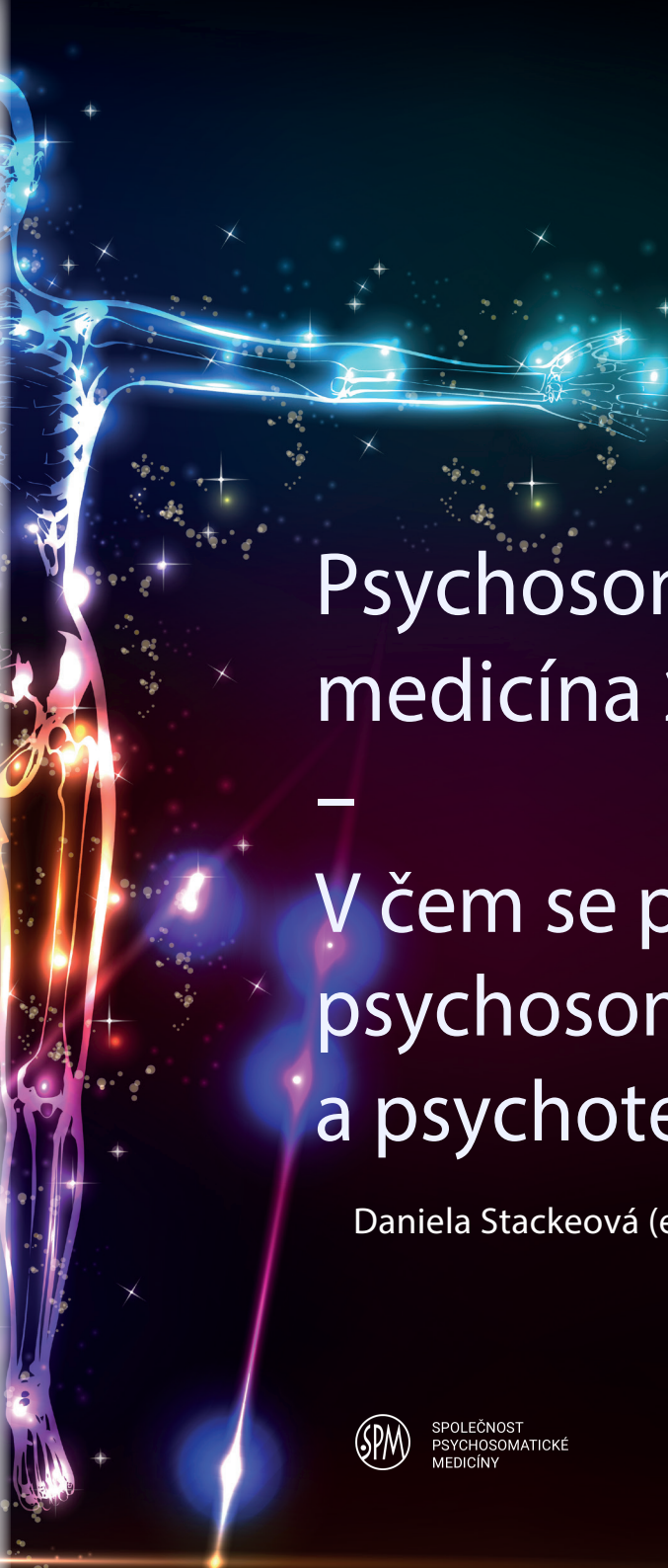


A stylized human figure is depicted on the left side of the cover, composed of glowing blue and orange energy lines. The figure's arm is extended horizontally, and its leg is bent at the knee. The background is dark with numerous small, bright, star-like specks and larger, glowing blue and orange bokeh effects. The overall aesthetic is futuristic and energetic.

Psychosomatická medicína 2022

— V čem se prolínají psychosomatika a psychoterapie?

Daniela Stackeová (ed.) a kol.



SPOLEČNOST
PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY

PALÆSTRA



SPOLEČNOST
PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY

Psychosomatická medicína 2022

—

V čem se prolínají psychosomatika a psychoterapie?

Daniela Stackeová (ed.) a kol.

PRAHA 2022

Recenze: doc. MUDr. Dobroslava Jandová

Daniela Stackeová (ed.) a kolektiv

Autorský kolektiv:

MUDr. Lenka Bachratá
MUDr. Michal Kryl
Mgr. Eva Nechlebová, Ph.D.
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D.
doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.
PhDr. Ingrid Strobachová, Ph.D.

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.
Mgr. Margareta Šlemínová
Mgr. Marek Šmejkal
doc. PhDr. Markéta Švamberk Šauerová, Ph.D.
MUDr. Ivan Verny
MUDr. Magdalena Záchová

Technická redakce: Alena Malcová

© Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti JEP



SPOLEČNOST
PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY

Schváleno vědeckou redakční radou VŠTVS PALESTRA, spol. s r.o.

Vydala Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA, spol. s r.o.

ISBN 978-80-88462-12-5 (pdf)

OBSAH

EDITORIAL	5
COVID-19 – BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ FENOMÉN	7
COVID-19 – BIOPSYCHOSOCIAL PHENOMENON	
Margareta ŠLEMÍNOVÁ, Magdalena ZÁCHOVÁ	
CHAOS A VZORCE V PSYCHO-SOMATICKEJ PRÁCI	14
PROCESSORIENTED APPROACHES TO CHAOS & PATTERNS IN PSYCHO-SOMATIC WORK	
Ivan VERNÝ	
LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ PRO PSYCHOSOMATICKÉ PACIENTY – SEN NEBO SPRÁVNÁ CESTA?	19
INPATIENT DEPARTMENT FOR PSYCHOSOMATIC PATIENTS – A DREAM OR THE RIGHT WAY?	
Michal KRYL	
FYZIOTERAPIE MEZI DUŠÍ A TĚLEM ANEB PSYCHOSOMATIKA VE FYZIOTERAPEUTICKÉ PRAXI	35
PHYSIOTHERAPY BETWEEN SOUL AND BODY OR PSYCHOSOMATICS IN PHYSIOTHERAPEUTIC PRACTICE	
Daniela STACHEOVÁ	
KUNG FU TERAPIE – TRANSFORMACE ZÁŽITKŮ ÚTLAKU, NÁSILÍ A TRAUMATU	43
KUNG FU THERAPY – TRANSFORMING EXPERIENCES OF OPPRESSION, VIOLENCE AND TRAUMA	
Marek ŠMEJKAL	
PREVENTÍVNA PSYCHOSOMATIKA: MÁME NA VIAC, NEŽ LEN BYŤ POPOLUŠKOU KLASICKEJ MEDICÍNY	50
PREVENTIVE PSYCHOSOMATICS: HOW NOT TO BE JUST A CINDERELLA OF WESTERN MEDICAL APPROACH	
Lenka BACHRATÁ	
AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY PRO SENIORY S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM JAKO PREVENCE SYNDROMU GERIATRICKÉ KŘEHKOSTI	65
ACTIVATION PROGRAMS FOR SENIORS WITH DEPRESSIVE SYNDROME AS A PREVENTION FOR SYNDROME OF GERIATRIC FRAGILITY	
Eva NECHLEBOVÁ	

EDUKAČNĚ TERAPEUTICKÝ PROJEKT REDUKCE PSYCHOSOMATICKÝCH OBTÍŽÍ ŽÁKŮ NA VÍCELETÉM GYMNÁZIU	74
EDUCATIONAL AND THERAPEUTIC PROJECT TO REDUCE PSYCHOSOMATIC PROBLEMS OF PUPILS AT A MULTI-YEAR GRAMMAR SCHOOL	
Markéta ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ	
SOKRATICKÉ VĚDĚNÍ NEVĚDĚNÍ – ZÁKLAD KVALITNÍ PSYCHOTERAPIE	84
SOCRATIC KNOWING NOT KNOWING – THE PRINCIPLE OF A GOOD PSYCHOTHERAPY	
Jiří ŠIMEK	
SPIRITUÁLNÍ ÚROVEŇ LIDSKÉHO JÁ A PSYCHOTERAPIE	91
THE SPIRITUAL LEVEL OF THE HUMAN SELF AND PSYCHOTHERAPY	
Michal PODZIMEK	
MYSLET A MLUVIT O SVĚTĚ S FILOZOFIÍ	103
THINK AND TALK ABOUT THE WORLD WITH PHILOSOPHY	
Ingrid STROBACHOVÁ	
ANOTACE / SUMMARY	110
AUTOŘI	112

EDITORIAL

Vážení čtenáři,

dostává se vám do rukou publikace s názvem Psychosomatická medicína 2022 s podtitulem V čem se prolínají psychosomatika a psychoterapie?

Vydání této kolektivní monografie je spojeno s konáním tradiční psychosomatické konference v Liberci. Při konání této konference v roce 2020 jsme podobnou monografii vydali poprvé, nyní pokračujeme dalším vydáním a pevně věřím, že se nám podaří zachovat tuto tradici a vždy po dvou letech významné texty z oblasti psychosomatiky vytvořené našimi odborníky formou monografie vydat.

Co v této publikaci najdete?

Úvodní stať s názvem Covid-19 – biopsychosociální fenomén autorem Magdaleny Záchové a Margarety Šlemínové vám nabídne nové pohledy na problematiku pandemie, kdy na covid-19 nahlíží jako na komplexní biopsycho-sociální fenomén v širokém kontextu. Jejich pohled obohacuje péči o nemocné ve všech fázích onemocnění o individuální psychosomatickou analýzu a o individuální psychoterapeutickou péči.

Následující stať Ivana Verného Chaos a vzorce v psycho-somatickej práci prezentuje možný přístup k psychosomatickým potížím a jejich řešení na základě Procesově orientované psychologie.

O náročné profesní i osobní zkušenosti s vedením psychosomaticky zaměřeného lůžkového oddělení v psychiatrické léčebně referuje Michal Kryl v textu s názvem Lůžkové oddělení pro psychosomatické pacienty – sen nebo správná cesta? Vybízí nás k úvaze, jaká je realita možností péče o psychosomatické pacienty v našem systému zdravotní péče.

Následuje má stať s názvem Fyzioterapie mezi duší a tělem aneb psychosomatika ve fyzioterapeutické praxi, ve které najdete mé úvahy o tom, kde se fyzioterapeut ve své práci setkává s psychosomatickou problematikou a jaké jsou jeho kompetence v této oblasti včetně možného psychoterapeutického působení.

Na toto téma plynule navazuje text Marka Šmejkal Kung Fu Terapie – transformace zážitků útlaku, násilí a traumatu.

Lenka Bachratá v textu, který nazvala Preventivna psychosomatika: máme na viac, než len byť Popoluškou klasickej medicíny, propojuje přístupy konvenční medicíny s přístupy nekonvenčních směrů, zvláště východní medicíny, kde se primárně pracuje s dýcháním, autonomním nervovým systémem a pohybem.

Stať Evy Nechlebové Aktivizační programy pro seniory s depresivním syndromem jako prevence syndromu geriatrické křehkosti je věnována aktuálnímu tématu z oblasti geriatry a prezentuje v ní základní výzkum vlivu aktivizačního programu na fragilitu a depresi u seniorů.

Prakticky, v tomto případě ale z oblasti školství, je zaměřen i text Markéty Švamberk Šauerové Edukačně terapeutický projekt redukce psychosomatických obtíží žáků na víceletém gymnáziu.

Závěrečné tři texty jsou zaměřeny filozoficky.

Jiří Šimek ve své práci Sokratické vědění nevědění – základ kvalitní psychoterapie přináší nový pohled na psychoterapeutický proces, a to pohled inspirovaný sokratickým přístupem.

Obdobně se ve svém textu Spirituální úroveň lidského já a psychoterapie zabývá Michal Podzimek spirituálními aspekty dané problematiky a Ingrid Strobachová v práci Myslet a mluvit o světě s filozofií nabízí úvahu nad možnostmi vnímání současného světa očima filozofie, resp. o pojmenování některých jevů i z klinické oblasti jejím jazykem.

Přeji Vám, ať je pro Vás náš text příjemným a inspirativním čtením!

V Praze 20. května 2022

Daniela Stackeová
editorka monografie

COVID-19 – BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ FENOMÉN

COVID-19 – BIOPSYCHOSOCIAL PHENOMENON

MARGARETA ŠLEMÍNOVÁ, MAGDALENA ZÁCHOVÁ

Anotace

Na základě klinické zkušenosti je otevřena diskuse nad faktory souvisejícími s onemocněním covid-19. U mnoha pacientů pozorujeme symptomy zdánlivě nesouvisející s patofyziologickým obrazem onemocnění covid-19, ale v zřetelné časové souvislosti s tímto onemocněním. Léčba probíhá s pomocí nástrojů psychosomatické medicíny (např. časová osa) a psychoterapie v průběžné kooperaci lékaře a terapeuta. Covid-19 je uvažován jako komplexní bio-psycho-sociální fenomén v širokém kontextu.

Based on a clinical experience, there is discussion initiated on the aspects related to the covid-19. Many patients suffered from symptoms seemingly unrelated to covid-19 pathofysiologically, but in a time relation to the covid-19. We treat them with an assistance of the tools of psychosomatic medicine (e.g. time-line) and psychotherapy, in continuous cooperation of a medical doctor and a therapist. The covid-19 is considered a complex phenomenon in its bio-psycho-sociological context.

V souvislosti s onemocněním SARS-CoV-2 nás napadá více otázek, než máme odpovědi. Vycházíme především z naší klinické zkušenosti s pacienty, které jsme měly v péči jednak během akutního onemocnění, ale i ve fázi subakutní i chronické. U řady se nově objevily obtíže zdánlivě nesouvisející patofyziologicky s covidem-19, ale na onemocnění covid-19 časově navazovaly. Při práci s pacienty pracujeme s nástroji psychosomatické medicíny (časová osa, cirkulární dotazování), ale také psychoterapeuticky. Zamýšlíme se nad onemocněním SARS-CoV-2 v celém bio-psycho-sociálním kontextu.

Popis symptomů, charakteristika, zvláštnosti

Vycházíme z klinických zkušeností s pacienty, kdy pozorujeme specifika této nemoci – podle nás je covid-19 výrazně odlišný od dosavadních respiračních viróz:

- v průběhu (velký rozptyl symptomů prakticky ve všech orgánových systémech);
- závažnosti (velký rozdíl od asymptomatických pacientů až po smrtelné průběhy);
- dynamice (zvláštní rytmy zhoršení, subchronický průběh covidu-19, Long Covid-19.) atd.

Vedle **proměnlivých symptomů** na biologické úrovni pozorujeme změny v rovině psychické a všímáme si změn v rovině sociální.

Na biologické úrovni víme, že covid-19 je velmi aktivní virus v mnoha úrovních lidského organismu, postihuje nejen dýchací systém, přenos kyslíku v krvi, trávicí systém, cévní systém, ale je také neurotropní a již v akutní fázi onemocnění způsobuje řadu změn. Ty jsou v literatuře prezentovány jako tzv. „mozková mlha“, při níž covid-19 působí mimo jiné na energetické centrály neuronů – mitochondrie, což se projevuje na činnosti neurálních sítí. To má za následek citelné zpomalení funkcí nervových buněk a kognitivní deficit – brain fog (Kolářová, 2021). Mezi akutní postižení mozkových struktur u covid-19 patří encefalopatie, cerebrovaskulární komplikace a zánětlivé stavy CNS (Ressner, Strýček, 2022). Klinicky se stav projevuje jako bolest hlavy, poruchy spánku, nervosvalové komplikace, neuropsychiatrické poruchy a porucha čichu a chuti. Řada z nich pak perzistuje a přechází do subakutní a chronické fáze onemocnění. V období 10-14 dní dochází k nárůstu koncentrace cytokinů a dochází k jejich interakci s neuronálními systémy a k ovlivnění neurotransmise serotoninu, dopaminu a melatoninu. Při dysbalanci v oblasti serotoninu dochází k prožitku úzkosti či deprese, při narušení sekrece melatoninu pak k poruchám spánku. Navíc zde se vše děje překotně, najednou a velmi rychle. Americká data ukazují, že 34 % pacientů, kteří prodělali covid-19 trpí po půl roce neuropsychiatrickými následky a u 13 % lidí vznikla tato porucha nově bez předchozí historie (Kolářová, 2021).

V klinické praxi často tedy pozorujeme při onemocnění covid-19 i změny psychiky od lehkých až po závažné formy. Stavy masivní úzkosti se přirozeně spojují spíše s obavami z nemoci jako takové a jejím společenským obrazem (panika při pozitivním testu, morbidní fantazie v nemoci, někteří klienti popisují stavy hraniční s psychiatrickými, kupř. střídání deprese a mánie, stavy raptu, masivní ataky úzkosti apod.).

Praxe ukazuje, že se tyto závažné psychické stavy týkají i těch lidí, u kterých je nelze vyvodit z jejich strachu z nemoci jako takové – s velkou vnitřní resistencí, vnitřně vyrovnaných, často profesionálů seznámených s nemocí i prostředím. Přesto u nich tyto psychopatologické stavy pozorujeme.

Zároveň v praxi vidíme případy, kdy onemocnění covidem-19 vedlo k tomu, že se vyřešil do té doby existující problém, kdy došlo buď k úplnému uzdravení preexistující nemoci, nebo k výrazně zlepšenému stavu – a to u nemocí, které přímo s covidem-19 nesouvisely. Z toho usuzujeme, že se jedná o **hluboce působící proces** s velkým dopadem na celý organismus.

Chceme zdůraznit velkou variabilitu onemocnění a výraznou psychickou složku v symptomatologii a zamýšlíme se nad tím, jakou roli v psychopatologii hraje jednak přirozený strach z nemoci a vliv okolního prostředí (mediálně podporovaná obava z nového viru, který způsobuje smrtelné onemocnění), a do jaké míry je psychopatologický stav dán patologickým působením viru na nervový systém.

Terapeutická práce s klienty po covidu s ohledem na specifika SARS COV 2

Z výše uvedeného vyplývá, že na pacienta s covid-19 pohlížíme v celém bio-psycho-sociálním kontextu. Dále je potřeba reagovat na velkou variabilitu a individuálnost projevů nemoci. Proto se nám osvědčilo pracovat **v terapeutickém týmu** nebo kooperaci a vycházíme z nástrojů psychosomatické medicíny, kam patří práce s časovou osou a cirkulární dotazování.

U řady pacientů se krátce po prodělaném covidu objevují příznaky, které zdánlivě nesouvisí přímo s patologickým působením viru (relaps onemocnění štítné žlázy, herpetické výsevy, záněty močových cest...).

Při práci s časovou osou (anamnézou) zjišťujeme, že se zpravidla příznaky onemocnění rozvíjejí v těch oblastech, kde v minulosti klient stonal (např. opětovné močové obtíže, zhoršení funkce štítné žlázy, znovuobjevení astmatických ekvivalentů), kde je jeho locus minoris resistentiae, kde je u člověka oslabený terén – a to opět jak v těle, tak v mysli.

Jako by covid-19 znovu nasvítíl dosud nedořešená témata, konflikty, komplexy ... a znovu se v mysli vynořila. Aktivovaly se staré vztahové problémy. V této souvislosti velmi často vidíme významný regres v chování

a prožívání, v kompetencích – vyloženě regres na nižší vývojový stupeň, a to samozřejmě u dětí, ale i u dospělých.

U klientů v psychoterapii se znovu vracejí už překonané vzorce, znovu se (ve snech nebo prožívání) vracejí staré konflikty, často doprovázené psychosomatickými obtížemi.

Pro uzdravení je vždy potřeba získat náhled na stonání v příběhu klientova života. Při zpracovávání časové osy se ukazují primární zdroje / témata problémů, které covid-19 aktivoval a která se musí do-uzdravit.

Klademe si otázky, kdy příznaky spojené s onemocněním covid-19 jsou dány nejen biologickým působením samotného viru, ale zdali tělesné symptomy mohou být také způsobeny i reakcí na zátěžovou situaci. Jaký je podíl reaktivní somatoformní tělesné poruchy až po traumatickou a posttraumatickou poruchu? Dále je nutno se zamýšlet nad symptomy, které mohou být funkční tělesnou poruchou u neurotické osobnosti. Bohatá symptomatika covid-19 zde poskytuje velký repertoár, aby pacient mohl pracovat s takovou podobou příznaku, která je právě pro něj užitečná. A v neposlední řadě nám práce s časovou osou nastiňuje téma zhoršení celkového stavu u klasických psychosomatóz, kde oslabený terén v zátěži zhoršuje průběh základního onemocnění.

Diskuze

Na základě výše uvedeného jsou zde zvláštní charakteristiky nemoci přítomny ve velké míře, velké významnosti.

Otázky, které nás napadají:

- Je to dáno původem viru? - biologická úroveň
- Je to dáno novostí viru pro organismus?
- Je to dáno celospolečenskou atmosférou, nastavením, opatřeními – které ve svém důsledku vygradovaly jinak normální projevy nemoci do skutečně velkého rozsahu? Jinými slovy: vytvořilo tento obraz naše mentální nastavení a očekávání? (cirkulární kauzalita)

Zdá se, že významnou osou nemoci covid-19 je téma **reaktivity**.

Pozorujeme následující jevy – na jedné straně přehnanou reakci imunitního systému, nebo na druhé straně přehnanou reakci psychiky, vše bouřlivé, za hranicemi.

Ale zároveň pozorujeme i opačný jev – lidé s covidem ztrácí čich a chuť, necítí. Ale oni necítí i sami sebe, jakoby nevnímají závažnost svého stavu, necítí, že je zle. V mnoha případech se pacienti dostali na JIP až po zásahu okolí, protože oni sami necítí, že je opravdu špatně. Často klinické známky hypoxie neodpovídaly subjektivnímu prožívání desaturace organismu (pacienti s SpO₂ 80 % nevykazovali výrazné známky dušnosti a dechové tísně). Stále měli pocit, že to celkem jde – ale objektivně byly hodnoty jejich saturace a dalších laboratorních nálezů alarmující. Je zde tedy zvláštní fenomén necitlivosti, **necitlivosti k závažnosti situace**.

Je třeba také zkoumat vliv proticovidových opatření na průběh nemoci. (Opět se zamýšlíme nad cirkulární kauzalitou.)

U běžných nemocí zpravidla děti udělají po překonání choroby vývojový skok. Pokrok. Zde ho ale nevidíme. U řady dospělých klientů vidíme, že ustrnuli v regresu.

Domníváme se, že tento jev je zásadně spojen s proticovidovými opatřeními. Pokud je samotná nemoc ještě doprovázená takovou mírou strachu a takovými **sociálními opatřeními**, tak se nemůže realizovat přirozený benefit ze stonání – posílení, překonání, posun na vyšší úroveň. Sociální inženýrství tak bere jak přirozené nástroje pro kvalitní zdraví a imunitu (slunce, pohyb, kontakty, zdravé vztahy – mluvíme i o saturaci základních potřeb, jako potřeby bezpečí nebo potřeby sociálních vazeb!), tak i narušuje hlubší procesy spojené se stonáním. U dětí v důsledku lockdownu došlo k deficitnímu přemostění těch vývojových fází, kterými měly projít a nemohly, u dospělých naopak často k setrvávání v nedospělém (regresivním) chování (delegace zodpovědnosti na autority, projekce svých stínových témat mimo sebe, do okolí apod.).

Domníváme se tedy, že je záhodno neomezovat zkoumání covidu-19 pouze na patofyziologii, ale je třeba reflektovat tuto zkušenost v celém rozsahu bio-psycho-sociálním.

V praxi vidíme, jak se rozvinula psychosomatická funkční somatizace v jasné etiologii. Příklad kazuistiky pacienta, u kterého se rozvinulo astma bronchiale poté, co se nemohl rozloučit se svým umírajícím otcem kvůli covidovým opatřením. Vidíme adolescenty, kteří nemohli absolvovat své rituály dospělosti, u nichž se rozvinuly panické ataky nebo srdeční neurózy a podobně.

Tím, že nemohly proběhnout adekvátní rituály a oslabily se podpůrné síly rodin, uzavřela se pověstná smyčka patologie. Výsledek vidíme kupříkladu v reportu americké CDC z 1.4.2022:

Ve velké studii z první poloviny roku 2021 u adolescentů zjistili výzkumníci alarmující stav.

44,2 % respondentů hlásilo přetrvávající stavy smutku z bezmoci, 26 % respondentů vážně zvažovalo sebevraždu a neuvěřitelných 9 % se o sebevraždu opravdu pokusilo (Report CDC, 2022).

Pokud se desetina mladých lidí pokusí o sebevraždu, pak stojíme před fenoménem obrovské závažnosti. Zároveň ale nevidíme ve společnosti snahu toto téma uchopit, reflektovat a řešit.

Můžeme se domnívat, že i na úrovni společenského vědomí došlo k vytvoření masivních obran, ale je úkolem profesionálů na toto upozornit.

Společenské dopady naznačuje i analýza odhadovaného nárůstu mortality zveřejněná v časopise Lancet z března tohoto roku. Tzv. „excess mortality“ ve 191 sledovaných zemích v období covidové pandemie dosáhla 18,2 milionu mrtvých, přičemž ale přímo spojeno s covid-19 je 5,9 milionu, a tedy 12 milionů „nadúmrtí“ souvisí s příčinami jinými než infekce covid-19. Tento dvojnásobek úmrtí (oproti samotnému covid-19) potvrzuje správnost komplexního uvažování nad celou problematikou. Analýza také mj. ukazuje přímou úměru rozsahu celospolečenských opatření a této necovidové nadúmrtlosti (Wang et al., 2022).

Závěr

Pokud nás covid-19 něco učí, pak:

- Vše je propojeno, mysl a tělo, a systém vztahů (bio-psycho-sociální kontext).
- Stonání je individuální, u každého trochu jinak.
- Stonání souvisí s terénem (fyzickým, mentálním, vztahovým) a osobní historií.
- Nemoc je příležitost znovu nasvítit a zpracovat nedokončená témata, nese i příležitost velkého pokroku.
- Ukazuje nám problém lidstva jako celku – necítíme, jak závažná situace je.

Jedině respekt ke všem třem rovinám (bio-psycho-sociální) s jejich rozdílnými systémy vede k vyváženému poznání reality a pochopení, že cirkulární kauzalita na rozdíl od té lineární umožňuje klíčovou změnu pohledu na pacienta a jeho svět, tím i na zdraví a nemoc (Chvála, Trapková, 2020).

Seznam bibliografických zdrojů

Adolescent Behaviors and Experiences Survey – US, January – June 2021 [online]. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2022, Supplement 71(3). [cit. 13.5.2022]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov>.

CHVÁLA, Vladislav & TRAPKOVÁ Ludmila. Nástroje psychosomatické léčby. In STACKEOVÁ, Daniela (ed.) *Psychosomatická medicína 2020 – Nástroje psychosomatické medicíny*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA, spol. s r. o., 2020. ISNB 978-80-87723-60-9.

KOLÁŘOVÁ, Zdena. Dostupnost psychoterapeutické intervence naráží na nedostatek odborníků. *Medical Tribune*. 2021, XVII(26), sešit C. ISSN 1214-8911.

RESSNER, Pavel & STRÝČEK Ondřej. Neurologické komplikace covid-19 19 v ordinaci praktického lékaře. *Practicus*. 2022, 21(1), 28-29. ISSN 1213-8711.

WANG, Haidong et al. Estimating excess mortality due to covid-19 pandemic: A systematic analysis of Covid-19 19 related mortality, 2020-21 [online]. *Lancet*, 2022, 399(10334). DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)

CHAOS A VZORCE V PSYCHO-SOMATICKEJ PRÁCI

PROCESSORIENTED APPROACHES TO CHAOS & PATTERNS IN PSYCHO-SOMATIC WORK

IVAN VERNÝ

Anotace

V Procesorientovanej psychoterapii hrá práca so symptómami dôležitú rolu, lebo pre nás sú telesné symptómy prejavom ztelesneného snenia; telo sníva.

Pomocou jednoduchých techník k zosilneniu pozornosti v kombinácii s kreatívnymi intervenciami podporujeme pacientov pri nachádzaní zmyslu, či posolstva ich symptómov a nasledovne pri integrácii do vzťahov a každodenného života.

The therapeutic work with body symptoms plays an important role in the Process Oriented Psychology, as the symptoms are for us phenomena of incorporated dreams or of the dreaming body. We are supporting our clients / patients in finding a sense or message in their symptoms with the help of some simple techniques to increase awareness. These, in combination with creative interventions help to integrate the new found sense into relationships and everyday life.

Pravdupovediac nie som si istý, či sa môžem naozaj zaoberať rozdielmi a podobnosťou psychosomatiky a psychoterapie – lebo psychosomatiku poznám len z krátkého pobytu na klinike pred 40 rokmi a z rozprávania mojich kolegov a známych. Ale pokúsím sa o krátky úvod do kreativity Procesorientovanej Psychologie, ktorá sa zaoberá snovými dimenziami resp. kvalitami telesných symptómov.

Do pamäti sa mi zaryl citát od Franz Alexander: „Eindruck ohne Ausdruck erzeugt Überdruck“ čiže „Dojem bez výrazu vytvára pretlak“. Použil som ho s úspechom u 55-r. kamaráta mojich rodičov, ktorý ma konzultoval s nebezpečnou hypertenziou okolo 190 / 120 a absolútne odmietal ísť do nemocnice alebo brať lieky. Ako mladý nadšenec som pristúpil na

dvojtyždňový experiment s podmienkou, že bude nasledovať môj režim: okamžitá redukcia váhy pomocou pôstu, denný šport (cyklistika a plávanie) a cestou z práce si nastaví nahlas rádio v aute a bude vrieskať a nadávať. A hlavne som chcel od neho počuť – a citujem: „*kde sa cíti pod tlakom a z čoho ho ide rozhodiť*“. Pristúpil aj on, lebo bol ohúrený, ako ten mladý lekár vo veku jeho syna behom 20 minút oslovil o čom nikto nevedel – konflikt v práci, ale hlavne neveru a rozpoltenosť pri rozhodovaní, či má dať výpoveď, odsťahovať sa za frajerkou a začať nový život.

Po týždni bol asi na 160 / 100 a po dvoch na 150 / 90. Nikdy viac som ho nevidel, ale od rodičov som sa dozvedel, že opustil manželku, prácu a krajinu.

Ohrozujúce ochorenie vrhá pacienta a často aj jeho okolie do chaosu, dezorientácie. Ľudia sa chcú vrátiť do status quo ante, cítia sa ako v zlom sne. Niekedy im pomôže, ak lekár*ka spozná vzorce ochorenia, resp. liečenia. Ale nie vždy dokážu prijať to čo im psychosomatička alebo psychiatier v rámci svojej skúsenosti a vhladu ponúka. Zo časti je to cudzie alebo zahanbujúce alebo to núti prebrať zodpovednosť za podvedomé procesy. „Ja si predsa nerobím migrény!“ „Moja mama chce pre mňa len to najlepšie! (radšej sa udusím, akoby som ju opustil)“. „Akciové trhy vyžadujú moju pozornosť, to sa nemôžem venovať rodine alebo manželkiným potrebám!“ Nie vždy sa pacient cíti diagnózou pochopený, ale skôr zaškatulkovaný, a potom hľadá ďalej – u iného lekára.

Niekedy preto, lebo sa obáva zmeny, ktorá ohrozuje doterajší život. A žiaľ aj jeho okolie sa zmieni obáva. Lebo v zmenách začína savana / divočina / neznámo. To je ohrozujúce, a zároveň výzva – k dobro-družstvu resp. k hrdinskej ceste. Áno, znie to naivne a idealisticky.

Ruku na srdce, koľko chronických ochorení ste už vyliečili?

Keď sa nedajú vyliečiť, tak je asi aj Vaším cieľom aspoň zmiernenie utrpenia, ako to učil Gautama Buddha. Tak ponúkame „paliatívne“ alternatívy a ak máme zdroje, odvahu a záujem, hľadáme s pacientami zmysel v ich ochorení, resp. vzorce v (ich) chaose.

Dám Vám štyri malé úlohy:

Je tu niekto, kto tu nemá žiadny menší alebo silnejší, akútny alebo chronický symptóm? Gratulujem, ak Vás nič netrápi; a ak máte chuť na

experiment, spomeňte si na niečo, aspoň na to nevinné škrabanie v hrdle, ktoré Vás počas pandémie postrašilo.

