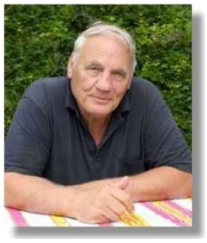

Odlišení od psychologie

Zdroj

S. Freud, zakladatel psychoanalýzy, vyvinul ucelený **teoretický** systém pro příčiny a odstranění duševních poruch. Své teorie, jako například teorii libida a sexuální teorii, ovšem nedokázal přenést na úroveň mozku nebo úroveň orgánovou, natož aby provedl protikontrolu. On a jeho studenti tak z velké části směšují správná pozorování (např. ta o podvědomí) s polopravdami a zcela falešnými vysvětleními. Celkově se psychika jeví jako něco odděleného od těla a mozku, co formují události od raného dětství a čemuž je možné dostat se na kobylku pomocí komplikovaných teorií.

Archaické biologické konflikty se však s těmito dlouhodobými psychologickými konflikty překrývají pouze v okrajových oblastech (uvázlé konflikty[1]). Biologické konflikty jsou zcela jiného rázu, takže když psychologové hovoří o psychice nebo konfliktech, jenom se zdá, že mluví o tom samém. Pro většinu psychologických přístupů platí: Dodnes nikdo nehledal akutní konflikty ani něco jako DHS[2], stejně jako nikdy nebyl pro žádné vědecké zkoumání důležitý **způsob**, jakým takový šokující prožitek jedince zasáhl, a jaké konkrétní pocity přitom pacient v dané chvíli měl. Věřilo se, že konflikty mají dlouhou historii a po jistou dobu se vyvíjely, a důvod pro konflikty a poruchy se hledal v osobní biografii pacienta. Jenže biologické konflikty nemají žádnou „historii“ ve smyslu předcházejících událostí, ačkoli v psychologickém smyslu mohou v mnoha případech existovat. Pro diagnózu *konflikt spojený s vodou* (např. kvůli nehodě lodi během bouřky) jsou předchozí události v životě pacienta poměrně nezajímavé, resp. irelevantní. Psychologická a biologická rovina konfliktu je zcela odlišná, i když se mohou místy překrývat. Vždy je třeba mít na mysli, že biologické konflikty mohou utrpět i zvířata!

---

[1] Není-li jedinec schopen (či ochoten) si svůj konflikt nějakým způsobem vyřešit, zůstává trčet v první, konflikt-aktivní (stresové) fázi. To může být problematické, protože konflikt s narůstající délkou fáze „bobtná“! Trvalá a silná sympatikotonie jedince vyčerpává – chřadne a slábne. Nakonec ho může vyčerpat natolik, že zemře. V praxi se jedná také o případy, kdy je první, konflikt-aktivní fáze opakovaně přerušována kratičkými fázemi dílčího řešení konfliktu, ale k samotnému hojení vlastně nikdy nedojde.

[2] DHS = Syndrom Dirka Hamera (Dirk, syn Dr. Hamera, zemřel na následky postřelení, jeho otec následně onemocněl rakovinou varlete). Jde o těžký šok, něco akutního a dramatického, co nás zaskočí, vyvede z rovnováhy, vůbec jsme to nečekali a jsme na to sami.

V psychologii je celá řada událostí od počátku vyloučena jako konflikty. Mezi události, které si zaslouží být vyhodnoceny jako „konflikty“ v psychologickém smyslu, patří například ztráta blízké osoby nebo rozpad manželství. Že je možné vyvolat rakovinu nebo biologický konflikt jediným slovem („prase“), se zdá být pro mnohé nepravděpodobné. A že Hamer říká, že pro konflikt je důležité, aby pro nás byla událost akutní a dramatická a že nás musí zastihnout nepřipravené a v naprosto nečekaný moment, tomu se zatím všichni jen soucitně usmívali.

Zažil jsem pacientku, která během krátké doby ztratila čtyři své nejbližší příbuzné a neutrpěla jediný biologický konflikt, protože předem věděla, že žádný z nich – otec, matka, bratr ani strýc – nemá šanci na přežití. Když ji však strýc slíbil, že ji odkáže krásnou truhlu, kterou ovšem v závěti zanechal pacientčině sestře, tak to se pacientka úplně zbláznila a prodělala DHS s biologickým konfliktem, neboť na to nebyla připravena a zaskočilo ji to. Onemocněla karcinomem slinivky.

