

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 150 Kč, roční předplatné 500

Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, ar-

chiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1/2021 dne 1. 3. 2021, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 2. 2021

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Grafická úprava V. Chvála. Foto případně Pixabay. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor webu Web7master s.r.o., www.web7master.com

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>

Vychází 4x ročně



Tiráž

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP.

Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz.

LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů.

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM

MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland

MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice

PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ

MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha

Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Pro mente sana, Bratislava, Slovenská republika

Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha

Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK

Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF

PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze

Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze

PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland

MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha

MUDr. Alena Večeřová-Procházková, MS Psychiatrie, Praha 4 - Spořilov Praha

Doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha

PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady

MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko

Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc., Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



Obsah

Editorial	4
<i>Vladislav Chvála: Až se prachy v prach obrátí.....</i>	<i>4</i>
Teorie.....	6
<i>Jan Poněšický: Strach, vina, stud a odvaha k žití</i>	<i>6</i>
Věda krátce	10
<i>Nedostatek spánku podporuje škodlivou zánětlivou reakci na manželský stres</i>	<i>10</i>
<i>Hluboce zakořeněné: Mateřská empatie spojená s „epigenetickými“ změnami genu pro oxytocin.....</i>	<i>11</i>
<i>Kdy je terapie neúčinnější?.....</i>	<i>12</i>
<i>Čím se podobáme delfínům a čím se od nich lišíme.....</i>	<i>14</i>
<i>Potenciální role oblastí mozku ve stresu a kvalita metod vyvolávajících stres.....</i>	<i>15</i>
Výzkum.....	17
<i>Daniela Stackeová, Bronislava Březná: Psychologické a psychosomatické aspekty kožních onemocnění a jejich význam pro psychoterapii</i>	<i>17</i>
Úvahy, eseje	28
<i>Stanislav Komárek: Osudostroj</i>	<i>28</i>
<i>Ondřej Masner: Psychosomatická medicína ve vztahu k biologické medicíně</i>	<i>30</i>
Recenze	32
<i>David Skorunka: Ke svobodě potřebujeme zdraví, pro zdraví potřebujeme jeden druhého.....</i>	<i>32</i>
Politika, koncepce	38
<i>Návrh koncepce oboru Psychosomatická medicína (k diskusi).....</i>	<i>38</i>
Literární koutek.....	57
<i>Gabriel García Márquez: Láska za časů cholery.....</i>	<i>57</i>
Pokyny pro autory.....	59



Editorial



Vladislav Chvála: Až se prachy v prach obrátí

Nevím, jak promluvit o problému peněz. Neraď bych, aby to znělo levicově. Levicových nápadů o kapitálu jsme si užili víc než dost. Taky nad nimi nechci naříkat. To teď dělá skoro každý. Tady v psychosomatickém kontextu by se spíš hodil nějaký biologizující přírůbek, třeba o krevním oběhu. Jistě nic originálního, když se podíváme na peníze jako na médium, odpovídající krevnímu oběhu: kam tečou, tam se rozvíjí život společnosti, bují a mohutně se diferencují jeho formy. Kam přestanou proudit, život se zastavuje. Do určité míry tím jde společnost ovlivňovat, když ne přímo řídit. Masivní nalévání peněz do ekonomiky v současné situaci působí jako kyslík na udržování pacienta s postižením plic při životě. Ale ani tam to nejde dělat nekonečně dlouho, a pokud se funkce plic neobnoví, pacienta zachránit nelze. Společnost, která bude příliš dlouho uvězněna v lockdownu, nejspíš taky ne. Pokud peníze dojdou a vlastní činnost („plíce“) malých podniků a celého segmentu služeb nebude možná, odumře velká část organismu společnosti. Nemuselo by to vadit, pokud patologické jevy doprovázející rozklad nezachvátí celou společnost jako sněť nebo sepse. Jasná je volba na kapitánském můstku téhle potápějící se lodi: když zavřela obyvatele doma, zavřela všechny malé provozovny, ale nechala běžet velké podniky, protože na jejich bose prostě nemá koule, anebo možná proto, že sám kapitán je velkopodnikatel. Nejvyšší čísla šíření nemoci covid v populaci mluví jasně: tohle je ta nejpitomějši cesta, jak se s nákazou vyrovnat. Pozoruhodné je, jak tahle situace zatížila v první řadě naše dosud robustní zdravotnictví. Jako by tělesné symptomy jednotlivců ukazovaly na nemoc celé společnosti. Také na média se můžeme

podívat podobným způsobem. Média umožňuje sebereflexi systému, jak popisuje sociolog Luhmann. V situaci ohrožení je pochopitelně zahlcen poplašnými zprávami, protože ty se i v našem těle stejně jako ve společnosti šíří s největší prioritou.