1. Cvičenie:

- Všímajte si svoj symptóm – ako viete, že ho máte?
- Čo by sa stalo, keby sa zosilnil? Predstavte si to zosilnenie.
- Ako by to zosilnenie zmenilo Váš život? – čo nebude možné a čo bude nutné?
- Sú momenty, keď by ste také zmeny privítali? Kedy?
- Ako by ste tieto kvality mohli podporiť vo Vašom každodennom živote?
- Kto, aké presvedčenie je proti tejto zmene?
- Kto alebo čo (a môže to byť aj rastlina, zviera, rozprávková postava) sa správa ako protivník zmeny?
- Kde, vo Vašom všednodennom živote, by ste mohli takúto kvalitu potrebovať? (Kvalitu protivníka zmeny)

2. Cvičenie:

- Pokúste sa svojej susedke vytvoriť tento svoj symptóm – ako by ste sa museli správať, aby sa to podarilo? Dovoľte si dramatizovať, kým sa podarí symptóm podať ďalej.
- Pokúste sa vcítiť sa do ducha tvorcu symptómu – čo presne chce dosiahnuť? Aké rozpoloženie / zmýšľanie / presvedčenie má? Ako ďaleko by ste išla aby ste dosiahla svoj cieľ?
- Kde, vo Vašom všednodennom živote, by ste mohli takúto kvalitu potrebovať? (Kvalitu tvorcu symptómu)

3. Cvičenie

- Spomeňte si na radikálnu / intenzívnu skúsenosť s chorobou alebo úrazom – o čom to bolo?
- Čo by sa stalo, ak by ste sa tomu prenechali?
- Čo by mohlo byť pozitívnym zmyslom / cieľom tej zmeny? – či už pre Vás alebo pre svet?
- Ako sa postaráte o to aby sa tento druh zmeny (z Vášho symptómu) stal súčasťou Vášho života?

4. Cvičenie

- Kto cíti ešte stále odpor voči tomuto novému vzorcu?
- A to sa čudujete, že Vaši pacienti vzdorujú vhlľadom a zmenám?

Filozofia v pozadí:

Pokúšame sa aktívne žiť podľa toho čomu hovoríme primárna (1°) identita, čiže podľa hodnôt s ktorými sa stotožňujeme my, naši predkovia a okolie, resp. kultúra, ktorá nás ovplyvňovala. To všetko formuje náš 1° proces. Ale dejú sa nám „veci“ / udalosti, u ktorých sa cítime pasívne / obeťou osudu či dynamiky – tomu hovoríme sekundárny (2) proces a tam patria choroby, úrazy, náhody, symptómy, všetko čo neúmyselne ovplyvňuje a mení naše 1° úmysly.

Joseph Campbell k tomu povedal: “We must be willing to get rid of the life we've planned so as to have the life that is waiting for us.” alebo “Musíme byť ochotní zbaviť sa života, ktorý jsme si naplánovali, abychom měli život, který na nás čeká.”

Sekundárny proces je oddelený od „Primáru“ takzvanou hranicou. Hranica je súbor presvedčení, prečo máme žiť (myslieť, cítiť a konať) podľa doterajších predstáv a hodnôt a snaží sa ochraňovať 1° proces, ktorý je dennodenne ohrozovaný „Sekundárom“, ktorý sa snaží rozšíriť našu identitu o doteraz neznáme, neuznávané alebo nepripúšťané zážitky, ktoré sa vymykajú definícii toho čo je správne a ako to má byť.

Ale strýčko Carl Gustav (Jung), ktorý stál u kolísky POPky vraj niekde povedal, že „Na tom čo sa deje musí byť niečo správne, ináč by sa to nedialo.“ – život má zrejme iné plány s nami ako my s ním, alebo ako povedal Blaise Pascal: „Ak chceš boha rozosmiať, rozprávaj mu o svojich plánoch.“

Zakladateľ POPky / Procesorientovanej Psychologie, Arnold Mindell si vo svojej jungiánskej praxi všimol, že jeho klienti zdieľajú symptómy, v ktorých sa zrkadlí dynamika ich snov a začal amplifikovať telesné zážitky podobne ako to robil predtým so snami.

Kazuistika

Asi by Vám pomohol malý príklad. Mladý poštár sníval, že jeho sused tak hlasne zatíka kliniec do steny, že sa prebudil a že mu to ráno povie. Ale keď sa ráno naozaj prebudil bolela ho hlava – pulzujúcou bolesťou. Napriek tomu sa rozhodol ísť do roboty. Keď zamykal dvere zasekol sa mu kľúč v zámku a trvalo mu pár sekúnd kým ho vyslobodil. Ako vychádzal z domu bol silný vietor a z balkóna nad ním mu spadol pred nohy kvetináč. Kým prišiel na poštu bol tak malátny, že ho šéf poslal zase domov do posteľe.

Mindell s ním pracoval na tom sne a symptóme a prišli na to, pomocou „roleplay“ v ktorej pán poštar zahral aj tlčúceho suseda, že mu snový sused chcel vo sne povedať, aby si dával pozor na nezvyčajné udalosti, lebo budú usmerňovať jeho život. A vďaka tejto pozornosti spoznal svoju manželku a matku svojich detí.

Iný prípad. Prišla ku mne jedna študentka sociálnej práce a sťažovala si, že jedným uchom nepočuje. Asi si pomyslíte, „to je jednoduché – príliš veľa toho počúvala (na prednáškach a na praxi).“ Áno, to je pravda. Avšak, ona tvrdila, že sa rada učí a miluje svoju praktickú prácu. Tak som sa spýtal, či nechce počuť niečo špecifické. Povedala áno, ako ju otec zhadzuje a ňou pohŕda. Tak sme pracovali na tom ako sa môže bezpečne ohradiť voči násilnému a ponižujúcemu otcovi, a iným chlapom, ale symptóm sa nezmenil. U ORL-špecialistu už bola, lebo matka je nedoslýchavá. Tak som ju vyzval aby si zapchala aj to druhé ucho. Okamžite sa blažene usmiala. Chvíľku som ju v tom pocite nechal a potom som sa spýtal čo sa deje a čomu sa usmieva. Najprv ma nepočula, ale keď som sa dotkol jej pleca, aby som získal jej pozornosť, len pomaly otvorila oči a povedala tichým hlasom, že netušila ako veľmi túžila po tichu, ne-kontakte, možnosti zahĺbiť sa dovnútra a tam zostať. A ako jej to v jej extrovertnom živote, ktorý si veľmi užíva, chýbalo.

Možno by ste Vy na to prišli sami od seba. Môj postoj je, nech sa klienti / pacienti dopracujú k vlastnej múdrosti – pomocou seba-vnímania a seba-skúsenosti a seba-vhľad. To im pomôže si samostatne uvedomiť, čo sa deje, keď sa objaví iný symptóm. Takto učím mindfulness, seba-súciť a seba-zodpovednosť a svojpomoc a konzekventne z toho vyplýva sebavedomie.

Posledný príklad je osobný. Bol som na prednáške o šamanizme. V priebehu prednášky sa môj tinnitus, ktorý zvyčajne znie ako tropický dážď premenil na tak silné hvízdanie, že som nemohol sledovať prednášku. Vytratil som sa von a keďže ma môj symptóm veľmi rušil, experimentoval som s ním; hvízdal som a prišiel som na to, že zniem ako Haja červená / Luňák červený, s ktorými si hvíždam na výjazdoch na koni. Tak som v tom pokračoval a zdalo sa mi, že letím nad lúkami a lesmi kade jazdím – a odišiel som z prednášky sebestredného kazateľa, lietať, kade ma krídla nesú a hviezdy lákajú – a to prajem aj Vám.

LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ PRO PSYCHOSOMATICKÉ PACIENTY – SEN NEBO SPRÁVNÁ CESTA?

INPATIENT DEPARTMENT FOR PSYCHOSOMATIC PATIENTS – A DREAM OR
THE RIGHT WAY?

MICHAL KRYL

Anotace

Autor v článku prezentuje nedávnou zkušenost s vedením psychosomaticky zaměřeného lůžkového oddělení v psychiatrické léčebně. Analyzuje pozitivní efekt bio-psycho-sociálního způsobu léčby jako dopad žádoucí integrace v aplikované medicíně. Zároveň se zabývá i limity včetně naplnění lůžkové kapacity takto orientovaného pracoviště. V závěru nastiňuje podmínky pro možnost uplatnění tohoto typu pracoviště v rámci psychiatrických zařízení v ČR.

This paper presents its author's recent experience with managing a psychosomatically-oriented inpatient department in a psychiatric treatment facility. It analyses the positive effect of the bio-psycho-social treatment approach as a result of the desired integrative trends in applied medicine. It also addresses relevant limitations, such as inpatient occupancy rates at a facility with such an orientation. Finally, it discusses conditions for the operation of such facilities within the system of psychiatric services in the Czech Republic.

Na jaře roku 2009 se autorovi tohoto článku (psychiatrovi) a jeho terapeutickému týmu podařilo vytvořit v podmínkách Psychiatrické léčebny Šternberk (Olomoucký kraj) 12lůžkové otevřené oddělení pro léčbu neurotických poruch (ve smyslu kategorie F4 dle MKN-10) s poměrně bohatým léčebným programem postaveným na skupinové psychoterapii. Blíže je o něm referováno v kazuistickém sdělení (Kryl, Kochtová, 2013), zmíněno je i v celostátní Kratochvílově učebnici (Kratochvíl, 2017).

Ve stejném objektu (o poschodí níže) se tehdy již několik let nacházelo 18lůžkové oddělení pro pacienty s chronickými bolestivými obtížemi pohybového aparátu (rehabilitační oddělení), kteří profitovali ze 6-8týdenní kúry na pracovišti fyzioterapie a vodoléčby v areálu léčebny, kam v rámci svého programu z oddělení docházeli. V jejich léčebném programu nebyla tehdy zastoupena pravidelná systematická psychoterapie, ačkoli nebylo

pochyb, že by z ní (alespoň někteří) profitovali. Po psychiatrické stránce byli tito nemocní nejčastěji nositeli kódu F48.0 (Neurastenie), někteří z nich byli diagnostikováni i vesměs málo užívaným kódem F62.8 (Syndrom osobnosti s trvalou bolestí) zahrnujícím stav již rozvinutých osobnostních změn pod vlivem chronické přetrvávající bolesti.

Psycholog i psychiatr tehdy na toto rehabilitační oddělení docházeli jen na žádost konkrétních pacientů za účelem individuální psychoterapie, resp. úpravy medikace. Skupina motivovanějších pacientů docházela na skupinovou relaxaci vedenou psychologem. Téma souvztažnosti somatických příznaků s duševním stavem a sociální životem nebylo, až na výjimky, v terapii tematizováno, což byl většinový přístup lékařů v celé léčebně, který tak vlastně zrcadlil situaci v celé medicíně. Tento přístup by se dal charakterizovat výrokem: *„Od duševních obtíží jsou v léčebně psychiatři a psychologové, od somatických lékařů – specialisté, od sociální problematiky sociální pracovníci“*...

V souvislosti s pozdějším stěhováním obou výše zmíněných pracovišť do jiné budovy (v r. 2013) se tedy nabízel otázka po integrovanějším přístupu na bázi „psychosomatického oddělení se speciálním programem“ pro pacienty původního oddělení rehabilitační péče. 12lůžkové psychoterapeutické oddělení pro neurotické poruchy zůstalo zachováno prakticky beze změny (a sídlilo i v nové budově opět o poschodí výše).

Ideu integrované celostní péče se postupně dařilo naplňovat již zkraje roku 2014. Nové oddělení ovšem vznikalo na půdorysu původně interního oddělení o 26 lůžkách, což o 8 míst navýšilo kapacitu původního rehabilitačního oddělení. S tím úzce souvisel tlak na naplnění této lůžkové kapacity (neboli na tzv. „obložnost“).

Co se týče spektra pacientů léčených na nově vzniklém psychosomatickém oddělení (5a), zpočátku většinu tvořili ti, co byli indikováni k rehabilitaci, a řada z nich těžila ze svých opakovaných pobytů na původně rehabilitačním oddělení. Není v této souvislosti s podivem, že mnozí, kteří přišli k takovému „opakovaní léčby“, byli udiveni změnami v programu, jež se postupně obohacoval o psychoterapeutické aktivity. Někteří se jim bránili. V průběhu času a v souvislosti s postupnou informovaností lékařů a zdravotnických pracovišť o novém programu však začali k léčbě přicházet i pacienti „noví“ s pestřejší symptomatikou zahrnující kromě emočních i somatické projevy (ze spektra somatoformních poruch F45 dle MKN-10) anebo pacienti se somatickými onemocněními s jeho emočními a sociálními dopady či předpokládanými psychosociálními vlivy při jeho rozvoji a průběhu (odpovídající F54 dle MKN-10).

Při objednávání nových členů do komunity byl uplatňován určitý filtr zabraňující vstupu pacientům s neindikovanými diagnózami, jako jsou psychotické poruchy, těžká depresivní epizoda, demence, závislosti, těžší poruchy osobnosti apod.

Blíže o (značně širokém) diagnostickém spektru v období prvních měsíců po založení odd. 5a (s biopsychosociálně orientovaným programem) referuje následující přehled:

Psychiatrické poruchy

- poruchy přizpůsobení;
- smíšená úzkostně depresivní porucha;
- panická porucha;
- somatoformní poruchy;
- neurastenie;
- periodická depresivní porucha;
- smíšená porucha osobnosti;
- histrionská porucha osobnosti;
- vaskulární demence;
- neurčená demence;
- syndrom závislosti na alkoholu;
- syndrom osobnosti s chronickou bolestí (F62.8).

+

Přidružená postižení pohybového systému

- poúrazové stavy;
- vertebrogenní algický syndrom;
- stavy po CMP;
- artrotické postižení kloubů;
- široké spektrum případů zhoršené pohyblivosti a soběstačnosti.

+

Přidružená interní a neurologická onemocnění

- hypertenzní choroba;
- autoimunitní thyreoiditida (s hypotyreózou / hypertyreózou);
- stavy po CMP;
- ischemická choroba srdeční;
- diabetes mellitus 2. typu;
- obezita;
- polyneuropatie různé etiologie;
- chronické selhání ledvin;
- generalizovaná osteoporóza.

Za psychosomatické poruchy v pravém slova smyslu uvedené v tomto přehledu lze považovat především kategorii F45 – Somatoformní poruchy (charakteristické stížnostmi pacientů na tělesné obtíže ve vazbě na psychosociální kontext). Kategorie F 54 - Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo nemocemi klasifikovanými jinde, kde znaménko „+“ připojuje další somatickou diagnózu (kupř. J45 Astma) nebyla ve sledovaném období využívána, což otevírá otázku, proč tomu tak bylo. Jednou z odpovědí by mohlo být prosté konstatování, že nepanuje o této kategorii mezi běžnými lékaři, a to včetně psychiatrů, příliš povědomí. Nicméně empirická zkušenost v průběhu komplexní terapie u mnoha pacientů často významně potvrzovala tato propojení ve smyslu bio-psycho-sociálním. Zářným příkladem může být pokles krevního tlaku (souvisejícího s postupným uvolněním a emoční přeladěním v průběhu terapie) u pacienta s hypertenzí. Nežádoucí bylo zapotřebí u tohoto pacienta výrazně snížit či dokonce vysadit antihypertenzivní medikaci.

TERAPEUTICKÝ PROGRAM

Co se týká spektra léčebných metod, šlo především o „zformátování“ charakteru oddělení do komunitního uspořádání s pravidelnými ranními setkáními komunity se sesterským týmem, lékařem a psychologem se všemi typickými komunitními procesy (sdílení celkového stavu, řešení potřeb pacientů i konfliktů mezi nimi, rituály čtení aktualit, anekdoty, zpěvu, vítání nových členů, loučení s odcházejícími atp.). Komunita fungovala v otevřeném režimu se stálým přísunem nových a propouštěním již přeléčených členů.

Časem se kromě pacienty široce využívané a oblíbené individuální psychoterapie podařilo rozběhnout i skupinovou formu této metody. Ta byla zaměřena kromě „standardní“ interpersonality a dynamiky mezi členy i na integraci souvislostí mezi způsobem prožívání jejich tělesných příznaků s širšími psychosociálními souvislostmi, především pak se vztahy v nejbližším okolí. Časem se terapeutický tým rozhodl pro dvě verze skupin, jednu náročnější více odkrývající, druhou méně intenzivní a neodkrývající (pro pacienty s depresivními či organickými příznaky).

Relaxace ve verzi klasického autogenního tréninku či Jacobsonovy svalové relaxace spoluvedená částečně pacienty samými vyvažovala emoční náročnost skupinových sezení.

Komunitní uspořádání spolu s dominancí psychoterapie jako léčebné metody bylo provázáno s prvky tělesné terapie, především fyzioterapie a rehabilitace,

a to v poměrně širokém spektru jejích metod, jimiž toto léčebenské pracoviště disponovalo (měkké techniky, parafin, elektroterapie, hydroterapie, sonoterapie, LTV, masáže aj.). Později vznikla ještě skupinová verze rehabilitačního cvičení s fyzioterapeuty docházejícími z pracoviště vodoléčby na oddělení.

V tělocvičně a na hřišti se navíc pacientům věnoval sportovní terapeut. Z technického vybavení k léčbě pohybem byl rovněž k dispozici na oddělení rotoped pro individuální použití, stejně jako velké gymnastické míče na cvičení s rehabilitačním pracovníkem.

Postupně se pro pacienty podařilo získat časový prostor v ergoterapeutických dílnách, v malířském i arteterapeutickém ateliéru. Do programu byly s ohledem na vyšší věk řady pacientů i jejich častou lehkou organickou symptomatiku vřazeny tematické skupiny orientované na podporu kognitivních funkcí, často za účasti praktikujících studentů psychologie. Již tak pestrý program obohacovala hudebně pohybová terapie, muzikoterapie a canisterapie, v jednom období i hippoterapie probíhající v sedle koně v areálu léčebny. Poměrně značný zájem byl i o duchovní život, určité procento pacientů využívalo služeb nemocniční kaplanky, ve větší míře se pak mnozí se účastnili pravidelných nedělních bohoslužeb ve šternberském kostele Zvěstování Panny Marie.

Je nutno zdůraznit, že některé z aktivit byly indikovány jen pro určitý okruh pacientů s ohledem na jejich diagnózu i schopnosti, stejně tak byl brán v potaz jejich vlastní zájem o aktivitu. Naproti tomu komunitní setkání, skupinová terapie, relaxace, rehabilitační cvičení ve skupině a ergoterapie byly určeny všem a byly považovány z hlediska programu za odsouhlasené a povinné.

FARMAKOTERAPIE

Po farmakoterapeutické stránce byla nejvíce využívána antidepressiva, a to ve svém v širokém moderním spektru. Atypická antipsychotika (především tzv. II. generace), stabilizátory nálady a nebenzodiazepinová anxiolytika byla nejčastějším doplněním medikace. Léky s návykovým potenciálem se postupně ve většině případů dařilo pacientům vysazovat, event. substituovat léčivy jinými, z tohoto pohledu bezpečnými.

Přehled aktivit pro psychosomatické pacienty v období nejširší verze programu (v letech 2017-2019) předkládá následující přehled:

TĚLESNÁ PÉČE

Komplexní rehabilitační péče

- elektroléčba;
- magnetoterapie;
- sonoterapie (ultrazvuk);
- světloléčba;
- vodoléčba;
- masáže;
- měkké techniky;
- zábaly;
- cvičení ve skupině (s rehabilitačním pracovníkem).

Taneční terapie

- body-terapeutická skupina s prvky biosyntézy (pod vedením psychoterapeutické sestry);
- nutriční terapie (pod vedením nutričního terapeuta);
- kinezioterapie (pod vedením trenéra).

DUŠEVNÍ PÉČE

- skupinová psychoterapie;
- individuální psychoterapie;
- nácvik relaxace (autogenní trénink, svalová relaxace);
- arteterapie;
- pracovní terapie (dřevodělná a kovodělná dílna, práce s pedigem);
- malba v ateliéru (s výtvarníkem);
- psychofarmakoterapie (nenávykovými farmaky).

PÉČE O VZTAHY

- uspořádání oddělení na principu terapeutické komunity.

NESPECIFICKÉ LÉČEBNÉ FAKTORY

- chráněné prostředí
- empatický nehodnotící a podporující personál.

Je zřejmé, že kvalita, náplň a pestrost léčebného programu stála za úspěchy oddělení a motivovala pacienty k účasti v něm často i přes značnou

vzdálenost od jejich bydliště. Jednotlivé aktivity na sebe v mnoha případech navazovaly ve smyslu aktivizace – relaxace, jako v případě skupinové psychoterapie střídané relaxací anebo pohybovou aktivitou, což jistě přispívalo k tomu, že pacient náročný několikátýdenní program prostě vydržel. O oblibě programu svědčilo i to, jak citlivě pacienti reagovali na jakoukoli redukci v počtu programových aktivit, k čemuž pravidelně docházelo např. v období letních prázdnin vlivem čerpání dovolené ze strany personálu anebo v případě pracovní neschopnosti terapeutů. Na druhou stranu je pro poctivost nutné dodat, že řada pacientů se zejména některým aktivitám programu „programově vyhýbala“ a bylo na personálu, především na sesterském, aby je dokázal pro účast často opakovaně motivovat.

Programová skladba otevřených psychiatrických oddělení klinik, léčeben i nestátních psychotherapeutických a psychosomatických pracovišť je do jisté míry analogická (PN Kroměříž, Psychosomatická klinika, 2022). Většinou se opírá o skupinovou formu psychoterapie a nácvik relaxace, to vše v komunitním uspořádání. Pestrost jednotlivých programů je určována možnostmi daného zařízení, především však kvalitním personálním zázemím. Významná je samozřejmě i motivace vedoucího lékaře či primáře tohoto typu oddělení pro poskytování náročnějšího typu péče, než je „klasický“ psychiatrický pobyt s pasívním užíváním medikace jako základním léčebným prostředkem. Nutná je i podpora tohoto modelu ze strany managementu zdravotnického zařízení, a pochopení pro to, že tento typ oddělení nikdy nemůže být prvoplánově finančně lukrativní.

Za zmínku stojí i otázka „modernosti“ používaných metod a aktivit. Porovnáme-li šternberský program kupř. s některými běžně známými postupy indické ájurvedy (-5 tisíc let př.Kr.), zjistíme až nápadné podobnosti:

- dechová cvičení;
- aromaterapie;
- masáže;
- nálevy;
- jóga;
- meditace;
- relaxace;
- bylinná léčba.

Dechová cvičení při body-therapeutických technikách, masáže na oddělení rehabilitace, každotýdenní jóga, nácvik relaxace a farmakoterapie namísto bylinné léčby – to vše, lapidárně řečeno, „není nic nového pod sluncem“.

Přihlášení se k biopsychosociálním principům v medicíně není vlastně ničím jiným než rozpomenutím se na její přirozené celostní základy.

TERAPEUTICKÝ TÝM

Všestranné možnosti léčebny se ukázaly při vytvoření bio-psycho-sociální strategie léčby jako plně využitelné. Léčba byla zajišťována především „domácím“ terapeutickým týmem psychosomatického oddělení s různorodými odbornostmi (psychiatr, psycholog, internista, rehabilitační lékař, psychoterapeuticky vzdělaná zdravotní sestra). Dlužno již zde podotknout, že na pozici psychiatra došlo v průběhu fungování oddělení k mnoha střídáním lékařů, což kladlo nároky nejen na jednotu týmu, ale i na jednotné léčebné směřování. Účast stážujících lékařů v předatestační přípravě k nástavbové atestaci z psychosomatiky anebo praktikujících studentů rovněž nebyla žádnou výjimkou a zkušenost s jejich znalostí problematiky i aktivním zapojením v terapeutickém procesu byla povýťce vynikající.

Terapeutický tým se společně setkával pravidelně 1x týdně u velké vizity, kam jednotliví pacienti docházeli (do příjemného prostoru společenské místnosti). Rozšíření spolupráce o terapeuty z jiných pracovišť, jako byl rehabilitační, ergoterapeutický, či arteterapeutický segment, teprve dodával péči o pacienty podstatnou úplnost a komplexitu. S tím souvisela i nezbytná vzájemná, alespoň dílčí, komunikace mezi terapeuty navzájem.

I ze zpětného pohledu se zdá, že pacientům léčba přinášela profit. Ačkoli nebyla úspěšnost léčby nikdy výzkumně sledována, množství ústních či písemných ocenění a šíření dobrého jména pracoviště mezi veřejností i odborníky to svým způsobem dokládaly. Celkový úspěch byl podpořen i uspořádáním I. ročníku Konference psychosomatické medicíny ve šternberském Muzeu času (v r. 2014) a posléze dalších ročníků v Domě kultury za účasti známých osobností české psychosomatiky a psychoterapie. V tomto se dařilo pokračovat ještě dalších následujících pět let až do první pandemické vlny (Kryl, 2019).

„ŠTERNBERSKÁ KAUZA“

Zanedlouho po zmíněném 1.ročníku konference se do léčebny objednalo k finanční revizi několik revizních týmů zdravotních pojišťoven. Cílem jejich auditu se stalo oddělení č. 5, tedy původně rehabilitační oddělení, na jehož základech vzniklo oddělení psychosomatické. I posuzované období se až na výjimky datovalo do uplynulých let, kdy v léčbě na tehdejších rehabilitačních

oddělení (samozřejmě především pohybově strádajících pacientů) převažovaly fyzioterapeutické a rehabilitační postupy nad psychiatrickými.

Zdrojem tohoto náhlého auditního dění, jak později vysvitlo, bylo anonymní udání, že se na půdě psychiatrické léčebny upřednostňují tělesné způsoby léčby (rehabilitace, jež nebyla v lůžkovém segmentu s pojišťovnami smluvně ujednána) oproti psychiatrickým (které pochopitelně pro lůžkovou péči nasmlouvány byly). Lékařům psychosomatického pracoviště, kteří problém „podědili“, připadl nelehký úkol desítky pojišťovnami neuznaných chorobopisů pacientů tehdejšího rehabilitačního oddělení opatřit námitkami, proč právě fyzikální terapie byla tehdy u daných pacientů indikována, a v čem právě tato přispívala k celkovému psychofyzickému zlepšení stavu. V současnosti je přitom už známa celá řada prací potvrzující blahodárný vliv fyzioterapie a rehabilitace u pacientů s duševními poruchami, což dotvrzuje kupř. založení nové podskupiny Světové konfederace pro fyzikální terapii (World Physiotherapy) přinášející fyzioterapeutické intervence v oblasti duševního zdraví a psychiatrie – International Organisation of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH) založené v roce 2011 (IOPTMH, 2022).

Tato zátěž byla pro personál oddělení pověstnou ranou do týla. Desítky hodin administrativní práce navíc (lékaři oponující zamítnuté chorobopisy), pocity zneuznání obětavé mnohahodinové každodenní práce s pacienty (zdravotní sestry psychosomatického oddělení se totiž rekrutovaly z původního rehabilitačního oddělení a byly tedy kauzou přímo zasaženy) a frustrace z poškození dobrého jména pracoviště (všichni).

Nezůstalo bohužel u toho. Záhy vyšlo najevo, že zdravotní pojišťovny postoupily celou věc odboru hospodářské kriminality PČR Olomouc. Cílem policejního šetření mělo být zjištění, zdali tento (především fyzikální) způsob péče o pacienty nebyl motivován ze strany léčebny a jejího personálu ziskově, a nejedná-li se o případ nezákonného obohacování, podvodného jednání při správě veřejných financí atp. Situace má z dnešního pohledu, kdy stojíme, jak lze doufat, před historicky prvním schválením některých kódů výkonů psychosomatické (integrativní) péče zdravotními pojišťovnami, až tragikomický nádech. Perzekuce za to, že je pacientům (navíc spokojeným, profitujícím a opakovaně se do programu navracejícím) poskytován celostní princip péče (byť ne tehdy v sofistikovaném terapeutickém programu) je námětem pro absurdní drama.

Z pohledu zúčastněných se však toto období nazvat dalo nazvat „dobou temna“. K úkonu „Podání vysvětlení“ na PČR byli totiž v dané věci zváni

nejen lékaři oddělení (tehdejšího i současného) a ředitelka ústavu, ale žel bohu i mnozí pacienti, zhusta lidé starších ročníků, kteří se v posuzovaném období na oddělení léčili. Byli dotazováni na principy terapie i na spokojenost z pobytu a celkového profitu. Jak později vysvitlo, ve většině byly jejich odpovědi naprosto kladné a vyšetřování přirozeně nechápali. Po dlouhých měsících policie případ odložila bez vznesení obvinění a státní zástupce tak neshledal důvody ke vznesení žaloby. Dlužno dodat, že přizvaný znalec z oboru psychiatrie se o tehdejším modelu terapie vyjádřil kladně, jakož i k otázce psychosomatiky vůbec, což dodalo personálu alespoň určitý pocit satisfakce. Dopady, která celá kauza přinesla, však byly mnohé. Finanční poškození léčebny (cca 7,5 mil Kč! odúčtovaných z úhrad zdravotními pojišťovnami) a poškození dobré pověsti pracoviště navenek, ale i směrem dovnitř zařízení (oddělení 5 stálo léčebnu příliš mnoho komplikací i financí). Následující pokles příjmu pacientů a nízká obložnost na sebe nenechaly dlouze čekat.

DALŠÍ VÝVOJ ODDĚLENÍ A TZV. „OBLOŽNOST“

Důvodů nižšího příjmu pacientů bylo nesporně více – kromě kauzou podkopané důvěry k tomu přispěla jistě změna profilu a zaměření péče. Už jen zařazení většího množství psychoterapeutických metod ve stále se obohacujícím terapeutickém programu zvyšovaly pro psychosomatické pacienty vstupní práh a kladly vyšší nároky na jejich motivaci. Počty nově přijímaných pacientů začaly přibližně v průběhu let 2016–2019 kolísat, oddělení bylo převážnou část roku nezaplněno. V některých obdobích se „obložnost“ pohybovala jen kolem 50 %. To vše navzdory osvětě, kterou se autor jako vedoucí pracovník i jeho kolegové z oddělení snažili činit. Probíhala nejen každoroční psychosomatická konference, ale byla poskytována i četná interview do médií, ať už formou písemnou či kupř. v on-line vysílání olomoucké pobočky Českého rozhlasu. O psychosomatickém oddělení se díky autorově pedagogické činnosti dozvídali studenti olomouckých fakult při výuce, stejně jako frekventanti v psychoterapeutických výcvicích.

Vedení léčebny samozřejmě situaci monitorovalo, vznášelo kritické připomínky stran ekonomičnosti provozu, avšak situaci nijak prakticky řešit nedokázalo – ke snížení počtu lůžek psychosomatického oddělení navzdory opakovaným návrhům personálu nedošlo s odůvodněním, že by to automaticky znamenalo nutnost snížit stav personálu dle kvót zdravotních pojišťoven. Jiný záložní plán neexistoval. Nezbylo tedy než snížit nároky na přijímané pacienty – jinými slovy „rozšířit oka sítě“.

„SNÍŽENÍ LAŤKY“

Úzce specializované pracoviště na psychiatrii nemá v podmínkách státního systému zrovna na růžích ustláno. Ve hře je souboj více motivů, jimž je zapotřebí se věnovat, a které je zapotřebí „ustát“. Na jedné straně je to vyprofilování pracoviště pro specifickou klientelu a udržení tohoto profilu, pro nějž je pracoviště vyhledáváno ambulantními lékaři i pacienti samotnými, na straně druhé je to adekvátní objem lůžkového fondu, o jehož využití je potřeba se starat. Mezi touto pomyslnou „Skyllou a Charibdou“ je zapotřebí proplouvat bez toho, že by personál prožíval konflikt z rozporu mezi spokojeností pacientů a kritiky ze strany zaměstnavatele.

Rovnovážného stavu mezi těmito dvěma rozpory bohužel nebylo dosaženo, a záhy se přidala frustrace personálu z toho, že na oddělení začínají přicházet pacienti s „klasickými“ psychiatrickými diagnózami, jako jsou poruchy osobnosti, ve větším měřítku než dříve i s organickými duševními poruchami včetně počínající demence a lidé s depresivní poruchou. Ojediněle se vyskytli i pacienti s anamnézou psychotické poruchy (bez aktuálních projevů dezintegrace) a pacienti se syndromem závislosti na psychoaktivních látkách. Při pohledu na výše uvedenou tabulku diagnóz lze namítnout, že pacienti s těžšími psychiatrickými poruchami byli na oddělení léčeni i záhy po jeho vzniku, avšak s postupnou profilací oddělení jim byla čím dál více poskytována péče na jiných odděleních léčebny, nikoli na odd. 5. To se nyní změnilo.

Rovněž byli znovu více přijímáni pacienti se zadáním k rehabilitačním procedurám, u mnohých, z nichž bylo těžké „vykřesat“ alespoň bazální motivaci pro psychotherapeutické aktivity, které se jich (oproti minulosti) rovněž týkaly.

Co je však podstatné, je to, že se sníženými nároky na tyto nemocné musel tým upravovat program, aby byl pro ně zvládnutelný, a zároveň, aby v něm mohli profitovat i ti plně indikovaní a motivovaní (tedy psychosomatictí). Časem situace velela otevřít kromě jedné psychotherapeutické skupiny i skupinu druhou, „méně náročnou“ a povolat do týmu dalšího psychologa. Z důvodu většího spektra diagnóz docházelo také k četnějším nedorozuměním, konfliktním situacím (včetně vzájemného fyzického napadení pacientů), vyhýbání se terapeutickým aktivitám, až bojkotováním léčby. Tato situace kladla zvýšené nároky na personál, jehož náplň práce začínala připomínat náplň práce personálu klasických psychiatrických oddělení.

