

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

ČASOPIS PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY VYDÁVÁ
LIBERECKÝ INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY ,O.P.S. PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE
PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI, LÉKAŘE, KLINICKÉ
PSYCHOLOGY A OSTATNÍ ZÁJEMCE

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník

V/2007

ISSN 1214-6102

1.6.2007

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

3

| | |
|--|-----|
| Obsah | |
| Editorial | 84 |
| <i>VLADISLAV CHVÁLA: A NEŘEKL JSEM NIC...</i> | 84 |
| Z pošty | 86 |
| <i>ZEMŘEL DOC. MUDR. JAROSLAV BAŠTECKÝ, CSC. (1936 – 2007)</i> | 86 |
| Původní práce | 89 |
| <i>MARTIN KONEČNÝ: SYSTÉMOVÉ A SYSTEMICKÉ SMĚRY V PSYCHOTERAPII A PSYCHOSOMATICE</i> | 89 |
| Praxe | 103 |
| <i>JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST V: TO JE MI LÍTO</i> | 103 |
| Teorie | 106 |
| <i>OTMAR W. SCHONECKE, JÖRG M. HERRMANN: PSYCHOFYZIOLOGIE, ČÁST V</i> | 106 |
| Recenze | 114 |
| <i>VLADISLAV CHVÁLA: ŽIVLY OŽÍVAJÍ?</i> | 114 |
| Aktuality, Politika, Koncepce | 117 |
| <i>ZÁPIS ZE 2. SETKÁNÍ ZÁJEMCŮ O ZALOŽENÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ</i> | 117 |
| Nabídky, Akce, kurzy, semináře | 119 |
| <i>DIAGNÓZA NEPLODNOST – PRŮSEČÍK PERSPEKTIV</i> | 119 |
| <i>Pozvánka na víkendový workshop: SKUPINOVÁ ANALÝZA: INSPIRACE A PRAKTICKÝ NÁSTROJ PRO PROFESIONÁLY</i> | 121 |
| Víkendové semináře v psychoterapii zaměřené na tělo | 123 |
| <i>ZÁKLADNÍ VÝCVIK V PSYCHOTERAPII ZAMĚŘENÉ NA TĚLO</i> | 123 |

Sbor recenzentů

Doc. PhDr.Karel Balcar, PhD.
PhDr.Bohumila Baštecká
Doc. PhDr.Marcela Bendová, PhD.
Doc.MUDr. Jiří Beran. CSc.
Doc.MUDr.Martin Bojar, CSc.
MUDr.Radkin Honzák, CSc.
Prof. RnDr. Stanislav Komárek, PhD.
prof.MUDr.Zdeněk Mařatka, DrCs
Doc.PhDr.Michal Miovský, PhD.
prof.PhDr.Stan. Kratochvíl, CSc.
Prof.MUDr.Miloslav Kukleta, CSc.
MUDr.PhDr.Jiří Poněšický, PhD.
MUDr.Jiří Šavlík, CSc.

Redakční rada

MUDr.Radkin Honzák, CSc.
MUDr.PhDr.Jan Poněšický, PhD.
Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc.
Doc.MUDr.Jiří Beran, CSc.

Redakce

MUDr.Vladislav Chvála
PhDr.Ludmila Trapková
Mgr.Petr Moos
Mgr.Jan Knop

Adresa

SKT Liberec
Jáchymovská 385
46010 Liberec 10
tel.:485151398
e-mail: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

VLADISLAV CHVÁLA: A NEŘEKL JSEM NIC...



Taky se vám jistě někdy stalo, že jste chtěli v diskusi něco říci, že jste to v sobě několikrát převrátili, zvažovali, a než jste se rozhodli, doba pro diskusi skončila vy jste si to pak cestou domů vyčítali... Měl jsem přece říci... to a to. Než dojdete domů, přejde to, ale někdy vám to leží v hlavě dost dlouho, zvláště když máte dojem, že jste promarnil vzácnou příležitost, nebo že to nakonec bylo ze zbabělosti. Zašel jsem po dlouhé době na purkyňku, pořád je něco jiného na práci. A pak- já se tam trochu stydím, zdá se mi, že tam mluvím jiným jazykem. Tentokrát byla problematika dermatovenerologie, a jedna z přednášek měla být věnována psychosomatické kůži, navíc měla přednášet mladá a milá kolegyně, která se nesnadnou (a stále ještě nevídanou) disciplínou ve svém oboru zabývá. Statečně napsala na dveře své ordinace, že tam lze konzultovat psychosomatické kožní případy. Vlastně jsem byl zvědavý, jak bude přijata a byl jsem rozhodnutý ji pro případ, že by s tím byly těžkosti, na její obranu vystoupit.

Kolegy jsem dlouho neviděl, ale s řadou z nich se dobře znám z doby, kdy jsem pracoval v nemocnici, rád jsem je viděl. Věkový průměr se zdál dost vysoký, jako by sem chodili především ti starší takřikajíc „pěstovat medicínu“. Vždyť většina přednášek byla zde pro osvěžení znalostí z oboru, který je považován za okrajový, lékaři, kteří se mu věnují, jako by se obávali, aby nebyli považováni za pouhé mastičkáře. Nejzkušenější z přednášejících, úctyhodná kolegyně, také tak pojala svou přednášku tak, abychom si nemysleli, že je to jen nějaké mastičkaření, že je to taky věda. Mladší nová primářka si dala záležet na tom, aby auditorium nepochybovalo o tom, že také v jejich oboru je pokrok, ano i my máme již drahé a náročné léčebné postupy, u kterých je třeba velmi dobře zvážit, komu ano a komu ne. A po ní postupně mladí lékaři ukazovali, čemu se věnují. Ranám, které se nehojí, například mladý muž, má dobře promyšlenou baterii extern, kterými rány čistí, dráždí a epitelizuje. V tom jsem poznával tu starou dobrou medicínu, která mě tak bavila, když něco nejde, tak je to není katastrofa ale výzva. Bylo to čisté a přehledné, ani nápad, že by se rány těla nemusely taky hojit proto, že za nimi je rána v duši. Skoro jsem mu záviděl ten medicínský optimizmus, byl jsem rád, že v jeho baterii léků poznávám ještě i starý dobrý Ichtysl a Saloxyl, které tam zůstaly jako léky, o kterých víme, že pomáhají, věda nevěda. Jiná mladá lékařka se věnuje pohromě všech dospívajících, akné. Ukázala odstrašující případy, které nás všechny polekaly. Na nich se dá pochopit, že mají na

psychiku mladíka či slečny silný vliv. Naštěstí i zde již máme pokrok, preparát, který lze za velmi přísných podmínek aplikovat, je sice drahý, ale po měsících utrpení a vedlejších příznaků, přeci jen vede k úlevě.

Referát o psychosomatice v kožním lékařství byl přehledný a hezký, paní doktorka poctivě přiznala, že efekty jsou i v případě psychosomatického přístupu nejisté, že ani tehdy, kdy se bude při ošetření brát v úvahu psychická a sociální realita nemocného, nemusí to mít vliv na průběh onemocnění. Přesto doporučovala se tímto nesnadným způsobem některým vhodným pacientům věnovat, a sama to tak dělá. Byl jsem připraven ji pochválit v diskusi, abych podpořil kolegy, kteří se na tuto nesnadnou půdu pouští (=odvaha jít pouští?) v rámci svých oborů, kdo jiný by se měl psychosomatickým případům v kožním lékařství věnovat než kožní lékař!

Ale pak přišlo něco, co jsem nečekal. Referát o korektivní dermatologii, které se věnuje mladá, ambiciózní lékařka. S veselým optimismem perlila o tom, jak je snadné vyhladit vrásky injekcí botulinotoxinu. S převahou smetla předem jakékoli námitky proti nepřirozenosti takového konání: vždyť botulinotoxin je přírodní látka, kterou produkuje klostridie, jeho efekt na tkáň je přírodním mechanismem, který ochromí svalstvo v potřebném rozsahu, co už může být přírodnějšího! V té převaze bylo cosi podezřelého, byla to převaha dealera vynikajících pracích prostředků, nebo fantastických hrců, které vaří samy, zázračných vysavačů a jiných, štěstí zaručujících prostředků. Auditorium si z napětí ulevovalo smíchem, a skutečně paní doktorka byla okouzlující, výborná přednášející. Obchod je obchod a v botulinotoxinu je cítit obchodního ducha. Taková užitečná otrava v malém, řeklo by se. (Nebo taky, jak se dá zužitkovat zkažená klobása?)

Zůstalo by u zábavy a mírného poučení, kdyby nepřišly ty fotky. Na důkaz dobrých výsledků prezentovala milá kolegyně obličej pacientek před zákrokem a po zákroku, jak je v medicíně dobrým zvykem. Před zákrokem ženy otrávené ze svých vztahů, po zákroku jejich obličej otrávené – tím vyhlazené- botulinotoxinem. Asi je to tím, že jsme zvyklí v tvářích lidí číst stopy jejich života, přišlo mi na možnosti se těchto stop zbavit něco hrozného. Ta lehkost a jednoduchost s jakou medicína vyhladí stopy života z tváří žen- byť si to samy přejí a dokonce i bohatě zaplatí- ta byla ohromující. Tváře žen na fotografiích nebyly jen otrávené, měly mimiku, která odpovídala jejich jistě nelehké, ale přirozené situaci. Připadalo mi, že tady dělá medicína něco nepřirozeného. Viděl jsem ty samé ustarané tváře, které vídám i ve své ordinaci. Čtu v nich nejčastěji stopy partnerských a rodičovských starostí, pomáhám těm lidem si je uvědomit, pojmenovat a pak řešit. Vybavil jsem si řadu těch, kteří během terapie zkrásněli, jejich tvář se vyjasnila, stejně jako jejich situace. Co to ale stálo námahy! Tu námahu je ochotná podstupovat ta drobná lékařka, která před chvílí referovala o psychosomatice, ta bude se svými pacientkami hledat zdroje jejich starostí a jejich kožních projevů, dokonce i bez naděje na dobrý výsledek, zatímco v sousední ordinaci bude stopy starostí zahlazovat tato druhá lékařka- je to tak rychlé a tak snadné. Lup a je to, několik minut nejmůž. Snad jediná nevýhoda (nikoli pro výrobce – a

prodejce vyhlazování), dlouho to nevydrží, za půl roku je třeba investovat znovu. Ale pro lékařku je to raz dva a může běžet domů, hlavu čistou! A hurá na večírek- jen občas sama, jak poctivě přiznala, si lupne nějaký ten obšťík botulotoxinem, aby nevypadala tak ustaraně. Takže, jaképak starosti s psycho-sociální problematikou! Díval jsem se kolem sebe vyděšeně. Tak možná proto jsem některé kolegyně nemohl na první pohled poznat, už jsou botulinotoxinovány. Ale na co se pak budeme spoléhat v komunikaci s lidmi, když i mimiku dokážeme znehybnit, aby ani stopy emocí nemohly proniknout na povrch!?

Mohl jsem mít lepší příležitost ukázat v diskusi na rozdíl mezi psychosomatickou medicínou a touto bezstarostnou dealersky fungující biologicko-obchodní strategií v medicíně? A ještě navíc mě k tomu přátelský a po celý večer dobrou atmosféru zajišťující předseda lékařského spolku vlastně vyzval. A mě se v hlavě mlelo: copak já jim budu říkat. Mám zase být za toho škarohlída, ten mravokárce, co vyzývá k vážnosti a poukazuje na nemravnost takového počínání? Vždyť jsem tady dlouho nebyl, a zase nebudu, tak co já do toho mám co mluvit? Takže jsem neřekl nic.

V.Chvála, Boca di Magra, duben 2007

Z POŠTY

ZEMŘEL DOC. MUDR. JAROSLAV BAŠTECKÝ, CSC. (1936 – 2007)



Prolez jsem všechny knižní sklady,
pár slov si opsal, pár jich škrtnul,
až zbyla tři bez větší vady,
a to jsou život,
láska,
smrt.

Jiří Dědeček

Život Slávka Bašteckého byl nesmírně bohatý a rozsah jeho zájmů neuvěřitelný. Jeho kandidátská práce, kterou vytvořil ještě ve Výzkumném ústavu psychiatrickém (nyní PCP) byla zaměřena na některé odlišnosti

v mluvené řeči u schizofrenních pacientů zkoumané pomocí zpožděné sluchové zpětné vazby (Leeův efekt). Po čtyřiceti letech se světový výzkum k této problematice znovu vrací.

To však byla jen pasažérní úvodní kapitola, po níž se začal věnovat psychofarmakům a jejich účinkům a odtud se v rámci komplexního přístupu velmi rychle dostal do zajetí psychosomatiky, již oddaně sloužil po celý zbytek života. Jeho psychosociální východiska byla poznamenána jak pavlovovským nervismem, tak behaviorismem (odtud pramenila i úzká spolupráce se společností VNČ), nikdy je však nestavěl do protikladu k dynamickým teoriím, které měl též výtečně zvládnuté. Z psychofarmak ho nejvíce atrahovala antidepressiva a není tedy divu, že od samých počátků spolupracoval s kolegy, kteří se věnují diagnostice a léčbě bolesti. Další pracovní kolejí byla soudně znalecká činnost a výuka. Stal se vedoucím Katedry soudní psychiatrie IPVZ a tuto funkci zastával až do své smrti. Publikace Společnost, právo a medicína (Galén 1997, 2000) mu po zásluze vynesla vysoké ocenění ČLS JEP v roce 2004. Nicméně těžiště jeho zájmu a především nedocenitelné organizační schopnosti zůstalo vyhrazeno psychosomatice.

Jako jeden z prvních stál u zrodu psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti v roce 1974 a jako její čelný představitel po téměř tři desetiletí organizoval ve spolupráci se společností pro vyšší nervovou činnost celkem devět československých (posléze česko – slovenských) psychosomatických konferencí s bohatou a užitečnou teoretickou a praktickou náplní. Několik let připravoval a editoval (spolu s J. Šimkem a J. Šavlíkem) s velmi nesourodým a tedy těžko dirigovatelným týmem autorů vydání první souborné monografie, která pod názvem Psychosomatická medicína vyšla v nakladatelství Grada v roce 1993. Uspořádal desítky stáží pro zájemce o psychosomatiku, v nichž angažoval všechny, kdo se této disciplíně aktivně věnovali. Z titulu docenta ILF (nyní IPVZ) se ochotně stával patronem vznikajících psychosomatických zařízení, což mělo v době, kdy psychosomatika byla označována za reakční pavědu, svou nezpochybnitelnou váhu. Své snahy o institucionalizaci psychosomatiky jako integrujícího pohledu prosadil pod patronací IPVZ v podobě jako specializační zkoušky z psychosomatiky a s několika spolupracovníky připravil i návrh programové náplně výuky tohoto oboru.

Byl neúnavný přednášeč a pedagog a při šíření psychosomatických kacířstev mu bylo prospěšné jeho neobyčejně široké kulturní a zejména historické zázemí, fenomenální paměť a dar zaujmout posluchače. Jeho přednášky byly přehledné, formulace precizní, jako kdyby symbióza s právními vědami jim dodávala paragrafované znění. Navíc Slávek, jako každý obsedant, pečlivě vyslovoval a mluvil zřetelně a nahlas a strohá fakta zajímavě ilustroval klinickými i životními příběhy.