V podstatě nikdo neviděl souvislosti u rakoviny, protože nikdo nerozlišoval mezi stresovou fází s vlastními příznaky, kdy je konflikt aktivní, a vagotonickou fází, kdy je konflikt již vyřešen. Rovněž psychologické "hodnoty" jsou pro obě fáze zcela odlišné! Kritérium nekontrolovaného dělení buněk, např. jak u rakoviny tlustého střeva, nádorů vaječníků (cyst) tak i u osteosarkomu, vedlo k tomu, že se zkoumaly zcela odlišné fáze a projevy onemocnění, jen aby se našel společný jmenovatel, který však nemohl existovat, a to z důvodu neznalosti ontogenetického systému nádorů. Také se nerozlišovalo – z psychologického hlediska – mezi primárními a druhotnými nemocemi nebo dokonce vyléčenými starými karcinomy, které byly objeveny jen náhodou. Mnohé výsledky takovýchto studií jsou proto samy o sobě nesmyslné.

A je tu ještě něco velmi důležitého: Podle současného chápání Germanische Heilkunde® (dříve: NEUE MEDIZIN, Germanische Neue Medizin) **nestačí**, aby byla pacientovi poskytnuta pouze obecná psychoterapeutická péče, protože on si musí svůj nejvnitřnější biologický problém vyřešit biologickou a reálnou cestou. Dodatečná „síla“, kterou pacient s aktivním biologickým konfliktem získává prostřednictvím sympatikotonické inervace (stres), je přírodou zamýšlena k tomu, aby jedinec obdržel dodatečnou dávku energie, kterou potřebuje k vyřešení svého konfliktu. Proto jsou prakticky všechny psychologické formy terapie primárně nevhodné, uniká-li jim jádro věci a nechápou-li tento mechanismus, a dokonce se pokouší do něj zasahovat, aby ho zablokovaly nebo zastavily. Níže bych rád vysvětlil, že je zde přeci jen nutná jistá opatrnost:

Nejprve je třeba zjistit, o jaké DHS přesně šlo a kdy k němu došlo, v které fázi jakého konfliktu se přesně nacházíme, abychom mohli s pacientem společně provést to, čemu říkám individuální, specifická, průběhu přizpůsobená biologická terapie. Psychologové na tuto biologickou psycho-orgánovou kriminalistiku nestačí, protože jim chybí medicínsko-biologické vzdělání. Tento nedostatek mnoha psychologů se může stát pro pacienta v krajním případě i osudným: Mají-li být v nevědomém zápalu boje vyřešeny všechny jeho

konflikty naráz bez ohledu na délku trvání. V takovém případě je totiž zbrkle ignorována tělesná úroveň a úroveň mozku, kde se mohou odehrávat potenciálně nebezpečné věci. Vyřeší-li například psycholog v dobrém úmyslu pomocí terapie *revírní konflikt*[3], který trval řadu měsíců, potom je třeba po nějaké době, na vrcholu léčebné fáze, počítat s epileptoidní krizí[4] v podobě infarktu. Ten však bývá pro všechny zúčastněné naprostým překvapením a často končí smrtí, jak jsem už párkrát zažil. Totéž samozřejmě platí i pro další dlouhodobé konflikty, které se náhle nevědomky vyřeší terapií, což může vést ke vzniku závažných symptomů na úrovni mozku, jako jsou bolesti hlavy, nitrolebeční tlak v důsledku otoku[5] atd.

Existuje spousta dlouhodobých konfliktů, které **nesmí být za žádných okolností vyřešeny**, protože by pacient nepřežil následnou fázi hojení. Zůstane-li pacient ve fázi aktivního konfliktu, může vést relativně normální život až na to, že bude povětšinou hubený jako lunt a bude neustále ohrožen schizofrenní konstelací[6] (v případě biologických konfliktů týkajících se velkého/koncového mozku).

Přiznejme si, že Germanische Heilkunde® (dříve: NEUE MEDIZIN, Germanische Neue Medizin) bylo možné objevit z mnoha stran. Např. ze strany embryologie ze specifičnosti zárodečné vrstvy jednotlivých skupin orgánů nebo ji mohl odhalit histologický pohled na věc, kdyby si zde někdo všiml, že je tam systém, když se porovnávají skupiny orgánů přináležející k sobě. Také by se to možná dalo zjistit z behaviorálního výzkumu nebo z lokalizace ovládacích bodů (relé) v mozku, která jsou zodpovědná za skupiny orgánů, jak jsme to znali od homunkula[7].