ZÁNIK ODDĚLENÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE

V souvislosti s nastupující pandemií covid-19 bylo čím dál více zřejmé, že lůžkové kapacity zdravotnických zařízení se budou transformovat pro potřeby nakažených. V případě šternberské psychiatrické léčebny se na jaře 2020 rozhodovalo, jak naložit s otevřenými odděleními a jejich lůžkovým fondem. S odůvodněním epidemiologickými opatřeními (snížení rizik nákazy na komunitně uspořádaných odděleních) bylo vedením rozhodnuto o jejich rozpuštění. Kromě 12lůžkového psychoterapeutického oddělení 5b a 26-lůžkové psychosomatické jednotky 5a se hromadné propuštění pacientů týkalo i otevřeného ženského oddělení a protialkoholní stanice. Pacienti (v různých stádiích své léčby) byli propuštěni domů s doporučením pokračovat v ambulantní psychiatrické či psychoterapeutické léčbě, často v té době jen formou on-line péče.

Ke všem stávajícím dilematům a všestranným již výše zmíněným tlakům přibýlo pro terapeuty oddělení 5 etické dilema tkvící v nadřazení hygienických opatření duševnímu stavu léčených lidí a jejich psychosociálním potřebám. Rada pacientů se tak vracela bez větší terapeutické změny kupř. do nevyhovujícího prostředí dysfunkčních rodin nebo do sociální izolace se všemi riziky počínaje porušením abstinence a konče suicidálními myšlenkami. Dlužno podotknout, že v této rané době epidemie nebyla k dispozici možnost plošného testování a situace se řešila především karanténními opatřeními za všudypřítomného strachu z plošných nákaz celých oddělení.

Prostory psychosomatického oddělení 5a byly po několika dnech transformovány pro potřebu všech nově příchozích pacientů do PL (vyjma stavů s vysokým psychomotorickým neklidem a těžkým sebevražedným chováním) k jejich karanténnímu pobytu (zpočátku 2-týdennímu). Záhy se vžil název „filtrační oddělení“. Po uplynutí dané lhůty byli pacienti se širokým spektrem psychiatrických diagnóz překládáni na cílová oddělení léčebny. Personál psychosomatického i psychoterapeutického oddělení 5 byl nucen „ze dne na den“ opustit zvyklosti a pracovní rámec komunitního pracoviště s maximem psychoterapie, převléci se do jednorázových zástěr, nasadit rukavice, roušky a čepice a dbát o co nejvyšší izolaci jednotlivých pacientů umístěných po jednom na pokoji. V tomto gardu s mírnými úpravami (především časové lhůty karantény a zařazením vstupního a následného testování antigenními testy) oddělení fungovalo od jara 2020 až do zimy 2022. Poté na místech, kde probíhaly několik let dva vcelku vyhledávané komunitní programy, vzniklo oddělení akutní péče v souladu s požadavky psychiatrické reformy.

V mezidobí se zjara 2021 znovu otevřelo (tentokrát 16lůžkové) psychoterapeutické oddělení, avšak ve zcela jiném, odlehlém objektu sousedícím bezprostředně s oddělením léčby závislostí. V tomto novém prostoru však nebylo (a dosud není) vyhovující ubytování pacientů (až 4lůžkové pokoje bez sociálního zařízení), a nebyla k dispozici ani uzavřená místnost pro komunitní a skupinové aktivity – nezbytný předpoklad tohoto typu péče. Terapeutická místnost se postupně vybudovala vytvořením přepážky na rozšířeném místě chodby cca 7 týdnů po spuštění chodu oddělení. Do té doby bylo nutné neustále s pacienty přecházet do náhradních prostor.

Oddělení sloužilo a slouží pacientům s neurotickými obtížemi, tak jako kdysi v začátcích malého psychoterapeutického odd. 5b. Psychosomatickou jednotku ani její program už se vzkřísit nepodařilo...

ODDĚLENÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE – SEN NEBO SPRÁVNÁ CESTA?

Pokud bychom měli vyhodnotit smysluplnost výše uvedeného pokusu o integrativní pojetí péče v rámci psychiatrického ústavu, měli bychom začít u následujícího základního sdělení:

Spektrum léčebných postupů psychosomatické jednotky v PL Šternberk je možné bez nadsázky považovat za aplikaci bio-psycho-sociálního přístupu v klinické praxi, který v podmínkách státních ústavních zdravotnických zařízeních ve své době neměl v ČR obdoby. Oddělení bylo z tohoto důvodu vyhledáváno napříč republikou ambulantními lékaři (a to nejen psychiatry) i pacienty samými.

Pokud bychom hledali příčiny toho, proč po období určité, řekněme ekonomickým výrazem konjunktury (bohatý program, slušná tzv. „obložnost“ lůžkového fondu) nastalo období, hospodářsky řečeno recese (při zachované bohatosti programu, avšak klesající „obložnosti“), měli bychom zohlednit několik faktorů. Pro přehlednost jsou rozděleny na faktory externí (okolnosti mimo léčebnu) a na faktory vnitřní (okolnosti vyvěrající z provozu šternberského oddělení).

EXTERNÍ FAKTORY RECESE

S postupující reformou psychiatrické péče vzniká více ambulantních zařízení či pracovišť stacionárního typu (namátkou kupř. denní i pobytový stacionář pro neurotické a psychosomatické pacienty při Psychosomatické klinice v Praze,

adresou Patočkova 3). Může být, že jsou psychosomatictí pacienti častěji „zachyceni“ právě těmito ambulantními či stacionárními typy pracovišť.

Pro řadu pacientů je čím dále obtížnější vyvázat se ze svých pracovních povinností na poměrně dlouhou dobu, kterou specializovaný program vyžaduje (6-8 týdnů). Jejich volba v těchto případech může tedy padnout na ambulanci či denní stacionář, nikoli na lůžkové pracoviště. Do kontrastu lze postavit opačný trend v některých jiných medicínských oborech, totiž zkrátit hospitalizaci na minimum. Požadavku soudobého pacienta – ztratit co nejméně pracovního času – tak lze v těchto ostatních případech (na rozdíl od pečlivě vedené bio-psycho-sociální léčby), vyjít mnohem více vstříc.

Ve hře je samozřejmě i stigmatizace kontaktem s psychiatrickou ambulancí, potažmo léčebnou. Nestátní docházkové, ale i pobytové zařízení nabízející psychotherapeutické či celostně orientované služby pro klienty s úzkostnou či psychosomatickou symptomatikou může pro řadu zájemců působit „nizkoprahové“. Jeho uživatelé si nemusejí ve většině případů dělat starosti s psychiatrickým razítkem na svých dokumentech, ani s odpovídáním na zvědavé otázky okolí...Stále hraje roli rozdíl mezi psychologem a psychiatrem, mezi psychiatrickou a psychotherapeutickou léčbou.

INTERNÍ FAKTORY

Samozřejmě je nutno připustit i vnitřní, takřikající intramurální příčiny poklesu zájmu o psychosomatické oddělení:

Postupné zvyšování náročnosti programu a indikační omezení mohly vést k poklesu zájmu těch pacientů, co byli zvyklí z dřívějších dob absolvovat „rehabilitační pobyt“ s občasnými relaxacemi. Naopak pozdější snížení nároků na vstupní kritéria umožňovalo v čím dále větší míře vřazovat do programu pacienty nemotivované nebo problematické po osobnostní stránce. Ti pak strhávali určitou část komunity „svým směrem“ - celkově brzdili tempo a dynamiku žádoucích změn u ostatních, stávali se ohnisky konfliktů v komunitě atp.

Takřka jistý je i vliv tzv. „Šternberské kauzy“ s dopadem na pověst pracoviště a sníženou míru důvěry ze strany pacientů, kteří se od někoho dozvěděli, že personál byl vyšetřován policií.

Rotující zaměstnanci na některých pozicích (sekundární lékař oddělení, psychologové) mohli přispívat k dojmu nestability týmu, amatérismu,

personální nouzi nebo manažerské insuficienci vedoucího lékaře (primáře). Tým se skutečně potýkal s nedostatkem personálu, protože nebylo výjimkou zastupování lékařů z jiných pracovišť či pracovní „rozkrčenost“ psychologů mezi více odděleními.

Do nepříliš utěšených poměrů udeřila pandemie a struktura oddělení se proměnila. Časem se zrekonstruovala alespoň psychoterapeutická jednotka pro neurotickou klientelu, nicméně oddělení pro psychosomatiku zaniklo.

Pokud by šlo o „naplnění snu“ pracovat na poli psychiatrie bio-psycho-sociálním (psychosomatickým) způsobem, vyžadovalo by to následující podmínky:

- předběžný pokus o analýzu obsaditelnosti kapacity lůžkového fondu oddělení;
- vyčlenění adekvátního počtu lůžek (na základě zjištěného předpokládaného zájmu) ve vhodném přátelském prostředí s komunitně skupinovými prostory;
- vyčlenění motivovaného středního zdravotnického personálu, alespoň částečně psychoterapeuticky vzdělaného (schopného kupř. vedení relaxací);
- psychoterapeuticky vzdělaný lékař – psychiatr ve vedení oddělení;
- sekundární lékař se zájmem o danou problematiku s alespoň započatým psychoterapeutickým výcvikem;
- psycholog nebo psychologové pro skupinovou a individuální psychoterapii zaměřenou na propojování bio-psycho-sociálních souvislostí stonání pacientů;
- vytvořená mezioborová síť s kolegy se somatickou specializací (internista, rehabilitační lékař, případně neurolog);
- vytvořená mezioborová síť s dalšími terapeuty zařízení (arteterapeut, rehabilitační pracovník, pohybový terapeut, taneční terapeut, hudební terapeut apod.);
- podpora ze strany vedení zdravotnického zařízení.

CO ŘÍCI ZÁVĚREM?

V souvislosti s dramatickým nárůstem zájmu o ambulantní psychiatrickou i psychoterapeutickou léčbu s rysy markantního převisu poptávky, jež, jak se zdá, ambulantní sféra není schopna uspokojit, se psychoterapeuticky či psychosomaticky orientovaná oddělení psychiatrických zařízení nabízejí jako žádoucí alternativa.

Po stránce léčebné se mohou stát oním facilitujícím způsobem, jenž v relativně krátkém časovém období (oproti mnohaměsíční až letité ambulantní péči), dokáže navodit u indikovaného pacienta žádoucí změny k lepšímu. I po stránce ekonomické se hromadně-skupinová, tedy komunitní terapie pacientů jeví hospodárněji ve srovnání s tím, kolik finančních prostředků pojme opakování návštěv lékařů (často pacientem střídaných) včetně nákladných vyšetření i terapeutických postupů.

Nezbývá než se snažit do právě probíhající reformy psychiatrické péče v ČR postupně vřazovat i téma péče o tzv. psychosomatické pacienty a zajistit jim moderní celostní péči v nestigmatizujícím a bezpečném prostředí.

Seznam bibliografických zdrojů

International Organization of Physical Therapy in Mental Health, 2022. Home [online]. [cit. 9.5.2022]. Dostupné z: <https://www.ioptmh.org/>.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7.vyd. Praha: Portál 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

KRYL, Michal. Psychosomatická medicína ve Šternberku již pošesté. *Psychosom* [online]. 2019, 2(1-2). ISSN 1214-6102. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-1-2-2019/716-z-konferenci-1-2019?start=1>.

KRYL, Michal, KOCHTOVÁ, Eva. Existenciální aspekty komunitní a skupinové psychoterapie za hospitalizace. *Psychoterapie*. 2013, 7 (1), 53-57. ISSN 1802-3983.

Psychiatrická nemocnice Kroměříž, 2022. Oddělení [online]. [cit. 9.5.2022]. Dostupné z: <http://www.pnkm.cz/cs/oddeleni-lecebny/18b---psychoterapeuticke--oddeleni>.

Psychosomatická klinika, 2022. Jak vám pomůžeme [online]. [cit. 9.5.2022]. Dostupné z: <https://psychosomatika.cz/jak-vam-pomuzeme/stacionarni-pece/pobytovy-psychosomaticky-stacionar/>.

FYZIOTERAPIE MEZI DUŠÍ A TĚLEM ANEB PSYCHOSOMATIKA VE FYZIOTERAPEUTICKÉ PRAXI

PHYSIOTHERAPY BETWEEN SOUL AND BODY OR PSYCHOSOMATICS IN
PHYSIOTHERAPEUTIC PRACTICE

DANIELA STACKEOVÁ

Anotace

Pochopení psychosomatických vztahů v oblasti pohybového systému je pro efektivitu práce fyzioterapeuta velmi důležité. Emoční stav bezprostředně ovlivňuje svalové napětí, a to diferencovaně v různých svalových skupinách, a rovněž působí na řízení pohybu centrální nervovou soustavou. Při vyšetření svalového systému získáváme cenné informace i o psychice pacienta a cíleným působením na pohybový aparát pak můžeme zlepšit nejen jeho funkci, ale rovněž významně působit na psychiku.

Poruchy funkce pohybového systému mohou mít různé příčiny, zpravidla jsou multifaktoriální, u některých může mít psychika minoritní podíl, u některých může být její vliv zásadní, pak můžeme takové poruchy označit jako psychosomatické. Nejčastěji se jedná o bolesti zad.

Ač mohou mít potíže v oblasti pohybového systému psychosomatický původ, v jejich léčbě nevystačíme pouze s psychoterapií, nezbytné jsou tradiční fyzioterapeutické diagnostické i léčebné postupy. Ty mohou „nastartovat“ terapeutický proces, úleva v tělesné oblasti může být impulsem k aktivaci samoúzdavných mechanismů v psychické oblasti. Jako nejúčinnější se v praxi jeví právě kombinace fyzioterapeutických metod s metodami psychoterapeutickými, a to jak verbálními, tak na tělo orientované psychoterapie.

„Dotekové“ fyzioterapeutické metody (masáž, měkké techniky apod.) mají specifický psychologický efekt a vzniká při nich specifický vztah. Terapeut je v dominantní pozici, ze strany pacienta je třeba důvěra, odevzdání se působení terapeutického doteku, kdy ovlivnění svalového napětí se všemi dalšími změnami, které jej provází, působí bezprostředně i na psychiku pacienta.

Understanding psychosomatic relationships in the musculoskeletal system is very important for the effectiveness of the physiotherapist's work. The

emotional state directly affects the muscle tension, in different ways in different muscle groups, and also affects the control of movement by the central nervous system. During the examination of the muscular system, we also obtain valuable information about the patient's psyche, and during therapy of the musculoskeletal system we can improve not only its function, but also significantly affect the psyche.

Musculoskeletal disorders can have various causes, they are usually multifactorial, in some the psyche may have a minority, in some its influence may be significant, then we can describe such disorders as psychosomatic. This is most often back pain.

Although problems in the musculoskeletal system may be of psychosomatic origin, in their treatment we are not satisfied with psychotherapy alone, traditional physiotherapeutic diagnostic and therapy methods are necessary. These can start the therapeutic process, relief in the somatic sphere can be an impulse to activate self-healing mechanisms in the mental area. The combination of physiotherapeutic methods with psychotherapeutic methods, both verbal and body-oriented psychotherapy, seems to be the most effective in practice.

"Touch" physiotherapeutic methods (massage, soft techniques, etc.) have a specific psychological effect and a specific relationship is created. The therapist is in a dominant position, the patient's trust and surrender to the effect of the therapeutic touch are needed, when the influence of muscle tension with all other changes that accompany this has an immediate effect on the patient's psyche.

Přijetí psychosomatiky a psychosomatického přístupu ve fyzioterapii na rozdíl od medicíny probíhalo a probíhá méně konfliktně, jsou přijímány a vnímány většinou odborníků jaksí "samozřejmě", nesetkáváme se zde s jejich odpůrci jako u některých lékařských oborů. I v pregraduálním vzdělávání fyzioterapeutů bývá součástí kurikul psychosomatika minimálně jako volitelný, v magisterském stupni zpravidla jako povinný předmět. V rámci postgraduálního vzdělávání fyzioterapeutů neexistuje bohužel v tuto chvíli specializace na psychosomatiku, o vzdělávací akce zaměřené na toto téma však jeví fyzioterapeuti zpravidla velký zájem.

Vztah terapeut – pacient ve fyzioterapii a psychoterapeutický efekt fyzioterapeutických technik

Příčin, proč fyzioterapeuti vnímají psychosomatiku jako pro svůj obor přirozenou a jim vlastní, je více. Fyzioterapeut je s pacientem v blízkém kontaktu, tráví s ním zpravidla více času než ostatní zdravotničtí pracovníci, jsou ve větší osobní blízkosti nebo v přímém tělesném kontaktu. Vzniká tak velmi specifický vztah. Pro úspěšnost fyzioterapie je třeba, aby měl pacient k terapeutovi důvěru. To je samozřejmě třeba ve zdravotnictví obecně, fyzioterapeut však přímo působí na tělesné funkce. Pro efekt terapie je významné, aby se pacient relaxovaně a s důvěrou oddal působení terapie včetně terapeutových doteků. Vztah k fyzioterapeutovi není zpravidla typický strachem z bolesti či invazivních zákroků s narušením tělesné integrity, na druhou stranu pro řadu pacientů může být psychicky ohrožující tělesná blízkost a přímý tělesný kontakt, ke kterému při některých fyzioterapeutických metodách dochází. Musí tedy jít o skutečně vnitřně prožívanou důvěru, která může být limitována i osobnostním nastavením pacienta. Proto je komunikace s pacientem už od prvního kontaktu velmi významná a vybavení komunikačními dovednostmi je základem psychosomatického přístupu i ve fyzioterapii.

Pro řadu pacientů může být bližší kontakt, dotek, i podrobnější verbální komunikace s fyzioterapeutem novým a nezvyklým zážitkem v kontextu zdravotní péče. Je to dáno mimo jiné změnami, ke kterým došlo v průběhu vývoje – praktičtí lékaři i ambulantní specialisté mají k dispozici nové přístrojové vyšetřovací metody, pokročilé technologie, a méně prostoru je věnováno fyzikálnímu vyšetření, při kterém dochází k bližšímu kontaktu s pacientem. Zároveň jsou lékaři zatíženi administrativními úkony a dochází tak bohužel k tomu, že mnohdy pacient odchází z ordinace s pocitem, že lékařovy pohledy směřovaly po dobu jeho návštěvy více na monitor počítače než na něj. A lékaři si zase často postesknou, že by rádi ve své praxi aplikovali psychosomatický přístup, ale podmínky výkonu jejich práce jim to nedovolují. Mnohdy se tak fyzioterapeut, který je s pacientem v blízkém kontaktu, dozví v průběhu terapie anamnestické informace daleko podrobnější a významnější, než jaké sdělí pacient v průběhu své návštěvy lékaři.

„Dotekové“ fyzioterapeutické metody (masáž, měkké techniky apod.) mají specifický psychologický efekt. Terapeut je v dominantní pozici, ze strany pacienta je třeba důvěra, odevzdání se působení terapeutického doteku, kdy ovlivnění svalového napětí se všemi dalšími změnami, které jej provází,

působí bezprostředně i na psychiku pacienta. Odevzdání se, podvolení se působení terapeuta je pro pacienta často rovněž specifickým zážitkem, který může mít sám o sobě terapeutický efekt. Terapeut zároveň musí být schopen přesně odhadnout, jaká míra jeho působení není psychologicky ohrožující. Intenzitu může stupňovat v průběhu dlouhodobé terapie s tím, jak se vyvíjí terapeutický vztah, vždy tak, aby to pro pacienta bylo bezpečné. Vnitřní tenze a úzkost může mít obranný charakter a pokud tuto bariéru prolomíme příliš intenzivním snížením svalového napětí, výsledkem může být zintenzivnění obranné reakce a nárůst úzkosti.

Dotek působí relaxačně, navozuje uvolnění a zklidnění, má pro lidskou psychiku specifický význam. Právě pacienti s psychosomatickými obtížemi jsou často ti, kterým chybí doteky blízké osoby (nebo mají problém s jejich přijetím), které jsou projevem citu, lásky, vyvolávají přímou tělesnou odezvu včetně vlivu na neurovegetativní systém. Doteky při terapii nejenže cíleně terapeuticky snižují napětí svalů a vaziva, ale mohou mít také významný psychoterapeutický efekt. Nemělo by ale dojít k tomu, co bychom mohli nazvat jakousi obdobou psychoanalytického přenosu. Prožitek doteku může evokovat dětské vzpomínky mateřských, uklidňujících doteků, může mít ale také erotický náboj, nebo také může dotek v místech, kde se kumuluje napětí a pro jeho snížení musí terapeut vyvinout tlak způsobující specifickou bolest, vyvolat emoci vzteku a její následné odreagování právě přes svalové napětí. Je tedy vůbec možné, aby nedošlo ke vzniku emočního vztahu při takovém působení? Nabízí se snad možnost následné analýzy prožitků pacienta, není ale z pohledu léčby psychosomatických obtíží lepší nechat pracovat neverbální a nevědomé procesy a neriskovat to, že verbální analýza aktivuje obranné mechanismy, nemluvě o tom, že většina fyzioterapeutů nemá psychoanalytické vzdělání a psychoterapeutické kompetence? Na tyto otázky zřejmě není jednoznačná odpověď. Domnívám se však, že právě u psychosomatických pacientů dává fyzioterapie prostor pro neverbální práci, a bývá zde přínosnější oddělení verbální a neverbální terapie – fyzioterapeut pracuje především a převážně s tělem, psychoterapeut se slovem, a v rámci týmové terapie jsou ve vzájemné komunikaci, koordinují terapeutický postup a sdílejí významné informace z terapie. (Kéž by to tak v praxi probíhalo, bohužel v lepším případě jeden odborník doporučí druhého a následně už spolu o průběhu terapie nekomunikují.)

Významnou roli v terapeutickém vztahu hraje i sexualita, nabízí se tedy i otázka, zda vůbec může terapie, při které dochází k doteku, nemít mezi ženou a mužem sexuální podtext, případně jak je možné s ním terapeuticky

pracovat. Součástí etiky práce fyzioterapeuta je profesionální chování v této oblasti, vztahový rámec terapie musí být jasně dán, riziko vzniku nežádoucí citové závislosti případně s erotickým nábojem je ve fyzioterapii, jak bylo výše popsáno, velmi vysoké (záleží na okolnostech jako je věk a další faktory). Možným faktorem, který riziko umocňuje, je posun v oblasti sexuality směrem k větší uvolněnosti sexuálních norem spojené se sexuální nevázaností a ztrátou zábrán u dospělé populace, včetně "prolamování sexuálních tabu" v pornografické produkci, jež nepochybně posunuje normu ve fantaziích pacienta (a možná i fyzioterapeuta). I přes tento posun je však závažnost dopadů průlomu intimity a jejích následných vážných komplikací stále stejná, a odpovědnost vždy leží na terapeutovi.

U psychosomatických pacientů (a nejen u nich, zde však záměrně) může být sekundárním cílem fyzioterapie také nácvik ovládání vnitřního napětí, včetně toho svalového. To je cílem i řady psychoterapeutických technik. Dotekové fyzioterapeutické techniky zde mohou být velmi efektivní, a to právě u psychosomatických pacientů, kteří často "potřebují" minimálně v počátku terapie impuls v podobě terapeutického doteku. To má však vždy výše popsaná rizika, proto je jasné vymezení prostoru a hranic terapeutického vztahu velmi důležité.

Psychosomatický přístup ve fyzioterapii

Pochopení psychosomatických vztahů v oblasti pohybového systému je pro efektivitu práce fyzioterapeuta velmi důležité. Emoční stav bezprostředně ovlivňuje svalové napětí, a to diferencovaně v různých svalových skupinách, a rovněž působí na řízení pohybu centrální nervovou soustavou. Při vyšetření svalového systému získáváme cenné informace i o psychice pacienta a cíleným působením na pohybový aparát pak můžeme zlepšit nejen jeho funkci, ale rovněž významně působit na psychiku.

Poruchy funkce pohybového systému mohou mít různé příčiny, zpravidla jsou multifaktoriální, u některých může mít psychika minoritní podíl, u některých může být její vliv zásadní, pak můžeme takové poruchy označit jako psychosomatické. Nejčastěji se jedná o bolesti zad a hlavy, může jít také o bolesti ramenních, kyčelních či kolenních kloubů a další.

Při vstupním vyšetření pacienta fyzioterapeut na základě podrobné anamnézy a následných fyzioterapeutických testů zvažuje, jaké jsou příčiny pacientových potíží včetně toho, jakou roli mohou hrát psychosociální faktory. Pokud je jejich podíl zásadní, můžeme označit

vzniklé potíže jako psychosomatické. Může jít o dopad stresu a s ním související úzkosti, může jít o depresivní stavy a jejich vliv na funkci pohybového systému, potíže také mohou vzniknout akutně jako dopad psychického traumatu. Mechanismy vzniku těchto potíží jsou dnes již popsány i z neurofyzilogického hlediska. Emoce, jejichž centrum je v limbickém systému, ovlivňují svalový tonus, a to diferencovaně, ve svaích s převažující posturální funkcí vlivem stresu napětí stoupá, ve fázických může naopak paradoxně klesat, což v podstatě umocňuje obraz svalových dysbalancí dle Jandy. Limbický systém, resp. emoční stav také významně ovlivňuje mechanismy řízení pohybu – vlivem negativních emocí se zhoršuje kvalita funkce posturálního systému a s tím související balanční schopnosti a zhoršená stabilita vyžaduje větší zapojení některých svalů s rizikem jejich přetížení. Zhoršuje se také pohybová koordinace a jemná motorika. Při afektu může dojít k tak významné dyskoordinaci, že snadno vznikne úraz. Typickým příkladem je kloubní blokáda na páteři po jednom banálním pohybu, který provedeme ve vyhrocené hádce s partnerem. Významnou roli v těchto procesech hraje i dýchání, které bezprostředně reaguje na náš emoční stav svou frekvencí, hloubkou a lokalizací, což působí mimo jiné na napětí těch svalů, které se na dýchání podílí. Zvládání stresu a překonání náročných situací je také provázáno specifickými tělesnými reakcemi v oblasti posturálního systému, pokud se cítíme ohroženi, sevřeme pěsti, čelisti, předsuneme hlavu.... Tyto „obrané postoje“ můžeme vnímat jako obranné mechanismy osobnosti v somatické rovině (jak to je popisováno například v bioenergetice). Bývá také zmiňován jejich biologický, resp. fylogenetický původ. To může souviset se specifickou reaktivitou některých svalů, jako typicky například horní části trapézového svalu či krátkých extenzorů šíje na náš emoční stav.

Znalost těchto vztahů dává fyzioterapeutovi možnost preciznější a přesnější diagnostiky. Při základním vyšetření aspektů můžeme z postury pacienta odečíst informace o jeho emočním ladění. Při palpaci pak vnímání tonu konkrétních svalů dává ještě přesnější informaci o jejich zapojení v posturálních funkcích a také při dýchání.

Pochopení těchto vztahů můžeme využít i v terapii, působením na konkrétní svaly a jejich napětí můžeme cíleně působit na psychiku. To má uplatnění především u psychiatrických (nepsychotických) pacientů a psychosomatických pacientů a pracují s tím také techniky na tělo orientované psychoterapie, i když zpravidla jinými cestami než fyzioterapie.

Terapie psychosomatických poruch ve fyzioterapii

Ač mohou mít potíže v oblasti pohybového systému psychosomatický původ, v jejich léčbě nevystačíme pouze s psychoterapií, jak by se mohlo zdát, nezbytné jsou tradiční fyzioterapeutické diagnostické i léčebné postupy. Psychoterapií můžeme dosáhnout efektu v oblasti psychiky, nicméně i přesto mohou obtíže v oblasti pohybového systému přetrvávat. Vhodně zvolený fyzioterapeutický postup může „nastartovat“ terapeutický proces, úleva v tělesné oblasti může být impulsem k aktivaci samoúzdavných mechanismů v psychické oblasti či k rychlejšímu a výraznějšímu efektu psychoterapie. Jako nejúčinnější se v praxi jeví právě kombinace fyzioterapeutických metod s metodami psychoterapeutickými, a to jak verbálními, tak na tělo orientované psychoterapie.

Někteří pacienti přicházejí za fyzioterapeutem sami s vysvětlením, že za jejich potížemi stojí stres, psychické napětí, že určité mechanismy vlivu stresu na tělesné funkce sami vnímají a od fyzioterapeuta mimo jiné očekávají, že jim pomůže v této oblasti včetně explanace mechanismů působení stresu a nácviku autoregulačních postupů. Edukace v této oblasti, přesné vysvětlení toho, jak působí stres na pohybový systém a nácvik možných autoterapeutických postupů bývá u takových pacientů zpravidla žádoucí, už samotný pocit možné kontroly nad tělesnými dopady stresu může význačně snížit úzkost a racionalizace a cílená verbalizace aktuální situace pacienta je efektivní. Verbální komunikaci s pacientem věnujeme velkou pozornost.

Na druhou stranu přichází i pacienti, u kterých není zásadní akutní stresová zátěž, ale uvažujeme o osobnostních dispozicích týkajících se uvědomění a zpracování emocí, o hlubokých vnitřních konfliktech pramenících často z dětství. U takových pacientů může být verbalizace neefektivní, naopak dochází k aktivaci obranných mechanismů, takové pacienty k verbalizaci nevybízíme a volíme neverbální postupy, pochopení a přijetí vyjadřujeme dotekem, pohybem apod. (přičemž však je v takových případech žádoucí hlubší psychologická, resp. psychoterapeutická edukace).

Abychom zvolili optimální terapeutickou strategii, musíme provést důkladnou anamnézu. Záměrně se ptáme pacienta, zda vnímá nějakou souvislost mezi aktuálními somatickými obtížemi a svými emocemi, sledujeme, jak v této oblasti verbalizuje, sledujeme jeho neverbální projevy, případně se dle okolností ptáme na jeho vztahy, sledujeme, jak je vnímá a popisuje, a také se zaměříme na jeho očekávání od terapie – očekává

emoční oporu a podporu, nebo je rezervovaný a očekává pouze zmírnění svých tělesných potíží?

Z výše popsaného vyplývá, že psychologická erudice se z výše uvedených důvodů jeví pro profesi fyzioterapeuta velmi důležitá a bez psychosomatického přístupu ve fyzioterapii lze těžko dosáhnout terapeutického efektu. Zařazení této problematiky do pregraduálního vzdělávání fyzioterapeutů na všech vysokých školách, kde se obor fyzioterapie vyučuje, považujeme za nezbytné. Nicméně v praxi je třeba jasně vnímat a rozlišovat profesní kompetence – fyzioterapeut není psycholog ani psychoterapeut a psychoterapie není v jeho kompetenci. To je manifestní v oblasti užitých metod, nicméně fyzioterapeut, který je kompetentní v oblasti psychosomatického přístupu, může v rámci fyzioterapie působit „psychoterapeuticky“, aniž by to bylo jeho primárním záměrem, hranice mezi fyzioterapií a psychoterapií je zde tak velmi tenká. Pro řadu pacientů je fyzioterapeutická léčba také významnou konfrontací s vlastní tělesností, vede ke změně v prožívání a uvědomování vlastního těla a přístupu k němu, i to můžeme vnímat jako psychoterapeutický efekt fyzioterapie.

Řada fyzioterapeutů, kteří vnímají význam psychologického a psychosomatického přístupu ve fyzioterapii jako to, co může zásadně zvýšit efektivitu terapie, volí cestu kombinace fyzioterapeutického a psychologického / psychoterapeutického vzdělání. Nabízí se úvaha, zda by lepším řešením nebylo začlenění psychosomatiky do specializačního vzdělávání fyzioterapeutů. Stejně tak, jako se postupně konstituoval obor psychosomatická medicína, by mohl být formován obor psychosomatická fyzioterapie (ve smyslu fyzioterapie u psychosomatických obtíží). Bohužel v tomto směru je komerční praxe „o krok dále“, na užívání tohoto a podobných termínů narážíme v komerční nabídce stále častěji, a to aktuálnějším úkolem je jasné vymezení této fyzioterapeutické specializace oproti komerčním, často neodborným či přímo pro pacienty nebezpečným postupům. Vzhledem k účasti fyzioterapeutů jako členů výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP (do výboru Společnosti jsou voleni vždy dva fyzioterapeuti) by právě toto mohlo být jedním z cílů jejich působení v této oblasti do budoucna.