Velkou láskou Slávka Bašteckého byla kromě medicíny široce pojatá historie, ať v souvislostech sociálních, geopolitických, či tak extravagantních, jako třeba klimatologických. Znal jména, znal data, znal vztahové sítě do neuvěřitelných podrobností s pamětí kybernetické databáze, já sám jsem žasnul, kolik detailů věděl o některých mých blízkých příbuzných, kteří se

vpletli do politiky. Vadily mu – až osobně – nepřesnosti uváděné ve sdělovacích prostředcích a opakovaně písemně vyžadoval jejich opravu (naposledy to bylo letos v únoru a šlo o vyznamenané v bitvě u Kurska!). O těchto svých počinech systematicky informoval svoje okolí, obdobně jako o svých vegetativních obtížích.

Mezi jeho životní priority patřilo tažení proti umělým změnám času, jež mu vadily snad ještě víc, než historické nepřesnosti. V posledních letech si brával na jaře týden dovolené, aby se během těchto dnů postupně, po deseti minutách, adaptoval na letní čas. Své výhrady (jež nepochybně reflektovaly jeho osobní problémy) formuloval v jednom televizním vystoupení doslova takto: *„U citlivějších jedinců z těch nejdůležitějších potíží je to těžká únava, ale zejména v odpoledních hodinách jsou to poruchy soustředivosti vedoucí k zapomnětlivosti, k různým ztrátám. Jsou to vegetativní potíže, to je například bušení srdce, pocení a určité závratě. Nejhorší na tom je, že zavádění letního času se sumuje s jarní únavou, která postihovala tyto citlivé jedince ve zvýšené míře i dříve a navíc v posledních letech v důsledku značných výkyvů počasí ještě přichází další stres. Čili je to podle mého názoru kombinace tří stresů.“*

Jestliže na poli pracovním, odborném a organizačním byl jednoznačně persona grata, vystupoval ve svém osobním životě trochu jako nerudovská figurka, do které se také zčásti stylizoval. Určitou výjimečnost představovala už jeho konzervativní nechuť k novinkám: na mobilní telefony hleděl s neskryvaným odporem a žádný si nepořídil, na tlačítkovém telefonu hledal ciferník, s počítačem se nikdy nesblížil a vše co napsal, psal důsledně jen na starém psacím stroji na jemný průklepový papír s třemi kopiemi. Ve vztahu k okolí na jedné straně s dojemnou péčí okázale hýčkal své hypochondrické stesky, na druhé straně byl vynikající společník, bonviván a hedonik, který se uměl bujaře bavit a uměl bavit ostatní, lidé ho rádi vídávali a on měl rád je, u žen měl úspěch, ale nakonec se zase vždy stáhl do své staromládenecké ulity. Řekl bych, že sice žil sám, ale osamělý se necítil.

Jeho smrt přišla náhle a nečekaně a všichni jsme jí byli zaskočeni a zvikláni ve víře, kterou nám narouboval profesor Vondráček, že lidé, kteří pečují o několik drobných neduhů se dožívají vysokého věku. Slávek zemřel ještě příliš mladý, jak kalendářním věkem, tak myslí a duchem. Nemohu se zbavit pocitu, že jedním z faktorů, které zapůsobily nepříznivě, bylo plánované ukončení jeho do té doby ničím neohrožované pracovní kariéry. Všichni víme, že emočně daleko méně závažné okolnosti mohou v tomto věku vést k srdeční zástavě.

Milý Slávku, budeš nám chybět. Jako člověk, společník a kolega, i jako živoucí a nikdy se nemýlící kronika české (dříve československé) psychosomatiky, k jejímž čelným osobnostem jsi patřil a patříš nadále. Čest Tvoji památce!

10.6.2006

Radkin Honzák

PŮVODNÍ PRÁCE

MARTIN KONEČNÝ: SYSTÉMOVÉ A SYSTEMICKÉ SMĚRY V PSYCHOTERAPII A PSYCHOSOMATICE



1. HISTORICKÝ KONTEXT

Gregory Bateson, americký antropolog a filozof, který se již před druhou světovou válkou proslavil svými výzkumy života domorodců na ostrově Bali a který se po válce stal hlavním inspirátorem rozvíjející se systémové a systemické torie i její aplikace v psychoterapii, se na konci svého života přiklonil k zen-buddhismu. Studium textů o Batesonovi mne tak přivedlo až ke "sbírce zenových říkadel, básniček a překážek", které vybral a přeložil Václav Cílek. Vydalo je nakladatelství Dokořán v Praze v roce 2002 pod názvem "Mrtvá kočka". V knížce, která obsahuje několik desítek koanů, jsem našel také text, který pravděpodobně Bateson dobře znal a který ho možná k zen-buddhismu přivedl; vystihuje totiž zároveň podstatu systemické teorie: "Řekli bychom, že si dítě hraje s věcmi, kdyby nebylo stejnou pravdou, že si věci hrají s dítětem."

Václav Cílek, český geolog a speleolog, publikuje často v časopisu Vesmír i jinde. Zen-buddhismus je jeho koníčkem a životní filozofií. V 2. čísle Respektu z roku 2004 publikoval článek s názvem "Esej o globalizaci jako přírodní pohromě, pesimismu a naději". Protože jeho text úzce souvisí se systemickou teorií, dovoluji si z něj odcitovat krátký odstavec a použít jej jako úvod do tématu. Cílek v něm totiž zachycuje to, co je pro systemiku typické – její provázanost s nejrůznějšími vědními obory.

Cílek píše: "V současné ekonomii se překvapivě setkáváme s přírodovědnými pojmy jako je ekonomická ko-evoluce nebo obchodní ekosystém. Vyjadřujeme jimi obvykle posun, který nastal v přírodních vědách, kde prostý darwinismus typu "konkurenci je třeba zničit a pohltit" je nahrazován neodarwinismem, jenž bere v úvahu stav a hierarchii celého systému. Slabší neprohrává, je-li schopen komunikovat a spolupracovat. Slovník přírodních i ekonomických i humanitních věd ovládá klíčový termín *sít'* v mnoha různých významech – neuronové sítě, síť života, informační sítě. Původ "síťového myšlení", jehož podstatou je to, že nežijeme sami pro sebe

v jakémsi vakuu, ale v nějakém prostředí, které nás tisíci zpětných vazeb formuje, lze vystopovat již v 50. letech v biologických vědách, zvláště v ekologii. Zajímavým rysem těch nejrozvinutějších technologií, něčeho, co by mělo být nejvíce nepřírozené a umělé, je právě organičnost. Počítač je víc přírodní než lokomotiva.”

To, co nás zajímá, je právě počátek tzv. systémového nebo – jak říká Cílek – síťového myšlení, které je úzce spojeno nejen se systémovou, respektive systemickou terapií, ale i s Gestalt terapií a Sullivanovou interpersonální psychoterapií. Ve 40. letech, tedy v době, kdy Fritz Perls píše a vydává svou první velkou práci “Ego, hlad a agrese” a kdy vymýšlí a začíná používat označení Gestalt terapie, pořádá Josiah Macy Jr. Foundation ve Spojených státech každé 2 roky interdisciplinární konference zaměřené zpočátku na otázku seberegulačních mechanismů, později na zpětnovazebné mechanismy a cirkulární procesy v biologických a sociálních systémech a sítích. Mezi účastníky symposií byli matematici (nejznámějším z nich byl Norbert Wiener, který bývá označován za zakladatele kybernetiky), fyziologové (jmenujme alespoň neurofyziologa W.R. Ashbyho) antropologové (vedle Gregory Batesona, o kterém byla již řeč, se konferencí účastnila i jeho manželka Margaret Meadová), psychologové i filozofové. V interdisciplinárním prostředí těchto konferencí vznikaly, často v kuloárech, hlavní ideje budoucí kybernetiky, jejichž cílem bylo osvětlit společné principy řízení organických a neorganickým systémů, později především strojů. Účastníci konferencí vlastně utvářeli kybernetiku jako společný model pro různé oblasti vědy; z této původní kybernetiky teprve následně hypertrofovaly hlavně aplikace technologické, které dnes běžně označujeme jako kybernetiku. Přesto však ve 40. letech díky konferencím Josiah Macy Jr. Foundation vzešlo mnoho podnětů i pro biologické, psychologické a sociální vědy. Významným účastníkem těchto mnohooborových konferencí a inspirátorem Batesonových systémových, síťových konceptů byl i Kurt Lewin, jehož teorii pole zapracoval také Perls a Sullivan do svých revizí Freudovy psychoanalýzy. Zde tedy nacházíme historické propojení mezi Gestalt terapií, interpersonální psychoterapií, systémovými terapiemi a systemikou.

Ani Lewinův teoretický koncept, který hluboce ovlivnil psychoterapii, však nespadol ve 40. letech z nebe uprostřed Spojených států amerických. V prvních dvou desetiletích 20. století hluboce ovlivnila filozofii, psychologii i biologii řada revolučních objevů v oblasti fyziky, ke kterým došlo v Evropě. Na přelomu století byla publikována kvantová teorie Maxe Plancka, v letech 1905 a 1916 obě Einsteinovy teorie relativity, a ve dvacátých letech kvantová mechanika spojená se jmény Nielse Bohra, Karla Wernera Heisenberga a dalších. Základní filozofické předpoklady 19. století – mechanický determinismus, striktní kauzální souvislost, objektivita a hmota jako nejjednodušší element jsou – které daly vzniknout materialistické filozofii Davida Strausse, Ludwiga Feurbacha a Karla Marxe, byly zpochybněny. Relativistické paradigma spojené s makrofyzikou a holistické paradigma, na němž se začala rozvíjet fyzika subatomární, otřásly vědou, které do té doby vládly newtonovská mechanika a karteziánský dualismus. Ve třicátých letech

pak vystoupil, taktéž na evropské půdě, v zemi, která se stala o několik desítek let dříve kolébkou psychoterapie, muž, jenž svou Obecnou teorií systémů, vycházející z holistického, celostního paradigmatu, ovlivnil jak Lewina tak Batesona. Šlo o významného rakouského biologa Ludwiga von Bertalanffyho, který působil nejdříve na vídeňské univerzitě, v 50. letech odešel do Kanady a ještě později do USA. Nejstručněji je možné jeho teorie systémů shrnout do formulace: celek je více než pouhá suma částí. Teorie zkoumá chování systémů a rozlišuje podle jejich vztahu s okolím systémy otevřené a uzavřené. Obecná teorie systémů inspirovala samotného Kurta Lewina v jeho úvahách o psychologickém poli, a již zmíněnou Josiah Macy Jr. Foundation k organizaci mezioborových konferencí ve Spojených státech.

Lewinem a Batesonem však vývoj systémových teorií nekončí. Na Batesona navazuje již od 50. letech chilský biolog Humberto Maturana teorií auto-poietických, tj. samoutvářejících systémů, v 60. letech Lorenzo svou teorií chaosu, v 70. letech pak publikuje Ilja Prigogin teorii disipativních, tj. proměnlivých struktur, která zejména ovlivnila vývoj systémové psychoterapie směrem k systemickému myšlení. Tyto teorie nejsou všeobecně akceptovány, představují dokonce jakýsi vědecký underground; nejsou totiž ve shodě s deterministickým paradigmatem, které od 60. let minulého století určuje hlavní směr vývoje vědy jak v oblasti fyziky (postupně se prosazující teorie superstrun aspirující na tzv. TOE, hledanou "teorie všeho") i biologie (genetika, neurobiologie). Ani systémová a systemická terapie se ovšem nestaly "novým základem veškeré psychoterapie", na který zejména systemika sama aspirovala. Přesto jsou ovšem důležitým obohacením psychoterapeutických směrů a svým důrazem na interpersonální ostatní směry hluboce ovlivnily. Podobně jsou alternativní vědecké teorie významnou součástí současného vědeckého poznání. Jak vysvětluje jeden z teoretiků superstrun, Brian Greene, reprezentant současného determinismu: "Pro mnohé je pošestilé a vysloveně odporné tvrdit, že divy života a vesmíru jsou pouhými odrazy mikroskopických částic účastnících se samoúčelného tance, jehož jediným choreografem jsou fyzikální zákony. Opravdu mohou být pocity radosti, smutku či nudy pouhými chemickými reakcemi v mozku – reakcemi mezi molekulami a atomy, které jsou v ještě mikroskopičtějším pohledu reakcemi subatomárních elementárních částic, které jsou v podstatě jen vibrujícími strunami? (...) Někteří s takovým pohledem souhlasí, jiní nikoliv. Ti druzí se pokusí argumentovat tím, že rozvoj věd jako teorie chaosu nám říká, že když úroveň složitosti systému vzroste, začínají se vlády ujímat nové druhy zákonů. Pochopení chování elektronu nebo kvarku je jedna věc, užití těchto znalostí pro porozumění tornádu věc jiná. Já osobně si myslím, že (složité systémy) nové a nezávislé zákony fyziky nepředstavují. Ačkoliv by nebylo lehké popsat tornádo v řeči fyziky elektronů a kvarků, podle mého názoru je to jen proto, že složitost výpočtů se stává neúnosnou, nikoliv proto, že jsou nutné nové fyzikální zákony."

2. TEORIE POLE

Lewinův koncept, který ovlivnil rozvíjející se kybernetiku a jejím prostřednictvím moderní revize Freudovy psychoanalýzy, dále rodinnou systémovou a systemickou terapii, můžeme shrnout do několika základních tezí:

2.1. Podle Lewina je osobnost souhrnem interpersonálních vztahů. Individuum již nemůže být označováno za nositele psychopatologie, ta je ve skutečnosti plodem sociálních interakcí. Do důsledků tuto myšlenku formuluje Foucault o několik desetiletí později: nic takového jako psychopatologie neexistuje. Duševní nemoc vzniká v určitém socio-kulturním kontextu, jehož je neoddělitelnou součástí.

Kybernetika, která hovoří o živých systémech a strojích, zkoumá společné principy jejich řízení přenosem informací. Takto definovanou oblast svých pozorování bourá kybernetika tradiční hranici mezi organickým a neorganickým světem, mezi přírodními a humanistickými vědními obory, mezi psychologii a sociologií.

Současný přední **Gestalt** terapeut Gary Yontef říká: "Člověk ve svém životním prostoru vytváří pole." Říká tím zároveň, že individuace není jakýmsi izolovaným intrapsychickým procesem, ale děje se v kontaktu, na hranici "já" a "ne-já". To je oblast, kde se odehrává drama vývoje každého jednotlivce."

V **rodinné** terapii není objektem terapeutovy pozornosti jedinec, ale rodinný systém, který je vnímán jako kybernetický. Je proto třeba upozornit na mylnost představy, že rodinným terapeutem je každý kdo pracuje s rodinou jako se skupinou s určitou organizací vztahů. V rodinné terapii vyvíjející se z kybernetiky, tedy v systémové a později systemické terapii, nejde o jakoukoliv práci s rodinou, ale právě jen o takový přístup, který je schopen v rodině definovat vzorec – pattern, tj. samostatnou vztahovou strukturu, dynamický interakční vzorec, abstrahující od jedinců. Teprve, když uzavřeme v husserlovském smyslu individuální psychologii, jsme schopni nahlédnout pattern a jeho rekurzivitě. Pattern – vzorec, je pojem pocházející od Gregory Batesona. Pattern je cosi, co kultura nabízí jako způsob vhodného chování. Právě tyto vzorce umožňují, že se lidé k sobě mohou chovat očekávaným způsobem. Vzorec se stává kontextem, v němž se odehrává lidský život. Teprve zasazením do významového kontextu dostává lidské chování smysl.