Když se na pandemii podíváme jako na symptom celé společnosti, pak by mohlo platit totéž co u našich pacientů. Symptom se bude vracet tak dlouho, dokud pacient nepochopí, co má ve svém životě změnit, a dokud to opravdu nezmění. Co tedy od nás coronavirus SARS Cov 2 žádá? Asi na to budeme muset teprve přijít. Ale zdá se mi nápadné, jak celá společnost, kam se podíváte, všichni čekají, až to přejde. Až budou zase moci na své sjezdovky, na své dovolené k moři¹, na diskotéky, do restaurací, do ochozů obrovských stadionů fandit svým sportovním klubům, do divadel, na světové výstavy v milionových zástupech, na olympiádu atd. Je to logické. Vrátit se k původnímu životu. Ale půjde to? A jde o to, aby to šlo? Kdyby to bylo podobné vracejícím se symptomům našich pacientů, řekl bych, že dokud nepřijdeme na to, jak se musí náš život změnit, pandemie se neztratí. A pokud ji přemůžeme jen očkovaním, lze očekávat brzy další. Zdálo by se, že psychosomatická medicína nemá k současné dramatické situaci co říci, ale začíná být jasné, že i o těchto souvislostech musíme přemýšlet. Už proto, že se na nás naši pacienti ve svízelných situacích způsobených pandemií obrací.

Není to jediný důvod, proč jsem chtěl psát o penězích. Přírůbek ke krevnímu oběhu se hodí i pro situaci psychosomatické medicíny v ČR. Pokud tam společnost není ochotna investovat, nemůže

¹ Víte, kolik milionů lidí z celé Evropy každý rok jezdilo na dovolenou do Chorvatska a Řecka? Hodně.



se tento segment péče rozvíjet. Velké peníze jdou do velmi drahých léků na závažná, dědičná nebo maligní onemocnění, do transplantačních programů, na záchranu života. Tyto segmenty se proto bohatě rozvíjejí. Navrhli jsme kódy lékařských výkonů v psychosomatice, odpovídající jiným odbornostem². Na rozdíl od všech ostatních potřebujeme jen čas pro pacienta a vědět, co v tom čase máme s pacientem dělat. Jak a na co se ho ptát. To vyžaduje změnu myšlení. Proto trvá vzdělání v psychosomatice dost dlouho a je náročné. Ale nebude-li společnost ochotna lékaře za tuto zvýšenou erudici platit, nemůže se udržet v konkurenci jiných, mnohem dražších metod. Neuměli jsme si představit, proč by náš návrh pracovní skupina pro Sazebník zdravotních výkonů MZ odmítla. A právě to se stalo. Nedá se nic dělat, budeme žádat dál, dokud nám síly stačí. Začneme od koncepce oboru, který vedení pojišťoven chyběl.

Někteří kolegové jsou přesvědčeni, že psychosomatika se u nás rozvine teprve tehdy, až se celý ten medicínský stroj zhroutl pod neustále stoupajícími náklady stále dražší léčby. Možná mají pravdu, ale raději bych viděl psychosomatický přístup v medicíně dříve. Právě proto, aby se nezhroutila. Ale kapitáni MPK³ zatím pořád ještě hrabou pod sebe. Vidíme to v přímém přenosu, nejen v profláknutém deníčku pana ředitele Dbalého, ale v každodenních zprávách o testech, rouškách, očkování. Mnoho nepochopitelných „opatření“ lze pochopit, až když vidíme, kam tečou peníze za služby, nákupy materiálu atd. Jenže situace je tak vážná, že se to dá dost dobře

skrývat. A jestli i v této situaci, ohrožující celou společnost, jsou důležitější zisky než rychlá a účinná opatření proti šíření viru, tak to vrhá na celé státem řízené zdravotnictví podivné světlo. Možná je to důvod, proč tolik našich lidí nevěří vůbec ničemu a tím situaci dále jen zhoršují.