KUNG FU TERAPIE – TRANSFORMACE ZÁŽITKŮ ÚTLAKU, NÁSILÍ A TRAUMATU

KUNG FU THERAPY – TRANSFORMING EXPERIENCES OF OPPRESSION,
VIOLENCE AND TRAUMA

MAREK ŠMEJKAL

Anotace

Kung Fu Terapie je nová psychosomatická intervence, kterou autor vyvíjí. Jedná se o propojení technik bojového umění a Procesově orientované psychologie. Kung Fu Terapie otevírá příležitost setkat se se svými vzorci chování při zátěžových situacích a konfliktech. Kung Fu Terapie přináší techniky, které aktivují naše hluboké zdroje síly pro schopnost čelit nátlaku a bránit se. Při cvičení technik bojového umění se projevují vzorce chování pocházející z individuální historie, společenských předsudků a také naše hluboké prehistorické instinkty pro přežití. Tyto vzorce se projevují signály v pohybu, gestech, pocitech a emocích. Pokud tyto signály zkoumáme a rozvíjíme, docházíme k uvědomění o našich vnitřních přesvědčeních a také aktivujeme nové zdroje síly a vzorce chování. Tyto nové zážitky rozšiřují naše schopnosti reakcí a posilují naši sebedůvěru. Autor tuto metodu aplikuje v rámci programu léčby lidí uzdravujících se z drogové závislosti v Denním stacionáři Sananim a v soukromé praxi Psychoterapie Radotín.

Kung Fu Therapy is a new psychosomatic intervention that the author is developing. It is a combination of martial art techniques and Process Oriented Psychology. Kung Fu Therapy opens up the opportunity to encounter one's own patterns of behavior in stressful situations and conflicts. Kung Fu Therapy brings techniques that activate our deep sources of strength for the ability to face pressure and defend ourselves. When practicing martial arts techniques, patterns of behavior derived from individual history, societal prejudices, as well as our deep prehistoric survival instincts are manifested. These patterns are manifested by signals in movement, gestures, feelings and emotions. When we explore and develop these signals, we come to an awareness of our inner beliefs and also activate new sources of strength and patterns of behavior. These new experiences expand our response capabilities and strengthen our self-confidence. The author applies this method in the treatment program for

people recovering from drug addiction at the DayCare Center Sananim and privately at the center Psychotherapy Radotín.

Od prohraných bojů k bojovému umění a psychoterapii

Bojové umění se stalo součástí mé životní cesty. Když se dívám zpět na začátek, tak mi dochází, že bojové umění se stalo mou první psychoterapií.

Jako děti jsme se hodně prali. Já byl menší a slabší než většina mých vrstevníků, a tak jsem často rvačky prohrával. Cítil jsem strach z dalších možných rvaček. Zažil jsem mnoho ponížení. Snil jsem o tom, jak umím bojovat jako Bruce Lee a ve rvačkách s přehledem vyhrávám. Naštěstí jsem pouze nesnil, ale skutečně jsem hledal, kde bych se mohl naučit bojovat. Začal jsem cvičit karate, pak řecko-římský zápas, ve kterém jsem i soutěžil. A nakonec jsem zakořenil u Lok Yiu Wing Chun Kung Fu.

Na počátku mého tréninku v dětství jsem byl poháněn touhou stát se silným a obávaným bojovníkem. Až mnohem později jsem si jasně uvědomil, jak důležité pro mě bylo získat přístup k sobě a své osobní síle. A nutno dodat je to stále důležité, tento proces stále pokračuje. Zážitky ponížení od spolužáků na základní škole, autorit a trenéra ve mně zůstávaly a já hledal cestu, jak se jim postavit. Trénink bojového umění v tom hrál důležitou roli. Ale zároveň jsem zjistil, že trénink bojového umění není často dostačující. Chybělo mi umění lépe převádět zkušenosti a dovednosti z tělocvičny do každodenního života. Několikrát jsme na toto téma mluvili s ostatními žáky kung-fu a měli vášnivou diskuzi. Poté, když jsem stál v tváři v tvář konfliktu s kolegy nebo nadřizenými, bylo těžké uplatnit mé zkušenosti z kung-fu. Využíval jsem jich intuitivně, ale také omezeně. Stále jsem cítil a věřil, že existuje pojitko a je možné aplikovat zkušenosti z tréninku kung-fu mnohem efektivněji a přesněji. Zažil jsem několik učitelů a instruktorů různých bojových umění. Ti všichni o aplikaci bojového umění do každodenního života mluvili spíše okrajově a nechávali toto téma většinou na studentovi a jeho intuici. Pro mě osobně se téma aplikace bojového umění do života stalo tím hlavním a nejzajímavějším (Šmejkal, 2013). Hledal jsem inspiraci u různých psychologických směrů od tanečně pohybové terapie přes bioenergetiku než jsem objevil Procesově orientovanou psychologii (POP). Právě POPka mi poskytla přesně ten přístup, o kterém jsem snil.

Procesově orientovaná psychologie a zrod Kung Fu Terapie

Procesově orientovaná psychologie (POP) představuje přístup, který se zaměřuje na práci s procesem, odehrávajícím se na pozadí problémů či obtíží klienta. Tento proces se POPka pokouší odkrývat v jeho úplnosti, a tím podporovat otevírání nových pohledů, uchopení a možností klienta skrze jeho vlastní skryté vnitřní zkušenosti a zážitky (Diamond, Jones, 2015). V toku lidských zkušeností POPka rozlišuje primární a sekundární proces. Primárním procesem nazýváme takové zkušenosti, které jsou záměrné a ztotožňujeme se s nimi. Sekundární proces jsou všechny jevy, které se nám dějí bez našeho záměru. Na příklad si představte ženu při nácviku úderu do lapy. Tato žena sama sebe vnímá spíše jako slabou a vyhýbá se konfliktům. Jejím primárním procesem je slabost a vyhýbání se. Když udeří do lapy, pocítí trochu síly v paži a vytvoří to na její tváři mírný úsměv. Pocit síly a příjemný pocit z úderu jsou sekundárním procesem. Pokud přivedeme pozornost k uvědomění si pocitu síly, stává se tato zkušenost možností, prvním krokem k novému vzorci chování. Právě takové sekundární jevy POPka sleduje a kreativně rozvíjí. Těmito jevy mohou být samovolné pohyby, postoj těla, tón řeči, gesta, tělesné pocity aj. Reflektování a kreativní rozvíjení sekundárních procesů vede k dosažení nových zážitků, rozšíření uvědomění a vytvoření nových vzorců chování. Právě sledování a rozvíjení sekundárního procesu při tréninku kung-fu mi otevřelo přístup k dimenzi vnitřních zážitků klienta. Při cvičení kung-fu se projevuje osobní životní proces cvičícího. Projevuje se v pohybu, postoji těla, tónu řeči, tělesném pocitu, ve vizuálních představách, ve vztahu k druhému. Pokud se budeme zaměřovat na ty signály, které jsou nezáměrné, máme možnost podpořit klienta v dosažení nové zkušenosti a uvědomění. POPka mi tedy ukázala způsob, jak následovat projev klienta a podpořit jeho psychotherapeutický proces.

Individuální i kolektivní vzorec – zneužívání postavení a (ne)schopnost bránit se

Na základě vlastní zkušenosti a inspirován procesy mých klientů jsem se znovu vrátil k základům sebeobrany a bojového umění kung-fu. Mním tím uvědomění, jak důležitou roli hraje vědomí osobní síly, přístup k ní a schopnost postavit se za sebe a své zájmy. Jedná se vlastně o základní dovednost sebeobrany aplikovanou v každodenních konfliktech a vztazích. Postupně jsem zjišťoval, jak podstatné a kolektivní téma to je. Po mnoha letech tréninku bojového umění jsem se ocitl opět na začátku a učil se být si vědom své osobní

síly a umět se postavit za sebe. Jasněji jsem si uvědomil své vnitřní protivníky a souvislosti s mou osobní historií zážitků ponížení autoritami. Tím, jak jsem si procházel vlastním procesem, setkával jsem se čím dál častěji s podobnými zážitky u mých klientů i studentů. Jsem přesvědčen, že drtivá většina z nás zažila ponížení, násilí nebo zneužití. Tato dynamika násilí je v nás bohužel dost zakořeněná. Často se nacházíme v průběhu života v obou rolích. Jak v roli toho, kdo je ponižován a manipulován, tak v roli toho, kdo utlačuje nebo ponižuje. Bohužel je stále běžné, že člověk, který se nachází v pozici autority či nadřízeného, zneužívá svou moc, aniž by si to uvědomoval. Vlastně to někdy přijímáme, jako by to bylo v pořádku, že ten, kdo je ve vyšší pozici měl právo utlačovat a ovládat. Ze své zkušenosti vím, jak náročné je, postavit se někomu, kdo je větší a má větší moc. Když už si skoro troufáme, zastaví nás obava, že v budoucnu to bude ještě horší a náš protivník nás o to více potrestá. Tento strach má své důležité opodstatnění, ale také nás může držet v této pasti dlouhá léta. Kung Fu Terapii koncipuji jako prostor pro zkoumání těchto zážitků a vzorců. Jako cvičiště, kde je možné v bezpečném prostoru zkoumat své strachy, projevit potlačovaný vztek a zkoušet si nové možnosti reakcí.

Trauma a závislost

Každý z nás někdy zažil nátlak, ponížení, napadení nebo dokonce zneužití a násilí. Mnoho z nás na sobě zažilo násilí a zneužívání přímo a mnoho z nás bylo svědkem takových událostí. Do jisté míry se všichni potýkáme s následky takovýchto traumatických zážitků. Traumatické zážitky mají hluboký dopad na naše tělo i duši. Otisk takových zranění si neseme dál životem a ovlivňují naše sebevnímání a seberealizaci ve světě a vztazích. Vnějšími projevy jsou pak prožívání návalů bezmoci, paniky nebo agrese, zuřivosti, přílišné ostražitosti, rozrušenosti a odtrženosti od sebe a svých emocí aj. Tyto symptomy mohou přetrvávat i mnoho let po zážitcích do dospělosti. Bohužel většinou symptomy nejen přetrvávají, ale rozvíjejí se v různá duševní a psychosomatické onemocnění.

V důsledku prožívání traumatických zážitků lidé vyhledávají a užívají různé návykové látky, které mírní jejich utrpení. Pokud jsme někdy toto utrpení zažili, máme pochopení pro ty, co mají tendenci užívat všech možných látek ke zmírnění této vnitřní bolesti (Maté, 2020). Bohužel užíváním látek dochází pouze k potlačení hlubokých emocí. Uzdravení přichází až ve chvíli, kdy začneme naše symptomy vnímat a vydáme se na hrdinskou cestu překonávání našich intenzivních pocitů strachu, studu, zlosti, smutku, bolesti.

Aplikace Kung Fu Terapie v Denním stacionáři Sananim

Denní stacionář Sananim je pražské psychoterapeutické centrum poskytující především intenzivní 4měsíční léčbu lidem uzdravujícím se z drogové závislosti. V Denním stacionáři Sananim jsem pracoval 11 let jako psychoterapeut. Za tu dobu jsem měl možnost slyšet několik set životních příběhů klientů a napomáhat jejich úzdavě v psychoterapeutickém procesu. Postupně jsem docházel k poznání, jak moc je drogová závislost důsledkem zanedbávání péče v dětství a zážitků násilí. Většina klientů léčících se v Denním stacionáři má strašlivou anamnézu plnou traumat. To mě přirozeně vedlo ke studiu traumatu. Začal jsem si všímat, jak moc jsou klienti traumaty poznamenáni. Velmi často klienti mluví o tom, že necítí pocity nebo dokonce své tělo. Někteří trpí panikami, úzkostnými stavy a depresemi. Jiní zažívají návaly zuřivosti nebo hněvu. Druhé zase sužují paranoidní představy nebo obsedantní chování. Mají problémy se spánkem a přijímáním potravy. Někteří jsou vnitřně tak rozrušení, že zahlcují svým verbálním projevem a nejdou zastavit. Snad ještě horší je jejich negativní vnímání sama sebe, jak jsou špatní, nepotřební, neschopní, bezmocní. Všechny tyto projevy jsou symptomy posttraumatické poruchy – zvláště té, které se dnes říká komplexní či vývojová traumatická porucha. Klienti se tak v léčbě nepotýkají pouze se závislostí, ale ještě k tomu s další psychickou obtíží a dále, až příliš často, s vývojovou traumatickou poruchou. Moderní výzkum traumatu, který popisuje ve své knize van der Kolk (van der Kolk, 2021), ukazuje, že mozek lidí s vývojovou traumatickou poruchou funguje odlišně. Je v podstatě zaseknutý v režimu přežití. Je předrážděný a tím je organismus vybuzován k překonání hrozby. Reakce těla je jakoby zamrznutá. Energie organismu sloužící k záchraně je uzamčena, nevybitá. Reakce přežití nebyla správně dokončená. Moderní metody práce s traumatem jsou založeny na vyvolání smyslových informací, které jsou v důsledku traumatu zablokované, sprátelení se s těmito uvolněnými energiemi (namísto jejich potlačování) a dokončování sebezáchovné tělesné činnosti.

Kung Fu Terapii vyvíjím směrem k možnosti využití v procesu vyrovnání se s traumaty. Při nácviku bojových technik se aktivují naše vzpomínky na konflikty a traumatické zážitky. Proto se snažím postupovat pomalu a nejdříve zaměřovat pozornost na znovuzpřístupnění osobní síly. Tedy nejdříve vedu k získání kontaktu s tělem a s pocitem síly a sebejistoty. Až později učím sebeobrané techniky a vždy zdůrazňuji, aby cvičení bylo jasné strukturované. To znamená, aby bylo jasné, kdo bude v roli útočníka a kdo v roli obránce. Útočník začne nejdříve velice pomalu a slabě. Obránce

reguluje rychlost a sílu – dává jasnou zprávu, zda si přeje zrychlit nebo zpomalit nebo ubrat sílu. Jde mi o to zprostředkovávat novou, bezpečnou zkušenost. Když cvičíme, stále opakují, že prostor se proměňuje v “dódžó” (prostor pro učení). Nejsme na ulici a v dódžó je násilí zakázáno. Nejde o opakování násilí, ale o novou zkušenost, která může přinést úlevu, pocit síly, sebejistoty. Vysvětluji, že skutečná fyzická sebeobrana je nejzazší aplikace bojového umění. Mnohem častěji můžeme bojové umění využít v komunikačních konfliktech. Trénuji s klienty jejich konkrétní konflikty s rodiči, partnery nebo šéfy. Schopnost postavit se za sebe a své zájmy. Umět jasně formulovat, co jim vadí, kdy se cítí ponižovaní apod. Zkoušíme tyto situace sehrát. Klienti tak mají často poprvé možnost zkusit si vyslovit nahlas, co jim vadí, vůči komu a čemu se potřebují vymezit. Tyto zkušenosti přináší nové vzorce komunikace a uvědomění.

Při Kung Fu Terapii jsem si všiml, že většina klientů se cítí slabá. Nevěří ve své reakce, ve svou sílu. Dokonce jsem zažil jednoho klienta, který dal do lapy takovou ránu, na kterou jsem zvyklý jen v tělocvičně od nejsilnějších trénovaných kluků a stejně řekl, že si myslí, že to nebylo silné. Uvědomil jsem si, jak vnitřní přesvědčení o sobě ovlivňuje hodnocení vnějšího projevu. Sekundárním procesem je zde uvědomění osobní síly a moci. Na hranici jeho přístupu k vnitřní síle je přesvědčení o jeho slabosti, neschopnosti. Můžeme se ptát, jak toto přesvědčení vzniklo? Co by bylo podle něj projevem skutečné síly? S jakým protivníkem se musí střetnout?

Jedna klientka z nějakého důvodu nebyla schopna dát do úderu pěstí žádnou sílu. Její údery vypadaly jako bez energie. V jejím psychotherapeutickém procesu chyběla schopnost vyjádřit hněv. Byla stále mírná a pečující. Ke konci její léčby byla schopna do úderu vložit trochu síly a všiml jsem si, že na terapeutické skupině byla schopna se konečně naštvat a vymezit.

Jiná klientka si stěžovala na velký stud bouchat pěstí do lapy. Jednou požádala, zda by mohla lapu podržet ona ostatním. Souhlasil jsem. Držela lapu a schválně chtěla zažít silný úder od nějakého muže. Zažila ho a lapu ustála. Následně mi řekla, že to byl skvělý pocit. Ustála to. Od té doby se prý na Kung Fu Terapii těšila a měla menší pocit studu.

Budoucnost Kung Fu Terapie

V současné době aplikuji Kung Fu Terapii jako skupinový program v rámci léčby v Denním stacionáři Sananim. Zároveň využívám Kung Fu Terapii v rámci své soukromé terapeutické praxe v centru Psychoterapie Radotín.

V tomto individuálním rámci spatřuji příležitost zpracovávat konkrétní traumatické zážitky, které vyžadují bezpečný prostor a dostatek času. Na druhou stranu výhodou skupinové Kung Fu Terapie je bohatost interakcí s různými lidmi a objeovávání kolektivních a genderových témat.

Kung Fu Terapie má potenciál přinášet klientům nové pohybové zkušenosti a integrovat jejich význam do každodenního života. Kung Fu Terapie vede k rozvoji sebevímání a znovuzpřístupnění osobní síly, což je základem pro budování pocitu sebejistoty a sebevědomí. Jsem přesvědčen, že trénink právě těchto schopností může být klíčový při léčbě traumatu a dalších duševních a psychosomatických obtíží.

Budoucnost Kung Fu Terapie vidím jak v individuální terapii, tak ve skupinové terapii. V září 2022 otevírám v centru Psychoterapie Radotín první skupinový kurz Kung Fu Terapie pro veřejnost.

Seznam bibliografických zdrojů

DIAMOND, Julie a JONES, Lee Spark. *Cesta, která vzniká chůzí*. Praha: JEŽEK, 2015. ISBN 978-80-85996-45-6.

MATÉ, Gabor. *V říší hladových duchů*. Praha: PeopleComm, 2020. ISBN 978-80-87917-62-6.

ŠMEJKAL, Marek. *Psychologie bojového umění*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-677-7.

VAN DER KOLK, Bessel. *Tělo sčítá rány*. Brno: Jan Melvil Publishing, 2021. ISBN 978-80-7555-130-6.

PREVENTÍVNA PSYCHOSOMATIKA: MÁME NA VIAC, NEŽ LEN BYŤ POPOLUŠKOU KLASICKEJ MEDICÍNY

PREVENTIVE PSYCHOSOMATICS: HOW NOT TO BE JUST A CINDERELLA
OF WESTERN MEDICAL APPROACH

LENKA BACHRATÁ

Anotace

Psychosomatická osobnosť, ako vyjadrenie mozaiky vrodených dispozícií a personálnych adaptačných stratégií jedinca na jeho celoživotné skúsenosti, má potenciál byť kľúčom k porozumeniu individuálnej dispozície k zdraviu a chorobám. Potvrdenie tejto hypotézy by otvorilo možnosti pre psychosomatický prístup v skorej diagnostike dispozície k ochoreniam a ovplyvneniu tejto dispozície. Je možné psychosomatickou analýzou osobnosti predikovať, k akým ochoreniam má konkrétny jedinec dispozíciu? Aký informácie k tomu potrebujeme?

Cieľom tejto práce je ponúknuť prehľad empirických skúseností z psychosomaticky zameraných preventívnych vyšetrení v Mind&Body všeobecnej ambulancii a dostupných psychofyziologických teórií, ktoré majú sľubný potenciál byť medicínsky a vedecky akceptovateľným vysvetlením prepojenia duševných a telesných procesov.

Psychosomatic personality, as an expression of complex interconnectedness of inherited dispositions and personal adaptive strategies to lifelong experience, could be the key to understanding of individual disposition to health and disease.

Acknowledgement of this hypothesis could offer options for psychosomatic approach in both early search for disease predisposition and disease primary prevention. Could psychosomatic personality analysis predict individual disease predisposition? What kind and extent of information do we need?

The aim of this presentation is to offer an overview of empirical experience from psychosomatic oriented preventive check-ups in Mind&Body general practice and overview of available psychophysiological theories offering promising medically and scientifically acceptable potential to explain Mind-Body interconnection.

Som presvedčená, že každé ochorenie a zdravotný problém má vo svojej genéze psychosomatickú komponentu. Že telo od duše vôbec nie je možné oddeliť. Napriek tomu sa náš zdravotný systém dodnes drží karteziánskeho rozštiepenia duše a tela. Klasická medicína a psychologické disciplíny akoby boli dva úplne odlišné brehy, ktoré len sem-tam spája chatrná lávka. Psychosomatická medicína je jednou z týchto látok, hoci by si zaslúžila mohutný výstavny most.

Západnej medicíne totiž chýba kauzálnе porozumenie zdravia a choroby a psychosomatika by k tomu mohla výrazne prispieť, chýba jej však trocha odvahy, vedecké dôkazy a hlavne spoločný jazyk.

Týmto spoločným jazykom by mohla byť psychofyziológia, ktorá postupne osvetľuje množstvo biochemických, biofyzikálnych a informačných mechanizmov, ktoré prepájajú psychické s telesným.

Naša desaťročná cesta k psychosomatickej preventívnej prehliadke je najmä cestou hľadania týchto mechanizmov a prepojení, ktoré by mohli psychosomatickému pohľadu zaistiť viac rešpektu a somatickej medicíne viac porozumenia.

Cesta od klasickej k psychosomatickej preventívnej prehliadke

- Psychosomatický dotazník: životný príbeh a osobná fenomenológia;
- Psychosomatický pohľad na človeka: fyzikálne vyšetrenie;
- Fyziológia temperamentu podľa Felixa Irmiša: psychosomatika laboratórnych a iných vyšetrení;
- Polyvagová teória;
- Všeobecná a individuálna stresová odpoveď;
- HRV analýza: autonómna dynamika osobnosti;
- Psychosomatická osobnosť: somatické vyjadrenie personálnej adaptívnej stratégie;
- Trauma a epigenetika;
- Dýchanie: spojovací prvok všetkého so všetkým;
- Ortomolekulárna psychiatria: hladina vitamínov a minerálov ako adaptívna stratégia?
- Zdravie vo vlastných rukách: porozumenie psychosomatickému prepojeniu.

Toto je v základných bodoch pomenovaná naša cesta k psychosomatickej prehliadke, ktorá bola sprevádzaná mnohými vzletmi a pádmi a mnohými dobrými hypotézami, ktorých sme sa nakoniec museli vzdať.

Dovoľím si ich predstaviť krok po kroku tak, ako sme ich na našej ceste začali používať v praxi.

Psychosomatický dotazník: životný príbeh a osobná fenomenológia

Používame vlastný dotazník, ktorý postupne upravujeme. Cieľom je dopracovať sa k verzii, ktorá bude systematická, štandardizovaná a jednoducho spracovateľná za účelom vyhodnotenia parametrov súvisiacich s osobnostnou typológiou a zdravotnými rizikami.

Aktuálny dotazník klient vyplní doma pred príchodom na prehliadku. Počas prehliadky ho s klientom spoločne prechádzame a vzhľadom na krátkosť času prehliadky (1hodina) sa zameriavame hlavne na kľúčové aspekty životného príbehu a súčasnú životnú a vzťahovú situáciu. Vyhodnotenie dotazníka je zatiaľ skôr intuitívne.

V dotazníku sa pýtame na

- Hlavnú zákazku klienta: čo aktuálne najviac potrebuje riešiť;
- Subjektívne ťažkosti, funkčné poruchy a diagnostikované ochorenia podľa jednotlivých orgánových systémov;
- Prenatálne obdobie, pôrod a skoré postnatálne obdobie z hľadiska potenciálnych traumatických skúseností a kvality vzťahovej väzby;
- Celoživotný vývoj zdravotných ťažkostí;
- Vzťahovú situáciu v primárnej rodine a dôležité osoby;
- Subjektívne hodnotenie detstva;
- Rodinnú anamnézu z hľadiska somatického a psychického zdravia, vrátane závislostí;
- Hodnotový systém primárnej rodiny v porovnaní so súčasným hodnotovým systémom klienta;
- Vzťah k sebe a spokojnosť so sebou;
- Aktuálny partnerský vzťah a rodinné zázemie;
- Vzťah k spiritualite, viere a cirkvi;
- Životosprávu vrátane pohybových návykov, stravovania, spánku a pravidelného režimu.

Dotazník, rozhovor, psychosomatický pohľad na človeka a základná HRV analýza sú v súčasnosti naše základné psychosomatické/ psychofyziologické nástroje. V prípade potreby ako doplnkové nástroje používame kapnografiu, SomnoTouch holter (24hodinové monitorovanie tlaku, EKG, saturácie kyslíka a spánku), 24hodinovú HRV analýzu a samozrejme rôzny rozsah

laboratórnych odberov. Ostatné uvedené body sú využívané psychofyziológické teórie, ktoré slúžia hlavne ako zdroj komplexnému porozumeniu psychosomatického prepojenia a ich postupné začlenenie do štandardizovaných nástrojov nás snáď čaká v budúcnosti.

Psychosomatický pohľad na človeka: fyzikálne vyšetrenie

Psychosomatické porozumenie štruktúre a dynamike ľudského tela považujem za veľmi podstatnú súčasť porozumenia a psychosomatickej dynamiky. Na jej základe sa dozvieme veľa informácií o tzv. psychosomatickej osobnosti a osobných adaptačných stratégiách daného človeka.

Pozeralíme sa držanie tela v stoji a v sede, „energiu“ a jej distribúciu, dynamiku pohybu a gestikulácie, kontaktové funkcie, najmä zrakový kontakt, reč a jej emočný výraz. Pri pohľade v stoji sledujeme umiestnenie hlavných častí tela nad sebou, najmä panvy, hrudníka a hlavy, tvar chrbtice a jej predozadné aj bočné zakrivenia, napätie v končatinách a postavenie veľkých kĺbov, svalový tonus, kontakt nôh so zemou. Všimame si farbu a kvalitu pokožky a veľkú pozornosť venujeme dýchaniu: plynulosti, preferencii hrudníkového alebo bráničného dýchania, zadržiavania dychu v nádychu či výdychu, zapájanie pomocných dýchacích svalov, a to ako v stoji, tak aj v ľahu. Pozorujeme ľavopravú telesnú symetriu a (ne)súlاد medzi hornou a dolnou časťou tela. Okrem toho je samozrejme súčasťou klasického lekárskeho preventívneho vyšetrenia všetkých orgánových systémov.

Fyziológia temperamentu podľa Felixu Irmiša: psychosomatika laboratórnych a iných vyšetrení

Kniha Felixu Irmiša *Temperament a autonómny nervový systém* (Irmiš, 2007) bola prvým a hlavným zdrojom, ktorý nás naviedol na cestu hľadania príčiny ochorenia v psychosomatike. Vďaka nej sme sa začali pozeráť na vyhodnotenie laboratórnych a fyziologických meraní optikou osobnostnej typológie a dominancie sympatiku a parasympatiku. Empiricky musíme potvrdiť, že u ľudí s významnou sympatikotóniou nachádzame tendenciu k zvýšenej hladine glukózy, pečenej testov, kyseliny močovej, cholesterolu, triacylglycerolov a parametrov zápalu a oxidatívneho stresu, čo je pre naše porozumenie veľmi dôležité. Rovnako dôležité je ale pozorovanie, že tieto laboratórne zmeny sa nevyskytujú v uniformných balíkoch, čo zo sympatikotónie robí len jeden z mnohých rysov charakterizujúcich osobnosť a jej zdravotné dispozície. Napriek veľkému

prínosu tejto knihy musím konštatovať, že viacero jej dôležitých aspektov už nie je aktuálnych. Pod vplyvom polyvagovej teórie sa premenil hlavne pohľad na donedávna jednotnú funkciu parasympatiku, čo úplne zmenilo porozumenie jeho psychofyziológického významu.

Polyvagová teória

Až do zverejnenia Polyvagovej teórie Stephena Porgesa (Porges, 2011) bol parasympatikus veľmi mäťúci. Na jednej strane bol spájaný s relaxáciou a homeostázou, ale ne druhý s rizikom zvýšenej dočenskej úmrtnosti. Až Stephen Porges postuloval hypotézu, že vagový (blúdívý) nerv nie je jednotný systém, ale pozostáva z dvoch funkčne aj anatomicky odlišných vetiev. Prvá, evolučne staršia vetva, je tzv. dorzálna alebo nemyelinizovaná, a spája sa s mechanizmom zmrznutia pri stave ohrozenia. Druhá, evolučne mladšia vetva, sa označuje ako ventrálna alebo myelinizovaná a jej funkcia súvisí so sociálnymi funkciami (social engagement), teda súborom fyziologických reakcií dôležitých pre nadviazanie bezpečného vzťahu s iným jedincom (očný kontakt, emočný výraz tváre, vokalizácia a pod.).

Ďalším dôležitým bodom porozumenia dominancie sympatiku a parasympatiku je tzv. Jacksonovská hierarchia disolúcie. Tá tvrdí, že sympatikus a dve vetvy parasympatiku majú hierarchické usporiadanie a aktivujú sa v situácii ohrozenia od evolučne najmladšej po evolučne najstaršiu.

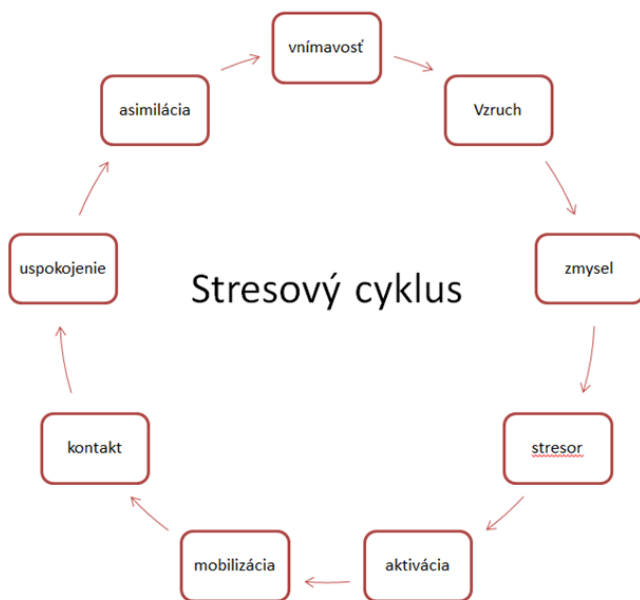
Ak je možné ohrozenie vyriešiť bezpečím vzťahu alebo skupiny, prednostne sa aktivuje ventrálny parasympatikus. Zdá sa, že nachádzať bezpečie vo vzťahu je evolučne najefektívnejším spôsobom prežitia a udržiavania zdravia človeka aj iných cicavcov. Ak tento spôsob riešenia nie je v danej situácii možný, ako druhý v poradí prichádza k slovu sympatikus a riešenie ohrozenia bojom alebo útekem. Ak ani tento prístup situáciu nerieši a ohrozenie je spojené s prežívanou alebo reálnou fyzickou bezmocnosťou, dostáva sa na rad dorzálny parasympatikus a reakcia zmrznutia.

Empiricky sa zdá, že každý jednotlivec na základe svojej osobnostnej dispozície (postavenej na genetike, epigenetike a komplexnej životnej skúsenosti) disponuje v konkrétnych situáciách k preferovaniu jednej z týchto odpovedí, čo ho zaraďuje do prevažujúcej ventrálnej parasympatikotónie, sympatikotónie alebo dorzálny parasympatikotónie.

Veľmi sľubnou hypotézou pre dôležitosť psychosomatického pohľadu na zdravie jedinca je, že schopnosť prežívať bezpečie vo vzťahu významne rozširuje kapacitu jedinca na udržanie homeostázy a zdravia aj v objektívne neistom prostredí.

Všeobecná a individuálna stresová odpoveď

V rýchlosti sa pozrime na zjednodušený cyklus stresovej reakcie, ktorá sa v literatúre označuje aj ako generalizovaný adaptačný syndróm – GAS (Fink, 20).



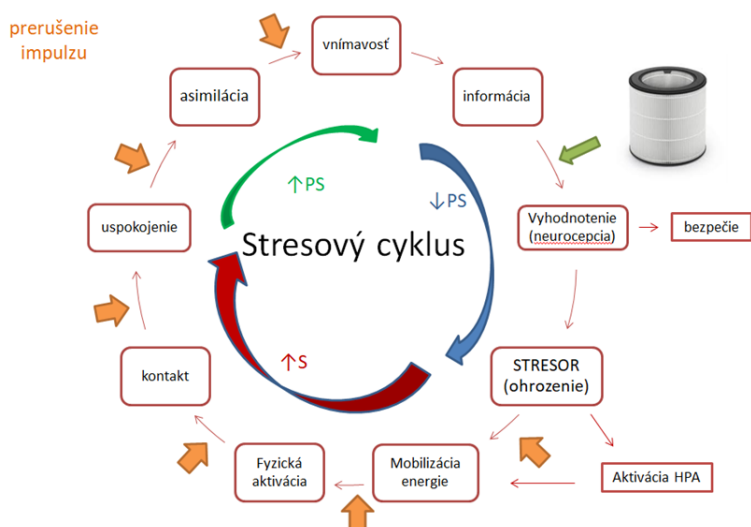
Obr. 1: Základný stresový cyklus alebo generalizovaný adaptačný syndróm.