V **systémové** terapii rozumí terapeut rodině jako otevřenému systému, do něhož je možné vnášet informace formou intervencí na principu vstup – výstup; terapeut je expertem na komunikaci, který dokáže vzorce chování diagnostikovat a měnit; v **systemické** terapii je rodina vnímána jako systém uzavřený, do něhož není možné vnášet žádné informace; nikdy dopředu totiž nevíme, jak systém intervenci zpracuje a jak na ni zareaguje. Je možné pouze redefinovat problémy, "přenálepkovat" symptomy, objevovat nové významy a kontexty.

2.2. Podle Lewinovy teorie je jedinec utvářen sociálním polem, které sám vytváří. Jde o rekurzivní proces. Odtud pak pochází pojem zpětné vazby v **kybernetice**. Gary Yontef za **Gestalt** terapii komentuje: "Pole je celek, jehož části jsou v bezprostředním vztahu, reagují jedna na druhou - každá z těchto částí je ovlivněna tím, co se děje kdekoli v poli."

V **systemické** terapii je princip rekurzivity nejprve v 50. a 60. letech interpretován zejména Donem Jacksonem, zakladatelem "Mental Research Institute", v souvislosti s pojmem homeostázy. Každý systém má podle Jacksona přirozenou tendenci udržovat rovnovážný stav. Symptomu je přiřknuta role obnovitele homeostázy v systému. Teprve později, pod vlivem Prigogina a nově vyloženého Bertalanffyho, je otevřený systém rodiny vnímán jako prostor neustálých změn. Symptom nevede k homeostáze, ale zastavuje tento proces změny, je vlastně patologickou homeostázou. Patologický je systém, který ztratil schopnost vývoje.

Naopak v **systemické** terapii je rodinný systém vnímán jako uzavřený. Ten je také místem neustálé proměny, změnu však nelze vysvětlit s pomocí jednoduché lineární kauzality. V takovém systému neexistuje žádná rovnováha, ani ve smyslu teorie homeostázy ani ve smyslu patologické homeostázy. Tu vnímá jen pozorovatel; homeostáza je pouhou konstrukcí systémového terapeuta, který si chce udržet moc nad systémem. Od znovuobjeveného Batesona je v 80. letech zaveden pojem cirkulární kauzality, kterou je možné zjednodušeně vysvětlit jako nelineární provázanost všech jevů. Živé systémy jsou podle Batesona charakterizovány nikoliv sekvencemi příčin a následků, ale vytvářením složitých zpětovazebných okruhů. Problém již není vnímán jako symptom, tedy patologický příznak, který vzniká uvnitř systému. Problém je naopak to, co samo systém utváří. Tento překvapivý obrat v pohledu na psychopatologii vyhlašuje systemika sama za svůj hlavní příspěvek pro psychoterapii. Připomínám motto našeho exkursu: "Řekli bychom, že si dítě hraje s věcmi, kdyby nebylo stejnou pravdou, že si věci hrají s dítětem." – Je zřejmé, že Gestalt terapie a rodinná terapie pouze rozdílně formulují rekurzivitní procesy v psychologickém poli. Domýšlíme-li však hlavní myšlenku systemiky, docházíme k závěrům, které by si zasloužily podrobnější diskusi (viz můj text "Fenomenologie a postmoderna v psychoterapii" v Konfrontacích č. 1, březen 2003): systém utváří každý, kdo se na problému nějak podílí, tzn. přispívá k jeho vzniku nebo k jeho řešení, nebo o něm jen hovoří. Systém vzniká tím, že se hovoří o problémech. Systém se vyvíjí prostřednictvím "jazykování". Každý aktuální okamžitý stav systému popsany pozorovatelem není ničím více ani méně než *iluzí* jediné alternativy danou zorným úhlem pozorovatele.

2.3. Z Lewinovy teorie vyplývá, že psychoterapeut je součástí interpersonálního pole, v němž události probíhají.

V oblasti **kybernetiky** je zaveden pojem kybernetiky II. řádu: v I. řádu kybernetiky běželo o pozorování systému. V II. řádu platí, že nelze pozorovat systém, pomíjíme-li samotného pozorovatele. Pozorování se vztahuje k samotnému procesu observace.

Za **Gestalt terapii** můžeme citovat Yontefa: “Fenomenologické pole je určováno pozorováním a je smysluplné jen když člověk zná okruh poukazů, v němž se pozorování odehrává. Pozorování je nezbytné, protože to, co člověk vidí je nějak i funkcí toho, jak a kdy se člověk dívá.” A jinde říká: “Gestalt terapie rozumí sama sobě jako interpersonálnímu procesu.”

Cílem terapeuta v **systemové** terapii je tzv. změna I. řádu. Terapeut se snaží dosáhnout takové změny v systému, která umožní opustit symptom. Terapeut jako expert přináší v intervencích nová řešení, která zbaví rodinu nutnosti symptom “používat”. Změna se však děje v rámci stávajícího systému, který se sám zásadně nemění.

Jinak je tomu v **systemice**: terapeut provází rodinu při hledání nových významů jejich obtíží, jeho základním nástrojem jsou intervence na úrovni jazyka: pomáhá členům rodiny nacházet nové způsoby “mluvení o” problému a tím vytváří možnost pro předefinování problémů. Není expertem, ale vytváří s rodinou jediný terapeutický systém, podílí se na jeho komunikaci a už tím nabízí nové možnosti definování symptomů. Změna komunikace mění samotný systém, je tzv. změnou II. řádu. Terapeut ji umožňuje právě tím, že si je vědom svého místa v systému a komunikuje v něm, nestojí mimo něj a nepozoruje rodinu “zvenku” jako expert na komunikaci.

2.4. Důležitý axiom se týká historie pole. V duchu Lewinovy teorie můžeme říci, že velká část problémů je podmíněna a perpetuována neadekvátní komunikací, která, i když je v čase vzdálena, je součástí přítomného pole.

Kybernetika inspirována Lewinovým pojetím zavádí pojem zpětnovazebného systému. A Yontef říká: “To, co ovlivňuje, musí být v nějakém kontaktu s tím, co je ovlivňováno, v prostoru a čase. **Gestalt** terapeuti pracují s tím, co je zde a nyní, ale citlivě vnímají rezidua minulosti obsažená v přítomném držení těla, v návycích, názorech a postojích.”

Pro **systemového** terapeuta problém vzniká a je udržován tzv. špatnými řešeními. V systemové terapii rodina utváří problém, aby udržela rovnovážný stav nebo aby bránila vývoji.

V **systemice** je vše nazíráno jakoby v převráceném gardu: systém neexistuje, vzniká až spolu s problémem, problém utváří systém. Z toho plyne, že neexistuje problém v negativním smyslu a dokonce – cituji jednoho významného německého systemika – “neexistuje ani nic takového jako systemická terapie”. Vše jsou jen jazykové konstrukce různých pozorovatelů. Jiný systemický autor říká: “Nic takového jako např. rodina Novákových není. Různí terapeuté uvádějí do života velmi odlišné systémy, které budou všechny nazývat Novákovi.” Je tolik pravd, kolik je pozorovacích stanovišť. Dostáváme se tak znovu k mottu celého textu: “Řekli bychom, že si dítě hraje s věcmi, kdyby nebylo stejnou pravdou, že si věci hraje s dítětem.”

Ještě jednou, nyní chronologicky, shrňme psychoterapeutické směry, které se

nechaly inspirovat přímo Lewinovou teorií:

Gestalt terapie; Fritz Perls odmítl Freudův “mýtus o libidu” a do centra pozornosti postavil agresi jako základní lidskou energii nutnou k přežití organismu; agrese je zdrojem všech interakcí s okolím, tedy s psychologickým polem; “Ego, hlad a agrese” vyšla v r. 1949.

O rok později byla publikována zásadní práce Harryho Sullivana “The illusion of personal individuality” a v r. 1953 jeho text “The interpersonal theory of psychiatry”. Stejně jako Perls i Sullivan, který byl psychiatrem a psychoanalytikem, vyšel z Freudova díla. Z jeho teorie si však na rozdíl od Perlse ponechal pudovou teorii a tu rozšířil o Lewinovu koncepci pole. Vznikla tak **interpersonální psychoterapie**.

Teoretické závěry konferencí Josiah Macy Jr. Foundation včetně Lewinových myšlenek ovlivnily práci řadu dalších psychiatrů, psychologů, sociologů a antropologů ve Spojených státech. Pod vlivem kybernetiky se pokoušeli při práci se schizofrenními a delikventními pacienty o zásadní reformulaci dosavadních terapeutických konceptů, které se zaměřovaly na jedince jako nositele patologie. Psychoanalýza a jiné dlouhodobé psychodynamicky orientované přístupy při práci s touto klientelou selhávaly. Různí odborníci v této době začali pracovat na různých místech Spojených států s rodinami. Centrem nového terapeutického směru, který zpochybnil existenci tzv. “identifikovaného pacienta” a spatřoval psychopatologii v systému rodiny, se stala katedra sociologie a antropologie Stanford University v Palo Alto v Kalifornii, kde v r. 1952 pod vedením Gregory Batesona pracoval výzkumný tým tvořený Jayem Haleyem, Donem Jacksonem a Johnem Weaklandem. Cílem jejich výzkumů bylo studium komunikačních paradoxů v rodinném systému schizofrenních pacientů. Don Jackson založil přímo v Palo Alto v r. 1958 “Mental Research Institute”, který se na dalších dvacet let stal nejvýznamnějším centrem nového směru v psychoterapii, který bývá obecně označován jako **systemická terapie**, v jehož rámci můžeme rozlišit řadu na sebe navazujících škol, o nichž se později krátce zmíníme. Jejich autoři (jmenujme alespoň Viginii Satirovou, Paula Watzlawicka a Jaye Haleye) byli původně všichni členy Jacksonova týmu.

Konečně se dostáváme k **systemické terapii**, která je spojena zejména s dílem antropologa Gregory Batesona a jeho ženy antropoložky Margaret Mead. Jak jsme již uvedli, oba se přímo účastnili mezioborových sympozií pořádaných Josiah Macy Jr. Foundation a oba, podobně jako Perls a Sullivan, byli inspirováni Lewinovými myšlenkami. Bateson sám nikdy nebyl terapeutem a rodinnou systemickou terapii, jejíž autoři z jeho díla často přebírali celé pasáže a při své práci s klienty vstupovali do role expertů na komunikaci v rodině, pokládal dokonce za hluboký omyl. Až v 80. letech jeden z členů původního Jacksonova týmu v Palo Alto, Paul Watzlawick, reviduje východiska systemické terapie, vrací se k původním Batesonovým myšlenkám ve světle objevů chilského biologa a filozofa Humberta Maturany, rozvíjí postmoderní psychoterapeutický směr, systemiku.

3. SYSTÉMOVÉ TERAPIE

John Hunter publikoval v roce 1786 ve svém "Pojednání o venerické chorobě" popis vyléčení impotentního pacienta, dnes bychom řekli nemocného s erektilní dysfunkcí, tedy muže, který měl obtíže se ztopořením penisu při souloži. Hunter uložil nemocnému, aby po 6 nocí uléhal k partnerce, po níž toužil, aniž by se jí dotkl, i kdyby byl silně sexuálně vzrušen. Navodil tak paradoxní situaci, v níž pacient čelil strachu z odlišného druhu selhání, totiž, z neschopnosti ovládnout puzení po koitu. A skutečně, na konci předepsaného období abstinence nemocný zákaz nevydržel a jeho schopnost erekce a tím i možnost sexuálního styku byla obnovena.

Tato zkrácená, spíše anekdotická reference je tradována v literatuře o rodinné terapii jako první doložený popis tzv. paradoxní intervence, která proslavila strategickou terapii, jednu ze škol systémového přístupu, který se začal rozvíjet krátce po druhé světové válce souběžně s výzkumem tzv. schizofrenogenních rodin.

Jak jsme již uvedli, systémová terapie zdůrazňovala ve svých počátcích tendenci otevřených systémů udržovat rovnováhu. Příkladem takové schopnosti systému je mechanismus "dependence a kodependence". Závislost nemocného nelze v rámci kyberneticko-interakční systémové terapie z přelomu 50. a 60. let řešit jinak než s přihlédnutím ke kodependenci dalších členů rodiny. Z pohledu systémové terapie, která v sedmdesátých letech překonala Jacksonův výklad Batesona, je závislost naopak tím, co blokuje systém v jeho přirozené proměnlivosti. Vývoj systému se jakoby zasekává na problému závislosti.

Jako příklad vezměme např. alkoholovou závislost manžela. Ta sice poškozují pacienta somaticky, psychicky a sociálně (na úrovni rodinného systému zpravidla nejdříve), ale zároveň umožňuje hostilní chování manželky, pro kterou je taková interakce výhodná např. proto, že jí poskytuje neuvědomovanou záminku k odmítání neuspokojivého sexu. V systému vzniká patologická homeostáza, která problém udržuje a často i dále zhoršuje. Hostilita manželky vyvolává další pití, abusus vede k vystupňování hostility atd. Manžel je identifikovaným pacientem, tzv. symptomatickým členem systému; z pohledu terapeuta je však diagnostikována jeho role obětního beránka, která umožňuje zachovat pattern, v tomto případě vzorec rozehrávající stále dokola pocity viny a zahanbení v další generaci obou rodů.

Podle toho, na základě jakých systémových kritérií rodinný terapeut na takovou interakci pohlíží a z části také podle intervencí, které využívá k léčbě, je možné rozlišit mezi systémovými přístupy několik škol. Vedle Jacksonovy kyberneticko-interakční a Haleyovy strategické terapie, o nichž jsme se již zmínili, jsou to dále především terapie rodinných systémů a strukturální terapie.

3.1. **Strategická terapie** je spojena především se jmény Johna Weaklanda a Jay Haleye ze Střediska pro krátkodobou terapii, které vzniklo na konci šedesátých let. Haley i Weakland od r. 1952 spolupracovali s Gregory Batesonem na katedře sociologie a antropologie Stanford University v Palo Alto v Kalifornii, v r. 1958 přechází s Donem Jacksonem do Mental Researche Institutu tamtéž, kde se setkávají také s Paulem Watzlawikem. Zde pokračovali ve svých studiích ve spolupráci s hypnotizérem Miltonem Ericksonem. Na rozdíl od Batesona zaměřili své výzkumy na využití paradoxů a dalších komunikačních manévru k terapeutickým účelům.

