Oka neza-



mhouřily, ráno je zastihlo úplně vynerované. Žádná z nich nevěděla, jestli má vztek na sebe nebo na tu druhou. Neřešily to. Prostě šly a šly, až došly k venkovskému gymnáziu.

Byla to jednotřídka. Za katedrou seděl profesor Troníček a zrovna zkoušel z novodobých dějin. Každému zkoušenému nejdřív položil otázku: „Jste materialista, nebo idealista?“ A každý v duchu rituálu odpovídal: „materialista“, načež dostal trojku a mohl si sednout. Až nakonec profesor vyvolal studentku, ze které po dlouhém váhání vylezlo, že by možná mohla být idealistkou. „Co prosím?“ nevěří Troníček svým uším. „Nu tedy podle vaší definice, jak vy nahlížíte skutečnost...“ drmolí dívka. Třída trne, profesor šlí.

Vyskočí, napřímí oblouk svých zad, zatáhne vysedlé lopatky a zalomcuje katedrou: „Toto je stůl! Když je to stůl, tak je to stůl. To je skutečnost!“ A jak se oběma rukama vzepře, stůl se zborčí. Pod ním není nic, jen hluboká díra. Skutečnost je v troubě.

„Skutek utek’“,“ kopne Sušenka do hromádky pilin. „Utek’ červotoč“,“ ukazuje jí Boubelka zmateně pobíhajícího broučka. Prach se usazuje a studenti nakukují do díry, jejíhož dna nedohlédnou. Skutečnost je v hloubce. Nebo ne?

„Chtějí hledat v hloubce“,“ drbe se Troníček za uchem, „a přitom mohli mít tak krásný život!“

Z připravované knihy „Zahrada“, nakl. Dokořán



Autoři ročníku 2016:

autor	název	složka	strana	číslo
Bašková M., Urbanová E., Kokavcová T.	Význam psychofyzické přípravy na průběh porodu	Výzkum	259- 267	2016; 14 (4)
Baštecká B.	Psychologická praxe podložená důkazy: věda a hodnoty	Pro praxi	130 - 151	2016; 14 (3)
Hobzová H.	Surogátní mateřství: mohou psychologické výzkumy svědčit pro přijetí v praxi?	Etika	152 - 165	2016; 14 (3)
Holubová M.	Posttraumatický stres a posttraumatický růst u profesionálních hasičů	Výzkum	22 - 31	2016; 14 (1-2)
Honzák R.	Postinfekční versus non-postinfekční dráždivý tračník	Teorie	32 - 43	2016; 14 (1-2)
Honzák R.	Je změna možná? Terapeutická smlouva a některé prvky edukace	Téma	48 - 55	2016; 14 (1-2)
Honzák R.	Knihy, které můžete doporučit svým pacientům	Recenze	56	2016; 14 (1-2)
Honzák R.	Střevní mikrobiom aneb Staří přátelé	Recenze	57	2016; 14 (1-2)
Honzák R.	Knihy, kterou můžete doporučit svým úzkostným pacientům	Recenze	190	2016; 14 (3)
Honzák R.	Placebo jako opomíjená součást léčby	Teorie	233- 246	2016; 14 (4)
Honzák R.	Oslavme sté narozeniny Oty Gregora	Historie oboru	268-270	2016; 14 (4)
Honzák R.	Dissociativní (hysterické) poruchy včera a dnes.	Recenze	184 - 185	2016; 14 (3)
Honzák R.	Je snad lidská hloupost a omezenost nakažlivá? Nebo univerzální?	Recenze	186	2016; 14 (3)
Honzák R.	Ke knize Perlmutter David: Brain maker.	Recenze	189	2016; 14 (3)
Chvála V.	Mezi Skylou a Charybdou	Editorial	6 - 7	2016; 14 (1-2)
Chvála V.	Pokoušení nedělat nic	Editorial	128 - 129	2016; 14 (3)
Chvála V.	Vítězství sv.Tomáše.	Editorial	206- 207	2016; 14 (4)
Chvála V.	Příručka pro připravené	Recenze	275- 277	2016; 14 (4)
Irmíš F.	Stres pacienta v nemocnici	Pro praxi	225- 232	2016; 14 (4)
Kohút J.	Creating Connections 2015 – Reziliencia	Z konferencí	280- 283	2016; 14 (4)
Kryl M.	III. ročník psychosomatické konference ve Šternberku	Z konferencí	59 - 60	2016; 14 (1-2)
Neradílek F.	Emoce v algeziologické praxi	Pro praxi	8 - 17	2016; 14 (1-2)
Podzimek M.	Symptomatické potíže a výchova ke smyslu	Filosofie	166 - 177	2016; 14 (3)
Poněšický J.	Ovlivňování a proces změny v psychoanalytické a Psychodynamické psychoterapii	Téma	44 - 47	2016; 14 (1-2)
Pulkrábková A.	Neuromodulace jako metoda ovlivnění chronické bolesti z pohledu psychologa	Pro praxi	18 - 21	2016; 14 (1-2)
Skorunka D.	Psychosomatika, kam se podíváš	Z konferencí	193 - 195	2016; 14 (3)
Skorunka D.	Porucha na duchu, nebo životní dilema?	Pro praxi	208- 224	2016; 14 (4)
Šípek J.	Ke knize: Raudenská J. a Javůrková A. (Eds.) The Psychological Context of Labour Pain.	Recenze	191 - 192	2016; 14 (3)
Telec I.	Zdravotní služby a placebo: porozumění, nebo zamlžení problému?	Teorie	247- 258	2016; 14 (4)
Zipfel S., et al.	Psychosomatická medicína v Německu	Excerpta	278- 279	2016; 14 (4)



POKYNY PRO AUTORY



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

Délka příspěvků:

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

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

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

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

Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

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



to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhovech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy pošlete zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

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

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

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

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

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