(Zdroj: vlastný)

Vnímový organizmus prijíma neustále množstvo vzruchov (informácií), vyhodnocuje ich význam a tie spojené s ohrozením spúšťajú kaskádu telesných reakcií, ktoré vedú k aktivácii sympatiku, mobilizácii energie

a následnej aktivácii smerom ku kontaktu so zdrojom ohrozenia. Zámerom je optimálna adaptácia na situáciu v zmysle akútneho prežitia. V prípade, že je vzruch vyhodnotený ako bezpečný, organizmus zotrúva v stave parasympatikotónie, ktorá podporuje homeostatické mechanizmy v zmysle optimalizácie dlhodobého prežitia.

Do tejto adaptačnej odpovede, ktorá je vrodenná a v základných princípoch univerzálna pre všetkých, však procesom učenia a adaptácie na životné skúsenosti vstupujú individuálne faktory. Tie majú potenciál z efektívneho a adaptívneho mechanizmu vytvoriť maladaptívny, a to najmä vďaka konfliktom medzi individuálnymi biologickými potrebami a sociálnymi potrebami (bio-sociálny konflikt).



Obr. 2: Individualizovaný stresový cyklus, alebo Personálna adaptačná stratégia.

Okrem všeobecných stresorov do hry vstupujú aj stresory individuálne. Vstupujúce informácie sú vyhodnocované cez filter osobnej fenomenológie (zelená šípka). V ďalšom procese do priebehu adaptačnej reakcie vstupujú introjekty (potreby spoločnosti a vzťahov), ktoré sa dostávajú s osobnými potrebami do konfliktu a majú potenciál prerušiť rôznymi fyziologickými mechanizmami stresový cyklus na rôznych miestach (oranžové šípky).

Personálne adaptačné stratégie (viď obr. 2), vytvorené najmä ako reakcia na skúsenosti v skorých vývinových obdobiach, sú pravdepodobne základom vzniku psychosomatickej osobnosti.

Jedným zo spôsobom, ako sa pozeráť na formovanie osobnosti a s tým spojené riziká somatických ochorení, je cez individuálne somatické stratégie a ich efekt na fyziologické mechanizmy. Na jednej strane ide o individuálne stresory a na druhej o úroveň a formu prerušenia stresovej odpovede (viď oranžové šípky na obr. 2). Tie môžeme orientačne rozdeliť na:

1. prerušenia na úrovni citlivosti a vnímavosti (zmeny na úrovni aktivity parasympatiku, dýchanie, senzorické funkcie a pod)
2. prerušenia na úrovni generovania energie
3. prerušenia na úrovni kontaktu a akcie (zníženie aktivity sympatiku, blokovanie impulzu na úrovni svalovej aktivity, najmä zvýšením tonusu antagonistov)

Ako príklad sa pozrime na inspiračné postavenie hrudníka. Chronické zadržiavanie dychu v nádychu drží organizmus na nižšej úrovni citlivosti voči sociálnym situáciám aj vlastnému emočnému prežívaniu. Súčasne je tento mechanizmus spojený s extenziou (narovnaním) chrbta, vyšším napätím v bránici, vyššou mierou nabudenia a energie a prevažne hrudným mechanizmom dýchania. Psychologickým významom tejto adaptácie je „psychopatická“ (v zmysle Reichových charakterových štruktúr) adaptácia na prežívaný pocit nízkej sebahodnoty a potreba postojom demonštrovať svoju silu a moc. V rámci tejto adaptácie na telesnej úrovni pozorujeme poruchu mechanizmu dýchania s preťažením pomocných dýchacích svalov, sklon k žalúdočnému refluxu (antirefluxný mechanizmus súvisí s dobrou funkciou bránice), sklon k hypertenzii a zvýšené napätie v dolných končatinách, ktoré preťažuje Achillove šľachy, kolená a panvové dno. (Keďže každý človek je mozaika individuálnych adaptačných stratégií, býva finálny somatický obraz veľmi individuálny).

HRV analýza: autonómna dynamika osobnosti

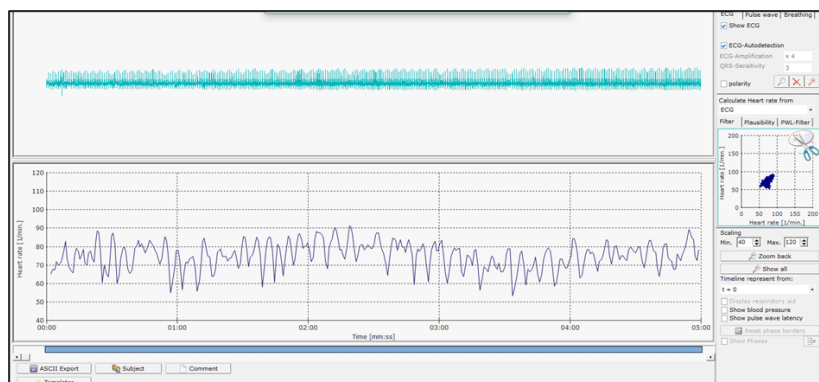
Variabilita srdcovej frekvencie (HRV – heart rate variability) je parameter, ktorý je na základe početných výskumov považovaný za marker parasympatickej aktivity a dobrého zdravia.

Analýza HRV a jej prepojenia na osobnostnú charakteristiku a dispozíciu k ochoreniam, ktoré potvrdzujú početné výskumy, by mohla byť predmetom

nielen samostatnej prednášky, ale aj samostatného učebného predmetu. Je jedným z dôležitých ukazovateľom nervového prepojenia mozgu a srdca, ale aj čreva a mozgu, ktorý je sprostredkovaný najmä vagovým nervom.

Napriek tomu sa v súčasnosti v klinickej praxi takmer nevyužíva, a to zrejme z dôvodu, že aj keď slúži ako veľmi hodnotný marker, z medicínskeho hľadiska ju ako rizikový faktor nevieme zásadne ovplyvniť. (V malej miere sa terapeuticky uplatňuje len elektrická vagová stimulácia, ktorá klinicky aj vo výskume potvrdzuje význam parasympatickej aktivity pri mnohých ochoreniach.)

V našej ambulancii využívame štandardizované testy HRV analýzy (5-minútový test, dychový test a 24-hodinové monitorovanie) a v kontexte psychosomatického preventívneho prístupu sa snažíme porozumieť súvislostiam medzi osobnostnou reaktivitou jedinca a jeho HRV dynamikou.



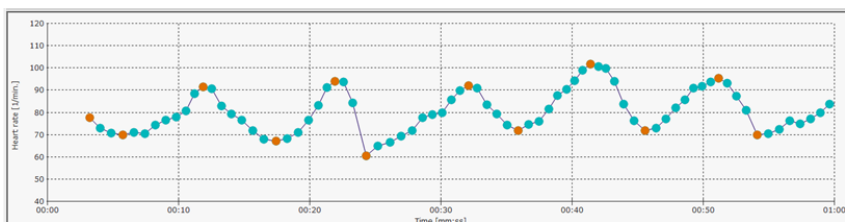
Obrázok 3: Záznam z 5-minútového HRV testu, v ktorom je vidieť vysokofrekvenčná variabilita srdcového rytmu pod vplyvom parasympatiku a nízko-frekvenčná variabilita pod vplyvom iného fyziologického oscilátora. Na tomto zázname vidíme veľmi peknú fyziologickú variabilitu, ktorá svedčí o dobrej autonómnej reaktivite.

(Zdroj: vlastný)

Vo výskumoch sa pracuje hlavne s frekvenčnou analýzou HRV, pričom vysokofrekvenčné zmeny (0,15-0,4 Hz) sa pripisujú najmä aktivite parasympatiku, nízko-frekvenčné aktivite sympatiku. Pomerom HF/LF sa vyhodnocuje ich relatívna aktivita. (Tento pohľad je ale trochu zradný, pretože je postavený na štandardizovanej dychovej frekvencii 9-20/min. Pri dýchaní s frekvenciou 6 /min sa ale aktivita parasympatiku dostáva do nízko-frekvenčného pásma, čo zásadne skresľuje výsledok).

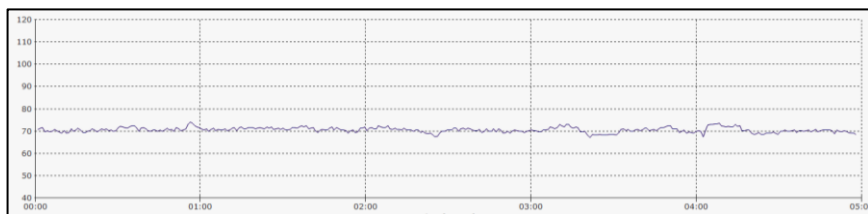
U nás sa pozeráme na celý priebeh variability počas merania a snažíme sa ju vyhodnocovať v kontexte so subjektívnym hodnotením prežívaného stresu. To nám umožňuje aj odhadnúť mieru vnímavosti jedinca voči svojim telesným prejavom.

V kontexte polyvagovej teórie sa pozeráme na vysokú variabilitu viazanú na dychový cyklus (tzv. respiračnú sínusovú variabilitu, RSA) ako na prejav aktivity ventrálneho parasympatiku, teda ako na dispozíciu k sociálnej komunikácii, emočnej všímavosti a empatii. Empiricky je vysoká RSA spojená s citlivosťou voči vlastným telesným vnemom aj voči čítaniu a zrkadleniu emócií ostatných.



Obr. 4: Dychový test s vysokou RSA. Nepravidelnosť vln býva empiricky spojená s úzkostným prežívaním alebo so snahou vyhovieť očakávaniu napriek vlastným potrebám. Nedostatočný pokles frekvencie vo výdychu súvisí s pretrvávajúcim nadmerným nabudením. U emočne vyrovnaných ľudí obvykle klesá frekvencia vo výdychu až na úroveň 50/min a nižšie a vlny bývajú obvykle pravidelné.

(Zdroj: vlastný)



Obrázok 4: nízka HRV v 5-minútovom teste. S narastaním situačne prežívaného ohrozenia alebo neistoty sa splošťuje krivka (pokles aktivity parasympatiku sprevádzaného poklesom HRV) a narastá pulzová frekvencia. U tohto klienta sa HRV nezvýšila ani pri hlbokom dýchaní, stúpala len pulzová frekvencia. To vypovedá o dlhodobej somatickej stratégii, nie o situačne reakcii. Ide o klienta po opakovaných infarktoch s neoperovateľným nálezom na srdcových tepnách, ktorého pulzová frekvencia by bola ešte o dosť vyššia, ak by neužíval betablokátor.

(Zdroj: vlastný)

HRV analýzu používame ako veľmi užitočný nástroj, poskytujúci pohľad na individuálnu autonómnú reaktivitu a porozumenie personálnym adaptačným stratégiám na úrovni ANS.

Psychosomatická osobnosť: somatické vyjadrenie personálnej adaptačnej stratégie

Od čias prvého pokusu o systematizáciu somatických charakterových štruktúr Wilhelma Reicha sa tento koncept somatických adaptácií na neuspokojené vývinové úlohy celkom sľubne rozvíja až dodnes. Z novších prístupov tento pohľad rozpracovala do detailov najmä Bodynamic vývinová psychoterapia (Bodynamic International, 2021). Jej prístup sa zameriava najmä na pohybový a podporný aparát a za pozoruhodné považujem jednak prepojenie konkrétnych svalov s konkrétnymi vývinovými potrebami, ale najmä dve polaritné možnosti, ktorými môže jedinec reagovať na neuspokojenú vývinovú úlohu.

Podľa Bodynamic teórie sa jedinec v procese vývinu snaží uchovať si svoju osobnú integritu s prežívaným právom na svoju existenciu, potreby, autonómiu, vôľu a ďalšie vývinové úlohy, a súčasne byť prijímaný vo vzťahu taký, aký je.

Keďže to je v realite často nereálne pre vysoký tlak vzťahových a sociálnych očakávaní, podľa zrelosti ega sa presadí buď adaptácia, ktorá či uprednostní svoje potreby na úkor vzťahu, alebo vzťah na úkor individuálnych potrieb. Tento konflikt má samozrejme aj telesné následky. Bodynamic prichádza s pozorovaním, že ak dieťa v konkrétnom vývinovom období rezignuje na svoje vývinové právo v prospech udržania vzťahu, konkrétne svaly spájané s konkrétnym vývinovým právom ostatnú rezignované, teda hypotonické. V opačnom prípade sa ich napätie nadmerne zvýši a stane sa obranou voči neprijímaúcemu vzťahu (ekvivalent s Reichovým charakterovým pancierom).

Psychosomatická osobnosť človeka sa v tomto kontexte vyvíja ako mozaika psychosomatických adaptačných stratégií vytvorených počas celého života. A to zrejme nielen na úrovni svalov a podporného aparátu, ale naprieč všetkým orgánovým systémom.

Podobné adaptačné stratégie sa zrejme dejú aj na úrovni autonómneho nervového systému. Empiricky býva „rezignačná“ stratégia spojená s vysokou RSA, ktorá umožňuje čítať emočné výrazy vzťahových osôb.

Tento osobnostný typ s dominanciou ventrálneho parasympatiku a súčasnou nízkou aktivitou sympatiku v situácii ohrozenia (psychologický ekvivalent nedostatku uzemnenia, štruktúry a hraníc) máva častejšiu dispozíciu k autoimunitným ochoreniam, únave, depresii, vertigu, hypotenzii, autonómnej dysregulácii a z nedávnej skúsenosti aj k dlhému, tzv. long-haul covidu-19.

Hypertonická stratégia býva naopak častejšie spojená s nízkou HRV, nižšou telesnou vnímavosťou a nižšou mierou empatie. Stratégie sú ale interindividuálne veľmi variabilné, keďže každý človek je veľmi komplexná mozaika adaptačných stratégií.

Trauma a epigenetika

Traumu môžeme považovať za extrém negatívnej životnej skúsenosti, kedy sa extrémny pocit ohrozenia stretne s prežívanou bezmocnosťou. Ohrozenie aj bezmocnosť pritom môžu byť ako objektívne, tak aj subjektívne prežívané. Trauma má potenciál natoľko nás zaplaviť extrémnym negatívnym zážitkom, že naše telo má veľkú tendenciu vytlačiť tento zážitok mimo vedomie, pričom ostane len množstvo veľmi nepríjemných telesných a psychických prejavov. Traumu zvykneme deliť na vývinovú, spojenú so skorou a dlhodobou expozíciou adverzným skúsenostiam v detstve, a šokovú, ktorej základom je jednorazový extrémny zážitok. Špeciálnou kategóriou je trauma transgeneračná, kedy sa traumatická skúsenosť a najmä súvisiace adaptívne stratégie dedia na potomkov epigenetickým mechanizmom. U ochorení, ktoré pozorujeme veľmi skoro po narodení, a kde sa vyskytujú podobné adaptačné stratégie naprieč generáciami, na túto príčinu musíme myslieť.

Trauma je významným zdrojom psychických aj somatických ťažkostí, ochorení a zdravotne rizikového správania (alkoholizmu, fajčenia, užívania drog, rizikového sexuálneho správania a iných) (Hughes et al, 2017). Na traumatickú skúsenosť je potrebné myslieť najmä pri extrémnej sympatikotónii a súčasnej vysokej miere nabudenia, dlhodobej tendencii k zápalu a zvýšeným markerom oxidatívneho stresu, alebo naopak pri známkach extrémnej dorzálnej parasympatikotónie, pri disociatívnych stavoch, významných známkach autonómnej dysregulácie a stavoch spojených s významným obmedzením životných funkcií (veľmi nízky krvný tlak, pulz, dýchanie, telesná teplota a pod.). Čím skôr v živote dieťa traumatizujúcu skúsenosť zažije a čím je extenzívnejšia, tým väčší dopad na jeho život a zdravie obvykle máva.

Dýchanie: spojovací článok všetkého so všetkým

Dýchanie si zaslúži svoju samostatnú podkapitolu preto, že je veľmi vďačným spojovacím psychosomatickým článkom ako z hľadiska porozumenia psychosomatického prepojenia, tak aj z hľadiska terapie. Väčšina adaptačných stratégií totiž zahŕňa aj dýchanie a cez neho ovplyvňuje citlivosť a vnímavosť, mieru energie a nabudenia (arousalu), ale aj schopnosť ísť do akcie. Prostredníctvom nosa má vplyv na čuch a cez nosový cyklus aj na aktiváciu jednej z hemisfér. Mechanizmus dýchania má mechanický vplyv na krvný obeh, najmä žilový návrat, čiastočne na diastolickú funkciu srdca a na krvný tlak, cez funkciu bránice na ezofagogastrický zvierač a žalúdočný reflux, ale aj na črevnú peristaltiku. Hlavnou funkciou dýchania je samozrejme výmena krvných plynov, teda prísun kyslíka do organizmu a vylúčenie oxidu uhličitého. Miera okysličenia má vplyv na mieru pociťovanej energie, ale aj na reálne energetické zdroje, keďže za prístupu kyslíku vzniká z glukózy štyrikrát viac ATP, než za anaeróbných podmienok. Nízka tkanivová dostupnosť kyslíka sa týka ako stavov hypoventilácie, tak aj hyperventilácie, kedy alkalické prostredie znemožňuje uvoľnenie kyslíka z hemoglobínu, a tak je pre tkanivá nedostupný (Chaitow, Bradley a Gilbert, 2013).

S tým súvisí ďalšia funkcia dýchania, ktorou je udržiavanie acidobázickej rovnováhy prostredníctvom vydychovania CO_2 , ktorý je derivátom kyseliny uhličitej. Dýchaním sa vlastne telo zbavuje prebytočných kyselín. Hypoventilácia tak vedie k acidóze, hyperventilácia naopak k alkalóze. Každý pohyb pH smerom od normy je spojený s presunom elektricky aktívnych iónov cez membrány, čím sa mení ich elektrická vzrušivosť. Dýchanie, ktorého miera nezodpovedá aktuálnemu metabolickému stavu, tak vedie k rôznym prejavom, ktoré poznáme napríklad pri panickom ataku: trpnutie, točenie hlavy, svalové spazmy, búšenie srdca a ďalšie.

Ortomolekulárna psychiatria: hladina vitamínov a minerálov ako adaptívna stratégia?

Akéoľvek snaha o liečbu diagnóz vitamínmi a minerálmi sa v klasickej medicíne pravidelne stretáva s masívnym odporom. Tá ale v tejto práci ani nie je zámerom. Prístup nutričnej terapie Williama J. Walsha (Walsh, 2014) v liečbe psychiatrických diagnóz, ale najmä rozčlenenie depresí na podtypy podľa nutričných deficitov ukazuje možnosť ďalšieho psychofyziológického mechanizmu ich vzniku. Empiricky môžeme potvrdiť,

že u niektorých žien s ťažkou formou hormonálne viazanej depresie nachádzame zvýšenú hladinu medi a odporúčená liečba zinkom a ďalšími vitamínmi prináša významný klinický efekt. U niektorých z týchto žien pozorujeme v anamnéze vzťah s manipulatívnym partnerom, u iných sa tento rys objavuje už s prvou menštruáciou, čo vedie k zamysleniu nad možným epigenetickým mechanizmom.

U viacerých ľudí sme tiež pozorovali náhle zmeny hladiny železa (oboma smermi) alebo náhly prudký pokles hemoglobínu, ktoré medicínsky neboli vysvetlené, ale ich výskyt časovo koreloval s náročnou životnou situáciou a náhlou úpravou po jej vyriešení. Zmeny hladín vitamínov a stopových prvkov si preto v rámci výskumu psychosomatických súvislostí tiež zaslúžia pozornosť.

Zdravie vo vlastných rukách: porozumenie psychosomatickému prepojeniu

Využívanie psychosomatického preventívneho pohľadu a psychofyziologických metód nám v súčasnosti pomáha empiricky nahliadnuť na potenciál psychosomatickej prevencie somatických ochorení. Väčšinu týchto náhľadov ale stále kvôli nedostatku vedeckých dôkazov interpretujeme ako hypotézy, ktoré vyžadujú overenie. Napriek tomu ale súbežne s nástrojmi západnej medicíny ponúkame aj psychosomatické prístupy v riešení somatických ťažkostí. Okrem psychoterapie a relaxačných prístupov využívame klasickú aj vertebroviscerálnu fyzioterapiu, neurofeedback, HRV biofeedback, techniky z bodypsychoterapií a nutričnú a pohybovú terapiu.

V rámci záverov z preventívnej prehliadky sa snažíme klientom sprostredkovať psychosomatický pohľad na porozumenie vlastnému zdraviu a rôznym telesným ťažkostiam. Našou snahou je taká interpretácia nálezov, ktorá je pre klienta motivujúca a dáva mu pocit možnosti ovplyvniť svoje zdravie. Do budúca by mala byť našou snahou štandardizácia prístupu a realizácia výskumu v oblastiach nášho záujmu. Verím, že v budúcnosti nájde psychosomatika v psychofyziológii ten spájací jazyk, ktorý jej umožní stať sa hrdou a akceptovanou medicínskou disciplínou.

Zoznam bibliografických zdrojov

BODYNOMIC INTERNATIONAL. *Bodydynamic.com: Theory* [online]. [Cit. 9.5.2022]. © Copyright Bodydynamic International, 2021. Dostupné z: <https://www.bodydynamic.com/theory>.

- FINK, George. Stress: Definition and History, s. 5-7. In: FINK George et al.: *Stress Science: Neuroendocrinology*. San Diego, USA: Elsevier, 2010. ISBN 9780123750662.
- HUGHS, Karen A., BELLIS, Mark A., HARDCASTLE, Katherine, SETHI, Dinesh, BUTCHART, Alexander, MIKTON, Christopher, JONES, Lisa, DUNNE Michael P. The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A Systematic Review and Meta-analysis. *Lancet Public Health* [online]. 2017, 2 (8), 256-266 [cit. 13.5.2022]. ISSN 2468-2667. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- CHAITOW, Leon, BRADLEY, Dinah, GILBERT, Christopher: *Recognizing and Treating Breathing Disorders: A Multidisciplinary Approach*. 2. vydanie. Churchill Livingstone Elsevier, 2013. ISBN 9780702049804.
- IRMIŠ, Felix. *Temperament a autonomní nervový systém: Diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-475-1.
- PORGES, Stephen W. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundation of Emotions, Attachment, Communication and Self-regulation*. New York: W.W. Norton & Company, Inc., 2011. ISBN 978-0-393-70700-7.
- WALSH, William J. *Nutrient Power: Heal Your Biochemistry and Heal Your Brain*. New York: Skyhorse Publishing, 2014. ISBN 978-1-626336-128-7.

AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY PRO SENIORY S DEPRESIVNÍM SYNDROMEM JAKO PREVENCE SYNDROMU GERIATRICKÉ KŘEHKOSTI

ACTIVATION PROGRAMS FOR SENIORS WITH DEPRESSIVE SYNDROME AS A PREVENTION FOR SYNDROME OF GERIATRIC FRAGILITY

EVA NECHLEBOVÁ

Anotace

Článek se zabývá vlivem aktivizačních programů na seniory s depresí jako jeden z prostředků prevence geriatrické křehkosti. Pro případovou studii byli vybráni senioři hospitalizovaní, kteří se účastnili aktivizačních programů, dále senioři hospitalizovaní, kteří se neúčastnili aktivizačních programů a jako kontrolní skupina byli vybráni samostatně žijící senioři. Pro hodnocení byl vybrán dotazník na výskyt depresivních poruch škálou geriatrické deprese dle Yessavage.

The article describes the influence of activation programs on seniors with depression as one of the means of preventing geriatric fragility. Participating in this case study were selected hospitalized seniors who participated in the activation programs, hospitalized seniors who did not participate in the activation programs, and independent seniors were selected as a control group. A questionnaire on the incidence of depressive disorders using the scale of geriatric depression according to Yessavage was selected for evaluation.

Příspěvek je zaměřen na problematiku pohybové aktivizace seniorů s depresí a její roli v prevenci syndromu geriatrické křehkosti a na její využití v klinické praxi. Praxe potvrdila základní předpoklady, že psychická aktivace pacientů je důležitá a měla by být pravidelnou součástí jejich terapie, neboť se jedná o jednu z reálných a ekonomicky nenáročných možností ke zlepšení zdravotního a psychického stavu pacientů a k celkové prevenci syndromu geriatrické křehkosti.

Změny psychiky u seniorů

Psychické změny u seniorů jsou důsledkem biologických či sociálních vlivů. U duševního stárnutí se rozlišují přirozené involuční změny dané věkem od

změn, které jsou součástí nebo následkem duševní poruchy. Častěji jsou pozorovány duševní poruchy u seniorů žijících v zařízeních, protože zde chybí podpora okolí, zejména rodiny (Vágnerová, 2007).

Kalvach (2004) uplatňuje psychologické poznatky v péči o geriatrické klienty a pacienty, které se opírají o přijetí těchto východisek:

- koncept, kde stáří není jen bilancováním ztrát, ale je tvořivé;
- přístup k seniorovi jako k osobnosti – tento přístup zahrnuje respektování individuálních rozdílů, které s věkem přibývají;
- znalost vývojových krizí v životní dráze seniora;
- znalost vztahů seniora k lidem, k sobě i k budoucnosti.

Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky, které se objevují individuálně a s rostoucím věkem. Mezi psychické změny ve stáří patří zhoršení kognitivních funkcí (vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení), může klesat pružnost myšlení, nebo psychická vitalita (Mlýnková, 2011). Ve své výzkumné práci jsem používala test geriatrické deprese dle Yessavage, právě pro zjištění, zda se u seniorů vyskytuje depresivní stav.

Geriatrická křehkost

Syndrom geriatrické křehkosti postihuje asi 7 % seniorů. Tento termín umožňuje lepší klinický popis a lepší zdůvodněnost medicínského intervenování starých lidí, u nichž rychlost a intenzita funkčního zhoršování i míra jím podmíněných důsledků překračují běžné změny, aniž by byla přítomna konkrétní choroba. Je zdůrazněn rozdíl mezi fyziologickým stárnutím a patologickým rozvojem křehkosti vztaženým k nepřiměřenému poklesu potenciálu zdraví (Kalvach, 2008).

Definice geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů se považuje za významný pokrok v geriatrické medicíně. Přináší lepší pochopení části geriatrických pacientů, jejich smysluplnější klinický popis a účelnější intervenování jejich potíží (Kalvach, 2008).

Geriatrická křehkost může být vnímána několika způsoby:

- kategorie nezdatnosti a závislosti – obvykle chápána ve smyslu nezvládnání náročnějších aktivit denního života s potřebou podpory v rozsahu pečovatelské péče;

- nespecifická vulnerabilita – je chápána jako akumulace funkčního potenciálu zdraví, dispozice pro recidivu, hospitalizace, ztrátu soběstačnosti a zvýšenou potřebu zdravotní péče.

Geriatrickou křehkostí se rozumí věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu s kumulací funkčně závažných deficitů a změn zvláště mentálních, zejména apatie, dále pohybových ve smyslu hypomobility, instability a nutričních – anorexie a hubnutí (Kalvach, 2008).

Depresivní syndrom

Incidence deprese roste s věkem a často se také ve vyšším věku objeví poprvé. Deprese je ve stáří dvakrát častější než demence a postihuje častěji ženy. Při vzniku deprese se uplatňuje několik faktorů. Mezi nejdůležitější patří faktory sociální, protože mnoho seniorů žije v osamění a trpí pocitem odcizení. Důsledkem nepříznivých životních podmínek může být deprese (Pacovský, 1990). Holmerová, Jurásková, Zikmundová (2003) popisují, že přes 50 % seniorů v ústavní péči trpí příznaky deprese.

Psychosomatické souvislosti v péči o seniory

V péči a přístupu k seniorům je důležitý komplexní přístup. Komplexní přístup by měl zahrnovat bio-psycho-sociální přístup k seniorovi. Péče totiž bez tohoto přístupu není tak účinná. Předpokladem kvalitní péče o seniory je především pochopení jejich potřeb i vytvoření lidsky i profesně kladného vzájemného vztahu.

Křivohlavý (2011) popisuje pozitivní psychologii jako prevenci depresivních postojů u lidí ve třetí fázi života. Úkoly, které tzv. pozitivní psychologie má, je snaha pomoci lidem, aby se nedostávali do stavů, které snižují kvalitu jejich života.

Proces stárnutí přináší nejen anatomické a fyziologické změny, ale také změny psychických funkcí, osobnosti, emocionálních stavů i motivace (Sýkorová, 2007).

Aktivizační postupy v práci se seniory

Při práci se seniory je klíčová především komunikace a dostatek mezilidských vztahů, dobrý kontakt s okolím pomáhá pocitu bezpečí a jistoty, většina hospitalizovaných seniorů trpí nedostatkem kontaktů. Mezi

další postupy patří redukce poruch kognitivních funkcí, protože řada problémů vzniká jako následek poruch kognitivních funkcí. Proto se zaměřujeme na aktivity zaměřené na podporu samostatnosti a zároveň být v kontaktu s dalšími lidmi.

Z tohoto důvodu jsou vhodné skupinové aktivity, kdy se seznamují pacienti mezi sebou. Proto se volí takové aktivity pro konkrétní skupinu pacientů, která je dobrovolná, aby měli pacienti možnost volby.

Mezi vhodné a realizované aktivity patří:

- kognitivní terapie, cvičení ve skupině i individuální
- trénink paměti
- různé zájmové aktivity
- reminiscenční terapie apod. (Venglářová, 2007).

Diagnostika deprese

Diagnostika deprese se opírá o sledování stavu klienta, často se stává, že klient příznaky také bagatelizuje. Deprese je často přítomna v počátcích demence a její obraz často mění symptomy deprese. Charakteristický je úbytek energie, ztráta zájmu o každodenní věci, vymizení pozitivních emocí.

Orientačně lze zjistit výskyt depresivních poruch škálou geriatrické deprese dle Yessavage. Odpovědi jsou ano a ne.

Škála geriatrické deprese dle Yessavage

1.Jste v zásadě spokojen se svým životem?
2.Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?
3.Máte pocit, že váš život je prázdný?
4.Nudíte se často?
5.Máte většinou dobrou náladu?
6.Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?
7.Cítíte se převážně šťastný?
8.Cítíte se často bezmocný?
9.Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?
10.Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?
11.Myslíte si, že je krásné žít?
12.Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?
13.Cítíte se plný elánu a energie?
14.Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?
15.Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

(Venglářová, 2007)

Pohyb jako aktivizace v prevenci deprese u seniorů

Pohyb má nezastupitelný význam v celém životě, a i v seniorském věku. Všechny vybírané aktivity musí být vybírány s ohledem na věk, a především na zdravotní stav. Různé tělovýchovné činnosti, vhodně zvolené přidávají vitalitu a energii do života, který je kvalitnější.

Fyzická i psychická zdatnost, kterou si jedinec udrží do pozdního věku, podstatně ulehčuje celý proces stárnutí.

Optimálním typem cvičení u seniorů je udržovací či mírně stimulační typ cvičení.

Mají se volit takové aktivity, které jsou optimální pro zdravotní stav organismu. Zvolené činnosti musí ovlivňovat funkce jednotlivých systémů, aby si starší cvičenec udržel kondici. Jsou optimální, pokud jedinec má s typem cvičení již pohybové zkušenosti (Nechlebová, 2017).

Význam pohybu v seniorském věku

Pohyb má pozitivní vliv na zvýšení odolnosti proti zevním vlivům a je zdrojem kladných psychických změn. Pohybové aktivity ovlivňují nejen fyzickou stránku člověka, ale ovlivňují také duševní zdraví a zároveň regulují psychickou zátěž.

Pohybové aktivity jsou důležitou součástí životního stylu. Pohyb je nejpřirozenější prostředek k sebevýchově, autoregulaci a ke zlepšení pocitu zdraví a kvality života. Je důležité si uvědomit, že pohyb je základním projevem života již od narození. V dospělosti a v seniorském věku pohybovým podnětem provokujeme jednotlivé orgány k činnosti a tím zlepšujeme jejich funkci. Na každý podnět organismus reaguje svojí odpovědí, a čím je podnět častější, tím jsou výsledky příznivější. Pozitivní

působení pohybových aktivit pro seniory je závislý na vhodném výběru pohybových činností.

Vhodné pohybové a wellness aktivity jako aktivizace

Vhodnými aktivitami pro seniory jsou zejména outdoorové aktivity, a to nejen pro komplexní podporu pohybu u seniora, ale i z hlediska prevence sociální izolace a podpory pozitivního myšlení a prožívání, neboť kontakt s přírodou je velmi důležitou součástí celkové pohody člověka. Mezi outdoorové aktivity vhodné pro seniory zařazujeme například turistiku, nordic walking, chůzi na lyžích, jízdu na kole (cyklistika u seniorů je relativně vhodná – zejména u těch, kteří ji mají ve své historii; často je oslabená rovnovážná schopnost – potom se nedoporučuje, případně stacionární kolo), senior fitness parky, relaxačně-regenerační procedury.

Faktory, které je třeba respektovat při výběru pohybových aktivit:

- zdravotní stav;
- věk;
- pohlaví;
- pohybové zkušenosti a výkonnost organismu (Nechlebová, 2017).

