



**RADKIN
HONZÁK**

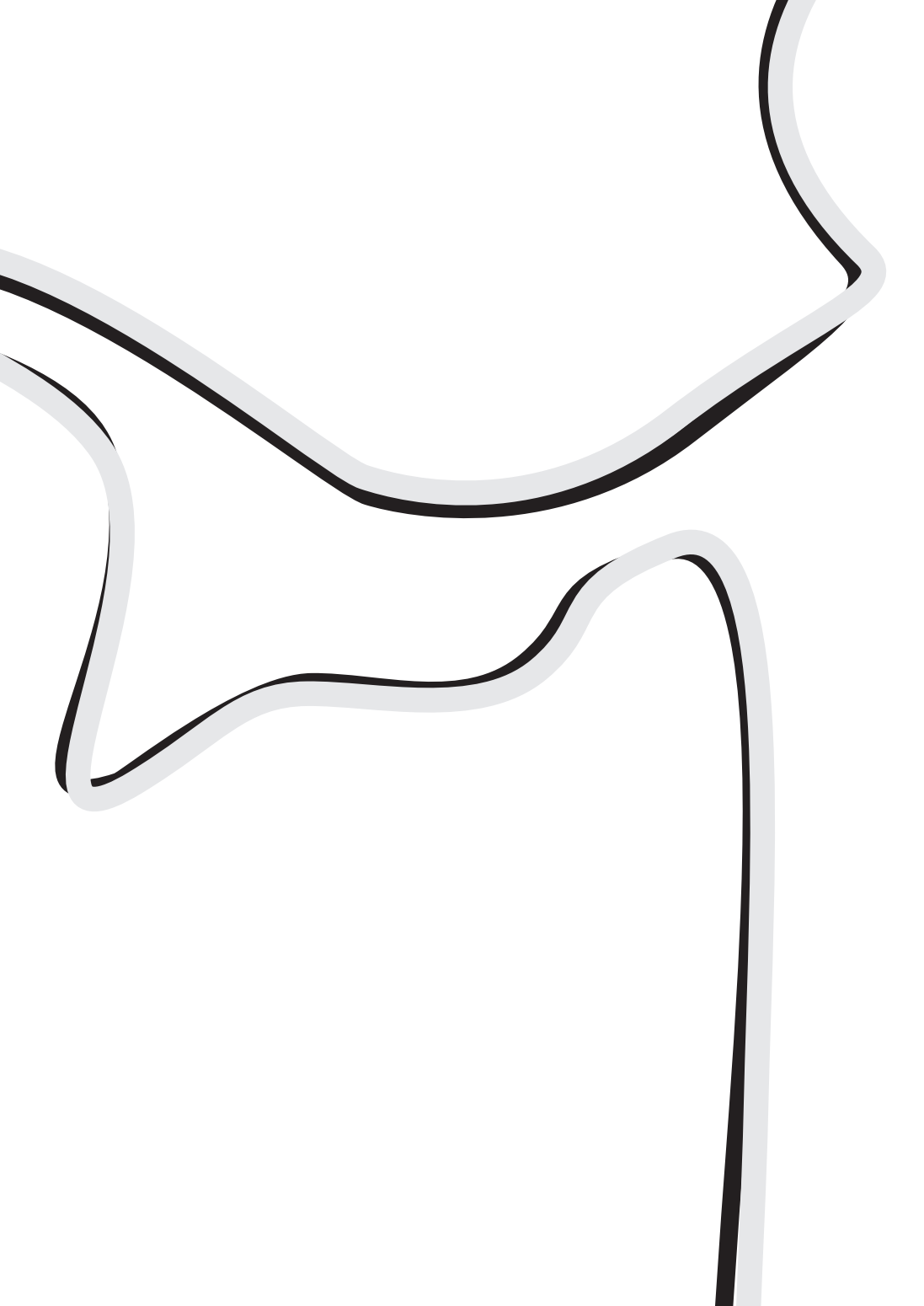
**PSYCHO-
SOMATICKÁ
PRVOUKA**

VYŠEHRAĐ



**RADKIN
HONZÁK**

**PSYCHO-
SOMATICKÁ
PRVOUKA**





**RADKIN
HONZÁK**

**PSYCHO-
SOMATICKÁ
PRVOUKA**

VYŠEHRAĐ

Každý má pravdu, pokud se nemýlí.