Kvůli smrti syna Dirka a vlastní rakovině jsem shodou náhod začal zkoumat akutní následky konfliktu, což je pro „praktika“ srdcem a duší, kterým jsem vždycky byl, asi nejpochopitelnější cesta. Nevyhnutelnou se tak stala konfrontace více s psychology a méně s psychosomatiky.

Dodnes si vzpomínám na radiologa na naší klinice v Oberaudorfu, který studoval několik semestrů psychologii. Když jsem tehdy před kolegy odprezentoval, že podle mého pozorování rakovinu spouští akutní, dramatické konfliktní šoky, zasténal: „Tohle jsou všechno nonstop nesmysly, to v psychologii vůbec neexistuje." Naštěstí jsem měl za sebou

[3] Revírní konflikt znamená, že jedinec ztratil svou oblast působnosti (revír) nebo jeho část.
[4] Epileptoidní krize představuje kritický moment hojivé fáze, kdy se jedinec nakrátko navrací do první stresové fáze. Zároveň jde o jakýsi zlom v hojení – to horší nechováme za sebou, před námi je o poznání příjemnější část.
[5] Otok (edém) ovládacího bodu postiženého orgánu v mozku, který vzniká se začátkem druhé, hojivé fáze.
[6] Konstelacemi vysvětloval Dr. Hamer základ moderních psychických nemocí (psychóz).
*[7] Jako **homunkulus** se označuje „malý člověk skrývající se v našem mozku“. Jde o projekci lidského těla na povrch mozkové kůry. Motorický homunkulus připomíná človíčka, který přelézal mozkovou kůru, noha mu zapadla do zářezu mezi hemisférami, on zakopl a spadl – dolní končetiny tak najdeme hned u zářezu, horní končetiny na boku hemisféry a hlavu až pod nimi.*

několik let neurologických a psychiatrických zkušeností na klinice, takže mě to nechalo úplně klidným.

Realita nemusí vycházet z psychologických teorií, ale naopak: Má-li být medicína brána vážně z biologického a vědeckého hlediska, představuje experiment základ všech dalších úvah. To je ovšem slabá stránka naší psychologie, neboť v ní jde o čistě teoretické konstrukce, které mají bohužel tu nevýhodu, že neodpovídají realitě. Obecně psychologie trpí tím, že jí **chybí nejen lékařské znalosti, ale i lékařská praxe**, která má být zakotvena teprve v novém zákoně o psychoterapeutech (pozn.: vydání z roku 1994). Současně se lékaři stále častěji považují za orgánové lékaře, což bude také stvrzeno novým zákonem o psychoterapeutech. Psychiku chtějí přenechat psychologům. Jak jsme však dosud viděli, jednotlivce nelze rozložit na jednotlivé části.

***

E. Evans, 1926, a LeShan se pokoušeli léčit pacienty s rakovinou zkoumáním jejich osobního vývoje. Při pokusech „pochopit abnormální vývoj pacienta“ (Mars, Fritz Zorn 1977) se terapeuti samozřejmě dopouštějí odvážných spekulací. Chtěli léčit pacienta s takzvaným "maligním lymfomem", ale jejich terapie ho jen znovu roznemohla. Přitom tzv. maligní lymfom představuje ve skutečnosti nezhoubné zduření lymfatických uzlin ve fázi hojení. Jak vidíte, lékaři, psychoanalytici a psychologové pracují často v rozporu, přičemž psycholog vždy považuje diagnózu od lékaře za správnou a přeprodává ji pacientovi.

Byla vyslovena hypotéza (Engel 1954, Grinker 1966, Bahnson 1966, 1969, 1979, Baltrusch 1975, Schmale 1977, Fox 1978), že rakovinu lze pochopit na základě psychosociálních vlivů před vypuknutím nemoci a z osobnosti onkologického pacienta. Engel (1961) zkoumal vliv ztráty a zármutku na rakovinu, přičemž ztrátu definoval jako ztrátu cenného objektu, tj. blízké osoby, majetku, zaměstnání, domova, vlasti, ideálu, části těla apod.