Systémová terapie v jejich pojetí vychází z jednoduchého předpokladu, že problémy jednotlivců vznikají zejména dvěma způsoby, totiž nadměrným nebo nedostatečným důrazem na běžné potíže. Vedle mimořádných životních obtíží, jakými jsou vážná nemoc, náhlé úmrtí, válečné a přírodní katastrofy atd., jsou nejčastějším zdrojem takových problémů normální vývojové změny v rodinném systému. Členové rodiny se snaží potíž vyřešit obvykle neadekvátním způsobem: např. manželovo laskavé utěšování depresivní manželky, které zemřel její po celý život nepřístupný otec, depresi dále prohlubuje místo toho, aby ji zmírnilo. V terapii pak podle takové představy stačí definovat problém, diagnostikovat dosavadní "špatná řešení" – co se děje a jak se to děje – a nahradit je novými, například pomocí paradoxní intervence. Terapeut je tedy "expertem na rodinné systémy" a plánuje strategii pro řešení problému, s kterým rodina přichází. Odtud název terapie.

Rodinný stratég intervenuje direktivně a jeho cílem je drobným posunem v organizaci systému vyvolat žádoucí definovanou změnu, odstranit symptom, který zastavil přirozený vývojový proces. Příklad využití strategické terapie: schizofrenní syn svým bizarním chováním brání rodičům v normálním fungování. Po prvních dvou diagnostických sezeních přikazuje terapeut synovi: "Kdykoliv se budete chtít bránit proti požadavkům rodičů a budete je chtít zastrašit, začněte se chovat nepřičetně." Tím, že je instrukce dána v přítomnosti rodičů, má paradoxní intervence dvojí pozitivní účinek: snížení bizarního chování syna na straně jedné (podobně jako u muže, u něhož nemohlo dojít ke ztopoření penisu při pokusu o soulož), a snížení úzkosti rodičů a jejich neschopnosti jednat účinně v důsledku synova chování na straně druhé (viz také mé texty "Strategická Cirkus Bombastico terapie" v Konfrontacích č. 2, červen 2003, a "Rehabilitace a psychoterapie pacientů s počínajícím a chronickým psychotickým onemocněním" v Praktickém lékaři č. 85/3, březen 2005).

Sledování účinnosti strategické terapie ve Středisku pro krátkodobou terapii mezi roky 1967 až 1973 ukázalo, že terapie byla zcela úspěšná u 40% a výrazně zlepšila problémy u 32% případů z 97 za tu dobu ošetřených rodin. Účinnost byla sledována na základě jednoduchých otázek v tříměsíčním odstupu od terapie v katamnestickém interview.

3.2. Terapii rodinných systémů založil Murray Bowen. I on pracoval zejména s rodinami schizofreniků. Jeho model systémové terapie klade důraz na diferenciaci rodinného systému a zároveň na prohloubení zážitku vzájemnosti. Terapie rodinných systémů je však u nás známa spíše ve spojení se jménem Virginie Satirové, spolupracovnice Haley, Weaklanda a Watzlawicka z Mental Research Institutu, a to díky jejímu dobronickému semináři konanému bez povolení komunistických úřadů v roce 1979 pod hlavičkou SURu. Seminář organizoval MUDr. Petr Boš ze Střediska rodinné terapie Oddělení léčby závislosti VFN Praha (dnes Středisko psychoterapie a rodinné terapie). Z iniciativy r. Boše se také v Praze v r. 1987 konala 1. Mezinárodní konference rodinné terapie, jejíž čestnou prezidentkou byla opět Virginia Satir. Dalším zdrojem informací o “terapii rodinných systémů” je kniha Berta Hellingera “Skrytá symetrie lásky”, kterou vydalo v roce 2000 v českém překladu nakladatelství Pragma. Hellinger byl původně evangelickým misionářem, který později prošel výcvikem v Gestalt terapii a v rodinné terapii; jeho tzv. “rodinné konstelace” jsou u nás hojně rozšířeny a realizovány jak přímými Hellingerovými žáky na profesionální úrovni, tak amatéry, kteří deformují Hellingerovu techniku v nebezpečné kvazišamanské seance a pohybují se daleko za hranicemi profesionálně prováděné psychoterapie.

3.3. Hlavním představitelem a tvůrcem systémové strukturální terapie je Salvador Minuchin. Definuje rodinnou strukturu jako soustavu pravidel, podle nichž se jednotlivci v rodině vztahují k sobě navzájem. Struktura se projevuje praktickými činnostmi, jimiž členové systému vykonávají funkce rodiny při uspokojování jejich potřeb a nároků z okolí. Strukturu rodiny je možné členit na subsystémy partnerský (rodičovský) a sourozenecký (dětský). Úkolem terapeuta je diagnostikovat nejprve eufunkční a dysfunkční vlastnosti systému a jeho subsystémů na základě hranic a vazeb, a definováním vlivu či moci jednotlivých členů. Hranice mohou být jasné, strnulé nebo “zmatené”. Vazby mezi jednotlivými členy mohou být několikerého druhu: může jít o alianci nebo koalici (Minuchin rozlišuje koalici “stálou” a tzv. koalici “oklikou”), chybění spojenectví nebo konflikt (Minuchin definoval “prostý” konflikt a konflikt s “triangulací”). Pomocí hranic a vazeb lze definovat každý rodinný systém.

Cílem terapie je pak změna dysfunkčních vlastností systému na eufunkční. Např. v rodině, která přichází s problémem psychosomatického onemocnění dospívajícího syna (kožní ekzém), se terapeutům podaří dosáhnout zlepšením zdravotního stavu nemocného tím, že svou pozornost soustředí nejprve na nepřiměřenou koalici matka – dcera, tím dojde k oslabení “triangulace”, tj. chronického konfliktu mezi manžely, v němž je veden boj o koalici se synem. Tak je znovu umožněno spojenectví mezi manželi, a napětí, kterému byla vystaven syn, zaniká. Zároveň dochází k ústupu obtíží, kvůli kterým rodina vyhledala pomoc.

4. SYSTEMICKÁ TERAPIE

Všem systémovým přístupům, z nichž jsem uvedli pro ilustraci jen tři nejznámější, je společné vnímání rodiny jako otevřeného systému. Tyto rodinně terapeutické školy vycházejí shodně z obecné teorie systémů Ludwiga von Bertalanffyho. V souvislosti s jeho obecnou teorií rozumějí systémoví terapeuté rodině na základě zpětnovazebných mechanismů, které ji propojují s okolím a pomáhají nastolit její rovnováhu nebo udržet její patologickou homeostázu. Systémový terapeut je vlastně “expertem na rodinnou problematiku” a jeho autorita mu dovoluje intervenovat v rámci “otevřeného rodinného systému” direktivně.

Systemická terapie vystavěla svou praxi jako protiklad k systémovým, direktivním přístupům. Nechala se inspirovat postmoderní filozofií a vlastní východiska, o něž se opírá, našla v konstruktivistické teorii chilského biologa Humberta Maturany, ke kterým se přiklonil a podpořil je také Gregory Bateson. Na základě Maturanových závěrů, které definují každý živý organismus jako systém uzavřený a samo-tvořivý, tj. “autopoietický”, začali systemičtí terapeuté uvažovat o rodině jako o systému, který existuje pouze v myslích pozorovatelů, ať už členů rodiny nebo terapeutů, přesněji řečeno, existuje výhradně v rovině jazyka. Než se seznámíme se základními principy takového terapeutického přístupu, prohlédněme si objevy Humberta Maturany, které nám pomohou lépe porozumět filozofii, o níž se systemická terapie opírá.

V roce 1959 publikoval Humberto Maturana, chilský fyziolog a biolog, nové objevy z oblasti fyziologie percepce. Jeho pokusy prokázaly, že sítnice oka žab reaguje pouze na pohybující se body. Není-li pohyb, nedochází ke vjemu. Pozoruje-li tedy žába mouchu, vidí ji pouze v letu jako pohybující se skvrnu. Mohli bychom říci, že žába zná mouchu pouze v určitém konkrétním modu. K dalším zajímavým závěrům došli Maturana a jeho spolupracovníci pokud jde o zpracování zrakových informací v CNS žáby: pozoruje-li žába dvě mouchy, snaží se ulovit neexistující skvrnu mezi nimi, v místě, které lze matematicky definovat. Z těchto pokusů autoři odvodili, že vidění není prostým elektrochemickým přepisem intenzity elektromagnetických vln světla, totiž, že optický nerv nevede takový vzorec vzruchů, který by odpovídal percipované realitě jako její otisk. Mozková centra pro vidění nejsou proto poslušným dekodérem objektivní reality. Biologické uspořádání systému (v tomto případě struktura retiny oka žáby) podmiňuje způsob interakce s okolím.

Své závěry podpořil Maturana dalšími výzkumy zrakové percepce u člověka. V roce 1968 publikoval výsledky pokusů, při nichž vyšel ze známého zrakového klamu: předmět osvětlený z jedné strany červeným a z druhé strany bílým světlem vrhá vždy dva stíny – červený a zelený. Maturana prokázal, že tam, kde vnímáme zelený stín, nelze naměřit elektromagnetické vlny, které by odpovídaly svou délkou zelené barvě. V té chvíli si položil otázku: jakým způsobem je vjem v retině nebo v centrálním systému člověka utvářen? Podle něj je CNS třeba rozumět spíše jako generátoru jevů (Fiala 1993). Otázka, zda

je zelený stín iluzí nebo skutečností, nemá proto – podle Maturany – smysl. Nemůžeme odlišit vjem, iluzi a halucinaci. Všechny tři smyslové zážitky jsou si zcela rovnocenné.

Při zkoumání podstaty empirie došel Humberto Maturana k radikálním závěrům. Objektivní realitě jsme podle něj v podstatě uzavřeni a naše vnímání je především *konstrukcí*. Neexistuje nic, co by bylo možné nazvat "objektivní informací". O informaci je možné hovořit pouze jako o in-formaci, tedy o interakci systému s jeho okolím, která formuje jeho kognitivní struktury. Neexistují také žádné vnitřní "reprezentace" objektivní skutečnosti. Organismus je uzavřeným systémem, který Maturana nazval "autopoietickým", samo-tvořivým. Takový systém nedostává v průběhu svého vývoje žádné informace o tom, jak by měl jednat, a chová se jen na základě vlastní struktury. Je tolik oblastí pravdy, kolik je pozorovatelů, kognitivní strukturu si vytváří každý systém sám. Tzv. realita je dána pouze konsenzem, kterého je mezi jednotlivými pozorovateli dosaženo prostřednictvím jazyka.

Protože je rodina autopoietickým systémem, je každá představa o rodině a jejích funkcích pouze konstrukcí v mysli terapeuta a dokonce i v myslích členů rodiny samotných. Tak jako každá tzv. "objektivní realita" i rodinný systém existuje pouze ve sféře jazyka. "Systémy nevytvářejí žádné problémy, nýbrž mluvení o problémech vytváří systémy," říkají systemici (Goolishian, Anderosonová, in: Pecháčková 1993). Nebo, jak vyjadřuje Kratochvíl, rodina nevytváří symptom, tak jak se domnívají systémoví "rodinní experti", ale symptom vytváří rodinu (Kratochvíl 1998).

Terapeut není schopen "rozumět systému", protože systém vzniká teprve tím, že je mu nějak rozuměno. To jediné, co může terapeut nabídnout, je predefinování některých skutečností, změna konsenzu, který členové rodiny přijali a považují jej za neměnný, může napomoci vždy jen rekontextualizaci nějakého kontextu. K takovému přerámování však není možné použít direktivní intervenci, tak jako v systémové terapii, protože nikdy nelze předpovědět, jak bude ten který autopoietický rodinný systém reagovat. Z konstruktivistické teorie totiž vyplývá, že neexistují žádné instrukce, kterými by bylo možné vyvolat nějaké požadované chování, protože neexistují ani žádné objektivní informace. Jsou jen "in-formace", jimiž každý jednatel utváří svou strukturu. Z toho vyplývají zásady systemické terapie pro nedirektivní intervenování do systému. Milánská škola, která se rozvíjí v 70. letech, nabízí již v úvodních otázkách členům rodiny možnost redefinovat problém: "Jak byste poznali, kdyby se u vás doma stal v noci zázrak, a vy jste o tom nevěděli?" Zejména zkušenosti milánských systemiků vedly k formulování zásad tzv. narrativní terapie, která využívá při práci s rodinou příběhy a pohádky, jež tvoří případně i hrají dětští i dospělí členové rodiny. White a Epston vyvinuli v 80. letech techniku externalizace, která z narrativní terapie vychází. Ještě podle Lynn Hoffmanové tenduje každá terapie založená na systemice k následujícím charakteristikám: k postoji "pozorujícího systému" a zahrnutí terapeutova kontextu, ke struktuře spolupráce namísto struktury hierarchické, k ustavení kontextu pro změnu, namísto výslovného uvedení

změn, k ochraně před přílišnou instrumentalitou, k důrazu na "cirkulární" kauzalitu, k nepejorativnímu, neodsuzujícímu pojetí terapie (Hoffmanová 1987, tamtéž). Pozdější autoři v letech devadesátých však systemickou terapii zavádějí až do postmoderního extrémizmu: např. pro Kurta Ludewiga je nejdůležitějším axiomem systemické terapie negativní teze: "Nic takového jako systemická terapie neexistuje. (...) Systemická terapie je čočka, skrze kterou se díváme na praxi, ale nic, co by nám říkalo, jak tu praxi máme dělat." (Ludewig 1990, in: Pecháčková 1993).

5. ZÁVĚR

Systémové terapie i systemicky pojímaná psychoterapie jsou cenným nástrojem v léčbě psychosomatických pacientů, jejichž neurobiologický vzorec interakce s okolím jako by potlačuje (z pohledu experta) emoční složku a nahrazuje ji výraznými somatickými symptomy, kterým neodpovídá skutečné organické postižení. Z pohledu holistického i deterministického jde spíše o jedinečnou možnost reagování konkrétní jedinečné osobnosti, která je dána její jedinečnou neurobiologickou výbavou.

Všichni však dobře víme, jak svízelná je dynamicky orientovaná psychoterapie s těmito "somatizujícími" pacienty, pokud je vůbec možná. Ukazuje se, že u těchto tzv. obtížně terapeutizovatelných nemocných přinášejí systémové a systemické směry obrovskou výhodu fokusu nikoliv na proces, ale na systém, z kterého i pacienti "bez emocí" mohou mít významné zisky.

Cílem takto pojaté terapie není odstranění neurobiologické danosti psychosomatického reagování, ale dosažení takové změny v sociálním systému nemocného (rodinném, pracovním), která umožní opustit tvorbu symptomů. Teprve v další, "růstové fázi" léčby, pokud o ni psychosomatický pacient projeví zájem, je možné dlouhodobou celostně pojatou terapií rozvinout i "emoční část" jeho osobnosti a – na biologické úrovni – rozšířit možnost tvorby neuronálních reprezentací s bohatšími propojeními na limbický systém a tím zmírnit somatizující ráz interakcí pacienta s jeho okolím.