ERNEST HEMINGWAY

Typografie Kateřina Urbanová

Odpovědná redaktorka Radka Fialová

E-knihu vydalo nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,

v Praze roku 2017 jako svou 1674. publikaci

Vydání v elektronickém formátu první

(podle prvního vydání v tištěné podobě)

Doporučená cena E-knihy 210 Kč

Nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,

Praha 3, Víta Nejedlého 15

e-mail: info@ivysehrad.cz

www.ivysehrad.cz

Copyright © Radkin Honzák, 2017

ISBN 978-80-7429-934-6

Tištěnou knihu si můžete zakoupit na www.ivysehrad.cz

OBSAH

Pozvání do světa psychosomatiky	9
Záludnost slova „normální“	13
Důkazy účinnosti psychosomatického přístupu	18
Něco málo z historie	33
Člověk a jeho svět ve zdraví a nemoci – předmět našeho zájmu	50
Enterální mozek a mikrobiom	58
Emoce	81
Láska	90
Strach	93
Hněv a vztek	97
Údiv aneb „Tatínku, proč včelám krademe med?“	99
Smutek je potřebná emoce	103
Hnus – morální emoce	107
Radost a smích, jak je možná neznáte	113
Důvěra	121
Pomsta není sladká, je hořkosladká	125
Stud a pocit viny	129
Člověk – tvor sociální	133
Peklo je stav duše a peklo je nakažlivé	139
Lidská spiritualita aneb česká nemoc	144
Komunikace a terapeutický vztah z trochu jiného úhlu	156
Připoutávací vazba	159
Typy pacientů	161
Osobnost a reakce lékaře	163
Cykly interakce manipulujícího pacienta s lékařem	167

Spánek – třetina života	178
Nejčastější problémy	181
Řízení cyklu spánek – bdění	186
Odbočka o snech	189
Řešení běžných spánkových poruch	193
Co může dělat tělo pro svou duši – tělesná zátěž a kognice	200
Kůže, čich, hmat a lidské doteky	209
Bolest	226
Placebo jako opomíjená součást léčby	242
Na počátku bylo slovo	242
Praktické použití placeba pro zhodnocení léčby	244
MAC-efekt léku a (jeho) placeba	249
Placebo-efekt na základě podmiňování	255
Nocebo	261
Dráždivý tračník postinfekční versus non-postinfekční	268
Kazuistika	280
Psychogenní kašel	283
Hraniční témata	290
Jsem to já? O depersonalizaci	292
Psychopatie	296
Apotemnofilie	300
Sběratelé životních malérů	302
Othello je v tom nevinně	303
Pica	305
Brouk v hlavě	307
Münchhausenův syndrom	309
Setkání s dvojníkem	311
Couvade syndrom	312
Pár slov na závěr	315
Slovníček častých výrazů	317

POZVÁNÍ DO SVĚTA PSYCHOSOMATIKY

Vstupovat do světa psychosomatiky vyžaduje jednak odvahu, především však drzost. Odvahu opouštět pohodlné cesty a drzost šlapat po trávniku, na němž je po několika staletí umístěna výstražná cedule, udržovaná medicínským establishmentem za všech panujících režimů, s nápisem NEVSTUPOVAT. Co se mě týká, skromnost jsem před deseti či patnácti roky zanechal na prahu dospělého věku s tím, že bude-li potřeba, vím, kde ji najdu. Učím zdárně druhé, že *sedávej panenku v koutě, budeš-li hodná, najdou tě* je zcela obsolentní a škodlivé heslo. My (to je *pluralis majestaticus*) doporučujeme nové, které říká: *Vymet holka všechny bály, on se jednou někdo spálí!* Tento přístup mi dovoluje bez studu předložit spanilým čtenářkám a váženým čtenářům následující text.