Popis případové studie

Článek shrnuje empirické šetření s cílem zjištění, zda se u skupiny hospitalizovaných seniorů, kteří se účastnili pravidelného aktivizačního programu, zlepšil jejich zdravotní a psychický stav. Kontrolní skupinu tvořili senioři, kteří se programu neúčastnili. Referenční skupinou byli nehospitalizovaní senioři. Pro řešení zkoumaného problému byla využita kolektivní případová studie. Bylo prováděno srovnávací hodnocení škály geriatrické deprese dle Yessavage. Výzkumnou otázkou bylo jaký je psychický stav hodnocený škálou geriatrické deprese podle Yessavage u pacientů účastnících se aktivizačních programů a pacientů neúčastnících se.

Do sledování geriatrické deprese podle škály Yessavage bylo zařazeno celkem 88 seniorů. Zhodnoceno bylo celkem 8 hospitalizovaných mužů a 20 hospitalizovaných žen účastnících se aktivizačních programů. Do kontrolní skupiny hospitalizovaných seniorů neúčastnících se aktivizačních programů bylo vybráno 20 pacientů. Do referenční skupiny samostatně žijících seniorů reprezentující průměrnou zdravou populaci ČR odpovídajícího věku bylo vybráno 40 seniorů.

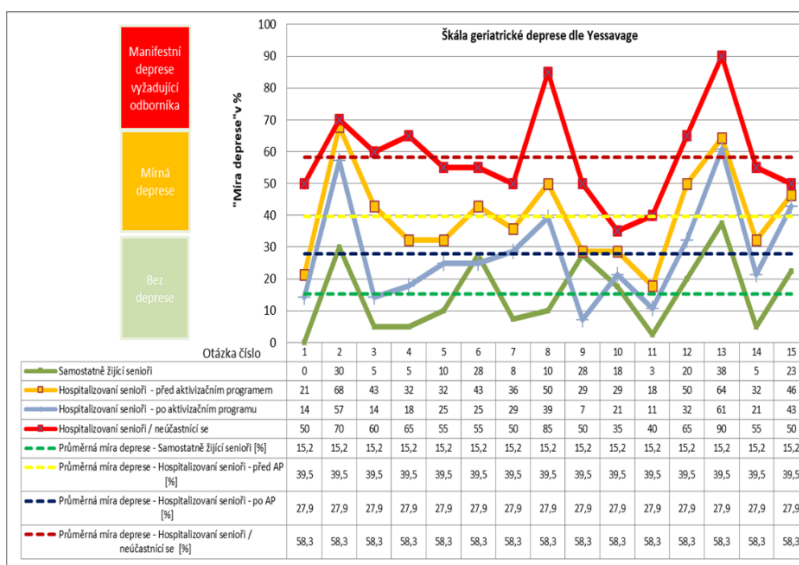
Vstupní test se u účastníků se seniorů po čtyřměsíčním aktivizačním programu opakoval tak, aby mohly být porovnány rozdíly.

Rozložení hodnot hodnocení testu škály geriatrické deprese dle Yessavage bylo ve velmi širokém rozpětí od 0-90 tak, jak to odpovídá charakteristice vzorku testovaných osob a charakteru otázek.

V rámci vyhodnocení jsem se zaměřila na srovnání následujících skupin:

- hospitalizovaných seniorů před aktivizačním programem a referenčního vzorku zdravých samostatně žijících seniorů;
- hospitalizovaných seniorů před aktivizačním programem a kontrolní skupiny hospitalizovaných seniorů neúčastnících se aktivizačního programu;
- hospitalizovaných seniorů před aktivizačním programem a hospitalizovaných seniorů po aktivizačním programu;
- závěrečné srovnání všech skupin.

V grafech je uvedena jak konkrétní míra deprese v dané skupiny v dané oblasti v % tak i průměrná míra deprese celé skupiny v %.



Obr. 1. Souhrnný graf všech skupin seniorů vyjadřující škálu geriatrické deprese

Zdroj: autorka

Z grafu je patrné, jak spolu jednotlivé průběhy korelují a některé rysy společné pro všechny skupiny.

Společné oblasti s nejvyšší “mírou deprese”:

- Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?
- Cítíte se často bezmocný?
- Cítíte se plný elánu a energie?

Tyto oblasti souvisí s obecnými projevy stárnutí a jsou společné všem seniorům napříč celým spektrem.

Společné oblasti s nízkou “mírou deprese”:

- Máte vesměs dobrou náladu?
- Cítíte se převážně šťastný?
- Myslíte si, že je krásné být na živu?
- Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?

Tyto oblasti indikují podstatný jev, že senioři v naší společnosti, i navzdory svým zdravotním komplikacím, neztrácí celkovou pozitivní motivaci do života.

Za velmi významný důsledek aktivizačního programu považují nejen to, že došlo k snížení průměrné míry deprese v procentech po absolvování AP o 11,6procentního bodu, ale i fakt, že v některých oblastech skupina po aktivizačním programu dosáhla nižší míry deprese než referenční skupina nehospitalizovaných seniorů. Jedná se o oblasti:

- Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého? (o 3 procentní body)
- Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi? (o 21 procentních bodů)

Z výše uvedeného plyne, že je možno díky aktivizačním programům výrazně zlepšit život hospitalizovaných seniorů – a to v některých případech až nad úroveň běžnou u samostatně žijících seniorů.

Závěr

K získání dat bylo využito standardizovaných metod. V této práci byl použit dotazník dle Yessavage pro objektivizaci aktivizačních programů pro hodnocení úrovně geriatrické deprese před započatím aktivizačních programů a po jejich skončení.

Výzkum již ve svém průběhu potvrzoval základní předpoklady a objevovaly některé zajímavé poznatky a závěry, využitelné v klinické praxi. Pravidelná práce s pacienty nás průběžně přesvědčovala, že aktivizační programy s pacienty mají smysl, neboť je dokáží přimět k psychické a částečně i fyzické aktivitě. Tato aktivita se následně projevila i pozitivní změnou ukazatelů dle dotazníku Yessavage.

Seznam bibliografických zdrojů

- HOLMEROVÁ, Iva., JURÁSKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd., Česká Alzheimerovská společnost. 2003. s. 88. ISBN 80-86541-12-6.
- KALVACH, Zdeněk., a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk., a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 2011. s. 144. ISBN 978-80-247-3604-4.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 192. ISBN 978-80-247-3872.
- NECHLEBOVÁ, Eva. *Zdravotní tělesná výchova – II. část*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, 2017. ISBN 978-80-87723-36-4.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 135. ISBN 80-201-0076-8.
- SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. Studie, sv. 45. ISBN 978-80-86429-62-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. s 299. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. s. 96. ISBN 978-80-247-2170-5.

EDUKAČNĚ TERAPEUTICKÝ PROJEKT REDUKCE PSYCHOSOMATICKÝCH OBTÍŽÍ ŽÁKŮ NA VÍCELETÉM GYMNÁZIU

EDUCATIONAL AND THERAPEUTIC PROJECT TO REDUCE PSYCHOSOMATIC
PROBLEMS OF PUPILS AT A MULTI-YEAR GRAMMAR SCHOOL

MARKÉTA ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ

Anotace

Projekt redukce psychosomatických obtíží žáků GYOA Pelhřimov je realizován v rámci týmové práce Školního poradenského pracoviště a reaguje na vysoký nárůst psychosomatických obtíží žáků v důsledku dlouhodobé distanční výuky a dalších restrikcí během pandemie covid-19. Projekt je realizován ve skupinové formě (s vybranými žáky – do skupiny zařazení na doporučení učitelů, rodičů, sami zájemci, orientační diagnostika ve všech třídách), cíleně se zaměřuje na využití konceptu self-efficacy, mindfulness, koučinku a vybraných komunikačních strategií v osobnostním rozvoji žáka, pro zvýšení odolnosti žáka jako sekundární/terciární prevence psychosomatických obtíží. Součástí projektu je i edukace učitelů k začlenění specifických postupů do výuky a komunikace se žáky, a to v rozměru primární – terciární prevence psychosomatických obtíží žáků. Nárůst obtíží žáků na konkrétním gymnáziu koresponduje s veřejně (a statisticky potvrzeným) nárůstem obtíží dětí a dospívajících, s ohledem na zhoršenou dostupnost klinicko-psychologické a pedopsychiatrické péče v regionu Vysočina využívá tým školního poradenského pracoviště vlastní možnosti k terapeuticko-edukačnímu působení.

The project of reducing psychosomatic problems of pupils GYOA Pelhřimov is implemented within the team work of the School Counseling Office and responds to the high increase in psychosomatic problems of pupils due to long-term distance learning and other restrictions during the covid-19 19 pandemic.

The project was implemented in group form. Pupils were included in the project on the recommendation of teachers, parents, based on their own interests. The project focuses on the use of the concept of self-efficacy, mindfulness, coaching and selected communication strategies in the personal development of the student, to increase the student's resilience as a secondary / tertiary prevention of psychosomatic disorders. Part of the project is also the education

of teachers to integrate specific procedures into teaching and communication with students, in the dimension of primary – tertiary prevention of psychosomatic problems of students. The increase in the difficulties of pupils at a particular grammar school corresponds to a publicly (and statistically confirmed) increase in the difficulties of children and adolescents. With regard to the worsened availability of clinical-psychological and child-psychiatric care in Vysočina region, the team of the school counseling center uses its own opportunities for therapeutic and educational work.

Rozhodující okolností pro zaměření příspěvku je aktuální stav duševního zdraví současné populace v důsledku dlouhodobě nepříznivé pandemické situace, která trvá od března 2020.

V této souvislosti iniciovala pracovní skupina Rady vlády pro duševní zdraví (RVDZ) šetření v oblasti dopadů pandemie na duševní zdraví obyvatel. Podle studie Národního ústavu duševního zdraví stoupl výskyt současných duševních onemocnění z 20 % na 30 %. Riziko sebevražd se zvýšilo 3x, deprese se zvýšily 3x, úzkostné poruchy se zvýšily 2x. Zvýšila se také frekvence tzv. „binge drinking“, pití velkého množství alkoholu při jedné příležitosti (MZCR, 2000).

V rámci šetření se zmapovaly také psychické obtíže u dětí a mladistvých. Podle šetření České školní inspekce ČR se 10 000 dětí vůbec nezapojilo v distanční výuce, duševní zdraví i rozvoj těchto dětí mohou tak být nyní i do budoucna výrazně ohroženy.

Větší množství stresu během nouzového stavu, zejména pak strach a obavy o vlastní zdraví a zdraví svých blízkých, či celospolečenská nejistota a bezmoc ve vztahu k opatřením, to jsou časté příčiny vzniku symptomů duševních onemocnění u dětí a mladých lidí. Patří sem i nedostatek informací a nástrojů, jak situaci řešit. U dětí se pak často jedná o narušení spánku, nedostatek podnětů, nedostatek sportovního vyžití, málo soukromí, konflikty uvnitř rodiny apod., to vše může vést k duševnímu diskomfortu (Salomonová, 2020). Alarmující jsou rovněž data z Linky bezpečí, která registrovala v průběhu epidemie covid-19 v ČR až 30% nárůst hovorů s tématem násilí v rodině, 30% nárůst osobních problémů a psychických potíží či 30% nárůst tématu problému s internetem, včetně sexuálního zneužívání (Salomonová, 2020).

Ministerstvo zdravotnictví v souladu s WHO, OECD a ostatními nadnárodními organizacemi již od počátku vnímalo závažnost dopadů epidemie covid-19 do oblasti duševního zdraví obyvatel ČR a různými podpůrnými iniciativami se snaží zmírnit dopad celosvětově náročné situace. Jednou z podpůrných aktivit

bylo zřízení bezplatné linky první psychické pomoci, tvorba doporučení pro veřejnost na webu ministerstva nebo metodická podpora psychiatrických nemocnic a ambulancí, a to jak v oblasti přizpůsobení péče, tak v oblasti lidských práv. Pod Radou vlády byla ustavena mezirezortní pracovní skupina, která na základě mapování situace připravila komplexní doporučení opatření ke zmírnění dopadu covid-19 do oblasti duševního zdraví. Rovněž bylo navrženo vytvoření sítě zdravotnických krizových center při nemocnicích tak, aby bylo v každém kraji jedno (Vojtěch, 2020).

Na tyto iniciativy se následně navázalo i po vzniku válečného konfliktu na Ukrajině, přibývají snahy rozšířit psychologické služby pro ukrajinské studenty a nově příchozí.

Pečovat o vlastní duševní zdraví a rovnováhu však musíme i na individuální úrovni, každý sám. Důležitou komponentou salutoprotektivních zdrojů je v této individuální péči podpora zdravé sebereflexe a rozvíjení osobních kompetencí v oblasti self-efficacy. Na tuto oblast je cíleně zaměřena péče poskytovaná ve formě skupinové práce s dospívajícími přímo ve školním prostředí, tuto skupinovou podporu zajišťuje školní psycholog v rámci školního poradenského pracoviště.

Cílem textu je zdůraznit význam salutoprotektivních aktivit a sebeřízení v péči o vlastní zdraví dospívajících a představit projekt, v němž si dospívající v modelových situacích a ve skupinové práci osvojují vybrané techniky prevence zdraví. Projekt prevence a redukce psychosomatických obtíží u dospívajících je realizován na víceletém gymnáziu na Vysočině.

Základními metodologickými východisky jsou data získaná z šetření pracovní skupiny RVDZ a Národního ústavu zdraví, dále průběžná analýza vývoje duševního stavu dlouhodobě vedených klientů z PPP Pelhřimov, Poradenského centra VŠTVS Palestra, VOŠ Palestra a GYOA Pelhřimov.

Základními metodami získání dat je sledování anamnestických a katamnestických dat žáků gymnázia, analýza dotazníků zaslaných učitelům (dotazník zjišťující výskyt dětí úzkostných a s psychosomatickými obtížemi), analýza rozhovorů s rodiči v rámci pravidelného setkávání a sociometrické šetření ve třídách. Důležitými zdroji byla rovněž analýza zvýšené absence žáků za konkrétní sledované období a analýza příčin této zvýšené absence.

Orientačně byly využity také výsledky šetření covid-19, které bylo realizované v období jara až léta 2021 pod záštitou Rady vysokých škol (pracovní skupina vedená Mgr. Soukupem, autorka příspěvku je členem pracovní skupiny).

Podstatným faktorem pro realizaci projektu je dlouholetá zkušenost autorky s projekty osobnostního rozvoje a výcvik v holistickém koučování (blíže např. Šauerová, 2011, Švamberk Šauerová, 2019, 2018).

Popis projektu

Kvalitativní popis nejčastějších obtíží žáků gymnázia

S celkovým nárůstem psychických obtíží ve společnosti souvisí i nárůst psychických obtíží u žáků a studentů jednotlivých stupňů a druhů škol. V rámci představení projektu cíleného na redukci psychosomatických obtíží je vhodné přiblížit kvalitativní hodnocení nejčastějších obtíží u žáků, pro něž je projekt realizován.

V rámci sledovaného vzorku zapojeného do projektu bylo možné zaznamenat nárůst úzkostných poruch, ztráty smyslu života, panické ataky (náhlé obtíže s dýcháním, silné bušení srdce, pocit na omdlení), depresivní prožívání (úvahy o smyslu života, pocit, že nikomu nebude dotýčný chybět, pocit bezmoci), sebepoškozování, nárůst poruch příjmů potravy (zvýšení výskytu ortorexie), zvýšenou nemocnost bez závažných diagnóz (i přes 100 hodin za pololetí), bolesti hlavy, žaludeční nevolnosti, zhoršení školního výkonu, ztrátu motivace – prokrastinace (blíže Švamberk Šauerová 2018a, 2020). Uvedené obtíže se často promítají do sociálních vztahů žáků, zhoršení vztahů se následně opět promítá do zdravotního stavu ve formě psychosomatických obtíží (nevolnosti, úzkost).

V roce 2020 došlo bohužel i k tragické události, student v krizi v době karanténního stavu spáchal suicidium.

Salutoprotektivní zdroje ovlivňující bio-psycho-sociální rovnováhu jako východisko projektu

Uvažujeme-li salutoprotektivní zdroje v péči o bio-psycho-sociální rovnováhu, pak je nutné zmínit zejména faktory psychického rázu, a to zejména pozitivní myšlení (blíže např. Švamberk Šauerová, 2018b, Hošek, Švamberk Šauerová, 2020) a vhodné pohybové aktivity (blíže Stackeová, 2015a, 2015b). Řadu stresových faktorů změnit výrazným způsobem nemůžeme (např. kvalitu ovzduší, působení pandemie, přírodní katastrofu).

Kromě pozitivního myšlení uvažujeme takové dimenze zdraví, jako je zvládání stresu a nadměrné zátěže, relaxace, preference pozitivního životního scénáře. Dalšími významnými salutory je také dostatek pohybové

aktivity, pestrá, vyvážená strava, dostatek odpočinku (spánku) i adekvátní psychohygienické návyky (srov. Ryff, Keyes, 1995; Diener, 2009).

Vhledem k zaměření a cíli příspěvku – představení edukačního projektu prevence psychosomatických obtíží se dále zaměříme na popis vybraných technik, na něž je kladen ve skupinové práci důraz, a které jsou participanty v projektu procvičovány v modelových situacích.

Obsah

Projekt se primárně zaměřuje na podporu pozitivního myšlení a radosti ze života – techniky pozitivního myšlení a self-efficacy, dovednost zmírnit stavy úzkosti – dechová cvičení, metody mindfulness, metody zvyšování odolnosti (bližší Švamberk Šauerová, 2022), najít motivaci pro studium – koučink (bližší Švamberk Šauerová, 2019).

Projekt na gymnáziu běží od října 2021, je připraven pro dvě věkové skupiny – pro žáky nižšího stupně víceletého gymnázia a pro žáky vyššího stupně víceletého gymnázia. Pro příspěvek byla vybrána skupina starších žáků.

Žáci byli do skupiny zařazeni na doporučení učitelů, rodičů, na základě vlastního zájmu (i po zvážení nabídky ze strany poradenského pracoviště po analýze výsledky diagnostiky ve třídách). Jedna studentka se účastní projektu na základě návrhu spolužaček. Počet žáků 9 (pět z nich byla doporučena pedopsychiatrická péče, dosud všichni čekají na termín – někteří mají termín až v srpnu 2022).

Celkově bylo naplánováno 12 setkání.

Kromě intenzivní skupinové práce jsou ve škole nabízeny podpůrné aktivity, které jsou uvažovány jako sekundární podpora pro redukci psychosomatických obtíží (workshopy pro učitele – důraz na individuální přístup k žákům s ohledem na psychický stav, využití formativního hodnocení, nácvik mediačních dovedností; individuální konzultace; skupinová setkání s tvořením; setkání s rodiči; zajímavé workshopy s různorodou tematikou – viz dále).

Témata setkání:

- Asertivní techniky, volné informace, „můj erb“.
- Nácvik v modelových situacích, „ledolamky“.
- Asertivní techniky, „otevřené informace“, „selektivní ignorace“, „asertivní ne“.
- Nácvik v modelových situacích, hraní rolí.

- Swot analýza (cíl – jsem klidný a spokojený žák).
 - analýza silných stránek a rezerv (co mohu zlepšit), analýza příležitostí z okolí (kdo a co mi může být v mém rozvoji nápomocen), hrozby okolí (kdo a co může být překážkou – jak se na překážku připravit, jak ji překonat).
- Mindfulness (rituály, denní radosti, přítomný okamžik, oceňování drobností, laskavost, vizualizace radosti – vzpomínka, úsměv).
- Pozitivní scénář života I a využití sebereflexivního deníku.
- Pozitivní scénář života II („Moje úspěchy – vrcholy a údolí“, „šest dobrých sluhů“).
- Stop technika s dechovým cvičením. Tuto techniku můžeme provádět více způsoby. Podstatou je, že se dítě/dospívající (ale samozřejmě i dospělý) učí odpoutat od aktuální situace, od působení stresu jako takového.
 - V prvním případě uvažujeme tuto techniku jako určitou formu meditace. Základní myšlenkou „odstřížení“ od negativních pocitů je navození klidného stavu těla – klidného dechu a uvolněného těla. Můžeme využít i vizualizaci příjemných podnětů.
 - Druhý způsob provedení techniky je blízké „stop technice“ používané v kognitivně-behaviorální terapii. Pro lepší působení techniky je vhodné podpořit představu „stopky“ s pomocí značky (dopravní značky). Postupujeme přes čtyři základní kroky:
 - S – stůj.
 - T – třikrát se nadechni.
 - O – objevuj – pozoruj, co se děje (kdo mluví, co chce, kdo mi může poradit?).
 - P – podnikni krok (zeptám se, odpočinu si, zabalím si, začnu pracovat na nějakém jiném úkolu).
- Nácvik relaxace, „otisk v písku“, Jacobsonova progresivní relaxace, „hadrová panenka“.
- Změna destruktivních myšlenek na konstruktivní, „seznam přání a odměn“.
- Sebepevnování, nácvik odolnosti (blíže Blatný, 2010), zadání „úkolů“ do rodinné edukace:
 - např. ranní otužování, sprchování studenou vodou, nácvik nepohodlí.
- Techniky time-managementu využití vhodného stylu učení (včetně jednoduché diagnostiky stylu učení).

- Využití prvků formativního hodnocení ve svůj prospěch žáky samotnými (vlastní příprava bodů pro snížení úzkosti při zkoušení, písemných testech).

Evaluace projektu

Projekt běžel 12 týdnů, intenzivně do skupiny docházelo 9 dětí. U 4 dětí výrazné zlepšení obtíží, snížení absence, zlepšení prospěchu, pozitivní ladění (hodnoceno okolními vrstevníky i dospívajícími).

U dvou dospívajících jsme zaznamenali snížení absence, prospěch – setrvalý stav, ale bez zhoršování, snížení tenze (jedna dívka zvracela před vyučováním, druhá nebyla schopná ověření učiva).

Dva dospívající zlepšení komunikace s vrstevníky a učiteli, rozpracování plánu doplnění učiva, stanovení PO 1. stupně s přesnou strukturací učiva až do konce ročníku, postupné plnění povinností, zvyšování sebedůvěry, mírné zlepšení školních výsledků (selhávání ve většině předmětů, radost z plnění povinností, radost z plnění struktury).

V jednom případě se stav nezlepšil, absence je ještě vyšší, na skupinové sezení chlapec přestal docházet, rodiče ani chlapec o další spolupráci nestojí.

Spolupráce s učiteli je velmi kvalitní – vypracování PO 1. stupně (v kompetenci školy) – návrh využití formativního hodnocení ve výuce a při ověřování znalostí, přesný výčet látky k doplnění, struktura učiva, rozložení do delšího časového úseku, možnost opravy, eliminace časového tlaku na výkon, eliminace zkoušení před třídou (na krátký úsek, následně posilování sociálních kompetencí dospívajícího – s použitím bodů, přípravy, nácvik v modelových situacích apod.). Učitelé mají zájem o odborné vzdělávání – semináře v oblasti mediace, formativního hodnocení. Využívají pravidelné kazuistické semináře ve smyslu „kolegiálního sdílení“ (blíže Smetáčková, Štech a kol., 2020).

Další podpůrné aktivity realizované na gymnáziu

V rámci komplexní péče o žáky a prevence psychosomatických obtíží jsou realizovány další podpůrné aktivity.

Mezi nejvýznamnější je vhodné uvést:

- Motivační workshop s parasportovcem Honzou Tománkem (podzim 2021, při zahájení projektu).

- Motivační rozhovor s olympionikem Lukášem Krpálkem (jaro 2022, při ukončení projektu).
- Klub Rad – prostor pro sdílení názorů a problémů pro rodiče – každý měsíc.
- Kolegiální sdílení – prostor pro sdílení kazuistických případů/konkrétních situací mezi učiteli – každý měsíc.
- Čaj o čtvrté – prostor pro sdílení pro zájemce žáky – s tvůrčí komponentou (aranžování květin, výroba vánočních ozdob, výroba velikonočních dekorací – ob dva měsíce).
- Organizování a realizace cíleně orientovaných přednášek – aktivit – spolupráce s opavským gymnáziem HELP 3 (projekt prevence poruch příjmu potravy).
- Přednášky záchranářů a českého červeného kříže, přednášky policie ČR.
- Vzdělávací program pro učitele zaměřený na zvládání krizových situací v pedagogické práci a mediaci, zajišťování ve spolupráci s D. Bielešovou (blíže Bielešová, Koreňová, 2021, srov. Adamec, 2021).

Závěr

Jak lze předpokládat, negativní vliv pandemie bude dále zasahovat do života jednotlivců i společnosti, proto je více než žádoucí hledat cesty k individuální podpoře duševní rovnováhy každého jedince. Specialisté na problematiku krizí upozorňují, že často dochází ke zhoršení psychického stavu i několik měsíců po působení události či navrácení k běžnému způsobu života. Tedy můžeme očekávat, že projevy psychosomatických obtíží se mohou u řady žáků ještě projevit, navíc zcela nezbytně musíme uvažovat vliv další společenské krize, a tím je válečný konflikt na Ukrajině (dospívající jsou svědky mediální prezentace katastrofické situace, často sdílí prožitky spolužáků pocházejících z Ukrajiny, mnozí vnímají obavy prarodičů, kteří válečný konflikt zažili).

Je tedy žádoucí věnovat dospívajícím pozornost nejen v oblasti informační gramotnosti, pomoci jim porozumět současné společenské situaci, ale i nadále pokračovat v aktivitách, které budou posilovat jejich odolnost, zvyšovat jejich vlastní vědomí sebeúčinnosti ve smyslu, že dokáží vlastními silami zvládat náročné životní situace a osvojí si dovednost uplatňovat salutoprotektivní aktivity ve svém vlastním životě jako důležitou metodu osobnostního rozvoje.

Seznam bibliografických zdrojů

- ADAMEC, Petr. *Podmínky pro další vzdělávání cílové skupiny v aplikační sféře*. Andragogické štúdie 2021. s. 91-98. ISBN 978-80-557-1893-4.
- BIELESZOVÁ, Dušana, KOREŇOVÁ, Soňa. *Sebariadenie a manažerská etika v školskom prostredí*. Bratislava: Wolters Kluwer, 2021. 188 s. ISBN 978-80-571-0440-7.
- BLATNÝ, Marek et al. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
- DIENER, Ed. *The science of well-being: the collected works of Ed Diener*. Springer Nature Switzerland AG, 2009. 284 s. ISBN: 978-90-481-2350-6.
- HOŠEK, Václav, ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Psychologie zdraví: studijní opora k distančnímu vzdělávání*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA, spol. s r.o., 2020. 96 s. ISBN 978-80-87723-74-3.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví* [online, 2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vliv-epidemie-koronaviru-na-narust-dusevni-onemocneni-u-cechu-projednala-rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/>. [cit. 16. 4. 2021].
- RYFF, Carol, KEYES, Corey, Lee. The Structure of Psychological Well-Being Revisited [elektronická verze]. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727. 1995. ISSN 0022-3514.
- SALOMONOVÁ, Marie. Nárůst sebevražd a úzkostí v době pandemie. In: GARKISCH, David. *Sebevraždy, deprese, úzkosti. Koronavirus drtí i duševní zdraví Čechů* [online, 2020]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/sebevrazdy-deprese-uzkosti-koronavirus-drti-i-dusevni-zdravi-cechu>. [cit. 15. 4. 2021].
- SMETÁČKOVÁ, Irena, ŠTECH, Stanislav a kol. 2020. *Učitelské vyhoření. Proč vzniká a jak se proti němu bránit*. Praha: Portál, 2020. 246 s. ISBN 978-80-262-1668-1.
- STACKEOVÁ, Daniela. Využití kinezioterapie v terapii psychosomatických pacientů. *Psychosom*, 2015a; 13 (2), s. 101 – 111. ISSN 1214-6102.
- STACKEOVÁ, Daniela. Physical Self in the context of psychosomatics. In: LOUKOVÁ, Tereza, ed., HÁTLOVÁ, Běla, ed. a ADÁMKOVÁ SÉGARD, Milena, ed. *Psychomotor therapy and physical self-concept*.

- Ústí nad Labem: University of J.E. Purkyně in Ústí nad Labem, 2015b, s. 29-42. ISBN 978-80-7414-907-8.
- ŠAUEROVÁ, Markéta. *Projekty osobnostního rozvoje v nestandardních výchovných podmínkách*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, 2011. 161 s. ISBN 978-80-904815-5-8.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. Time-manažment a autokoučink jako prevence školní neúspěšnosti žáku. *Manažment školy v praxi*. [online]. 7-8. Bratislava: Wolters Kluwer, 2018 (a).
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018 (b). ISBN 978-80-271-0470-3.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. Důsledky karantény na školní výkon během pandemie covid-19. *Manažment školy v praxi*. [online]. 10. Bratislava: Wolters Kluwer, 2020.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Výchova neprůbojných a uzavřených dětí*. Praha: Grada, 2022. 197 s. ISBN 978-80-271-3097-9.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. Edukačně-terapeutický projekt „Prevence relativní školní neúspěšnosti“ využitelný v pedagogicko-psychologické praxi. In ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta (Ed.) *Přínosy a možnosti využití učení prožitkem a výchovy v přírodě: v aktuálním edukačním kontextu i v historických souvislostech: kolektivní monografie*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA, spol. s r.o., 2019. 160 stran. ISBN 978-80-87723-47-0.
- VOJTĚCH, Adam. Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění. In: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví* [online, 2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vliv-epidemie-koronaviru-na-narust-dusevnich-onemocneni-u-cechu-projednala-rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/>. [cit. 17. 4. 2021].

SOKRATICKÉ VĚDĚNÍ NEVĚDĚNÍ – ZÁKLAD KVALITNÍ PSYCHOTERAPIE

SOCRATIC KNOWING NOT KNOWING – THE PRINCIPLE OF A GOOD PSYCHOTHERAPY

JIŘÍ ŠIMEK

Anotace

V textu se autor zamýšlí nad vývojem filozofie, vědy a křesťanství v naší civilizaci a nad jejich vzájemnými vztahy. Psychoterapii představuje v perspektivistickém pohledu jako přibližování se problémům duševního života z různých stran. Pak žádná z psychotherapeutických škol si nemůže nárokovat plnou pravdivost a musí ve své teorii i praxi respektovat ostatní školy. Sokratický přístup pak obsahuje vlastní pokoru psychoterapeuta vědomého si svých mezí, zpochybnění zaběhaných vzorců myšlení a jednání pacienta vhodnými otázkami a nabídku nových náhledů.

In the text, the author considers the development of philosophy, science and Christianity in our civilization and their interrelationships. From the perspective of perspectivism he presents psychotherapy as the field approaching the problems of mental life from various angles. Then none of the psychotherapeutic schools can claim full truth. In its theory and practice each of them must respect the other schools. The Socratic approach then includes the psychotherapist's own humility, and awareness of his limits. Socratic questioning the patient's established patterns of thinking and acting could open up space for building new views and insights.

Sokrates, jak je obecně známo, nezanechal po sobě žádný filozofický spis. Nezbyvá než čerpat ze „sekundárních zdrojů“. Hlavním zdrojem jsou Platonovy dialogy, v českém prostředí ještě Jan Patočka a jeho interpretace dostupných informací (Patočka, 2012). Sokrates zasvětil svůj život pokornému hledání a sdílení pravdy v rozhovorech s athénskými občany. Smyslem tohoto úsilí bylo zlepšování mezilidských vztahů a spokojený život v obci. Zde zřejmě našel inspiraci i pravidelný návštěvník Patočkových bytových seminářů Václav Havel pro svou výzvu Čechům v nové době „ať pravda a láska zvítězí nad lží a nenávistí“.

Různá pojetí pravdy

Vztah k vědění a nevědění se v naší civilizaci v průběhu staletí a tisíciletí proměňuje. V době Sokratově měli lidé k dispozici především svou zkušenost a její zpracovávání v různých výkladech. Pomalu se rozvíjela filozofie, která nabízela různé popisy a vysvětlení lidských zkušeností, a také se systematicky věnovala logice argumentace. Cílem tohoto úsilí bylo správně rozumět situaci, ve které existoval člověk a hodnotit, jak funguje obec, ve které žil. Toto rozumění pomáhalo činit taková rozhodnutí, která i v budoucnu povedou ke zdaru jedinců i lidských skupin. Řečeno s Martinem Heideggerem (1996), protože člověk je bytí, kterému jde o jeho bytí samo, stará se, a to na základě svého rozumění světu, které si záměrně propracovává. Již v době Sokratově se objevovali učitelé (sofisté), kteří učili své žáky takové logice v argumentaci, která vedla k tomu, že ten argumentující vzbudil pozornost a přesvědčil posluchače o správnosti svého výkladu. Již méně se starali o to, zda se závěry argumentujícího neodchylují příliš od zkušenosti, a zda povedou k takovým rozhodnutím, která budou k prospěchu obce a jejích obyvatel. Sokrates naopak hledal ta porozumění světu, která nejen nejvíce odpovídala každodenním zkušenostem, ale také dávala solidní základ pro rozhodování, které vedlo i v dlouhodobém horizontu ke zdaru všech. Proto se věnoval i abstraktním tématům jako je dobro, zlo, krása, zdatnost, spokojenost. Díky tomu se stal jedním ze zakladatelů nezávislé filozofie, která nabízela své teze bez ohledu na konkrétní zájmy jednotlivců i lidských skupin.