M. Konečný vedoucí lékář Psychosomatické kliniky, Patočkova 3, Praha 6

Literatura:

Boš P.: Východiska a principy rodinné terapie. Teze pro seminář Matematického ústavu MFF UK, 1983

Cílek V.: Mrtvá kočka, sbírka koanů a zenových říkadel, Dokořán 2002

Fiala J.: Biologické základy poznání, Sciphi, č.1, 1993

Foucault M.: Psychologie a duševní nemoc, DAUPHIN 1999

Greene B.: Elegantní vesmír, Mladá fronta 2001

Chvála V.: Radikální konstruktivismus a klinická praxe. Praktický lékař, 1993

Chvála V., Trapková L.: Proč se medicína brání systemické teorii? Supl. prakt. lékaře č.1, 2000

Chvála V., Trapková L.: Vývoj mužsko-ženského atraktoru v jazyce rodiny z transgeneračního pohledu; www.sktlib.cz

Chvála V., Trapková L.: Externalizace - nový nástroj psychosomatiky; www.sktlib.cz

Konference "Lidé v systémech, systémy v lidech", 2001

Kratochvíl S.: Základy psychoterapie, Portál 1998

Koukolík F.: Mozek a jeho duše, Makropulos 1997

Lieb H.: Psycho-somatika, Kontext IX - 2 - 1993

Mitchel S.A., Blacková M.J.: Freud a po Freudovi, Triton 1999

Pecháčková S.: Zpráva o systemické terapii, Institut pro systemickou zkušenost 1993

Tomm K.: Exteranlizace problému a internalizace osobního působení, Kontext X - 2 - 1995

mudr.m.konecny@seznam.cz, konecny@psychosomatika.cz

www.psychosomatika-byliny.cz, www.psychosomatika.cz

PRAXE

JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST V: TO JE MI LÍTO



Dermatoložka, energická atraktivní třicátnice, představila asi padesátiletého slepého pacienta s rozsáhlým bércovým vředem, který byl před dvanácti lety operován pro melanom, a od té doby je aktivně činný ve svépomocných skupinách pacientů se zhoubným onemocněním. Právě tato jeho angažovanost se postupně stala kamenem úrazu v jejich vzájemném vztahu, neboť tento pacient je velmi dobře informovaný, ví o všech vedlejších účincích léků, je velmi kritický k lékařům a zároveň náročný. Pani doktorka jej poznala ještě před nástupem na její oddělení při nedávném konsiliárním vyšetření na očním oddělení, kde mu ošetřila bércový vřed rozsáhlou dermatochirurgickou ablací nemocné tkáně. Při přijetí na dermatologické oddělení ji pacient samozřejmě ihned poznal a bez obalu sdělil, že poté, co mu vřed ošetřila nastalo jeho zhoršení i zvětšení. „Samozřejmě jsem na tuto ostrou kritiku nereagovala a chovala se k němu korektně“. Pobyt na oddělení se neustále protahuje, pacient nechce odejít dokud se stav nezlepší, a v tom případě mu mají nohu amputovat. Neustále si stěžuje, vyžaduje pozornost, když se vzdálí visita k dalšímu pacientovi, volá lékaře s nějakým dotazem zpátky. Demonstrativně ukazuje, jak jej bércový vřed bolí, a když s nějakou léčbou či lékem nesouhlasí, sedne si na postel jako malé dítě a naříká, pohybuje trupem dopředu a dozadu, až to lékaři nevydrží a léčbu vysadí. Pani doktorka se již střídá se svou kolegyní, když si pacient opětovně přeje s lékařem mluvit. Samozřejmě má vztek i na to, že se cítí léčebně bezmocná, a i ostatní konsiliární lékaři nic nesvedou a konkrétně se k prognose nevyjadřují. Má vztek i na pacienta, který je přece tak dobře informován a musí vědět, jak obtížná je léčba infikovaného bércového vředu /proteus/¹, a nestěžovat si. Od balintovské skupiny by chtěla zpětnou vazbu ohledně jejího chování k pacientovi, neví, jak by se měla zachovat, zkoušela to po dobrém i po zlém, energické chování mělo však jen jednodenní účinek v tom směru, že se pacient poněkud držel se svými nároky zpět.

¹ *Peroteus je jméno bakterie, která infikovala tkáň. Jde o častou nosokomiální- v nemocnici získanou a na antibiotika velmi resistantní infekci. (Pozn.vydavatel pro kolegy psychoterapeuty)*

Kolegové se ptali na dosavadní způsob života pacienta: ten žije v jednom bytě s asi pětasedmdesátiletým mužem, jinak nikoho nemá, ani sourozence, ani rodiče – moc víc o něm paní doktorka neví. Na dotaz přiznává, že je prožíváno zklamání i zlost na obou stranách, a na to, říci pacientovi otevřeně jak se věci mají dosud nepomyslela.

V dalším průběhu diskuse, ve které šlo o dojmy a fantasie, se účastníci skupiny daleko více zabývali situací pacienta nežli situací terapeutky – na rozdíl od ní. (Již to se mi zdálo příznačné pro neutěšenou vztahovou problematiku: terapeutka se cítila tolik v defenzivě, že se zabývala hlavně svojí obranou, záchranou své sebeúcty. Psychologicky řečeno nedokázala mezi útokem pacienta a vlastní reakcí vložit úvahu, tj. i svobodu jak na něj reagovat – řekl jsem si, že se o tom musím na vhodném místě zmínit). Někteří členové skupiny honorovali angažovanost pacienta, jiným se líbila jeho přímost i informovanost, jedna praktická lékařka se zasazovala za zřejmé přání pacienta po jasné informaci o problematice i bezútěšné prognóze jeho onemocnění. Postupně se začali kolegové zabývat situací osamocněného a slepého člověka, trpícího úzkostí nejen z recidivy jeho melanomu, nýbrž i nemožností se podívat na stav svého bércového vředu. A jaká je asi reakce na slepotu? Zřejmě je takový člověk odkázán hlavně na sluch, snaží se při návštěvách zachytit vše co je řečeno, i jaký je tón sdělovaného. Neví, jak na něj ostatní reagují, zda si jej všímají, věnují mu pozornost, a tak získá zkušenost, že se musí vehementně prosazovat, event. i zdůrazňovat svůj deficit, aby přiměl okolí k pomoci. Poněvadž nevidí potvrzení svých přání v chování druhých, potřebuje mít o to víc jasno, což mu referentka neumožňovala.

Ta zareagovala na tyto dojmy s porozuměním a přiznala, že se opravdu situací pacienta moc nezabývala. Znovu opakovala, že se ale snažila být korektní. Jak měla reagovat na úvodní kritiku pacienta? Zde jsem se připojil k doporučení, nalít pacientovi čistého vína tím, že jsem řekl, že by bylo možno jít v tomto směru ještě o kus dále a říci např. „To je dobře, že mi to říkáte tak, jak si to myslíte, jen málokterý pacient je tak otevřený, a já s Vámi chci též otevřeně jednat“.

V dalším průběhu šlo o to společně zjistit, co se v interakci mezi pacientem a terapeutkou skutečně událo. Bylo vcelku jasné, že se snaží jeden na druhého svést odpovědnost za dosavadní neúspěch léčby, za zklamání, a delegovat na druhého vinu za frustraci a zlost.

Nikdo nechtěl uznat svou nedostačivost a pochybnosti: kompetentní a energická lékařka z profesionálních, ale i osobních důvodů, a pacient kompensující již odedávna svou nejistotu ofenzivním chováním. Oba odmítali kritiku ze strany druhého, oba frustrovali nároky svého protějšku: nároky pacienta byly dle lékařky přehnané, a její vlastní nároky na úspěšnou léčbu byly pacientem i jí samou neuspokojeny.

Zeptal jsem se, zdali jde opravdu jen o nedostatek přímé a jasné komunikace, o sdělování, co je možné a co nikoli – vzpomněl jsem si totiž na to, jak pacient usiluje o pozornost, stěžuje si na nedostatek času pro něj ze strany lékařů.

Zároveň jsem vnímal emoční neosobnost ze strany lékařky, a pouze nepřímé úsilí o porozumění ze strany pacienta, spíše ve formě jeho neustálé nespokojenosti. Na tento dotaz zareagovala ihned jedna účastnice s tím, že si pacient přeje, aby se mu kolegyně věnovala, a doporučila jí, ať si chvíli k pacientovi sedne na okraj postele, to že dělá divy. Na to reagovala kolegyně tím, že by chtěl pacient pak stále víc, a na to opravdu nemá čas. K tomu jsem prohodil, že nejde tolik o kvantitu, jako o kvalitu, se kterou úzce souvisí opravdové vcítění a soucítění. Ostatní se této skryté kritice zasmáli a pokračovali ve stejném duchu dále. Opět jsem zasáhl do diskuse a řekl, že se musím poněkud opravit, co se týče toho honorování pacientovy otevřené kritiky, a že si myslím, že nejpřirozenější reakce na jeho úvodní projev by bylo říci: „To je mi ale líto“. Kolegyně –dermatoložka na to řekla: „Neznamená to však přiznání vlastních chyb, vlastní nedostačivosti?“ Odpověděl jsem: „Proč ne?“. Když viděla i souhlas ostatních, přišla s další námitkou: „To je ale těžké přejít z odborného myšlení na laickou úroveň“. Na to jsem odvětil: „Říci to, o co v té chvíli jde a co pomůže, znamená v psychosomatice a psychoterapii vysoce odbornou úroveň“. Poté jsme hovořili o tom, že se jedná o selektivně-autentickou a emoční odpověď, která se může obecně stát spojovacím článkem mezi uvědoměním určitého prožívání a mezi tělesným symptomem ve smyslu psychosomatiky. Navíc, jako v daném případě, je takto možno dosáhnout vzájemného porozumění, a to tím, že terapeut nabídne možnost sestoupení z výše vlastních jistot a umožní tím i autenticitu ze strany pacienta (i např. ve smyslu meziosobní teorie her). „To je mi ale líto“ znamená i navázání osobního kontaktu, podání ruky, nastolení přirozené rovnoprávnosti mezi pacientem a lékařem.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický

TEORIE

OTMAR W. SCHONECKE, JÖRG M. HERRMANN: PSYCHOFYZIOLOGIE, ČÁST V

Překlad ukázky z 10.kapitoly z monografie Thure von Uexkülls Psychosomatische medizine, str. 175-207, Urban& Fischer, 6. vydání, München, Jena, 2003 pro Psych@Som Mgr.Lubor Špís. Pokračování

4.3 „Sklon ke stresu“ jako dispozice

Vedle otázky podmínek, jež organismy pociťují jako „stres“, vyvstává otázka, zda se individua liší na základě svého vztahu k okolí v tom ohledu, jak jsou schopna nakládat se zatěžujícími podmínkami okolí popř. na ně reagovat. Medicínu při tom zajímá, zda specifičnosti tohoto druhu hrají nějakou úlohu v patogenesi onemocnění. V posledních desetiletích byla tato otázka zkoumána především s ohledem na kardiovaskulární onemocnění.

Mezitím vznikla celá řada studií, jež ukazují, že u pokusných osob, které mají buď hypertonické rodiče, nebo vykazují již za klidových podmínek zvýšený krevní tlak, existuje zvýšená kardiovaskulární reaktivita. Jak mohli *Manuck a Proietti* (1982) doložit, platí to také pro adolescentní pokusné osoby. Porovnávali reaktivitu celkem 36 pokusných osob, z nichž 18 mělo normotonické a 18 hypertonické rodiče. Nárůst srdeční frekvence a krevního tlaku byl za různých kognitivních podmínek zatížení u pokusných osob s hypertonickými rodiči výrazně vyšší než u osob s rodiči normotonickými. *Drummond* (1985) přitom mohl ukázat, že tyto rozdíly jsou stabilní, protože srovnatelné zatěžující situace opakoval ve třech různých dnech; rozdíly mezi oběma skupinami pokusných osob zůstaly přitom zachovány. Totéž platilo rovněž pro reakce na zatížení vyvolané vzpřímeným držením těla. V subjektivně prožívaném zatížení mezi oběma skupinami však neexistovaly žádné rozdíly. *Lovalo, Pincomb a Wilson* (1986a, b) mohli tuto skutečnost prokázat pro komponenty regulace srdečního tlaku (srdeční minutový objem, periferní odpor, srdeční frekvenci a kontraktilitu), a dále pro kortizol a noradrenalin, přičemž používali různé typy zatížení. Pro osoby s vysokou reaktivitou srdeční frekvence při testu *cold pressure test* se u ostatních zatížení manifestovala konsistentní reaktivita kardiovaskulárních parametrů. Různé druhy zatížení zesilovaly v případě nutnosti vyhnout se aktivně averzivnímu podnětu tento vzorec reaktivity.

McCann a Matthews (1988) zkoumali rovněž vliv skutečnosti, že již rodiče jsou hypertonici, na kardiovaskulární reaktivitu pokusných osob. Výsledky rovněž ukazují, že pokusné osoby s hypertonickými rodiči měly během všech zatížení zvýšený diastolický krevní tlak. Tento efekt byl však u osob typu A zvláště markantní. Kromě toho měly během izometrického zatížení osoby s vysokými hodnotami na stupnici agrese nejvyšší hodnoty

krevního tlaku. *Filipowski* a kol. (1988) specifikovali agresi ve dvou dílčích konstruktech: agrese orientovaná směrem dovnitř a agrese orientovaná směrem ven. Výsledky aktivační studie ukázaly, že pokusné osoby s nízkou a směrem dovnitř orientovanou agresí měly při všech úlohách nejvyšší reaktivitu systolického krevního tlaku a srdeční frekvence, avšak za mentálního zatížení naopak nejnižší reakce diastolického krevního tlaku.

Matthews a *Stoney* (1988) byli schopni určit genetický vliv na kardiovaskulární reaktivitu ještě dále. Přitom se ukázalo, že reaktivita diastolického krevního tlaku nebyla mezi normotonickými rodiči a dětmi v multivariačních analýzách podobnosti v žádné zátěžové situaci podobná. Pouze při izometrickém zatížení existovala podobnost v reakcích systolického krevního tlaku, zatímco přítomnost rodičovské hypertonie vedla k podobným reakcím mezi rodiči a jejich dětmi. To znamená, že rodinné zatížení hypertonií vyvolávalo podobné kardiovaskulární reakce, nikoli však rodinný vztah sám o sobě.

Další výzkumníci (*Cumes-Rayner* a *Price* 1988, *Ditto* 1988) mohli ukázat, že také za klidových podmínek existují výrazné rozdíly mezi osobami zatíženými rodičovskou hypertonií a osobami z porovnávací skupiny, přičemž tyto rozdíly jsou dokonce často ještě větší než rozdíly v reaktivitě za podmínek zatížení. Přitom neexistovaly téměř žádné rozdíly v tělesných rozměrech jednotlivých osob (*Sims* a kol. 1988). Výzkumy tohoto druhu však neodpovídají na otázku, proč pouze část osob s mírnou či hraniční hypertonií později vyvinula hypertonii fixovanou (*Julius* a *Conway* 1986, *Julius* 1988).