Je to výsledek mého padesátiletého, a řekněme si tady poctivě, že také většinou marného hledání pravdy o zdraví a nemoci. S pravdou v medicíně to není jednoduché, protože tato disciplína, podobně jako Rusko, neví, kde má hranice. Jen čas od času si několik jedinců položí otázku, jaké jsou vlastně úkoly a cíle současné medicíny. Je to otázka nemilá, leč legitimní. Měla by stát u všech projektů, reforem a plánů zdravotního systému. Medicína sama ve své expandující tendenci nemá potřebu se definovat a vysvětlit, že jde o praktickou aplikaci vědeckých poznatků při diagnóze, léčení a prevenci nemocí, se jeví jako příliš obecné.

Jako vždy (a jako všichni) jsem velmi často opisoval, a to většinou ze zdrojů, které se také dnes mýlí a kdysi se mýlily podobným způsobem, kterým se mýlím já, protože tak to je nejen mně, ale nám všem daleko bližší. Mýlit se s moudrými je ale někdy stejně ošidné jako mít pravdu s blbci. Ucelená sbírka omylů je *srozumitelná*, tak jako *telná* kráva, když se pak otelí, přivádí na svět nová a nová stvoření, z nichž některá

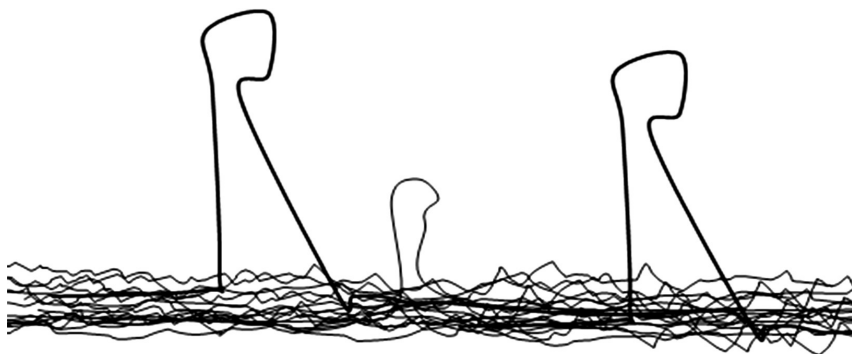
jsou dalšího života schopná. Při této příležitosti vzpomeňme s dojetím na slepé uličky génia Cimrmana i na serendipity.

Co se týká metafyzických problémů těla a duše, nemám s tím žádné starosti. Jestliže může být elektron jak částicí, tak vlněním, a jestliže jeden elektron může současně projít dvěma otvory, což obojí dnešní poznání vyhláší jako dogma, je nad slunce jasné, že je to nad naše chápání a nezbyvá než počkat, až to fyzici nám natvrdlým a zanedbaným, kteří stále stavíme svět v newtonských kulisách, kde to není samá díra, ale existují i pevné předměty, vysvětlí. Neměli bychom zapomínat, že svět se promítá do naší psychiky, přičemž o tom, co je to psychika, také žádná jediná a srozumitelná dohoda neexistuje.

Jsem přesvědčen, že jedním z dominantních světů, možná ten v naší sociální existenci nejvýznamnější, je svět slov, svět naší řeči, našeho jazyka. Ten je více či méně přesně propojen s naší **myslí**, což je mnohem širší pojem než to, co je permanentně vytvářeno v nitrolebním prostoru mezi oběma ušima každého člověka. Existence představy kolektivního vědomí, stejně jako nevědomí, není představou novou, byla tu již před Jungem, který ji však zviditelněl nejvíc, a dostává reálné obrysy po objevu zrcadlových neuronů.¹

Moje představa lidské mysli vychází z živé přírody, na rozdíl od často prezentovaných modelů z oblasti strojů (Freud – parní stroj s přetlaky, ventily a výpustěmi, později nám nabízený model telefonní centrály a dnes všeobecně přijímaný model PC), a podobá se systému houby (jedinec) a podhoubí (společné vědomí i nevědomí), jak je schematicky zachyceno na obrázku. Líbí se mi původní řazení hub k rostlinám, ale nakonec jejich osamostatnění, a připomíná mi to, že člověk je také zvíře, ale značně osamostatnělé. Lze je nalézt po celé Zemi a jakkoliv jde o jeden druh, zahrnuje široké spektrum svérázných individualit s velmi rozdílnými charakteristikami a schopnostmi. (A jejich zásobní látkou je také glykogen.) Lidé jsou jako plodnice vyrostlé za účelem rozmnožování, netušící, co všechno obsahuje a skrývá podhoubí.