Již ve své době narazil Sokrates na jednu slabost lidského myšlení. V nové době tuto slabost nazývá Daniel Kahneman (2012) „rychlé myšlení“ z filozofického hlediska Hans-Georg Gadamer hovoří o předsudcích a hermeneutickém kruhu v lidském poznávání světa (Groch, 2000). Problém spočívá v tom, že každý člověk si vytváří vlastní schémata, jak rozumí světu a také má připravené již hotové scénáře, podle kterých jedná. Zdaleka ne každý je ochotný svá schémata rozumění a jednání měnit v rozhovoru („v hermeneutickém kruhu“), a mnozí je nemění, ani když se ve svém jednání srazí se zkušeností. Sokrates viděl tuto lidskou vlastnost jako příčinu mnohých nedorozumění a zbytečných katastrof. Proto udělal základem svých rozhovorů se spoluobčany Athén „elenktiku“, která spočívala v tom, že Sokrates „otřásl pozicí svého žáka, anebo partnera v rozhovoru, a převedl jeho stanovisko do neřešitelného stavu (aporie), přičemž v něm takto probudil touhu po poznání a hledání pravdy“. Jeho cílem tedy nebylo předvádět své argumentační schopnosti a „porazit

filozofického konkurenta“, ale rozbořit zaběhaná schémata posluchačů a tak jim umožnit, aby si vypracovali schémata lepší, i když jistě ještě ne dokonalá (Patočka, 2012).

Tak se postupně rozvinula filozofie jako disciplína, která vysvětluje svět nezávisle na jakékoliv mytologii. Jak vysvětluje Jan Patočka (1990) ve svých Kacířských esejích, úkol filozofie není snadný. Každou tezi je možné zpochybnit, pak je ale nutné ji přeformulovat, nebo vytvořit tezi jinou. Když se rozhledneme dějinami filozofie v naší civilizaci, můžeme s hrdostí konstatovat, že filozofové v tomto úkolu dobře obstáli. Nabízeli vždy nové výklady světa v souladu s tím, jak se civilizace rozvíjela. A také nabízeli jazyk, ve kterém bylo možné různé problémy světa pojmenovávat, rozumět jim a diskutovat nabízející se řešení.

My lidé ale ve své existenci potřebujeme nějaké pravdy, které nepodléhají proměnám času a nejsou zpochybnitelné. Proto odedávna vypracováváme v každé době nějakou mytologii, kterou nedovolíme zpochybnit. Ke konci existence Římské říše bylo široce přijato křesťanství s několika nezpochybnitelnými prvky. Křesťanství pak postupně převzaly všechny státy Evropy a stalo se zde důležitým základem myšlení a jednání. Filozofie rozvoj křesťanského myšlení provázela, vykonala mnoho užitečné práce, ale základní teze výkladu světa přenechala vládnoucímu náboženství. Dokonce se uznávalo, že filozofie je „služkou teologie“ (*Philosophia ancilla theologiae*). Křesťanští teologové se ale v dalším vývoji neshodli na nezpochybnitelných pravdách, vzniklo několik křesťanských církví a od 17. století křesťanství postupně ztrácelo svůj vliv.

Novou nabídku nezpochybnitelných tezí nabídla moderní věda, postavená na experimentech, a na měření, vážení a počítání. Její ideologii výborně popsal René Descartes (1596–1650) (Descartes, 2016). Spekulativní metody věnující se filozofickým problémům (tedy pohybující se v mezích „*res cogitans*“) vždy znovu selhávají, žádnou jistotu nedávají. Účinnější je věnovat se té části světa, kterou je možné měřit, vážit a počítat (*res extensa*). Moderní vědci se skutečně zaměřili především tímto směrem a výsledkem je rozvoj věd a technologií, jaký nemá jinde a jindy ve světě obdobu. Můžeme z našeho hlediska říci, že se věda stala základem nové mytologie, tedy souboru nezpochybnitelných pravd. Podobně jako křesťanství proměnilo náš duchovní svět, věda změnila náš materiální svět. Základní rozdíl spočívá v tom, že některé teze, které jsou výsledkem měření a výpočtů, skutečně nejsou zpochybnitelné. Například kulatost

Země a měsíce a jejich oběžné dráhy. Nebo význam cukru v metabolismu. Filozofie se opět na nějaký čas stala služkou, tentokrát vědy (*Philosophia ancilla scientiae*).

Ani věda ale nepřinesla definitivní řešení lidských problémů. Její nezpochybnitelné teze samozřejmě platí, a platit budou i nadále. Problém je v tom, že věda poskytuje „mozaikovitě“ vidění světa. Tam, kde má metodu (dopravní technologie, medicína), dělá zázraky. Jsou ale místa, kde metodu nemá. Neumí rozhodnout co je spravedlivé, ani co je dobré, umí statistiku, ale nedokáže popsat unikátního jedince (Patočka, 1922). Když přijde k lékaři žena s podezřením na rakovinu prsu, umí lékař říct pravděpodobnost výsledku, ale jak dopadne právě ta žena v jeho ordinaci, předpovědět nedokáže. Zda je spravedlivější ten či onen politický systém, vědecky také neprokážeme. Věda dodá mnoho dat pro naše úvahy, rozhodnutí za nás neudělá. Díky postupně zjišťovaným mezím jejich možností, ztratila absolutní autoritu i věda.

Současná situace

Člověk jedenadvacátého století žije v takové zvláštní situaci. Jak ukazují mnozí autoři, v současné době se rozpadají jednotící koncepty světa, mizí shoda o tom, co je správné a co je špatné (mravní konsensus) (Bauman, 2006; Lipovetsky, 2011). Ve svém světě má dnešní člověk k dispozici tři metody poznávání a vědění – filozofii, křesťanství a vědu. Každá z nich má seriózní mnohasetletou nebo i víc než dvoutisíciletou tradici. Jejich jazyky (diskursy) ale nejsou vzájemně slučitelné. Žádná z nich nemá plnou důvěru všech. Všechny tři ale náš život závažným způsobem ovlivňují. Věda je podle předpovědi Jana Patočky (1922) v servisní roli a zajišťuje nám dříve netušené pohodlí a bezpečí. Křesťanství dává mnoha lidem smysl života a odpovědi na spoustu existenciálních otázek. Filozofie poskytuje použitelné náhledy a jazyk, který umožňuje debatu o důležitých věcech.

Lidé se samozřejmě v takové situaci chovají různě. Někteří zůstávají v jednom výkladovém rámci a rozumějí svému světu z pohledu filozofie, vědy nebo náboženství. Mnozí z nich jsou váženými odborníky ve své oblasti, jiní si z přijatého pohledu organizují svůj život. Jsou lidé, kteří si vybírají z každého oboru něco. Ti se jen vzácně stanou uznávanými odborníky, tato metoda se dobře hodí pro organizaci každodenního života. Stále více lidí se ale ve svém světě pohybuje mimo kteroukoli z těchto tří oblastí. Nezajímají je názory filozofů, teologů ani vědců. Na základě

vlastních zkušeností si vytvářejí své jednoduché scénáře, ve kterých se pohybují. Erich Fromm (1947) hovoří o „tržním charakteru“, Martin Heidegger (1996) o „neautentickém modu bytí“. Tito lidé myslí a jednají tak, jak to vidí kolem sebe. Říkají to, co slyší u druhých. Nevedou „rozhovor“, ale „řeči“. Vlastně na nic nemají nějaký svůj vlastní, hlouběji propracovaný názor. Jsou někde tam, kde byli Sokratovi athénští posluchači. Jenom s tím rozdílem, že oni nic takového tehdy k dispozici neměli.

Psychoterapie a vědění nevědění

Psychoterapie vyšla z vědeckého chápání světa. Freud sám se pokládal za vědce. Pro složitost situací experimenty nebyly možné. Vycházel tedy z poctivě reflektované zkušenosti, sdílené s kolegy. A respektoval výsledky experimentů, které byly k dispozici. V dalším vývoji do sdílené zkušenosti psychoterapeutů stále více prosakovala filozofická metoda, tedy vypracovávání složitějších tezí, vždy znovu zpochybnitelných a lépe formulovatelných. V posledních desetiletích dokonce psychoterapeuti objevují, že i víru v křesťanského boha je možné zabudovat do psychoterapeutického myšlení.

V oblasti psychoterapie vznikla spousta škol. Zpočátku vzájemně soupeřily, která pracuje s tou správnou pravdou o duši člověka. Postupně se naučily se vzájemně respektovat. Ukázalo se totiž, že tu „správnou pravdu“ nemá žádná z nich. Rozvinul se zde „perspektivismus“, to je uznání, že na tak složitou věc, jako je lidská duše, je nutné se dívat z více stran. A když se lidé, dívající se na stejnou věc z různých stran, vzájemně slyší, přibližují se pravdě. Když zalezou od ulity vlastního pohledu, pravdě se vzdalují.

Existují různé názory na to, co je úkolem psychoterapie. Pro naše účely můžeme jako její cíl vidět buď úlevu od neurotických obtíží (tedy terapii), nebo lepší porozumění sama sobě. Tyto cíle se samozřejmě vzájemně nevylučují. Přednostní úlevu od obtíží nabízejí KBT, kognitivně behaviorální psychoterapie. Většina ostatních cílů i na rozvíjení vzhledu do vlastní duše.

Aby mohl pacient lépe rozumět děním ve své duši, potřebuje s psychoterapeutem sdílet jazyk, kterým ty všechny fenomény spolu popisují. Proto alespoň jeden z nich, nejlépe psychoterapeut, musí nějaký takový jazyk ovládat. Při rozhovoru o problémech pacienta, který může být z velké části i mimoslovní, se vynořují různé pacientovy nepřijemné agresivní, úzkostné až děsivé pocity, obrazy, vnitřní konflikty. Když tyto jevy provokují v psychoterapeutovi úzkosti, jeho obrany, ať již vědomé nebo nevědomé, nedovolí o těch věcech rozhovor. Pak pacientovi mnoho nepomůže. Proto je

tak důležité, aby psychoterapeut prošel vlastní zkušeností. Aby sám zažil, jaké to je objevovat hlubší vrstvy své duše. Teprve když sám zažije agresivní a úzkostné pocity, najde cesty, jak s nimi pracovat a přestane se jich bát. Proto je tak důležitý výcvik v kvalitní psychoterapeutické metodě. Poskytne terapeutovi jazyk a naučí jej pracovat s nepříjemnými součástmi duše.

Kde můžeme vidět ještě dnes přínos sokratického přístupu? Za obtížemi pacienta se obvykle skrývají více či méně vědomé scénáře nebo přesvědčení, která provokují nepříjemné pocity a vedou k nevhodným reakcím. Je potřeba si v těchto věcech udělat aspoň trochu pořádek. Zde se mohou hodit sokratické otázky, které pomohou otevřít skrytá témata a odhalit vnitřní konfliktnost užívaných scénářů a přesvědčení. V rozhovoru se svým psychoterapeutem může pacient nahlédnout, jak jej jeho zaběhané a často i nevědomé scénáře a názory vedou do neřešitelných situací. Může pak získat touhu své duševní pochody lépe poznat a přepracovat je do použitelnější podoby.

Tento postup má dnes na straně pacienta dvě podmínky. Pacient musí mít nějaké vlastní názory a musí mít důvody pro scénáře, které užívá. Jestliže všechno dělá prostě tak, jak to vidí u ostatních a vede řeči, které vedou všichni, není o čem vést rozhovor. Druhou podmínkou je ochota vidět chybu na své straně a něco ve svém jednání změnit.

Podmínky jsou i na straně psychoterapeuta. Těžko povede rozhovor s pacientem o problémech jeho duše, když není zblhý v jazyku, který umožní zjištěné problémy pojmenovat a vysvětlit. Jazyk psychoterapie není jen věcí rozumu, žádá si porozumění i v oblasti emocí a instinktů a vědomí souvislostí, které člověk pozná jen ve své osobní zkušenosti. Proto je možné získat skutečnou zblhlost v jazyku, jenom když terapeut sám projde psychoterapeutickým procesem a vhodnou supervizí. Na druhé straně je v dnešní době potřeba, aby psychoterapeut znal i meze svého pojetí. Zdaleka ne všechno dokáže naučeným jazykem pojmenovat. Existuje více možných přístupů, někteří pacienti jsou pro jeho metodu vhodnější, jiní méně vhodní.

Psychoterapeut, podobně jako Sokrates, by tedy měl mít své vlastní pojetí pravdy o dění v lidské duši. V rozhovoru si vypracovává hypotézy tom, jak to má v duši jeho unikátní pacient a v rozhovoru své hypotézy ověřuje nebo popírá. Avšak tuto svou pravdu, ani z ní vyrůstající hypotézy nemůže pacientovi vnucovat. V rozhovorech nabízí jejich nahlédnutí.

Seznam bibliografických zdrojů

- BAUMAN, Zygmunt. *Úvahy o postmoderní době*. Praha: Slon (Sociologické nakladatelství), 2006. ISBN 80-86429-11-3.
- DESCARTES, René. *Rozprava o metodě*. Přel. V. Szathmáryová-Vlčková, Praha: Jan Laichter, 1933, 1947, 2016. ISBN 978-80-7298-212-7.
- FROMM, Erich. *Člověk a psychoanalýza*. Praha: Aurora, 1997. Originál Man for Himself: An Inquiry Into the Psychology of Ethics, 1947. (Překlad Irena Petřinová, Marta Hubscherová) ISBN 80-85974-18-5.
- HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas*. Praha: Oikymenh, 1996. ISBN 978-80-7298-582-1.
- HROCH, Jaroslav. Hans-Georg Gadamer a hermeneutická filozofie. *Filozofický časopis*. 2000, 48(3), 445-463. ISSN 0015-1831.
- KAHNEMAN, Daniel. *Myšlení rychlé a pomalé*. Brno: Jan Melvil, 2012. ISBN 978-80-87270-42-4.
- LIPOVETSKY, Gilles. *Soumrak povinnosti. Bezbolestná etika nových demokratických časů*. Překlad Martin Pokorný, Alena Bláhová. Praha: Prostor, 2011. ISBN 80-7260-008-7.
- PATOČKA, Jan. *Kacířské eseje o filozofii dějin*. Praha: Academia, 1990. ISBN 80-200-0263-4.
- PATOČKA, Jan. *Přirozený svět jako filozofický problém*. Praha: Československý spisovatel, 1992. ISBN 80-202-0365-6.
- PATOČKA, Jan. *Platónova péče o duši a spravedlivý stát*. Praha: Oikymenh, 2012. ISBN 978-80-7298-476-3.

SPIRITUÁLNÍ ÚROVEŇ LIDSKÉHO JÁ A PSYCHOTERAPIE

THE SPIRITUAL LEVEL OF THE HUMAN SELF AND PSYCHOTHERAPY

MICHAL PODZIMEK

Anotace

Studie se zamýšlí nad spirituální úrovní člověka vzhledem k prožívání kvality života a zvládání životních krizí. V perspektivě vybraných teologů a psychologů italské provenience, kteří se věnují vztahu psychologie a spirituální terapie, je zde představen model sebetranscendence a přijímání životního údělu jakožto povolání.

The study considers the spiritual level of a person with regard to experiencing quality of life and coping with life crises. In the perspective of selected theologians and psychologists of Italian provenance, who deal with the relationship between psychology and spiritual therapy, a model of self-transcendence and acceptance of life as a vocation is presented.

Zdá se, že doby, kdy *spirituální potřeby* člověka byly výsměšně nahlíženy jakožto psychopatologie, jsou snad překonány. Pokud dnes pracujeme v narativu, že strukturu lidské osobnosti tvoří různé „...*druhy aspektů, a každý z nich má své osobité vlastnosti, rozličné funkce a řídí se odlišnými zákonitostmi*“ (Nuttin, 1962, s. 222), pak je třeba chápat všechny tyto bio-psycho-socio-spirituální aspekty rovnocenně a stejně vážně. K pochopení problému člověka (Kdo je člověk?) je tedy nezbytný celostní pohled, v němž jsou *bio-psycho-socio-spirituální perspektivy* neoddělitelné a každé upřednostňování jedné před druhou vede k redukci a v konečném důsledku i k nemožnosti problém člověka vůbec řešit.

Je zřejmé, že struktura lidské osobnosti pracuje jak na *psycho-fyzické* úrovni (procesy závislé na chemicko-organických změnách), tak i na *psycho-sociální* úrovni (procesy závislé na prožívání interpersonálních vztahů), ale tím to nekončí. Typicky „přidanou lidskou hodnotou“, nikoliv však pouhou nadstavbou, je úroveň racionálně-spirituální, jejíž dominantním tématem je *duše, psýché*, která má kognitivní schopnosti, specificky lidské myšlení. Jestliže mají *psychovědy* již v samotném názvu ono *psýché*, pak by bylo

povýšené chápat problém duše jenom jako jakýsi historický relikv z období, kdy byla psychologie služkou idealistických filozofií.

Duše jako dynamická dialektika

Pokud hovoříme o struktuře lidské osobnosti, zastavme se krátce před faktem její dynamičnosti, dynamiky (řecky: *kinésis* – pohyb), která je určující pro jakýkoliv evoluční proces. Duchovnost, spiritualitu člověka tedy nelze vyjádřit termínem *statické monády*, jakési *statické duše*. Naopak, spirituální život prožíváme skrze dialektické napětí mezi dvěma pomyslnými „triádami“, které můžeme artikulovat jakožto *triádu ideální a triádu konkrétní* (Rulla, 1997).

Na obecné (IDEÁLNÍ) rovině vidí člověk tři požadavky (odtud „triáda“), po kterých touží a které bytostně žádá:

- To, co je důležité samo o sobě (Touha po cíli, který je cílem ultimátním, absolutním, ke kterému již nelze nic přidat.)
- Obecné dobro (Touha po spočinutí v ideální instituci, v „dokonalé společnosti.“)
- Pravda (Touha po „odhalení“ ve smyslu řecké pravda, aletheia, poznání „jak to všechno skutečně je.“)

Zkušenost života však konfrontuje člověka se zcela jinou „triádou“, totiž KONKRÉTNÍ, kterou můžeme vyjádřit jako:

- To, co je důležité pro mne (Život pro cíle, vycházející jak z vědomých či nevědomých tužeb našeho subjektu.)
- Utilitární dobro (Tvorba společnosti na principu užitečnosti.)
- Postoje (Intuitivně-emoční hodnocení situací a v racionálním diskursu podléhání všem možným klamům, idolům.)

Život se tedy pohybuje v napětí mezi póly „já ideální“ a „já konkrétní“. *Já ideální* představuje svět obecných lidských tužeb a aspirací, „potřeba obecných hodnot“, touha po ideálním řádu, celosvětovém míru, dokonalé společnosti apod. Naproti tomu *já konkrétní* (aktuální, reálné) je stavem aktuálních postojů a tužeb konkrétního subjektu, často, ne však vždy, tužeb pouze utilitárních, zabývajících se primárně aktuálními problémy přežití. Avšak v tomto aktuálním stavu se člověk nechce trvale zabydlet. Chce od sebe více nežli pouhé přežívání v utilitárním koloběhu aktuálních potřeb a tužeb, chce je překračovat, *transcendovat* – podílet se na realizaci ideálů

„já ideálního“. A právě tento pohyb, tato kynéze k vyššímu, je onen spirituální život, „dýchající“ (lat. *spirare* – dýchat) touhou po ideální triádě.

Pokud tedy definujeme *psyché*, duši, jakožto dynamickou jsoucnost, toužící přejít od relativního k absolutnímu, ukažme nyní, jak si vede tato dialektika v konfrontaci se světem *hodnot a psychologických potřeb*, které každé „konkrétní já“ zakouší. Otázka zní: Jaká je základní psycho-potřeba člověka, aby se pro ni, jakožto pro dostatečný důvod, lidské *psyché* hýbalo z aktuální reality k ideálům?

Problém sebetranscendence

Jak je zřejmé již z první kapitoly, budeme zde čerpat především z díla a komentářů (Slaninka, 2014) italského teologa a psychologa, Luigi Rulla. Na jeho adresu je třeba uvést, že tento profesor Gregoriánské univerzity v Římě je i zakladatelem *Psychologického institutu* této papežské Gregoriánské univerzity. V rámci činnosti této instituce se pokusil o sympatický projekt syntézy teologie a moderní psychologie skrze koncept, který právě nyní představíme (Slaninka, 2012).

Rulla si při vstupu do problematiky *racionálně-spirituální úrovně* člověka klade jednoduchou otázku, totiž jaké jsou *transcendentní podmínky*, tedy konstituční aspekty, které umožňují setkání božského (ideálního) a lidského, během lidských dějin?“ (Rulla, 1997, s. 68) Spolu s Bernardem Lonerganem, který se profiluje spíše jako křesťanský filozof, odpovídá, že klíčem k pochopení pozice člověka ve světě, je jeho schopnost sebetranscendovat, ve smyslu překračovat horizonty aktuálního prožívání. Tvrdí, že člověk může pravdivě poznat, pochopit a prožít svojí situaci ve světě pouze tzv. *transcendentální metodou* (Lonergan, 2001).

Klíčem k pochopení *racionálně-spirituální úrovně* lidského prožívání je to, že člověk je ve své kognitivní racionalitě schopen odlišit *subjektivní a objektivní*. Kde však lidský subjekt nachází nějaký opěrný bod objektivity? A jak vůbec objektivitu definovat pro oblast interpretačních věd, *humanities* (filozofie, etika, teologie apod.)? Nutně totiž musí být definována jinak, nežli v oblasti *science* (přírodních vědách), logice a matematice.

Lonergan přichází s tezí, že pokud chceme pochopit, co znamená objektivita v oblasti *humanities*, je potřeba rozlišit mezi tzv. *autentickou a neautentickou subjektivitou*. Člověk totiž zakusí objektivitu jen tehdy, pokud si bude pěstovat *autentickou subjektivitu*, což znamená, že se začne

orientovat *hodnotově*. Nakonec tato *autentická subjektivita* je společná všem vědám i přes všechny rozdíly jejich metod. Autentická subjektivita je totiž výsledkem tzv. *autentické pozornosti, autentické intelektuální a racionální činnosti a autentické zodpovědnosti*:

„Existujeme na empirické úrovni života, na které slyšíme, vnímáme, představujeme, pocítujeme, hovoříme a pohybujeme se. Poté však následuje intelektuální rovina, na které zkoumáme, uvažujeme a artikulujeme, co jsme pochopili, rozpracováváme předpoklady a definujeme důsledky. Dále pak následuje úroveň racionální, na které přemýšlíme, zpřesňujeme a ujasňujeme, vyjadřujeme úsudek o pravdě nebo nepravdě, o jistotě či pravděpodobnosti a nalézáme svá tvrzení. Nakonec pak existuje úroveň zodpovědnosti, na které se zabýváme sami sebou, našimi postupy, cíli, za kterými kráčíme, pro které se rozhodujeme našimi činy, přehodnocujeme, a uskutečňujeme to, pro co jsme se rozhodli.“ (Lonergan, 2001, s. 39)

Tímto postupem od *empirického já* k *já transcendentálnímu* (sebe-překračujícímu) lze jak pochopit (racionalita), tak i zažít (emocionalita), že sám vesmír je ve své podstatě *racionální povahy*. Díky schopnosti být autenticky subjektivní se tak pro myslící bytost stává celé univerzum (vesmír, kosmos etc.) poznatelné. Jde pochopitelně o tradiční tzv. *kosmologický argument boží existence*, který bychom mohli moderněji formulovat třeba takto: Pokud se tedy ptáme po *racionální povaze vesmíru*, ptáme se implicitně i po jeho absolutní (ideální), božské dimenzi, po Bohu.

Otázka po ideálu (touha po „ideálním já“) se tedy v člověku rodí ve chvíli, kdy přechází od pouhého nereflektovaného prožívání, k autentické interpretaci světa *intelektem*, který usiluje o jeho pochopení, o objektivitu, *objektivní pravdu*, která je součástí „ideální triády.“ A pokud se pak člověk rozumem dotkne Pravdy s velkým „P“, nazírá svět se specifickou *objektivní jistotou* tak, že v jeho horizontu existuje něco jako *objektivní dobro*, ke kterému se lze vztahovat. V západní kultuře se pak toto objektivní dobro artikuluje jakožto Bůh.

Nakonec pak tato *autenticky subjektivně* nazřená *objektivita* světa pomáhá člověku *transcendovat* (překračovat) sebe sama. Tato činnost je pak následně dostatečnou motivací (lat. *movere* – hýbat se) k dynamickému vytváření vztahů ve světě autentických subjektů, tedy k vytváření societ (společenství, vzájemnosti) a nakonec i vztahu se samotným Ideálem, Bohem.

Cesta sebetranscendence jde tedy takto „jednosměrně“, totiž po vzestupně jdoucí linii *zkušenost – intelligence – úsudek – rozhodnutí* (Loneragan, 2001, s. 133-135). Tato cesta má pak své stupně, které budeme nyní analyzovat.

Stupně sebetranscendence

Shrňme dosud řečené: Na cestě od nereflektované *zkušenosti* k racionálnímu *rozhodnutí* se pro *autentickou subjektivitu* (cesta sebetranscendence) se otevírá možnost objevování *objektivního dobra*, které vede k zažívání spirituálního Ideálu (Boha). Toto sebe-překračování však nejde „najednou“, ale onen „výstup“ se uskutečňuje na stupních, které můžeme pojmenovat (Rulla, 1997, s. 80) jakožto:

- Poznání;
- Moralita;
- Láska.

Na první stupni si člověk skrze *racionální interpretaci zkušenostně prožívaného světa* artikuluje úsudky, které ho vedou k existenciálním otázkám: Co je to, co zažívám svojí zkušeností? Co je to, co prožívám a co následně svým rozumem interpretuji? apod. Pokud si tyto otázky klade opravdu autenticky – plně za sebe (tzv. *existenciálně*), najednou jakoby užasne nad jejich přesahy a nevyčerpatelností. To je ona řecká *eusébia* – *úžas*, žasnutí nad velikostí „předmětu“, kterého je schopen se lidský intelekt dotýkat. Je prověřeno dějinami lidského myšlení, že již sama poctivá snaha o autenticky vědecký přístup ke světu, vede k tzv. *kognitivní sebetranscendenci*, k úžasu nad velikostí a komplexitou bytí. Jak říká např. Albert Einstein „*Seriózní badatel je v té naší všeobecně hmotařské době jediným hluboce nábožensky založeným člověkem...*“ (Einstein, 1993, s. 16).

Avšak kognitivní sebetranscendence k plnosti života nestačí. Čím více člověk je „zasažený“ úžasem, tím více vyžaduje odpověď i na úrovni svého jednání. Proto si klade novou otázku: Jak se tato pravda projevuje v horizontech mé každodenní zkušenosti? Má význam pro můj praktický život, praktické prožívání světa? Má v tomto světě pravda nějakou *objektivní hodnotu* na úrovni jednání a je schopna proměňovat i můj svět vztahů? Na tomto stupni tedy člověk artikuluje svoje otázky pragmaticky: Co mám dělat? K čemu to, co se mi otevřelo jako *mysterium*, má sloužit? Takto autenticky subjektivně žijící člověk pak přechází do druhé úrovně,

totiž do *sebetranscendence morální*, kde začne konstruovat *autenticky dobrý život* a podle poznané *objektivní pravdy* upravovat své jednání.

Ke třetí úrovni *sebetranscendence* pak člověk „*přichází tehdy, když se zamiluje. Lidské bytí se stane samo sebou, když se stává bytím zamilovaným... to je ten základní princip. V něm mají původ všechny touhy, stejně jako úzkosti, všechna radost, stejně jako bolest, základní rozlišování hodnot, stejně jako všechny činy.*“ (Lonergan, 2001, s. 137). Člověk tedy na druhém stupni morální *sebetranscendence* jakoby připraví své já k setkání s plností transcendence, kterou prožije jakožto *lásku*. Až teprve na tomto třetím stupni *sebetranscendence*, totiž na úrovni *lásky*, se člověk stává *plně transcendovaný (sebe-překročený)*. Plná *sebetranscendence* tedy přichází až teprve s důvěrou a láskou, tedy tím, co tradiční teologické antropologie nazývají jakožto *teologické ctnosti*. Být plně transcendován pak v tomto smyslu znamená, dotknou se božského, zakusit Ho (Rulla, 1997, s. 68).

V otázce lásky (Co je láska?) pak člověk svým kritickým aparátem nahlíží její *různé stupně*: Zpravidla postupuje od lásky k utilitárním dobrům, přes intimní lásku, rodičovskou a synovskou lásku, humanitní lásku k lidstvu na národní a následně nadnárodní úrovni, až k lásce jakožto k celku. *Láska k celku* se pak chápe jako *všeobjímající láska*, jejíž poznání a prožívání je chápáno jakožto *dar*. Tento *dar* (v klasické teologii: *Donum Dei, gratia Dei* – dar Boží, milost Boží apod.) již nelze racionálně pochopit, protože jeho kvalita rozumové schopnosti subjektu přesahuje. Spolu s Blaise Pascallem lze tedy říci, že přichází trans-kognitivně: „*Srdce zná důvody, o kterých rozum neví*“ (Pascal, 2000, s. 48). *Dar* přichází sám, jakožto bezpodmínečná tzv. božská ctnost.

Pokud bychom však téma *sebetranscendence* pevně spojili s pouze teologickou perspektivou, vehnali bychom ho do slepé uličky náboženské víry, jakožto nezbytné podmínky. Tím by však došlo k přílišné redukci a cesta *sebetranscendence* by se stala pro lidi bez náboženské víry nepoužitelnou. Toto nebezpečí si naštěstí uvědomují i zde citovaní křesťanští psychologové, a proto jedním dechem dodávají, že na cestě *poznání-morálky-lásky* lze *sebetranscendenci* uskutečnit z různých dějinných perspektiv:

1. ***Egocentrická perspektiva*** – Ta se objevuje již v řeckých etických konceptech, především v konceptech epikurejské školy, ale i u některých gnostických či mystických proudů helénského období, především však ve východních buddhistických

a hinduistických spiritualitách. Své plné rozpracování a uplatnění, jakožto modelu pro moderního člověka Západu a jeho pojetí sebetranscendence, pak vidíme v genealogické vizi vůle k moci u F. Nietzscheho či v existencialismu M. Heideggera a J. P. Sartra, stejně jako u psychoanalytické školy S. Freuda. V tomto konceptu je základním smyslem sebetranscendence *plná realizace lidské osoby*. Jde o hledání a dosahování *dokonalosti lidského subjektu*, překračování stávajícího, často ubohého stavu, tísněného idoly a jeho nasměrování k nadlidskosti, k nadčlověku. Cílem je nalézt harmonii a vnitřní klid každého jednotlivého subjektu na úrovni nadčlověka.

2. **Sociální perspektiva** (*filantropická* či *altruistická perspektiva*) – Tuto vizi sebetranscendence nacházíme v dávné minulosti v prosociálních konceptech dějin Dálného východu (především taoistického kulturního okruhu), ale i v myšlení Západu. Jedná se o demokratizační snahy starověku (řecké pokusy o demokracii) i středověku (křesťanská synodalita). V moderně jsou pak rozpracovány jakožto spásonosný model v prosociálních vizích marxistických a obecně komunistických ideálů, ale i v pozitivismu (A. Comte), či u teologů sociálního učení jako E. Bloch apod. Základní linkou této perspektivy je *dokonalost lidské společnosti*, dokonalost lidstva jakožto celku.
3. **Teocentrická perspektiva** – Tuto perspektivu je vzhledem k modernímu teologickému diskursu třeba rozdělit na dvě, totiž vizi *kreacionistickou* (Bůh jakožto heteronomní božstvo), zastoupené historicky především křesťanskými autory jako Tertullián, sv. Augustýn, T. Akvinský, K. Rahner apod. Na druhé straně stojí pozice *theonomní* (božské já v imanenci vesmíru), kterou můžeme spatřit již u Aristotela, v novověku pak u Spinozy, Nolana (Giordanno Bruno), Schelera či Teiharda de Chardina, nebo i autora této statě (Podzimek, 2021). V této perspektivě je konečným cílem člověka *společenství s Bohem* (kreacionisté) či *theóze* – zbožštění člověka (tzv. theonomie). Každopádně u obou variant této perspektivy je ústředním termínem božství, nikoliv subjekt či lidstvo jakožto komunita.
„...konečný smysl člověka je sám Bůh, protože jedině Bůh může i člověka přivést k celostní a úplné realizaci sebe samého.“ (Rulla, 1997, s. 140)

Člověk je tedy povoláný, alegoricky řečeno „zavolaný Bohem“, k životu jakožto existenciálnímu životnímu úkolu.