V tomto čísle se stavu současné medicíny věnují hned dva autoři ve svých esejích. Stanislav Komárek ji zkoušel na vlastním preparátu a David Skořunka se věnuje poslední knize Timothyho Snydera, který se podobně jako Komárek v Čechách věnuje zdravotnictví v USA. V tomto čísle není obsazena rubrika Pro praxi. Ne že bychom neměli dost kazuistik a příkladů z praxe, ale s jejich publikováním je spojena řada obtíží. Tak snad příště. Pro praxi však dnes poslouží i rubrika Výzkum, kde je zpráva Daniely Stackeové a Bronislavy Březné o situaci pacientů s kožním onemocněním. Hlavní závěr raději řeknu hned pro ty z vás, kdo výzkum přeskakují: ačkoli je zřejmé, že některá závažná kožní onemocnění úzce souvisí se vztahy a psychikou člověka, jen velmi málo takových pacientů konzultovalo psychologa nebo bylo odesláno do psychoterapie. Ano, medicína bez bio-psycho-sociálního přístupu, tedy bez psychosomatiky, je velmi drahá. A v mnoha případech drahá zbytečně. Musíme ale čekat, až se prachy těch, kdo se věnují jejich dolování a hromadění, změní v prach? Nešlo by to změnit dřív?

Vladislav Chvála, březen 2021

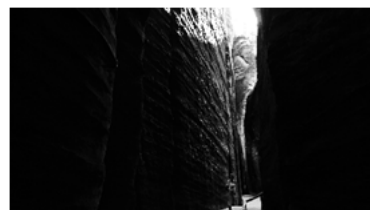


² V minulém čísle Psychosomu 2020/3-4 bylo zdůvodnění našeho návrhu.

³ MPK – medicínsko-průmyslový komplex.



Teorie



Jan Poněšický: Strach, vina, stud a odvaha k žití

SOUHRN:

O strachu bylo napsáno množství knih. Psychoanalýza rozeznává aktuální strach, který je možno chápat jako akutní panický strach s hrozbou ztráty sebekontroly, a mnohem častější signální strach, jenž signalizuje obavu z ohrožení některé důležité vitální potřeby či funkce. Ten poslední má důležitý (evoluční) význam pro přežití, je-li však neadekvátní, stává se zátěží. Další s tím související rozlišení se týká reálného strachu z ohrožující situace, a iracionálního (neurotického) strachu, který má opodstatnění v obavě z retraumatizace na základě individuální negativní zkušenosti. Mezi tím lze lokalizovat existencionální strach, jehož intenzita se případ od případu liší, např. ze smrti, z katastrof, z nemoci či stáří, psychiatři rozeznávají i psychotický strach ze ztráty vlastní osobnosti. Předložená úvaha se zabývá otázkou, jak tyto strachy spolu souvisí.

KLÍČOVÁ SLOVA: Emoce, strach, vina, odvaha, psychosomatika, strach ze smrti

SUMMARY: PONESICKY J.: FEAR, WINE, STUDY AND COURAGE TO LIVE. PSYCHOSOM 2021; 19 (1), PP. 6-9

Many books have been written about fear. Psychoanalysis recognizes current fear, which can be understood as an acute panic fear with the threat of loss of self-control, and a much more common signal fear, which signals fear of endangering an important vital need or function. The latter has an important (evolutionary) significance for survival, but if it is inadequate, it becomes a burden. Another related distinction concerns the real fear of a threatening situation, and the irrational (neurotic) fear, which is justified by the fear of retraumatization based on individual negative experience. In the meantime, it is possible to locate existential fear, the intensity of which varies from case to case, eg from death, catastrophes, illness or old age, psychiatrists also recognize psychotic fear of losing their own personality. The present consideration addresses the question of how these fears relate to each other.

KEY WORDS: Emotions, fear, guilt, courage, psychosomatics, fear of death

Proč je tato úvaha v Psychosomu? Mimo jiné proto, že jsou emoce, zvláště úzkost a strach, psychosomatické fenomény, jak to každý na svém těle zažívá. A tak např. diagnostikujeme při stejných obtížích jednou úzkostnou poruchu a jindy srdeční neurózu.

Strach je důležitá reakce na nebezpečí a později, dle dosavadních zkušeností, i signálem na ohrožení. Obdobně i vinu cítíme jako okamžité

provinění na sobě či ostatních, ale i anticipatorně jako budoucí nebezpečí chovat se tak, že bychom mohli někomu ublížit.