¹ Rizzolatti G. – Fogassi L., The mirror mechanism: recent findings and perspectives. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2014 Apr 28; 369 (1644): 20130420; Ganttová S. P. – Agazarianová Y. M., Skupinová mysl, skupinové vytváření funkčních podkupin a interpersonální neurobiologie. In: E. Hopper – H. Weinberg (eds.), *Sociální nevědomí u osob, skupin a společností*, díl 1, Praha: Irene Press, 2015, s. 102–118.



Mysl jedince (model podhoubí a houby).

Psychosomatický pohled nepředstavuje v žádném případě nějakou alternativní medicínu, tedy konkurenci, která stojí jako alternativa, čili zcela jiná možnost, než je medicína současná, založená na důkazech pozitivistického ražení, zpracovaných statisticky. Svými požadavky **brát v úvahu stejně vážně jako faktory biologické také velmi obtížně měřitelné faktory sociální a psychologické, eventuálně už téměř neuchopitelné faktory duchovní neboli spirituální, je doplněním redukcionistického pohledu medicíny na člověka jako na biologický preparát.** Tím může být psychosomatický přístup přiřazen k „doplňkové a alternativní medicíně“ (*complementary and alternative medicine, CAM*), ale jako ten doplňkový. Při tomto poněkud odlišném pohledu se však jeho cíle zásadně neliší od cílů, které by si měla stanovit také medicína založená na důkazech (*evidence based medicine, EBM*), které však ve svém tažení za penězi a mocí překračuje zejména výrobou nových nemocí, účelově vytvářených systematickou medicinalizací sociálních jevů. Její cíle jsou zhruba tyto:

1. prevence nemocí a poranění a rozvoj péče směřující k udržení zdraví,
2. úleva v bolesti a utrpení způsobených nemocemi,
3. léčení a péče o nemocné a péče o nevyléčitelně nemocné,
4. zabránění předčasným úmrtím a na druhé straně pomoc při pokojném a důstojném umírání.

V biopsychosociálním přístupu je nutné přehodnotit pohled na lidské tělo, které se dnes už nejeví jako jeden organický monolit, ale jako složitý ekosystém (někdy označovaný jako supersystém), v němž na „naši“ (je ještě naše?) fyziologii a patofyziologii participuje složitý a bohatý především střevní, kožní a další slizniční mikrobiom. Ten se aktivně podílí na našem metabolismu, naší imunitě a našich řídicích funkcích. Kromě centrálního nervového systému máme tedy též nervový systém enterální a plno věcí, které byly považovány za nezvratné axiomy, podle dnešních poznatků už neplatí. V této chvíli se například biologičtí experti nemožou dohodnout, zda existuje či neexistuje „orgán“, a v případě že ano, jak ho definovat.²

Psychology nepochybně raním tím, že devalvuji jejich oblíbené „tělesnění emocí“ v současnosti opakovaně prokázaným tvrzením, že emoce jsou primárně tělesné děje,³ neurochemické procesy, nejstarší řídicí systémy a jejich mentální reprezentace se označují jako pocity. Po létech spekulací se tak vracíme k východiskům, která zaujal už Charles Darwin.⁴ Emoční oblast je zaměřena v první řadě na přežití jedince a druhu, proto má řada emocí svůj neoddelitelný sociální charakter, a zde již mizí úplně ostrá hranice mezi námi a našimi prý nižšími živočišnými příbuznými.

Rodina, která po staletí fungovala jako nejmenší a nejdůležitější sociální jednotka, se v současné společnosti rozpadá, což nesporně má důsledky pro vývoj jedince a jeho zdravotní stav, stejně jako radikálně změněné životní prostředí a způsob života. Strukturu a fungování širších společenství, která se vyvinula z původní tlupy – prahordy, asi nejlépe postihuje Luhmannův koncept⁵ autopoietických („samotvorných“) systémů, na něž ve svém přístupu odkazují.