Takovéto studie jsou typicky psychologické a mají pramálo společného s biologickými konflikty. V biologické sféře je možné utrpět *konflikt ze ztráty* pouze tehdy, týká-li se ztráta člověka nebo příslušníka stejného druhu[8]. Ale i tady samozřejmě záleží na tom, zda je taková ztráta v okamžiku vzniku DHS jako *konflikt ze ztráty* vůbec pociťována. Takovou ztrátu lze vnímat i jako *revírní konflikt* (dědic statku), popřípadě ji jako biologický konflikt vůbec nepociťovat, pokud se dá smrt očekávat. A dojde-li ke ztrátě během hádky, může se u ženy místo karcinomu vaječníku rozvinout rakovina prsu. Je-li ztráta vnímána jako *separační konflikt (konflikt z odloučení)*, pak se u biologického konfliktu s DHS vyskytne paralýza[9] nebo (podle toho, zda se jedná o dítě či matku nebo partnera) duktální vředovitý nádor[10] v levém nebo pravém prsu, kterého si zpočátku nevšimneme. Strana závisí na tom, zda je pacientka

[8] Týká se říše zvířat, popřípadě rostlin.
[9] Snížení nebo ztráta schopnosti vnímat smyslové podněty.
[10] Týká se vývodů mléčné žlázy.

levačka nebo pravačka. Pokud jde o ztrátu domova, resp. vlastního domu, může se u biologického konfliktu jednat o *revírní konflikt*, ale i *konflikt uprchlíka* s karcinomem ledvinových sběrných kanálků v konflikt-aktivní fázi (ca-fáze). Ztratí-li pacient spolu s domem i svůj majetek, může utrpět biologický *konflikt „zemřu hlady“,* samozřejmě vždy jen s DHS.

Jak vidíte, jsme od sebe na hony vzdáleni! I pro zvíře, pro které musí pět biologických zákonů[11] analogicky platit, je „ztráta sousta“ něco úplně jiného než ztráta blízkého příslušníka stejného druhu.

Psychologické studie o tom, zda je zármutek nemoc (Engel 1977) a zda může vést k „bezmoci a beznaději“, pokud se řádně nezpracuje, představují čistě teoretické, spekulativní psychologické otázky, jež nemají nic společného s biologickou realitou. Zármutek, který pociťujeme, když zemře někdo našemu srdci blízký, bez DHS, není samozřejmě nemoc, ale zcela normální proces. Pokud však došlo k DHS spojenému s *revírním konfliktem* v hormonálním patu[12], pak má pacient či pacientka *revírní konflikt* se skutečnou depresí. Stejný symptom může vykazovat mladá pacientka levačka, utrpí-li *sexuální konflikt*. Bezmoc a beznaděj jsou do značné míry ideologické pojmy, které nejsou z biologického hlediska důležité, i když je lze samozřejmě v různé míře jako depresi vykládat. Chtěl bych říci:

Takovéto psychologické studie a jejich zdánlivé nebo skutečné výsledky nejsou z biologického hlediska relevantní.

V této souvislosti může být zajímavý *jiný příklad*: Green (1954, 1956, 1958, 1966) vyšetřoval 132 pacientů s leukémií a zduřením lymfatických uzlin. Domníval se, že zjistil, že tato onemocnění se objevují, když se pacient vyrovnává s řadou ztrát a odloučení, v důsledku čehož ho zachvátí strach, hněv a beznaděj. Podle Germanische Heilkunde® je leukémie prokazatelně post-konfliktní (pcl) fází biologického *konfliktu poklesu/ztráty sebe-hodnoty*, resp. *kolapsu sebeúcty*, stejně jako lymfom (zhoubný nádor lymfatických uzlin). Na orgánové úrovni tomuto procesu předchází osteolýza kostí a nekróza lymfatických uzlin. I když pacient v post-konfliktní fázi často trpí silnými bolestmi okostice (periostu), což může psycholog interpretovat jako „hněv“, a cítí se slabý a unavený, což si zase může psycholog vyložit jako beznaděj, daří se pacientovi jinak velmi dobře. Má dobrou chuť k jídlu a hodně spí. Nepropadá-li tedy zrovna panice, kterou lze z pohledu psychologa interpretovat jako „úzkost“. Psycholog jako lékařský laik není přirozeně schopen rozlišovat mezi vagotonií a beznadějí. Je však třeba si uvědomit, že všichni zkoumaní pacienti samozřejmě podstupovali chemoterapii, kdy se vrátí všechny ty momenty paniky a přidají se příznaky intoxikace způsobené cytostatiky.