Uvedené výzkumy tedy hovoří pro existenci částečně geneticky podmíněné dispozice, která se objevuje jako specificky kardiovaskulární nadměrná reaktivita u skupiny osob ve smyslu symptomatické specifičnosti. Zdá se rovněž, že toto zvýšení reaktivity má vliv především na behaviorální zatížení, a nikoli na zatížení tělesné, tedy zvláště dynamické zatížení (*Julius* a *Conway* 1986). S touto specifickou aktivační reaktivitou však nejsou spojeny žádné zvláštní psychologicky zachytitelné příznaky. Hyperreaktivita podmíněná zvláště behaviorálním stresem není navíc velmi pravděpodobně jedinou cestou k hypertonii a koronárním onemocněním srdce. *Manuck* a kol. (1989) mohli ukázat, že stres u opic ve spojení se zvýšenou reaktivitou srdeční frekvence vede k silnější arterioskleróze koronárních cév. Podávání blokátorů beta snižuje u opic arteriosklerózu, avšak nesnižuje agresi v sociálním chování (*Kaplan* a *Manuck* 1989), která vykazuje interakci se sociální dominancí. Strava s nízkým obsahem tuku však vede u zvířat tohoto druhu k nárůstu agrese, a to především u dominantních jedinců (*Kaplan* a *Manuck* 1990).

Pod označením „**chování typu A**“ bylo zkoumáno chování, o němž se předpokládalo, že může pro výskyt srdečního infarktu platit jako rizikový faktor. Toto chování, jež bylo zachycováno pomocí speciálně vyvinutého interview, se vyznačuje celou řadou komponent, které různým způsobem přispívají k předpokládanému riziku srdečního infarktu či koronárního onemocnění. Jednou z nejpodstatnějších komponent se zdá být zvýšená nepřátelskost

(*hostility*). V této souvislosti vyvstává rovněž otázka, zda zvláštní kardiovaskulární reaktivita zprostředkovává chování a riziko.

V jiném výzkumu mohlo být prokázáno, že u pacientů s koronární srdeční nemocí se příznak „nepřátelskost“ váže se zvýšenou aktivací agregace trombocytů (Markovitz 1998).

To znamená, že reakce katecholaminu na mentální stres jsou největší u těch osob, které vykazují vysokou hladinu cholesterolu a vysokou nepřátelskost. U velmi nepřátelských osob se tedy sčítají efekty cholesterolu a nepřátelskosti. U osob s nižší úrovní nepřátelskosti tomu tak není a existuje u nich dokonce spíše tendence, že osoby s vysokou hladinou cholesterolu mívají nižší reaktivitu přinejmenším adrenalinu. Tento vztah je ještě výraznější u změn srdeční frekvence. Mohlo by existovat přímo poškozující působení chování typu A společně s nadměrnou kardiovaskulární reaktivitou, jež se s tímto chováním kryje. To by znamenalo, že osoby s vysokou výrazností některých komponent chování typu A by ve srovnání s osobami s nízkou výrazností některých komponent chování typu A vykazovaly zvýšené kardiovaskulární stresové komponenty, to znamená, že by v zatěžujících situacích reagovaly např. intenzivnějším nárůstem krevního tlaku a srdeční frekvence.

Dosavadní poznatky dávají podnět k předpokladu, že zvýšená kardiovaskulární reaktivita nejčastěji souvisí s komponentou „nepřátelskost“. V souladu s tímto předpokladem stojí skutečnost, že v zatěžujících situacích, které jsou nějakým způsobem sociálně vyzývavé, tedy mají konkurenční charakter nebo obsahují kritiku, jsou rozdíly kardiovaskulární reaktivity výraznější než v zatěžujících situacích, které tento příznak neobsahují.

Následující graf znázorňuje změny systolického krevního tlaku u osob s vysokou popř. nízkou nepřátelskostí za vyzývavých či nikoli vyzývavých stresových podmínek (Suarez a kol. 1990).

Osoby se zvýšenou nepřátelskostí reagují (např. při videohře) především tehdy zvlášť silně, pokud hrají proti domnělému nepříteli, a nikoli pouze proti jakémusi přístroji.

Osoby se zvýšenou náchylností ke stresu vykazují především v noci zvýšené koncentrace adrenalinu a noradrenalinu a reagují ve stresových situacích silnějším nárůstem katecholaminů. Ukazuje se také, že koncentrace kortizolu v plasmě narůstá pouze u osob s chováním typu A, nikoli však ve skupině bez tohoto příznaku. Přitom je zřejmé, že se liší již výchozí hodnoty katecholaminů mezi oběma skupinami.

Veškeré doposud představené výsledky ukazují vliv určitého příznaku, který bychom mohli označit jako „sklon ke stresu“, na kardiovaskulární parametry srdečního výkonu a na tzv. „stresové hormony“, tedy na kortizol a katecholaminy adrenalin a noradrenalin. Zdá se, že tento sklon ke stresu má něco společného s agresivitou a nepřátelskostí popř. s agresivním potenciálem a s potřebou chtít kontrolovat své okolí. Aby bylo možné dále diferencovat patogenně působící mechanismy stresu, vydali se výzkumníci –

mimo jiné – následujícími dvěma směry: za prvé byl zkoumán vliv stresu na metabolismus tuků, za druhé vliv katecholaminy zprostředkované kardiovaskulární stresové reaktivity na agregaci trombocytů.

Vztah mezi stresem, sklonem ke stresu a cholesterinem je komplexní: existuje souvislost mezi hladinou cholesterolu, nepřátelskostí a sympatickou reaktivitou. Reakce katecholaminů na mentální stres jsou největší u těch osob, které vykazují vysokou hladinu cholesterolu a vysokou nepřátelskost. U velmi nepřátelských osob se sčítají efekty cholesterolu a nepřátelskosti. U méně nepřátelských osob tomu tak není a existuje u nich dokonce spíše tendence k tomu, že osoby s vysokou hladinou cholesterolu mívají nižší reaktivitu, a to přinejmenším adrenalinu. Tento vztah je výraznější u změn srdeční frekvence.

Následující graf ukazuje výsledky výzkumu, v jehož rámci byly zkoumány změny hladiny adrenalinu ve vztahu mezi výchozí úrovní hladiny cholesterolu a změnami katecholaminů podmíněnými stresem a úrovní nepřátelskosti (*Suarez a kol. 1991*).

Výsledky ukazují, že se efekty nepřátelskosti a cholesterolu zesilujícím způsobem odrážejí na reaktivitě katecholaminů. Změny noradrenalinu a kardiovaskulárních parametrů vykazují stejný vzorec.

Podstatným rizikovým faktorem při patogenezi koronárních srdečních nemocí a srdečního infarktu je skutečnost, že výměna cholesterolu je přítomností stresu a jeho nepřiměřeným zpracováním nepříznivě ovlivňována a zpětně působí na reaktivitu stresu.

V souladu s modelem funkčního obvodu je nutné konstatovat, že to, co uvádí tyto předpokládané patogenní mechanismy v činnost, nejsou „objektivní“ příznaky požadavků, nýbrž hodnocení situace konkrétním individuem. Je-li určitá situace vyhodnocena jako výzva či konkurenční situace popř. provokace, pak dojde k odpovídajícím reakcím. To znamená, že individuální skutečnost, která vyplývá z interakce mezi individuem a okolím, vede k reakcím, jež možná situaci neodpovídají, a tak se mohou stávat patogenními. Zvýšená námaha a vzrušení nevede vždy ke zvýšenému výkonu (*Gastorf 1981*).

Nikoli každá osoba reaguje například na stres před zkouškou blokádu zpracování informací. Z toho vyplývá otázka, zda existují vlastnosti osob, které je pro reakci výše uvedeného druhu predisponují, tedy obecně otázka ohledně dispozice ke stresu nebo – jak se často říká – ohledně sklonu ke stresu. O chování typu A se předpokládá, že je účinné a pozorovatelné pouze v určitých situacích. Tak připadá např. příznaku soutěživosti zatěžujících situací takovýto význam u osob s chováním typu A (*Shahidi a Salmon 1992*). To obecně znamená, že specifická reaktivita předpokládaná a potvrzená pro určitou skupinu osob se neobjevuje za všech zatěžujících podmínek, nýbrž pouze tehdy, jsou-li v dané situaci přítomny jeden či více specifických příznaků. V případě chování typu A by to mohlo znamenat, že není přítomna pouze určitá – možná vrozená – zvýšená kardiovaskulární reaktivita, nýbrž že možná dispozice obsahuje behaviorální komponentu, jež je pro spuštění

reaktivity důležitá, jako např. nepřátelskost (*Houston a kol. 1992*) a potřeba kontroly (*Siegrist a Matschinger 1988*). Takováto psycho-fyziologická dispozice spočívá v tom, že ve specifických situacích se spouštějí specifické tendence chování, které se dále kryjí se specifickou tělesnou reaktivitou.

4.4 Zatěžující životní události (life stres)

S výjimkou přímých traumatických situací působí podmínky škodlivým způsobem teprve ve chvíli, když vykazují určitou dobu a intenzitu. Vycházíme-li z toho, že situace obsahující stres kladou na organismus požadavek, aby se přizpůsoboval, pak je tomu tak v životních situacích, které s sebou přináší výraznou změnu životních podmínek, kterým se konkrétní osoba musí přizpůsobit. *Hinkle a Wolff (1957)* došli v epidemiologickém výzkumu, jenž se týkal rozložení nemocí, ve vzorku téměř 3000 zaměstnanců jedné americké telefonní společnosti k výsledku, že se nemoci nedistribují na veškeré osoby podle statisticky očekávané četnosti. Nemoci se kumulovaly u osob, jež byly vystaveny silným sociálním zatížením. Také při sledování těchto osob se ukázalo, že nemoci se objevovaly především tehdy, když byly tyto osoby konfrontovány s uvedenými zatíženími. S počtem případů onemocnění rostl počet postižených orgánových systémů i počet poruch nálady a chování.

Holmes a Rahe (1967) vyvinuli dotazník, který obsahoval 43 životních událostí, *schedule of recent experiences*, tedy seznam posledních zážitků. Jelikož byl zatěžující význam jednotlivých událostí různý, a tím byla také různá nutnost přizpůsobení se, byla vyvinuta stupnice sloužící pro odhad výkonu nutného pro přizpůsobení se každé z událostí označovaná jako *social readjustment rating scale*, tedy stupnice pro odhad opětovného sociálního přizpůsobení se. Tato stupnice přiřazuje každé události určitou váhu dle výkonu nutného pro přizpůsobení se. Výsledek tohoto dotazníku pak spočívá v tzv. *life change unit*, tedy jednotce změny života, to znamená závažnosti určité události násobené četností jejího výskytu. Díky tomuto nástroji byli autoři schopni odhalit v četných výzkumech souvislost mezi vysokým životním zatížením a častým výskytem nemocí. V prospektivní studii u příslušníků amerického námořnictva mohla být ukázána hodnota této jednotky (*Rahe a kol. 1970*).

Ve výše zmíněném výzkumu prováděném *Hinklem a Wolffem (1957)* se ukázalo, že určité osoby jsou častěji zatěžovány a odpovídajícím způsobem také častěji nemocné. Tím vyvstává otázka týkající se zvláštní psychosociální zranitelnosti (*Hinkle 1974*), jež může opět obsahovat více faktorů jako např. náklonnost ke konfliktům či možnosti vypořádání se se zatížením (*Siegrist a Dittmann 1981*). *Johnson a Sarason (1978)* vyhotovili přehled takzvaných moderačních proměnných, které ovlivňují souvislost mezi zatěžujícími životními událostmi a nemocí. Jednotlivě uvádějí: „sociální podporu“, *locus of control*, tedy lokalizaci kontroly, *perceived control*, tedy vnímanou kontrolu, *sensation seeking*, tedy vyhledávání vzrušujících situací a *level of arousability*,

tedy úroveň schopnosti vybuzení. Sarason a kol. (1985) například ukázali, že „sociální podpora“ sama o sobě neměla žádný vliv na míru onemocnění příslušníků amerického námořnictva, avšak opačně tomu bylo ve spojení s negativními životními událostmi. Vliv negativních životních událostí byl menší u těch pokusných osob, které uvedly vyšší sociální podporu.

Suls a Fletcher (1985) ukázali vliv *self attention* neboli *pozornosti věnované sama sobě* na souvislost mezi negativními životními událostmi a výskytem onemocnění. Čím méně pozornosti věnuje určitá osoba sama sobě (v tom smyslu, že nevnímá příznaky stresu), tím silnější je vliv životního stresu na zdravotní stav. Davey a kol. (1993) rovněž v prospektivní studii ukázali, že styl zpracovávání informací s ohledem na zatížení (*monitorování* versus *otupení*) vede nezávisle na počtu negativních životních událostí či sklonu ke strachu prospektivně k většímu počtu tělesných symptomů v souvislosti s psychickými symptomy a symptomy oportunistických infekcí. Tato skutečnost se vysvětluje tím, že se přehlíží počáteční symptomy a tímto způsobem může teprve pozdě dojít k přiměřené reakci na nemoc. Roth a Holmes (1987) mohli prokázat, že se tělesný trénink pozitivně odráží na možná depresivním zpracovávání negativních životních událostí, nikoli však bezprostředně na tělesném stavu. Irvin a kol. (1987) doložili vliv negativních životních událostí a depresivního zpracovávání na imunitní kompetenci; tento vliv byl např. zachycen cyto-toxickou likvidačních buněk imunitního systému. K podobným výsledkům došli také Kemeny a kol. (1989), kteří zjistili u osob s vysokou mírou negativních životních událostí či deprese, strachu, ale také nepřátelskosti snížený počet pomocných a potlačovacích buněk.

Dohrenwend a Dohrenwend (1978) vedle toho vyzdvihli jako důležitý faktor individuální zkušenost určité osoby při nakládání se zatížením. Rahe (1978) zdůrazňuje vliv zpracovávajících mechanismů jako popření či potlačení, kterým je v této souvislosti přiznávána ochranná funkce. Goodkin a kol. (1992) zjistili u HIV infikovaných homosexuálních mužů souvislost mezi způsobem zpracovávání negativních životních událostí, sociální podporou a cyto-toxickou likvidačních buněk imunitního systému. Sociální podpora a aktivní zacházení se zatížením snižovaly negativní vliv životního zatížení na imunitní systém.

Veškeré tyto studie ukazují, že na straně jedné má počet zatěžujících negativních událostí určitý vliv na zdravotní stav, že ale způsob zacházení s těmito událostmi jejich vliv dlouhodobě moduluje. Tyto výsledky jsou v souladu s obsáhlou literaturou k tématu zpracovávání stresu (viz. kapitola 17 „Strategie pro vypořádávání se se zatěžujícími událostmi – coping“). Potvrzují relevanci výsledků tohoto výzkumu pro sledování procesů nemoci či procesů pro udržování zdraví. Vedle zpracovávání zatěžujících životních událostí hraje také určitou roli, o jaký druh událostí se jedná. Tato skutečnost se vyjadřuje v různé významnosti odpovídajících událostí v dotaznících. Velmi často je považována ztráta blízké osoby za velmi významnou (Monroe a Simons 1991). To platí především pro depresivní zpracovávání ztrát, u něhož bylo prokázáno, že ovlivňuje také tělesný zdravotní stav. Odlišné je posuzování častějších malých životních zatížení ve smyslu každodenního stresu (*daily*

hassles neboli *každodenní spory*). Zatímco *Monroe* a *Simons* (1991) považují význam tohoto zatížení ve své přehledové práci spíše za malý (vztaženo však rovněž na depresivní zpracovávání zatížení), zjistili *Appels* a kol. (1993) u žen, které byly dvojnásobně zatíženy, a to vlastním povoláním a péčí o domácnost, zvýšenou míru vyčerpání (*vital exhaustion* neboli *vitální vyčerpání*), a tím také zvýšené zdravotní riziko.