Při vši neskromnosti si však nedělám iluze o svých možnostech, jednak proto, že se (částečně) znám, a pak proto, že nad všemi biologickými,

² Coffey C. J. – O’Leary D. P., The mesentery: structure, function, and role in disease, *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016; 1 (3), s. 238–247.

³ 21. 9. 2016 oznámili vědci z MIT (Massachusetts Institute of Technology), profesorka Dina Katabi a její žáci Mingmin Zhao a Fadel Adib, že vyvinuli EQ rádio – bezdrátové zařízení, detekující na základě analýzy dechu a tepu zkoumané osoby tři základní emoce – radost, hněv, smutek – a potom ještě jednu, která sice už mezi základní nepatří, ale je též zajímavá, a to spokojenost.

⁴ Darwin Ch., *Výraz emocí u člověka a u zvířat*, Praha: ČSAV, 1964.

⁵ Šámal K., <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/72123/?lang=en> (naposledy dohledáno 11. 2. 2017).

psychologickými a sociálními potřebami, jejichž nedokonalé sycení je jednou z příčin špatného zdraví, se vyskytují ještě potřeby duchovní, jež v živočišné říši jsou také vlastní nejen lidem a o jejichž sycení mám ještě méně přesnou představu. A nejen to; každá ze zmíněných úrovní je v systému lidského poznání zpracovávána odlišným způsobem a také odlišným jazykem, jejich vzájemné propojení není vůbec jednoduché, přičemž informační tok mezi nimi nepochybně existuje. Způsob, jak informace z jedné oblasti ovlivňuje dění v těch dalších, je stále pouze předmětem spekulací.

Informace bude patrně to podstatné, co zajišťuje celý složitý anti-entropický pohyb, jež nazýváme životem, a pokud se mi podaří utřídit informace – ať v podobě fyzikální, chemické nebo mentální – a ukázat na ty, jež vedou k dobrým změnám, budu považovat svou část úkolu na stavbě psychosomatiky za částečně splněnou.

Záludnost slova „normální“

Být normální je vytouženým cílem neúspěšných.

C. G. JUNG

Není třeba studovat magii, abychom pochopili, jakou sílu má slovo. Navzdory tomu, že jsme si toho (občas) vědomi, zacházíme s touto cennou a mocnou komoditou velice ledabyle. Nemám tím na mysli lidi, u nichž vyřčená slova předbíhají myšlenky (jsou-li tam jaké), ale přehlížení kontextu, v němž jsou pojmy používány.

Velmi instruktivní příklad jsem ulovil a bohužel zůstal v mé paměti bez příslušné citace. Nezbyvá vám než mi uvěřit, že jsem to nezkreslil a že se budete moci odpovědně rozhodnout. Vyjděme z následujících informací: Frída byla na vysoké škole ekonomické velmi aktivní účastnicí aktivit zaměřených na lidská práva a zejména na genderovou problematiku. Které z následujících dvou prohlášení se jeví pravděpodobnější?

A: Frída pracuje v bance.

B: Frída je členkou „Ženské ligy“ v bance, kde pracuje.

Pokud budeme uvažovat jako (byť amatérští) vědci, je větší statistická pravděpodobnost, že pravdivý je výrok „A“, protože v bankách pracuje víc lidí než v ženských spolcích. Pokud se budeme pohybovat v přirozeném světě a budeme uvažovat a mluvit přirozeným jazykem, platí to pro výrok „B“. Měli bychom si vždycky uvědomit, v kterém z obou – a dalších – jazykových světů se pohybujeme.

Slovo **normální** pochází z latinského *normalis* neboli „vyvedený podle tesařova čtverce“, tedy svisle stojící. *Norma* potom znamenala „pravidlo“ a časem se tento pojem stal označením pro **běžný stav věcí**. Úžasné je jeho zneužívání, nedávno jsem zaslechl pěkný oxymoron: „Von je normální blázen.“

„Pane doktore, řekněte mi, je tohle normální, je to normální?“ ječela na mě dáma v manželské poradně. „Von přijde domů, pravda, boty si zuje, ale nesrovná, pak si de umejt ruce, ale ani ho nenapadne, aby to umývaldo po sobě spláchnul, copak to je normální?“ A dále pokračovala, jako kdyby měla skrytou kameru u nás doma...