[11] Pět biologických přírodních zákonů představuje základ Hamerova medicínského systému.

[12] V GNM® rozumíme „hormonální patovou situaci“ to, že jsou ženské a mužské hormony v rovnováze, jen s velmi mírnou převahou ženské nebo mužské složky: v období dětství, u žen a mužů po přechodu (menopauza a andropauza) – tzv. maskulinizace žen nebo feminizace mužů.

Jedna z nejznámějších epidemiologických studií ukazuje, že Japonsko má nejnižší výskyt rakoviny prsu ze všech velkých průmyslových zemí. Pokud ale Japonky emigrují do USA, trápí je rakovina prsu čtyřikrát častěji. Zato však mnohem méně rakovina žaludku. Dříve se tvrdilo, že je to způsobeno rasovými důvody nebo stravou. Tomu už dnes ale nikdo nevěří. Rovněž nespecifický výzkum stresu v souvislosti s rakovinou zpravidla zaměňuje příčinu a následek, neboť stres (trvalý stres) zažívají v konflikt-aktivní fázi všichni pacienti s rakovinou.

***

Na závěr bych rád v krátkosti vysvětlil rozdíly mezi Germanische Heilkunde® (dříve: NEUE MEDIZIN, Germanische Neue Medizin) a psychologickým přístupem k chápání rakoviny na příkladu od L. LeShana, Stuttgart 1993.

Autor je psychoterapeut. Na základě testů a rozhovorů s přibližně 500 onkologickými pacienty, kterým už nedokázali lékaři pomoci, došel k závěru, že všichni onkologičtí pacienti mají určité osobnostní rysy, které rozvoj nemoci podporují. Podle chápání Germanische Heilkunde® tu zcela jistě dochází ke zkreslení, neboť dotazovaní pacienti utrpěli s největší pravděpodobností celou řadu následných konfliktů. Cílem LeShanovy práce je identifikovat mezi pacienty specifickou "rakovinovou osobnost", v čemž už zachází podle mě příliš daleko, protože většina onkologických pacientů má tendenci vykazovat podobnosti. Pouze však v průběhu léčby a v čase prognózy, nikoli před onemocněním.

„U člověka postiženého rakovinou je z pohledu psychologie patrné směřování, které u něho zvyšuje pravděpodobnost, že onemocní, a také mu znesnadňuje boj o vlastní život, jakmile se u něj zhoubný nádor objeví.“ (str. 13).

Ze seznamu pacientů, kteří po jeho léčbě přežili, vyplývá, že se téměř vždy jednalo o pacienty s rakovinou lymfatických uzlin, Hodgkinovým lymfomem a s nádory mozku. Podle Germanische Heilkunde® tedy pacienty v post-konfliktní fázi (pcl).

Typicky psychologicky působí i závěr. Po položení poněkud děsivé otázky "Co vlastně chcete v životě dělat?", na něj mnozí pacienti s rakovinou udiveně a nechápavě zírali. LeShan z toho vyvodil, že pacienti nejsou schopni razantně hájit své vlastní potřeby, přání a pocity. Je třeba předpokládat, že se jedná spíše o sekundární jevy – já sám jsem ve svém výzkumu takovou beznaděj, nedostatek víry v sebe sama apod. v životě pacienta před propuknutím jeho nemoci nikdy nezaznamenal. Myslím, že mluvit o „rakovinové osobnosti“ je katastrofální přístup. Podobnou charakteristiku ovšem někdy má na svědomí sympatikotonie nebo vagotonie. Obě totiž mají silný vliv na psychiku pacienta.

LeShan zvýšil bez debat povědomí o existenci psychických příčin rakoviny. K jádru věci se ale nedostal, neboť nevnímal rozdíly mezi naprosto odlišnými konflikty a příčinu hledal pouze ve velmi široce definované minulosti pacienta a v jeho osobním vývoji. Netřeba dodávat, že se nezajímal o procesy probíhající na orgánové úrovni a v mozku.