4.5 Vypořádávání se se stresem

Vedle otázek týkajících se všeobecně či specificky zatěžujících vlastností situací závisí účinnost zatížení na způsobu vypořádávání se se zatížením na straně konkrétní osoby či organismu. To znamená, že zatěžující charakter určité situace závisí opět na způsobu interakce mezi organismem a podmínkami okolí a že určitá situace může pro jeden organismus představovat podstatný stres, pro jiný ale naopak žádný. Útok leoparda na antilopu představuje pro antilopu většinou výrazné zatížení, naopak útok leoparda na nosorožce nepředstavuje pro nosorožce prakticky zatížení žádné. Chování leoparda zaměřené na kořist zohledňuje tento rozdíl. Tento rozdíl spočívá v rozdílné obranyschopnosti obou druhů zvířat, to znamená v rozdílné kompetenci v interakci s podmínkou okolí „útočící leopard“. Vnímá-li ovšem antilopa leoparda z bezpečné vzdálenosti, pak je i její zatížení rovněž menší, protože má schopnost včasného úniku. Stejným způsobem bude stres způsobený zkouškou v mnoha případech menší u osoby, jež je na zkoušku dobře připravena, než u osoby, která není připravena buď vůbec, nebo nikoli odpovídajícím způsobem. Vedle toho však existují dlouhodobě invariantní dispoziční vlastnosti (jako například náklonnost ke strachu), které ovlivňují intenzitu stresu před zkouškou bez ohledu na vynaloženou přípravu i bez ohledu na situačně obsahovou kompetenci. To znamená, že to nejsou pouze vlastnosti určité situace, které způsobují zatížení, nýbrž také vztah těchto vlastností k vlastnostem organismu s ohledem na příslušnou situaci.

V posledních deseti letech získal fyzický trénink opět více na zajímavosti, a to i z psychofyzilogických hledisek. Vedle zájmu o ochranný účinek fyzické zdatnosti s ohledem na kardiovaskulární onemocnění jde také o otázky, jakým způsobem je tento ochranný účinek zprostředkováván. Přitom byla vytvořena hypotéza, že osoby s vysokou mírou fyzické zdatnosti vykazují nízkou stresovou reaktivitu. Pro lepší zodpovězení těchto otázek byly provedeny studie, při nichž byl zkoumán krátkodobý vliv tělesného zatížení na fyziologickou reaktivitu při následném mentálním zatížení. *Roy* a *Steptoe* (1990) tak zjistili, že akutní tělesné zatížení vede při následném mentální zatížení k menší kardiovaskulární reaktivitě, a to díky snížení celkového periferního odporu cév.

Tato úvaha je důležitá především pro často předpokládanou souvislost mezi náladou, zdravotním stavem a tělesným tréninkem. Souvislost tohoto druhu objevili *Norris a kol.* (1992); vyskytovala se však především u osob, které udávaly vysokou míru negativních životních událostí. Tyto pokusné osoby vykazovaly největší snížení kardiovaskulární reaktivity a uváděly také subjektivně největší vliv tréninku na svůj zdravotní stav. *Desharnais a kol.* (1993) sledovali otázku, zda pozitivní změna zdravotního stavu vyvolaná tělesným tréninkem je skutečně podmíněna změnou tělesné zdatnosti nebo určitým druhem placebo efektu, tedy předpoklady takovéto souvislosti spojenými s tělesnou zdatností. V jedné ze studií k vlivu tělesného tréninku na zdatnost a zdravotní stav manipulovali vědci prostřednictvím odpovídající důkladné instrukce na začátku desetidenního tréninku očekávání pokusných osob v jedné z obou skupin. Zjistili v obou skupinách (s a bez očekávání vlivu tréninku na náladu a zdravotní stav) zvýšení tělesné zdatnosti, avšak pouze ve skupině s očekáváním vlivu také odpovídající změnu psychického rozpoložení. Za běžných podmínek tak spíše nelze vycházet z toho, že dojde ke zlepšení všeobecné nálady a zdravotního stavu pouze na základě tělesného tréninku. Je však možné očekávat, že dojde ke zlepšení tělesného stavu, tedy ke zlepšení tělesné zdatnosti, a také k ovlivnění stresové reaktivity.

5 Výhled

Představení různých teoretických a na oblast psychosomatické medicíny aplikovaných modelů a metod – zvolených na základě výběru pro psychofyziologii – ukázalo, že výsledky z této obsahové oblasti vedly pro psychosomatickou medicínu k podstatným poznatkům. Chápání patogenních procesů se stalo detailnější a přiměřenější podstatě věci, ačkoli mnohé otázky nebyly ještě zodpovězeny. S rostoucím zájmem o psychofyziologický výzkum rostl také vzhled do nutnosti určitých metodických požadavků, které odpovídají komplexnosti probíraných problémů, a to také v oblasti psychosomatické medicíny. Pro oblast psychofyziologického výzkumu by bylo žádoucí, pokud by byly vyvinuty metodické přístupy, které by integrovaly kognitivní oblast a oblast prožívání do větší míry, než do jaké tomu bylo doposud.

Při představování různých konceptů se tak ukázalo, že existuje určitá metodická propast mezi kognitivně orientovanými a behaviorálně orientovanými přístupy. Nevycházíme zde z toho, že tato propast musí principiálně existovat, protože prožívání není vědeckému zachycení přístupné, nýbrž z toho, že tato propast má svoje příčiny ve skutečnosti, že problémy spojené s vědeckým zachycováním prožívání jsou podstatně větší. Na druhé straně se na příkladu chování typu A ukázalo, jak nutné je zohledňování prožívání pro porozumění procesům nemocí, ale také pro možnosti jejich léčení. Na tomto konceptu se však také ukázaly metodické obtíže, které možná vedly k tomu, že hodnota chování typu A byla u patogeneze koronární srdeční nemoci a srdečního infarktu přeceněna. Vývoj psychofyziologie tak obsahoval v posledních letech – právě z důvodu důležitosti psychofyziologie

pro psychosomatickou medicínu – vedle klinicky orientovaného výzkumu také ve zvýšené míře metodicky orientovaný výzkum základů. Mnoho klinicky orientovaných studií mělo doposud z metodických důvodů spíše heuristickou hodnotu. V posledních letech však došlo ke zpřesnění psychofyziologických konceptů, jež vedlo k výsledkům s velkou výpovědní hodnotou, avšak také k určitému vystřízlivění při posuzování významu psychofyziologicky popsatelných procesů pro patogenezi tělesných poruch.

Sledujeme-li charakter psychofyziologie, jež spojuje oblast fyziologie a psychologie, a dále charakter psychosomatiky, jež spojuje oblast medicíny a psychologie, je nám bezprostředně zřejmá nutnost interdisciplinárního vědeckého jednání. To žádným způsobem neodporuje požadavku ohledně uceleného pohledu na životní procesy v medicíně, o němž byla řeč na začátku, nýbrž mu to výslovně odpovídá. Požadavek týkající se multivariační výzkumné strategie pokračuje v požadavku ohledně multidisciplinární strategie vědeckého jednání, protože teprve tato strategie umožňuje ucelenost pohledu a jednání.

RECENZE

VLADISLAV CHVÁLA: ŽIVLY OŽÍVAJÍ?

Recenze knihy Zdeňk Neubauer, Tomáš Škrdlant: Skrytá pravda Země, Mladá Fronta, edice Kolumbus, Praha 2005, ISBN 80-304-1181-X

Knihy čtu, až když se ke mně dostanou, jinak to neumím. To znamená, že tak činím zcela chaoticky, a spoléhám se na náhodu. V případě textů Zdeňka Neubauera je cestička náhody řádně vyšlapaná. Nemohl jsem odolat, když jsem uviděl u svého knihkupce Skrytou pravdu Země, na které se jako spoluautor podílel mě neznámý Tomáš Škrdlant, podle záložky filmař. Neubauerovy úvahy o živlech jsem již četl v jiné publikaci, zde jde o nové vydání, přepracované a rozšířené s posunem k hledání čehosi jako „ekologického myšlení“. Ke třem, vlastně čtyřem pojednáním o živlech (Vodě, Ohni, Vzduchu a znovuobjeveném živlu Země) jsou v appendixu přidány eseje, na kterých autoři ilustrují použití či užitečnost „živlového“ jazyka: Astrologie jako příklad, Východní tradice a žilové vnímání skutečnosti, Živly v díle Friedricha Nietzscheho a konečně snad nejpozoruhodnější Oslava přírody a přirozenosti v Goethově tragedii Faust.

Už od prvního setkání se Zdeňkem Neubauerem na začátku osmdesátých let již uzavřeného století jsem přesvědčený, že on, vzděláním biolog, nelékař, přináší do naší odborné literatury něco pro psychosomatické

hnutí podstatného. Dalo by se říci filosofický základ, který může naše (pro řadu kolegů lékařů snad podivné) hledání zakotvit v proměnlivé skutečnosti současného světa. Svou neuvěřitelnou sečtělostí a solidností budí v čtenáři respekt, svým kritickým postojem k většinovému objektivistickému „dělání vědy“ budí nadšení v menšinovém publiku, vyzdvihováním děl zapomenutých autorů, nalézáním nového porozumění pro „žitou skutečnost“ dává návod, jak se vydávat po houštím zarostlých chodníčcích a nezbloudit.

Zvláště pro lékaře, kterému nestačil arsenál školskou medicínou uznávaných nástrojů k léčení pacientů a proto se naučil akupunkturu, bude kniha o živlech živou vodou. V běžné praxi je totiž obtížné sloučit ve škole nabyté znalosti s tradiční čínskou medicínou. Obě soustavy vědění stojí na tak odlišných pojetích světa, že se zdají být neslučitelná. A tak se ne jeden adept léčby jehlováním a požehováním (kovem a ohněm) dostane na scestí, přijme upadlé formy „vysvětlování temného ještě temnějším“. Neubauerovo pátrání po kořenech našeho vědění přináší světlo- ukazuje, jakými cestičkami se evropské myšlení ubíralo, kde se ztratilo myšlení celku jako souhry živlů, jak se stalo, že Příroda byla přírodovědou přehlédnuta, od-vysvětlena,... „převedená na poznání jako závazné, univerzální vědění, jehož institucionalizovanou podobou je dnešní Věda se svým monopolem na Pravdu a Spásu (záchranu lidstva, světa, společnosti)“.

Neubauer zde se Škrdlantem dávno nejsou adolescenti, kteří by jen prskali nespokojeni se stavem světa jak se jim ho v prvním návalu dospělosti podařilo zachytit. Představují mužskou dospělost, pohříchu chybějící v našem světě, autoritu, která se pevně staví proti stupiditě a sebestřednosti Moci většiny. Nebojí se psát o Živlech, které přeci nemohou být náplní skutečně vědeckého pojednání. Jsou z podstaty neuchopitelné, nevysvětlitelné, jsou vpravdě ničím vedle „opravdových objevů“ třeba v oblasti tzv.genetického inženýrství. A přece se k nim poctivý badatel, který umí vzhlédnout od svého mikroskopu, mykolog Neubauer, na své cestě nezbytně dostal. Nevyhýbal se totiž otázce po smyslu, zajímal se nikoli o *povahu a důvod* ale o *podstatu a původ*. Chtěl proniknout k podstatě vznikání; aby ne, je přece biolog! Odhlédl tedy od mikroskopu, aby zahlédl jiný aspekt skutečnosti. Ten nenápadný, takřka neviditelný, zbadatelný spíše vnitřní práci, než hromaděním výsledků měření. Filosofická cesta, na kterou se vydal jako řada myslitelů před ním, bývá pohrdavě „skutečnými“ filosofy nazývána „malou filosofií“, přírodní filosofií, filosofií života, která je vedle „velkých“ filosofických systémů Hegela, Descarta, Leibnize, Huma, Kanta, Fichteho a Schellinga ničím. Místo velkých všezahrnujících světonázorů zabývá se totiž obyčejným bytím člověka. Je spíše intuitivní, (obrazná a básnická) než diskursivní (racionální a logická). Navazuje na antické stoiky, Augustina, Böhmeho, Pascala, patří k ní Schopenhauer i Nietzsche, Kierkegaard, ale také Goethe. Ve stínu akademických velikánů dospěla v polovině minulého století v existencialismus (Sartre, Marcel, Rouseau...) jako důsledek naprostého nezájmu novověké vědy o přírodu a žitou skutečnost. Najednou bylo třeba bytí znovu objevit, ptát se, co je čas, a zvuk, zabývat se bytím zde (Dasein). Objevit svět jako fenomény, nikoli jen idee. Vznikla fenomenologie (Husserl,

Heidegger, Fing, Ricoeur, Patočka), a najednou po selhání velkých ideologií „se dříve okrajová filosofie života stala hlavním proudem myšlení. Je to však myšlení zcela jiné, odlišné od tradiční filosofie a je tedy otázkou, nakolik je ještě filosofií ... Vyprávění a poezie se vrací do filosofie spolu s přírodou a přirozeností.“ To vůbec neznamená, že by se akademická obec k tomuto proudu masově přihlásila, alespoň o tom nevím. Ale je tady prostor pro větší svobodu. Pro svobodu tvoření. A, řečeno s autory: ...“Svoboda spočívá v tomto skrytém, neslyšném nepostřehnutelném tvoření nových hodnot-povstávajících možností, uvolňujících volnost, vůli- a umocňujících moc tvůrčí skutečnosti. Hodnota je podoba, nikoliv nádoba: není to místo dané mezí, nýbrž místo- prostor bezmeznosti, schopné nabýt podoby. Svobody nelze dosáhnout rozbíjením nádob, násilnou výměnou jejich obsahů, ani přemístěním stávajících míst. Tkví v možnosti (vůli) a schopnosti (moci) hodnotu stvořit a prosadit- sjednat jí místo“.

Jak dobře to známe z naší každodenní praxe! A není málo, když můžeme pracovat, hledat s pacienty nejhodnější modus, který usnadní jejich další pohyb a když pak o tom můžeme podat svědectví. Přál bych vám četbu „Skryté pravdy Země“, i když, a to je třeba dodat, jak už je zvykem u Neubauerových textů, četba nemusí být snadná. Ohromující sečtělost a znalosti autora i při výborném vedení myšlenky kladou značné nároky na pozornost čtenáře. Třetinu knihy tvoří poznámky, které také stojí za sledování. Ale i kdyby čtenář četl knihu jako báseň- a některá místa k tomu přímo svádí- nebude to nepatřičné. Autoři sami říkají: “Poezie přírodu nevystihuje tím, že ji popisuje, nýbrž že ji následuje: básnické příměry jsou jí přiměřené- podobenství jsou přírodě přirozeně podobná, neboť činí totéž co ona: uvádějí skutečnosti podob do vztahů podobnosti. Činí tak přirozeně a *živelně*“.

Na rozdíl od všemožných překladů je tato kniha skutečně česká, původní. Málokdo umí s českým jazykem zacházet tak, jako Zdeněk Neubauer. Málokdy je mi líto cizinců, že se nemohou dostat k podstatě věci jen pouhým překladem do mateřštiny, tak jako u knih tohoto autora. Tedy nebojte se malé filozofie a čtěte.