„To je těžké,“ vysvětloval jsem jí, „když malý chlapeček vyrůstá v rodině, kde tatínek večer přijde domů, všechny zmlátí a oni mu vypucují boty, bude chlapeček, až vyroste, takové chování považovat za normální. Když chlapeček vyrůstá v rodině, kde tatínka večer všichni zmlátí a on jim vypucuje boty, bude pro něj v dospělosti normální naopak tohle.“

V hovorovém jazyce je pojem normální chápán velice často jako něco, co dělám, co mám nebo co si myslím já, v čem jsem vyrostl, co platilo v naší rodině a co jsem tedy povýšil na normu (= pravidlo), jíž by se měli všichni ostatní podřídít. Když to nedělají, jsou nenormální. Pikantní na tom ale například je, že něco kolem 2 % synestetiků, kteří mají spojeny dvě kvality vnímání (například barevná písmena, barevnou hudbu), si většinou myslí, že všichni ostatní vnímají svět stejně jako oni. Existuje také Gaussovo normální rozdělení, v němž procentuální zastoupení dvou směrodatných odchylek zjišťovaných veličin od průměru tvoří 96 % ze všech, což je dost široká norma na to, aby se do ní vešlo nezanedbatelné množství podivuhodných jevů. Řeknete-li někomu „tvař se normálně“, jak asi bude vypadat jeho výraz?

Jak nám může tenhle koncept omezit myšlenkovou kapacitu? Snadno. Spoléhám-li se, že se budu setkávat s „normálními“ věcmi, je toto mé schematické vidění stále konfrontováno se skutečností, že takové nepo-

tkávám, tak jako pravděpodobně nepotkám občana kupujícího si průměrného 3 a ½ páru, tedy sedm bot ročně. Je to ale cesta, po které nás všichni vedou: například medicína při orientaci na „nemoci“ rozdělila vyskytující se symptomy na kardinální a vedlejší, přičemž ty první zařadila do zásadních rozlišovacích faktorů, zatímco ty druhé ponechala bez většího zájmu. U depresí například není uváděn průjem jako příznak, který by pacienti obtěžoval, naopak mezi kardinální průvodní jevy patří zácpa, přičemž u poloviny nemocných trpících dráždivým tračníkem (10 % prevalence) najdeme také úzkostnou nebo depresivní poruchu. Tu můžeme z diagnostické úvahy chybně vynechat právě na základě imperativních průjmu, které přece u této diagnózy nejsou „normální“.

„Nenormální“ jednání – a vztahy mezi lékařem a somatizujícím pacientem mohou být dost napjaté až třaskavé právě vzhledem k tomu, jaké problémy diagnóza i terapie „medicínsky nevysvětlitelných příznaků“ (*medically unexplained symptoms*, MUS) přináší – nás může na obou stranách jednacího stolu (abych hned nepoužil termínu „barikáda“) emocionálně nabudit tak, že začneme vidět rudě.

Harvardův zákon z Murphyho souboru nám říká, že *za přísně kontrolovaných tlakových, tepelných a dalších fyzikálních podmínek se živý organismus chová, jak ho to zrovna napadne*. Svoje klinické pozorování jsem pro potomstvo formuloval takto: *Člověk vydrží víc než zvíře, jen mu dát příležitost!* Dáme-li sem do třetice Selyeho⁶ heslo: *Co tě nezabije, to tě posílí*, dostáváme rámeček, v němž se lidské reakce a stavy mohou pohybovat.

Stresující zátěž, kterou někdo snese bez mrknutí oka, může druhý považovat za zničující, z přijaté a platné definice bolesti plyne, že ta je vždy subjektivní a její intenzitu tudíž nemůže posoudit nikdo jiný než její nositel, a na vyvolané emoce nelze žádnou normu nasadit. Deset lidí vystavených stejnému zážitku bude mít deset různých prožitků z něj a žádný nemůžeme vyhlásit za normální a zbytek za zcela nesprávné. V každém jednotlivém klinickém případě musíme uvažovat o jedinci a jeho individuální reaktivitě, pochopitelně na pozadí obecnějších zákonitostí.