Spirituální život jako povolání člověka

S výše nastíněnou koncepcí souvisí teze, že *racionálně-spirituální úroveň lidského života* je klíčová pro zdůvodnění životního poslání a smyslu života. Lze dokonce říci, že bez spirituální dimenze by bylo i nemožné chápat život jako nějaké poslání! Co však znamená, že člověk je *povolán k plnosti* lidského života? Jaké jsou konkrétní aspekty tohoto povolání? Připomeňme si, co jsme řekli již na začátku, když jsme hovořili o existenciálním napětí mezi dvěma triádami, které tvoří dynamiku naší psychiky. Zde je můžeme představit znovu jakožto zdroje *dvou základních motivací*, dvou hybných sil člověka:

- Za prvé je zde stránka skutečnosti, která je *hodnotou sama o sobě*, tedy ideály jako dobro, láska, krása (božská dimenze univerza), které člověk reflexivně-racionálně spekuluje a intelektem poznává. V tom psychicky zdravý člověk zpravidla vidí i nejvyšší morální hodnotu.
- Na druhé straně jde člověku o to, aby realizoval to, co je *důležité pro něj samotného*. To souvisí především s jeho *psychologickými potřebami*, (Rulla, 1997, s. 147) protože tyto potřeby objektivně pociťuje. Člověk si je vědom, že i ačkoliv je *povolán k plnosti života*, nemůže toto povolání kolidovat či dokonce negovat jeho legitimní potřeby.

Ačkoliv tedy povolání souvisí s *tématem absolutních hodnot* (hodnota sama o sobě), je pro člověka důležité *vědomí jeho vlastních hodnot a legitimních tužeb* (hodnota pro mne). Protože, jestliže má něco *hodnotu samo od sebe*, pak to musí mít současně *hodnotu i pro mne*. Pokud by člověk toto spojení dlouhodobě nenacházel, vytratil by se mu i smysl objektivity: Proč by mělo být něco (byť sebevznešenější) hodnotné, a přitom nebýt hodnotné pro mne?

A pak je zde druhý, pro psychoterapii významný prvek spirituální dimenze člověka: Je zřejmé, že nastávají situace (a může se jednat i o značně dlouhá časová období), kdy člověk hodnoty neprožívá. Ale i když naplnění legitimních tužeb po lásce, kráse atd. neprožívá, vždy mají objektivní hodnotu „v sobě“. Vědomí této objektivní „hodnoty o sobě“ tak činí člověka odolným, nebo alespoň odolnějším, proti dílčím neúspěchům. Názorně je to vidět na příkladu lásky, která je hodnotou sama v sobě, ať již je či není aktuálně prožívána. I když totiž prožívána není, svoji objektivní hodnotu neztrácí. Podobně je to vidět i na příkladu slibu. Jestliže subjekt slibuje, pak

explikuje svůj úmysl. Ale, i když slib následně poruší, předmět slibu zůstává hodnotou sám v sobě dál.

Proto je vědomí objektivitu, vycházející z *racionálně-spirituální úrovně* lidského života, z hlediska psychoterapie důležité, především při pomoci člověku v jeho životních krizích, ve kterých je často ústředním problémem to, že potřeby aktuálně neprožívá.

Sebetranscendence a hodnoty

Na vrcholu této studie se ještě zamysleme, na základě jakého *kritéria* je možné *hodnoty*, související s povoláním k plnosti života, popsat. Lze hodnoty vůbec klasifikovat? Nahlédneme toto téma ve světle V. E. Frankla, který se otázkou povolání k životu (Frankl, 1996) explicitně zabýval:

1. **Hodnoty** tvorby – Pokud člověk něco autenticky tvoří, již tím samým se podílí na sebe-transcendenci. Je vcelku jedno, je-li jeho tvorba zaměřena na svět jakožto celek, sociální skupinu či konkrétního jednotlivce, včetně jeho samého. Důležité je, že potenciality, které ve svém životě nalézá, převádí svojí aktivitou v uskutečnění, v praxi. Tvorbou tedy lze zakoušet sebetranscendenci jakožto úkol, jakožto povolání k životu.
2. **Hodnoty zkušenosti** – Jsou to hodnoty, které vycházejí z prožívání světa (zkušenosti se světem). Prožíváním univerza se člověk učí relacím, vztahům a takto transcenduje (zhodnocuje) svůj život. Jednoduše řečeno: Zkušeností člověk zraje a dospívá. Opět je vcelku jedno, o jaký druh zkušeností jde, ať s jinými lidmi, s univerzem, zkušenosti příjemné i nepříjemné, nenáročné i náročné.
3. **Postoje, ctnosti** – Třetí oblastí jsou ty hodnoty, které jsou výslednicí voluntárního zpracování výše uvedených zkušeností. Jde o postoje k situacím, které jsme konfrontovali se svým transcendentálním já, ale které jsou již trvalé – habituální. Proto hovoříme o ctnostech jakožto virtuozitách našich postojů. Jelikož je však život proces dynamický, je zřejmé, že tyto postoje jsou pevné pouze relativně, a proto jsou stále znovu a znovu prověřovány a dále upevňovány novými zkušenostmi a novou tvorbou.

Jiné, nikoliv však obsahově vzdálené typologie hodnot, můžeme nahlédnout (Okeah, 1960) například v rozdělení na *konečné objektivní hodnoty* (týkající se posledního cíle člověka) a *zprostředkující hodnoty* (konkrétní tvorba,

zkušenosti a postoje, vedoucí k nalezení posledního cíle). Hodnoty jako *trvalé ideály člověka*, ať už jde o stav jednání se světem, nebo o stav cílový, konečný cíl lidské existence (Rulla, 1975).

1. **Hodnoty univerza** – Jedná se o ty hodnoty, které sdílíme s ostatní přírodou. Jsou vázané na biologickou dimenzi života a prožíváme je emočně. Jsou proto úzce spojeny s oblastí radostí i bolestí, zdravím i nemocí apod.
2. **Hodnoty člověka** – Jde o hodnoty, které odlišují člověka od ostatního vnějšího světa. Proto o nich hovoříme také jako o hodnotách *intra-morálních*, vycházející z vědomého a svobodného lidského jednání. Jedná se především o hodnoty *ekonomické* (prosperita versus bída, úspěch versus neúspěch apod.) a hodnoty *sociální* (ale i umělecko-estetické, noetické apod.). Jakkoliv jsou tyto hodnoty typicky lidské, nemusí se nutně dotýkat posledního cíle člověka, totiž sebetranscendence při vědomí života jakožto daru a povolání k životu. Mohou to být často pouhá pasiva, mohutnosti, které člověk nemusí nutně použít pro sebetranscendenci. Tak jako například poznání krásy nás ještě nečiní krásnými, tak i poznání dobra nás ještě nedělá lepšími.
3. **Morální hodnoty** – Jde o prožívání povolání k životu jakožto hodnoty, skrze kterou si člověk uvědomuje své nejhlubší jádro existence a závažnost rozhodování se pro dobro. Teprve uvědomění si dobra jakožto existenciální hodnoty, činí člověka lepším a zhodnocuje jeho život ve své podstatě. Teprve na této úrovni si člověk uvědomuje život jakožto výzvu k dobru a úkol, od kterého se nemůže – aniž by ztratil autenticitu svého života – nikterak dispensovat. Proto se od této třetí úrovně hodnot hovoří o hodnotách *super-naturálních* („nadpřirozených“) ve smyslu, že teprve jimi se *sebepřekračuje přirozenost* – respektive transcenduje na stupeň autentické subjektivity, jak jsme o ní hovořili na začátku.
4. **Hodnota božství** – Hodnota posvátného rozměru života, transcendence, hodnota Boha, podle toho, díváme-li se na božské kreacionisticky (teocentricky) či evolučně (theonomně). Každopádně v obou perspektívách je nejvyšší *hodnotou žité dobro samo o sobě*, jakožto poslední základ všech hodnot. Ze subjektivního hlediska jde o hodnotu, ke které se vztahujeme s respektem, klaněním či meditací. Z objektivního hlediska se jedná o *summum bonum*, o nejvyšší dobro, které je předmětem (objektem) tajemství, transcendence par excellence.

Závěr

Na začátku jsme si položili otázku, jaké jsou konstituční aspekty, které *umožňují setkání božského (spirituálního) a lidského během lidských dějin*? V průběhu studie jsme pak konstatovali, že v reflexi dialektického napětí mezi ideálním a aktuálním já nacházíme velké téma *sebetranscendence*. Ta je pak z různých perspektiv uskutečňována jakožto vytváření a rozvíjení hodnot. Pokud si člověk zvolí tuto cestu, pak na existenciální otázku, co je lidský život, odpovídá, že ho chápe jakožto povolání k životu. Viděli jsme, že i když se pod tlakem moderní vědy radikálně proměnil obraz toho, který povolává (heteronomní Stvořitel je často již zcela nahrazen božskou imanencí světa), na straně povoláního zůstává jeho úkol stejný: Jde stále o týž úkol *sebetranscendence* cestou poznání, mravnosti a nakonec lásky. Láska pak má své zakotvení buď v teocentrické nebo theonomní rovině.

Avšak život pojatý jakožto úkol *sebetranscendence* si nevystačí s pouhou deklarací tohoto cíle. Potřebuje totiž své konkrétní vyjádření v *hodnotově postojoyých* rámcích. Hledá proto ty hodnoty, kterého mu k sebetranscendenci dopomohou.

Pokud bychom chtěli toto téma dále rozvíjet, museli bychom se jistě věnovat i psychologickým potřebám a tužbám, tedy našemu podvědomí. Odtud totiž často pramení vnitřní postoje jakožto predispozice a my zpravidla odpovídáme na danou situaci i pod diktátem svého podvědomí. Nakonec bychom se pak také museli věnovat komplexnosti emočního světa a tendencí potlačovat pocity či zkreslovat skutečnost prostřednictvím podvědomých obranných mechanismů. Tím bychom však překročili prostor této studie a v této věci lze proto odkázat k výše uvedeným zdrojům.

Seznam literatury:

- EINSTEIN, Albert. *Jak vidím svět*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1993. ISBN 80-7106-078-X.
- FRANKL, Viktor Emmanuel. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- LONERGAN, Bernard. *Il Metodo in Teologia*. Roma: Citta Nuova, 2001. ISBN 88-311-7312-x.

- MITCHELL, Stephen a BLACKOVÁ, Margaret. *Freud a po Freudovi*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-029-7.
- NUTTIN, Joseph. *Psychoanalysis and Personality: A dynamic Theory of Normal Personality*. New York: Mentor-Omega Book, 1962.
- OKEACH, Milton. *The open and closed mind: investigations into the nature of belief systems and personality systems*. New York: Basic Books, 1960. 978-1614278160.
- PASCAL, Blaise. *Myšlenky: výbor*. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0850-9.
- PODZIMEK, Michal. *Bůh ve škole: od uzavřeného dogmatu k dospělé křesťanské spiritualitě*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2021. ISBN 978-80-7465-498-5.
- RULLA, Luigi. *Antropologia della vocazione Christiana I*. Bologna: Edizioni Dehoniane, 1997. ISBN 987-881-050-8176.
- RULLA, Luigi. *Psicologia del profondo e vocazione*. Torino: Marietti, 1975. ISBN: 978-8821182006.
- SLANINKA, Leopold. *Človek ako priesečník ľudskosti a duchovnosti*. Trnava: AD TEAM, 2014. ISBN 978-80-89592-10-4.
- SLANINKA, Leopold. *Psychológia a spiritualita: základné psychologické aspekty duchovného života*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2012. ISBN 978-80-7162-905-4.

MYSLET A MLUVIT O SVĚTĚ S FILOZOFIÍ

THINK AND TALK ABOUT THE WORLD WITH PHILOSOPHY

INGRID STROBACHOVÁ

Anotace

O dnešním světě je nezbytné myslet filozoficky a vyjadřovat se jazykem filozofů.

Tři základní termíny J.Derridy: „diferance“, „dědic“ a „dekonstrukce“ jako poukázání na platnost a také užitečnost této cesty.

Dva příklady završující předvedení „dekonstrukce“: autismus a psychosomatika s problematikou rodiny a časovosti.

It is necessary to think philosophically and express about the contemporary world with the language of philosophers.

Three basic terms of J. Derrida: "difference," "heir," and "deconstruction" point out the validity and usefulness of this way.

Two examples conclude demonstration of "deconstruction": autism and psychosomatics with family and work issues.

Je třeba a jsme schopni oslovovat slovy a myšlením filozofie?

Je nás více, kteří se opakovaně v souvislostech s psychosomatikou a dalšími kolem se vynořujícími otázkami vyjadřují s náležitým filozofickým slovníkem, s citacemi významných filozofů, případně s využitím otázek, které jsou v určitých filozofických souvislostech kladeny.

Je to jen naše zvláštní záliba či potřeba? Něco nadbytečného, možná zajímavého nebo dokonce hezkého až krásného, taková libůstka, která se hodí. Ozvláštňuje, zpřijemňuje, ruší příjemně zažité vzorce vyjadřování.

Nebo je to nezbytnost, kterou někteří vycítili a bez které bude něco chybět, něco zásadního se nepředvede, něco krajně významného nebude ukázáno?

Pokud se přikloním k vyjádření nezbytnosti filozofie, jaké k tomu mám schopnosti, citlivost, třeba i směr myšlení? Mohu si to vůbec dovolit?

Jsem přesvědčena (a naštěstí vůbec ne já sama), že současný svět potřebuje myslet filozoficky a také se jazykem filozofů vyjadřovat. Ta potřeba není osobním směřováním osoby, která se o to snaží. Je to závažná cesta, kterou musíme procházet i za cenu poměrně značných rizik, které se k této důležité a nezbytné snaze váží.

Náš svět možná je a možná není horší než to, co lidé žili dříve. Je ale více v pohybu, v rozvlnění, tedy i v rušení či alespoň narušování nedávných struktur, tradic, nejspíše i potřeb a směřování jak jednotlivce, tak vztahových skupin ve společnosti. Filozofie díky své hluboké zakořeněnosti v minulém a schopnosti zvažovat v trojrozměrnosti času má v sobě možnosti, má nástroje, kterými může ukazovat, otevírat a předkládat k dialogu. K dialogu obtížnému, který se díky této obtížnosti zdá být jen pro vybrané, jaksi vyvolené, zdatné a třeba i určitým směrem vzdělané. –

Nezájem, odmítání je rizikem prvním, které potřebujeme přijmout. Vede k němu obava, nepochopení, někdy naše přílišná snaha vnutit téma v určité poloze. Jindy naše nedostatečná schopnost interpretovat těžké texty a přiblížit tak mnohé (nejspíše ne všechny) k uchopení a porozumění, či k otevření se k němu.

„Osvědčení“ filozofové jako Patočka, Heidegger, Lévinas nám zanechali velké množství textů, nikdy nebude konec s možnostmi, které nám v nich pro naše úvahy zanechali. Výrazně méně v našich řadách je využíván obrovský potenciál textů Merleau Pontyho (především právě v oblasti tělesnosti) a teprve v poslední době se občas vyskytne i odkaz na obtížné texty J.Derridy.

Texty dvou posledně zmíněných autorů jsou obtížné, ale mají hodně témat, které přímo zásadně oslovují naše chápání souvislostí pro psychosomatiku a všechny, kteří pracují s časem, rodinami. Merleau Ponty byl hlavním autorem ve věci tělesnosti na poslední konferenci ve Šternberku a jistě stojí někdy za to se k němu vrátit. Derrida byl tématem příspěvku manželů Chválových, ve kterém se konfrontovali především s jeho „dekonstrukcí“.

Dovolím si pokračovat v interpretaci „dekonstrukce“, s ní nezbytně propojené „diferance“ a v našich potřebných souvislostech i „dědic“ – je to další pokus o pochopení Derridy jako autora pro naši práci určitě platně přemýšlejícího.

Diferance

Hned z počátku pokusu o interpretaci je třeba se smířit s neobvykle složitým slovem, bez kterého ale není možné se propracovat dále. Některá přiblížení budou určitě na hranici naší co nejtvůrčivější představivosti.

Nutno předeslat, že „diferance“ a „difference“ jsou pro Derridu zásadně odlišné. Rozhodl se přidat do svých textů slovo s neobvyklým písmenem právě proto, aby zamezil ztotožnění těch dvou slov, ale zároveň je zcela od sebe neodrážel. (Ve francouzštině tuto totožnost-netotožnost podtrhuje stejná výslovnost obou slov.)

Již v tomto okamžiku jsme se ale dopustili vědomě chyby, kdy jsme se pro nedostatek jiných možností uchýlili k tomu označit „diferance“ jako slovo ve snaze vyhnout se označení „pojmem“. Ale musíme vidět „diferance“ spíše jako určitou hru, která není tedy ani pojmem ani slovem, ale samotnou možností vytvářet. Je možností vytvářet difference.

Spojuje prostor a čas. Je zároveň „spacializací“ (rozmisťováním) i „temporalizací“, „temporizací“ (oddalováním, odkládáním). Zanechává stopu (ta není přítomná, je to jen jakýsi stín přítomnosti), ruší tedy protiklad minulosti a přítomnosti. Nepřikazuje, nemá autoritu, ale může všechno rozrušovat, rozechvívát, otřásat. Hledá a hravě nachází (případně zase ztrácí) radikální jinakost.

Hledá takto jinakost v druhém, druhého v jinakosti. Neustále se pohybuje na hranicích a kolem hranic, které jinakost ukazují. A přitom jinakost a stejné, stejné a jiné se mohou dotýkat, prolínat a společně směřovat (rozváděla jsem tyto možnosti v dřívějších příspěvcích).

Diferance je hravý pohyb neustále plynoucí diferenciace, ale i odkládání a odsouvání.

Dědic

Dědic – trochu „zastrčený“, „zapadlý“ mezi „diferance“ a „dekonstrukci“. Přitom pro jejich pochopení, neřkuli zúrodnění, vysoce důležitý.

Dědictví si – Derrida opakuje, že nekompromisně (tj. bez skrupulí, bez možnosti námitek) - volí nás. Stáváme se dědici a je nám rozhodnout se, jak a zda reafirmovat minulost, reinterpretovat dar. (Připomínám krásné – jen francouzské: abandon, don, pardon – odevzdanost, dar, odpuštění.

Hrát si se slovy, s jejich etymologií apod., je úžasná možnost, která zároveň s novým uchopením ukazuje rozlišnost interpretace v různých jazycích.)

Dědictví je svědek mé konečnosti, a tím jsem jako dědic zavázán k přijetí, k ponechání, ale také k odpovědnosti za další žití tohoto dědictví. Mám si přisvojit minulost, o které vím, že je nepřisvojitelná.

Mám pokračovat, ale ponechání znamená také zachovat při životě, tedy nějakým způsobem znovu uvést svým jménem. Jako dědic jsem odpovědný nejen za uchování (myšleno zachování beze změny), ale i za přítomnost v přítomnostně možném rozumném.

Musím takto jít do krásného rizika, které mi přikazuje nezabít, nezrušit, nezranit, ale uvážit, pokusit se porozumět, případně změnit a umožnit žít. Jsem zavázán pokračovat, to může znamenat kromě ponechání i přerušování, zbavení iluzí.

K výkonu přichází završující pojem – od „pojmutí“, pochopiti – „dekonstrukce“.

Jsem dědic, dědictví jsem si nevybral, jsem součástí pohybu „diference“, chci za dědictví nést zodpovědnost se všemi riziky. Rozhodl jsem se – rozhodnout se ovšem mám, když co nejvíce vím (nemyšleno jen racionálně, i když i racionálně).

„Dekonstrukce“

Dekonstrukce nám odhaluje nejistotu v jistotě, tedy především tam, kde jsme nacházeli základ, samozřejmost v zdánlivě neotřesitelné podobě. Odhaluje tajemné jako tajemné a nejasné, kde bývala jasnost.

Zpochybněním nás učí žít v pohyblivém světě přítomnosti. Ve světě, kde pravidla se mění častěji, než stihneme zvážít, zda tato změna něco přináší. Učí nás rozhodovat se s přijetím rizika. Učí nás neničit, ale přijímat s otázkou. Nebořit, ale zkusit jiný přístup, jinak objevit a ponechat.

„Dekonstrukce“ byla někdy až zaklínadlem, stala se výkřikem. Někdy byla na pranýři, často pro nepochopení. Ale dekonstruovat, než budeme zase stavět, dekonstruovat bez zničení, bez zranění jest uvolnění pro nechat žít dědictví, ke kterému jsme byli vyzváni.

Dekonstrukce 2x – z praktického pobývání dětského klinického psychologa (nosí si s sebou filozofii do ordinace jako všichni, snad si to jen více uvědomuje, a tedy pěstuje):

1. Dekonstrukce – autismus

Dlouholetá práce s dětmi vytvářela a později již předpokládala poměrně přesná věková zařazení dětí a tato byla i vyžadována dalšími zúčastněnými odborníky. Bylo vždy nezbytné co nej přesněji vyšetřit, určit u dětí s opožděným vývojem (tedy neodpovídajícím věku chronologickému) míru tohoto opoždění, v jednotlivých oblastech (motorika jemná a hrubá, verbální vývoj, sociální oblast) potom pohlídat v opakovaných vyšetřeních křivku vývoje. Pochopitelně s rodiči diskutovat o možných nácvicích, o terapiích (fyzioterapie, logopedie atp.), o dalším zařazení dítěte do školy. Pomáhat rodinám zvládat namáhavou práci, která často neměla pozitivní výstupy.

Pracovala jsem v budově, kde se u nás poprvé začalo mluvit o diagnóze „autismu“ díky dr. Nesnídalové. Jako o velmi zajímavé, nicméně vzácné diagnóze, která se projevuje především v sociální oblasti a významně nevyrovnaným výkonem v jednotlivých oblastech – většina bývá opožděná, některá může být naopak akcelerovaná. Zdůrazňovala se nedostatečná schopnost a ochota očního kontaktu.

Za prvních 20-25 let jsem potkala jednoho autistu: byl potom i slavný, jeho příběh prošel televizí.

V posledních dvou desetiletích dochází k velké změně, v ordinacích přibývá dětí, které rodiče díky svým informacím považují za autisty a snaží se tuto diagnózu potvrdit. Diferenciální diagnostika je velmi obtížná i proto, že psycholog dítě vidí až v momentě, kdy rodiče zaznamenají rozdílnost oproti ostatním dětem nebo po situaci, které rodiče přisuzují vliv na vývoj dítěte (nejčastěji očkování, jehož vliv ovšem nebyl a stále není nikým potvrzen ani částečně). Poctivým vyšetřováním zjišťujeme velkou nevyrovnanost oblastí vývoje, často opožděnost ve většině, někdy i ve všech oblastech vývoje. Oční kontakt někteří mají, jiní někdy, jiní opravdu nikoliv.

Díky především tlaku rodičů se vytvářejí speciální centra pro diagnostiku autismu, na které tedy může klinický psycholog přesunout část své odpovědnosti za diagnózu. Ukáže se brzy, že ne všechnu: centra mají tendenci většinou diagnózu udělit a ztrácí se tak kvalita a spolehlivost diferenciální diagnostiky. Centra jsou placená rodinami, takže nejsou pro všechny. Rodiče navíc

potřebují jakéhosi koordinátora, „kontrolora“, snad i jen toho, kdo je občas vyslechne.

Ale – dále v ordinaci: po určitém časovém odstupu přicházejí děti v různě změněných stavech. Některé dítě nečekaně promluvílo, některé má výrazně zlepšenou motoriku, jiné se významně zlepšilo sociálně. Některé již má oční kontakt. Některé se nezlepšilo, oční kontakt nadále nemá. Opoždění vývoje v různých oblastech je velmi rozmanité. Zlepšení dětí je někdy kontinuální, jindy ve skocích a jindy nespolehlivé, po čase se vrací k nižšímu stupni vývoje.

Dekonstrukce:

Nutno znovu zvážit, co jest vývoj. Jak propojit čas a vývojové hledisko, není to samozřejmé a zdá se, že jsme nutně narazili na vysoce individualizovaný moment života, který jsme zatím dostatečně nepochopili a nedocenili jeho možnosti. U někoho jde vývoj jinak, možná bez přeskokování, ale se zastávkami, návraty, zlomy.

Vývoj kognitivní a sociální jako související i oddělené, vnímání sociální skutečnosti není jednoznačné: někdy odpovídá dosaženému stupni vývoje (právě i s výše zmíněnými možnostmi a zvláštnostmi), jindy se natolik zahltlí přídavky jakoby odjinud, že přestává být uchopitelný, srozumitelný v běžných souvislostech. Musíme se „dostat“ až do „jiného“ světa dítěte či dospělého, kterému dáváme diagnózu PAS.

Diagnóza jen jako velmi přibližná rozlišovací pomůcka – zde se snad nejkrásněji ukazuje nezbytnost nesnažit se v diagnostikování o naplnění přísnějších kritérií: je tolik autismů kolik je autistů?

Diagnóza se postupně rozpadá. Při diferenciální diagnostice se velmi obtížně hledají hranice (spojení či nespojení s retardací, kde ho hledat?), přitom na jejich určení nebo alespoň přibližném odhadu jejich vzdálenosti záleží možná úspěšnost terapie a prognóza.

Závěr: dekonstrukce nám otevírá nové přístupy.

Samozřejmost pojmu vývoj, souvislost kognitivního a sociálního, pojem diagnózy je zpochybněn. – Díky tomu vidíme množství nových otázek: proč jsme to nevnímali dostatečně dříve? Proč jsme odmítali často skutečnost PAS u méně výrazných jedinců a jejich vývoje. Je to diagnóza až našeho světa? Do předešlé doby se nehodila? Jinakost,

zvláštnost je nyní více uznávána jako jinakost – v rámci respektování diagnózy ale více oddělení nebo ne? (Jaká obzvláštnost se ještě unesla bez diagnózy?)

Jinakost – jiný svět. Připomeňme možnosti dotýkání, prolínání z dřívějších úvah.

Čas – změna rozumění, vývojové pochopení – vývoj jde od počátku, nepřeskakuje, ale také nejde postupně. Zlomy, zastávky, opětné navázání.

2. Dekonstrukce – psychosomatika, rodina, čas, diagnóza

I tady je to příběh – příběh jiného přístupu, který se jen těžko dostává ke slovu, přitom je nezbytný nejen pro pacienty, ale i pro medicínu jako obor.

Co potřebujeme dekonstruovat? Potřebujeme, když jsme ještě nepostavili a možná ani nevíme, jak a co všechno stavět, vůbec dekonstruovat tu naši prastarou novostavbu?

Ale v pochopení dekonstrukce jako hlubšího pochopení, jako zvážení oné difference a dědictví, za které máme odpovědnost, pokud se k ní rozhodneme, určitě ano. Mnohé již bylo užito (bez použití termínu dekonstrukce, další nás čeká ve zpochybňování samozřejmostí).

Dekonstruovat znovu a opakovaně tělesnost, žitou tělesnost, tělesnost, která nám dává nejen konečnost, ale i naladění, čas a prostor ve své závažnosti i hravosti.

Máme se bát dekonstruovat v tomto smyslu rodinu? Rodina, která v běžném slova smyslu je dokonstruována již dosti dlouho, je v naší dekonstrukci znova odpovědně zvážena. Dekonstrukce časové struktury je přídatkem, který již používáme v méně intenzivní podobě. Máme k našemu přístupu hledat pomoc v běžné diagnostice, jak diagnózu dekonstruovat ve smyslu neničit, zodpovědně převzít, rozvinout toto dědictví medicíny?

Dekonstrukce jako odhalování podivností, záhad, znejišťování jistot, ukazování jinakosti bez ničení a zraňování, s odpovědností dědice, kterou se rozhodl přijmout, je nekončící cestou. Ta nikdy nevede jenom domů.

ANOTACE

Kolektivní monografie Psychosomatická medicína 2022 s podtitulem V čem se prolínají psychosomatika a psychotherapie? se zabývá aktuálními otázkami psychosomatické medicíny s důrazem na léčebné postupy a význam psychotherapie v léčbě psychosomatických pacientů. To souvisí s otázkou kompetencí, tedy kdo je oprávněn v praxi provádět cílenou psychotherapii, a také s otázkou, jaké je postavení psychotherapie v léčbě psychosomatických pacientů, zda musí být nutně vždy indikována a případně jaká jsou kritéria její indikace. Řada metod, kterým se věnuje text knihy, působí celostně, tedy na všechny složky bio-psycho-sociálního systému jedince včetně psychiky, nejsou metodami primárně psychotherapeutickými, a přitom mohou být v léčbě psychosomatických pacientů velmi efektivní. Patří sem řada fyzioterapeutických technik a metod, kterým je v publikaci věnována speciální pozornost. Můžeme tedy konstatovat, že v léčbě psychosomatických pacientů je uplatňována odborníky více oborů řada metod, které působí v různých rovinách. Působí obvykle i na psychiku pacientů. Mají tedy i psychotherapeutický efekt v rámci celostního působení, a nemusí se přitom jednat o cílenou indikovanou psychotherapii. Vyžaduje to však erudici terapeutů v této oblasti, proto akcentujeme zařazení výuky psychosomatiky do vzdělávání všech zdravotnických profesí. A naopak erudovaný psychotherapeut by měl dobře rozumět mechanismům psychosomatických vztahů, aby byla jeho práce v této oblasti efektivní. Léčbu psychosomatických pacientů můžeme vnímat také jako „vyladění“ všech vrstev osobnosti, včetně té spirituální, i tomuto tématu je v publikaci věnována pozornost.

SUMMARY

Collective monograph Psychosomatic Medicine 2022 with the subtitle What psychosomatics and psychotherapy intersect in? deals with current issues of psychosomatic medicine with emphasis on therapy and the importance of psychotherapy in the therapy of psychosomatic patients. This is related to the question of competencies, ie who is authorized in practice to perform targeted psychotherapy, and also to the question of the position of psychotherapy in the therapy of psychosomatic patients, whether it must

always be indicated and, if so, what are the criteria for its indication. Many of the methods which deals with the text of the book have a holistic effect, ie they affect all components of the individual's bio-psycho-social system, including the psyche, they are not primarily psychotherapeutic methods, and they can be very effective in therapy of psychosomatic patients. This includes a number of physiotherapeutic techniques and methods to which the publication pays special attention. Thus, we can state that in the therapy of psychosomatic patients, a number of methods are used by experts in several fields and these methods effect at different levels. They usually also affect the psyche of patients. Thus, they also have a psychotherapeutic effect within the framework of holistic action, and they do not have to be targeted indicated psychotherapy. However, this requires the erudition of therapists in this area, so we emphasize the inclusion of psychosomatics in the education of all medical professions. Conversely, an erudite psychotherapist should have a good understanding of the mechanisms of psychosomatic relationships in order for his work in this area to be effective. We can also perceive the therapy of psychosomatic patients as a „tuning“ of all layers of the personality, including the spiritual one, and this monograph also pays attention to this topic.

AUTOŘI

„Covid-19 – biopsychosociální fenomén“

MUDr. Magdalena ZÁCHOVÁ

Psychosomatická a homeopatická poradna, terapie Viva, Praha 2
Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Oblastní nemocnice Kladno

Mgr. Margareta ŠLEMÍNOVÁ

Privátní poradenská praxe, Praha 4

„Chaos a vzorce v psycho-somatickej práci“

MUDr. Ivan VERNY

Soukromá psychoterapeutická praxe, Winterthur, Švýcarsko
lektor Processorientované Psychoterapie

**„Lůžkové oddělení pro psychosomatické pacienty
– sen nebo správná cesta?“**

MUDr. Michal KRYL

Institut sociálního zdraví,
Teologická fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

**„Fyzioterapie mezi duší a tělem aneb psychosomatika ve
fyzioterapeutické praxi“**

doc. PhDr. Daniela STACHEOVÁ, Ph.D.

Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s.r.o., Praha

„Kung Fu Terapie – transformace zážitků útlaku, násilí a traumatu“

Mgr. Marek ŠMEJKAL

Psychoterapie Radotín

„Preventívna psychosomatika: máme na viac, než len byť Popoluškou klasickej medicíny“

MUDr. Lenka BACHRATÁ

Mind&Body zdravotné centrum, Bratislava, Slovensko

„Aktivizační programy pro seniory s depresivním syndromem jako prevence syndromu geriatrické křehkosti“

Mgr. Eva NECHLEBOVÁ, Ph.D.

Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s.r.o., Praha

„Edukačně terapeutický projekt redukce psychosomatických obtíží žáků na víceletém gymnáziu“

doc. PhDr. Markéta ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Ph.D.

Katedra psychologie, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

„Sokratické vědění nevědění – základ kvalitní psychoterapie“

doc. MUDr. Jiří ŠIMEK, CSc.

Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

„Spirituální úroveň lidského já a psychoterapie“

PaedDr. ICLic. Michal PODZIMEK, Th.D., Ph.D.

Katedra filozofie, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Technická Univerzita v Liberci

„Myslet a mluvit o světě s filozofií“

PhDr. Ingrid STROBACHOVÁ, Ph.D.

2. LF UK Praha a FN Motol