Bocca Magra, Itálie, 13.4.2007

AKTUALITY, POLITIKA, KONCEPCE

ZÁPIS ZE 2. SETKÁNÍ ZÁJEMCŮ O ZALOŽENÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ

V pátek 13.4. se v Praze v Charvátově sále (VFN) setkala zhruba 25 zájemců o založení psychosomatického sdružení.

- 1) Sepsána prezenční listina. Mailové adresy budou přidány do adresáře sdružení. **UPOZORNĚNÍ:** Zřídila se nová mailová adresa sdružení: psm.cr@volny.cz. Z té budou rozesílány informace všem zájemcům o sdružení. Dříve byly informace rozesílány z adresy roubalpavel@volny.cz. Tato adresa se již nebude používat a odpovědi je potřeba zasílat také na novou adresu psm.cr@volny.cz.
- 2) Odborný program: Mgr. Tykalová a MUDr. Hnízdil referovali o dobřichovickém **Centru komplexní péče**. Mgr. Tykalová (fyzioterapeutka) popsala způsoby fyzioterapeutické péče. MUDr. Hnízdil uvedl stručné kasuistiky, hovořil o léčebném přístupu k psychosomatickým poruchám z hlediska chronického stresu. Navazovala debata o různosti přístupů v léčbě psychosomatických pacientů.
- 3) Odborný program: MUDr. Petišková a MUDr. Pleskot hovořili o **Ambulance léčby bolesti** ([MUDr. Galina Krejčová](#), MUDr. Michaela Petišková, MUDr. Martina Nosálová, MUDr. Robert Pleskot. Ústřední vojenská nemocnice, Praha, pavilon B2- 1. patro, tel. 973 208 282). MUDr. Pleskot se zaměřil na popis thajské masáže (vztah k akupresuře a jó) a její místo v léčbě bolesti. MUDr. Petišková představila pracoviště, jako místo, kde se propojuje psychoterapie, homeopatie a akupunktura (a zmíněná thajská masáž).
- 4) Odborný program: PhDr. Lášková: Promítání animovaného filmu *Bolest*
- 5) Diskuse nad stanovami vznikajícího sdružení. Závěr (odhlasováno nadpoloviční většinou přítomných):
 - název: Sdružení pro psychosomatiku, o.s.
 - výška členského příspěvku (definitivně se stanoví příští setkání)
 - orgány sdružení (předseda, výbor) se volí na 2 roky
- 6) Další termín setkání pravděpodobně polovina června 2007. Nyní již upřesněn: **15.6. v 16:30 opět v Charvátově sále.**

Zapsal: Pavel Roubal

Asociace denních stacionářů a krizových center

U Nesypky 28/110, 150 00 Praha 5

IČO 6539951,

www: <http://mujweb.cz/www/adskc>

č. ú. 184096368 / 0300

email: ADSKC@atlas.cz

Prohlášení Asociace denních stacionářů a krizových center k omezení provozu v Centru krizové intervence v PL Bohnice

Asociace denních stacionářů a krizových center je vážně znepokojena ohrožením existence Centra krizové intervence, které již 17 let slouží ke spokojenosti veřejnosti.

Centrum krizové intervence bylo založeno jako první pražské krizové centrum v rámci rozvoje komunitní psychiatrické péče po roce 1989. Představuje nízkoprahovou, nestigmatizující a efektivní službu jak pro pacienty se závažným duševním onemocněním, tak pro klienty s jednorázovými akutními psychickými problémy v důsledku obtížné životní situace. Služba je dostupná 24 hodin denně, nezatěžuje klienty nadužíváním dalších zdravotních služeb a má významný preventivní potenciál. Centrum krizové intervence se stalo integrální součástí pražské komunitní psychiatrické péče, jehož služeb využije ročně tisíce klientů.

Ohrožení existence takovéto služby v Praze je nadmíru znepokojující v době, kdy duševní choroby předstihly ve své společensko-ekonomické zátěži (22% ztrát) kardiovaskulární (20,4%) i nádorová onemocnění (13,7%), v psychiatrických ambulancích se počet pacientů každoročně zvyšuje a Evropská zdravotní politika i Koncepce psychiatrické péče Ministerstva zdravotnictví prosazují trendy v péči o duševní choroby, které jsou v příkrém rozporu s tímto krokem.

Ministerstvo zdravotnictví se navíc ve svém programu Zdraví 21 zavázalo k transformaci psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení nemocnic, domácí péče a systému krizových center a k „vytváření podmínek pro rozvoj psychiatrické domácí péče a systému krizových center“.

Služby krizové intervence jsou systematickou součástí systému moderní psychiatrické péče a vzájemně se doplňují s nákladnou lůžkovou péčí, navíc dle výzkumných studií zvyšují využití komunitních služeb, snižují potřebu nemocničních lůžek, snižují náklady na akutní péči a také počet pacientů na akutních lůžkách; zároveň umožňují zkracovat pobyt pacientů v lůžkových zařízeních.

Pokud je důvodem omezení provozu příp. zrušení Centra krizové intervence ztrátovost jeho provozu, pak ekonomické ztráty z hlediska jednotlivé instituce jsou z hlediska společenského pouze zdánlivé; výzkumné studie totiž prokazují o 33-44% nižší náklady na tuto službu oproti léčbě při pobytu na lůžku. Mimoto je zasvěcené odborné veřejnosti známo, že hospodaření v Centru krizové intervence má významné a nevyužité příjmové rezervy.

Vyzýváme tímto prohlášením, aby se zodpovědné orgány, tj. vedení Psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích a jeho zřizovatele Ministerstvo zdravotnictví ČR a zdravotní odbor Magistrátu hl.m.Prahy pokusily najít řešení, které by umožnilo další existenci Centra krizové intervence v dosavadním rozsahu. Asociace denních stacionářů a krizových center je ochotná svým odborným potenciálem přispět k uspokojivému řešení současné situace.

Za představenstvo Asociace denních stacionářů a krizových center

V Praze dne 25.5.2007

MUDr Jan Lorenc

MUDr Ondřej Pěč

NABÍDKY, AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

ISZ a poradna Ratolest pořádají v rámci, „*Měsíce reprodukčního zdraví 2007*“ seminář

DIAGNÓZA NEPLODNOST – PRŮSEČÍK PERSPEKTIV

4. června 2007, Vzdělávací středisko ČKCH, Máchova 7, 120 00 Praha 2

Cílem semináře je formou přednášek a následných diskusí **seznámit účastníky s různými perspektivami, z nichž lze na fenomén neplodnosti pohlížet a vytvořit prostor pro jejich lepší spolupráci.** Jsou tyto perspektivy navzájem v nesouladu a nebo se mohou doplňovat? Které aspekty jsou v různých pojetích léčby neplodnosti dominantní a které jsou na okraji zájmu? Jak prožívají léta léčby samotní pacienti? Mají být jen trpělivým objektem léčby a nebo ji chtějí a mohou sami ovlivňovat? Kdy lékaři začínají uvažovat o spolupráci s dalšími odborníky (terapeuti, fyzioterapeuti atd.) a co od ní očekávají?

Seminář je určen: zdravotníkům ze všech oblastí, kde se setkávají s pacienty, kteří procházejí léčbou poruch plodnosti (lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti) sociálním pracovníkům – především z oblasti náhradní rodinné péče, psychologům, psychoterapeutům a dalším pomáhajícím odborníkům...

Pozvaní přednášející:

1. Mgr. Lenka Mašindová: Sociologické aspekty neplodnosti

2. PhDr. Ing.Hana Konečná, PhD.: Nedobrovolná bezdětnost a její řešení v širším kontextu
3. Lenka Šimková, Mgr. Zdeněk Macek: Psychoterapeutické možnosti léčby neplodnosti
4. Eva Nováková, Cert.MDT: Terapie funkční ženské sterility metodou Ludmily Mojžíšové
5. RNDr. Dagmar Mikolandová: Proces léčby očima pacienta
6. Alena Vávrová: Náhradní rodinná péče
7. PhDr. Markéta Rokytová: Psycholog v centru asistované reprodukce
8. Doc. MUDr. Zdenka Ulčová-Gallová, DrSc.: téma vyhrazeno
9. prim MUDr. Milada Brandejská: téma vyhrazeno

Časový rámec programu:

- 10.00 dopolední přednášky – 1. blok
11.15 přestávka
11.30 dopolední přednášky – 2. blok
12.30 oběd
14.00 odpolední přednášky – 1. blok
15.30 přestávka
15.45 odpolední přednášky – 2. blok
16.15 závěrečná společná diskuse
17.00 závěr semináře

Organizační zajištění – koordinátorka semináře: Pavla Drahozalová, ISZ, Máchova 7, 120 00 Praha 2, tel. 776 606 761, e-mail: info@isz.cz

Přihlášky: on-line na www.isz.cz nejpozději do **30. dubna 2007**

e-mailem na info@isz.cz

Cena: 900,- Kč, splatná nejpozději do **20. května 2007**

Institut skupinové analýzy (IGA) Praha

Zve psychoterapeuty, psychology, lékaře, sociální a humanitární pracovníky, faráře, studenty, právníky, ...všechny, kteří se ve své odbornosti zabývají lidskou skupinou

Pozvánka na víkendový workshop: SKUPINOVÁ ANALÝZA: INSPIRACE A PRAKTICKÝ NÁSTROJ PRO PROFESIONÁLY

s účastí respektovaných odborníků Anne Lindhardt (DK)

Gerda Winther (DK) a Earl Hopper (UK)

Datum a místo konání: pátek 29.června – neděle 1.července 2007,

Psychoterapeutické středisko, Břehová 3, Praha 1-Josefov

jednací jazyky: angličtina/čeština

Program:

Pátek: 17:00-17:10 uvítání – IGA Praha

17.10-17:40 úvodní poznámky- G. Winther

17:40-18:10 přestávka

18:10-19:40 velká skupina – A. Lindhardt

20.00-21.30 společenské setkání s občerstvením

Sobota: 9:00-10:30 malé skupiny – G. Winther, E. Hopper, členové IGA Praha

10:30-11:00 přestávka

11:00-12:30 „Sociální nevědomí – teorie a příklady“ – E. Hopper, přednáška a diskuse

12:30-14:00 přestávka na oběd

14:00-15:30 malé skupiny

15:30-16:00 přestávka

16:00-17:30 velká skupina – A. Lindhardt

Neděle: 9:00-10:30 „Zamyšlení nad supervizí skupinově-analytických skupin v různých kulturních kontextech“ – A. Lindhardt, přednáška a diskuse

10:30-11.00 přestávka

11:00-12.30 malé skupiny

12.30-13.30 přestávka na oběd

13:30-15:00 velká skupina – A. Lindhardt

Texty přednášek budou pro účastníky k dispozici v českém překladu.

Bylo zažádáno o akreditaci pro vzdělávání lékařů (ČLK), klinických psychologů (AKP ČR) a zdravotních sester (ČAS).

Cena workshopu s materiály a společenským večerem 2300 Kč (studenti s indexem 1600 Kč).

Formulář přihlášky ke stažení a případné další informace naleznete na www.igapraha.cz

Závazné přihlášky a úhradu platby zasílejte do 6.6.2007 na adresy igapraha@cspap.cz, nebo písemně na adresu Psychoterapeutické středisko, IGA Praha, Břehová 3, 110 00 Praha 1

Za IGA Praha: Marie Hošková, Petr Junek, Helena Klímová, Karel Koblic, Ondřej Pěč, Ivana Růžičková, Luděk Vrba.

Praha 26.4.2007

Anne Lindhardt, M.D. is psychiatrist, Head of the Department of Psychiatry at the University Hospital of Copenhagen. Trained group analyst at The Institute of Group Analysis (IGA) Copenhagen. Teacher at IGA Copenhagen and former teacher of IGA Jylland. Supervisor at the group analytic training program in Prague from 1995 to 2000. Member of the Management Committee of Group Analytic Society (GAS) London. Chair of the International Development Committee. Member of the Organising Committee of the Groupanalytic Symposium Molde 2005.

Gerda Winther, MA is a clinical psychologist in private practice, formerly the chief psychologist and co-director of a psychiatric hospital in Denmark. She is the President of The Group Analytic Society, London and the Chair of The Institute of Group Analysis, Copenhagen.

Earl Hopper, Ph.D. is a psychoanalyst, group analyst and organizational consultant in private practice. He is a supervisor and training analyst for The Institute of Group Analysis, The British Association of Psychotherapists and The London Centre for Psychotherapy. An honorary tutor at The Tavistock and Portman NHS Trust and a member of the Faculty of the Post-Doctoral Program at Adelphi University, New York, he is the author of many books and articles, and an internationally renowned lecturer and teacher. Earl Hopper is also a past President of the International Association Of Group Psychotherapy and a past Chairman of the Group of Independent Psychanalysts of The

British Psychoanalytical Society. His recent publications include *The Social Unconscious: selected Papers and Traumatic Experience in the Unconscious Life of Groups*. Jessica Kingsley Publishers. Earl is the Editor of the *New International Library of Group Analysis* for the Group Analytic Society.

VÍKENDOVÉ SEMINÁŘE V PSYCHOTERAPII ZAMĚŘENÉ NA TĚLO

Ve dnech 15.-17.6.2007 a 21.-23.9.2007 v Praze, vede **Eli Weidenfeld**, senior trenér Evropské školy biodynamické psychologie v Lübecku (SRN). Seminář je zážitkový, určený k seznámení se s některými základními prvky využití těla a tělesného vnímání v psychoterapii. Cena 2150 Kč. Po domluvě možnost slevy pro studenty, důchodce a ženy na mateřské. Překlad zajištěn. Informace na adrese www.volny.cz/bodyterapie nebo na 608 888 867 (MUDr.T.Morcinek).

ZÁKLADNÍ VÝCVIK V PSYCHOTERAPII ZAMĚŘENÉ NA TĚLO

- Nabízí integrativní přístup k práci s tělem v psychoterapii, založený na teorii Wilhelma Reicha, Alexandra Lowena (bioenergetika), Gerdy Boyesen (biodynamická psychologie), Rona Kurtze (metoda hakomi), Eugena Gendlina (focusing). Použití je možné v různých terapeutických situacích.
- Vedený klinickým psychologem **Eli Weidenfeldem**, senior trenérem Evropské školy biodynamické psychologie v Lübecku (SRN) a terapeutkou **Květou Paluskovou**. Překlad zajištěn.
- Je určen především pro pracovníky pomáhajících profesí, je sebezkušenostní a předpokladem vstupu do výcviku je účast

alespoň na jednom víkendovém semináři s Eli Weidenfeldem.
Případné výjimky musí schválit lektor výcviku.

- Lze jej ukončit certifikátem ESBPE, tzv. úroveň „biorelease“. Zájemci budou moci pokračovat dalším stupněm výcviku k certifikátu biodynamického terapeuta, který při splnění příslušných podmínek EAP umožňuje získat Evropský certifikát psychoterapie.
- Předpokládaný začátek výcviku je plánován ke konci roku 2007. Více na www.volny.cz/bodyterapie nebo tel. 608 888 867 (MUDr.T. Morcinek).

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010