⁶ Přestože byl opakovaně navržen, Selye nikdy nedostal Nobelovu cenu, protože jeho teorie „postrádala tvrdá fakta“. Tak to chodí ve světě vědy.

U jedné třetiny pacientek trpících funkčními obtížemi najdeme v anamnéze tělesné týrání nebo sexuální zneužití či alespoň ohrožení, ale u dvou třetin takhle traumatizace neproběhla. Na druhé straně máme v životě dobře adaptované oběti takového jednání bez jakýchkoliv psychopatologických nebo psychosomatických tělesných obtíží. Stejně je třeba vážit všechny další vyhlášené patogenní i uznávané protektivní faktory.

Ani těm ryze materiálním dobrotám a škodlivinám se nedá věřit: sádlo se zase smí, s cholesterolem to také není úplně jasné, trochu tělesného tuku navíc může chránit před degenerativními mozgovými poruchami, obezita není z přejídání a nedostatku pohybu, ale je to zánět, podle jiných zase ne, a je to nerovnováha regulačních faktorů. Být malým čunětem je zdravější než čistota, která ještě do nedávna byla půlkou zdraví. Mikrobiom zamíchal mnoha teoriemi a duše v břiše určitě ještě do dalších promluví.

Medicína založená na důkazech (*evidence based medicine*, EBM) staví na statistické pravděpodobnosti, že u pacienta trpícího chorobou nazvanou tak či onak budou s velkou pravděpodobností tyhle a ony obtíže, tyhle a ony objektivní nálezy, takový a onaký průběh a bude indikována ta či ona léčba. To platí u velké části nemocí, které jsou způsobeny známými či předpokládanými organickými příčinami. Přestože bude u každého pacienta něco přechýlávat a něco chybět, do popsaného schématu se jakž takž vejde. I tak je to někdy s odřenýma ušima.

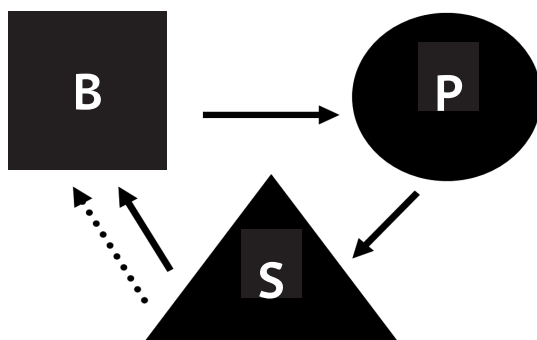
Pacienti s funkční poruchou ale nestůňou podle těchto pravidel, organická příčina jejich obtíží se nenajde a vysvětlení, že porucha není na postiženém místě, ale na úrovni řídicích systémů, je neuspokojí a ani nenadchne, protože podle jejich mínění, mínění laického a bohužel často též profesionálního, mají jakousi neplnohodnotnou, polovičatou diagnózu. Mají pocit, že jim jejich lékař nevěří, že si myslí, že je to jen jejich představa, že jsou považováni za simulanty. Tím jejich napětí narůstá a příznaků úměrně přibývá. A stěhují se. Ty příznaky. Ti pacienti naopak cestují po medicínských pracovištích od čerta k ďáblu a sbírají zkušenosti, nálezy a laboratorní výsledky; to by v tom byl čert, kdyby se někde něco nenašlo! A někdy reagují, potom zase nereagují na tuhle nebo onu léčbu a je to prostě všechno jinak. Je tohle normální?!

Dostaneme se k tomu ještě podrobněji, zde však chci zmínit, že medicína založená na důkazech toto řešit neumí, svoje platná a účinná doporučení pro takové lidi nemá a obecně vzato s poznáním obtíží, kterým se před stoletím říkalo „hysterie“ a dnes se jmenují „somatizace“, není o moc dál, než byli Charcot, Janet nebo Freud.

Životy postižených lidí probíhají „normálně“, když tu náhle přijde zvrat a objeví se obtíže. Matematici pro tuhle situaci mají Ljapunovův exponent, teorie autopoietických systémů zase pojem „kontingence“, medicínský model zde hledá nikoliv kauzální, ale pouze „spouštěcí“ mechanismy. U části psychosomatických autorů se objevuje pojem „alostáza“, což je adaptační změna neboli úprava vzniklé stresové situace, aby byl dosažen adekvátně stabilizovaný stav organismu („homeostáza“).

Nicméně všechny modely naznačují, že předchozí cesta obsahovala významné rizikové faktory, jejichž kritická hodnota (jako informace vedoucí ke změně) by mohla být předpověditelná. Jedinec, ani rodina jako nejbližší suprasystém, si tyto okolnosti neuvědomuje, teprve v jejich

**Sociální akce vyvolá emoci.
Emoce je do vědomí přeložena jako pocit.
Informace o pocitu do sociálního prostředí.
Úprava, nebo další emoce — příznak.**



Interakce bio-psycho-sociálních faktorů.

nadhraničním projevu je nějakým způsobem reflektuje. Zajímavé je, že změna, která proběhne neuvědoměle v somatické oblasti jednotlivce, vede ke změnám v sociálním systému rodiny přes roli nemocného, která kromě utrpení přináší s sebou moře sociálních zisků. Ty však – stejně jako transformace psychosociální tísně do somatického příznaku – běží většinou mimo plné uvědomění všech zúčastněných a tím také mimo možnost racionálního zpracování kýmkoliv z nich. Reflexe důsledků vzniklých změn se může dostavit později a situaci dále komplikovat. To probíhá ve stovkách rodin, a věřím, že ani nezapálenější zastánce toho zneužívaného pojmu to nenazve normálním.

Důkazy účinnosti psychosomatického přístupu

Medicína založená na důkazech (EBM) snáší důkazy statistického charakteru o výsledcích biologické léčby. Bere-li se tento v zásadě redukcionistický postup jako jediný doporučovaný, není možné si nevšimnout, že se liší od zásad ústavy Světové zdravotnické organizace (WHO), která definuje zdraví jako stav fyzické, mentální a sociální pohody, a tím výslovně požaduje nikoliv redukovaný, ale komplexní, celostní biopsychosociální přístup⁷ k lidem ve zdraví a nemoci. EBM také ponechává stranou všechny nemocné, kteří se do jejích statistik nevejdou, což je něco kolem čtvrtiny z těch, kteří zavítají za lékařem první linie a jsou jim zde diagnostikovány funkční/somatizační poruchy, s nimiž si EBM neví rady.

Jak je patrné ze schématu systémového modelu, teoretický rámec a z něho plynoucí léčebný biomedicínský zásah se odehrává na úrovni řídicích a řízených systémů. Vyšší etáže systému nebere v konkrétních případech v úvahu, maximálně se na ně odvolává v rámci obecných hypotéz a to deklaruje jako biopsychosociální přístup. K tomu je nutné dodat, že o existenci střevního mikrobiomu, podstatné součásti řídicích systémů, a jeho fyziologickém a patofyziologickém významu nebylo před desetiletím ani ponětí a dodnes je velmi málo seriózních údajů

⁷ <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>; Engel G., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196 (4286), s. 129–136.

SYSTÉMOVÝ MODEL

BIOSFÉRA
SPOLEČENSTVÍ – NÁROD
KULTURA – SUBKULTURA
KOMUNITA
RODINA
DYÁDA
JEDINEC
se svou zkušeností a chováním
ŘÍDÍCÍ SYSTÉMY
ŘÍZENÉ (ORGÁNOVÉ) SYSTÉMY
TKÁNĚ
BUŇKY
ORGANELY
MOLEKULY
ATOMY
SUBATOMÁRNÍ ČÁSTICE

o tom, jak skutečně pracuje, co je příčina, co důsledek a co epifenomén. Máme tady – stejně jako behavioristé ve svých začátcích – jakousi černou skříňku, v níž „cosí“ probíhá, možná tak, jak si představujeme, možná že zcela jinak.⁸ Příliš mnoho starých jistot se tak hroutí a těch nových pravd přibývá mnohem pomalejším tempem, nicméně je dnes jasné, že jsme spíše koexistující než nezávislé bytosti.

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

⁸ Vácha M., Kontroverzní postavení „jedince“. In: R. Ptáček – P. Bartůněk (eds.), *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2016, s. 63–70.