Budu se zabývat otázkou (hypotézou, kterou nelze „vědecky“ ověřit), zdali existuje bazální strach, společný všem jeho druhům. Poukážu na to, že jde vždy o obavu z ohrožení vlastní psychofyzické existence, v psychické oblasti tím, že bychom mohli něco životně důležitého ztratit. Může



se jednat o vztah, o ztrátu opory a důvěry ve svět i blízké lidi, o devaluaci a strach ze ztráty sebevědomí a vlastní důstojnosti, vůbec o ohrožení důležitých potřeb. Jde o obavu ze ztráty buď na vztahové, nebo na individuální úrovni: určitých aspektů vlastní osobnosti, až po osobnostní selhání a ztrátu celé vlastní osobnosti např. během rozvoje schizofrenie či Alzheimerovy choroby, o ztrátu orientace, sebeovládání, životního smyslu.

Obecně lze tudíž hovořit o strachu ze smrti.

Chtěl bych zdůraznit, že rubem těchto strachů je strach ze života, to jest vystavit se rizikům výše zmíněných možných ztrát. Tak zdůrazňuje Erich Fromm i Martin Heidegger strach z vrženosti do svobody s děsivou odpovědností za utváření vlastního (konečného) života. S. Freud pojednává o aktuálním strachu, kterému jsme bezbranně vystaveni, když selže naše schopnost situaci zvládnout, a o signálním (anticipatorním) strachu vzniklém na základě negativních zkušeností.

Je zvláštní, že všechny naše životodárné tendence jsou spojeny s oním signálem ohrožení, se strachem: z prosazení se, otevření se lidem i životu vůbec, z lásky, z přání se prezentovat a vyniknout, nechat se vést svým srdcem, svou fantazií atd.

Jde vždy jen o negativní zkušenost, o „obsazení“ těchto tendencí „strachem z očekávání“ (Längle, 1996), odmítnutí, potrestání, zesměšnění, o jejich spojení s vinou, studem či traumatem? Anebo jde o dialektické, přirozené protiklady? O obojí. Že tyto protiklady nejsou vyvážené? A co to znamená?

Tak prosazení se, zastávat neohroženě svůj postoj může vyústit do přílišného zdůrazňování a vnučování vlastního ega svému okolí, do použití moci na úkor vcítění se do vlastního působení na druhé. V tom případě jsou i brzdy typu strachu, studu či viny, že někoho omezují, nerespektují na místě a slouží spravedlivému a láskyplnému soužití.

Podobné je to s problematikou tolik žádoucí otevřenosti a autenticity. Jsou-li pouze spontánní, neřízené a neuvědomělé, jak to pozorujeme u hraniční poruchy osobnosti, pak by se mohlo jednat o strach ze ztráty sebekontroly, tudíž o nereflektovanou možnost se někoho dotknout, někomu ublížit, ale i o nerespektování vlastní intimity, o reálné nebezpečí, že moji otevřenost

někdo zneužije. I tyto obavy a přirozené zábrany jsou na místě. Zde je brzdou jak vina, tak stud. A podobně láska, zvláště když je bezhlavá, může vést nejen ke zklamání, nýbrž i ke ztrátě sebe sama. Zde slouží k vyváženosti jistá zdrženlivost a sebeúcta.

Tyto zdánlivé paradoxy nejsou jen suchou teorií, nýbrž jsou náplní psychotherapeutické praxe, kdy strach bývá spojen s přáním, které je tabuizované, zakázané, a tudíž spojené se strachem, studem, vinou nebo traumatem. Původně jde opravdu o strach ze smrti: dítě by nepřežilo absenci pozitivního kontaktu, a tak je nejhorším trestem jeho přerušení, vyústující ve strach z odmítnutí, jež se spojí s určitým druhem chování, kterému se pak dítě vyhýbá. S ním pak člověk neudělá dostatek zkušeností, zvláště těch pozitivních, a zůstanou obsazeny strachem či vinou.

A znovu ona dialektika paradoxů: tak přání po blízkosti, je-li přílišná, může vést ke strachu ze ztráty vlastní nezávislosti (až po splynutí a ztráty sebe sama), a přání po separaci může vést ke strachu z příliš velké distance a opuštěnosti. Deficitní regulaci blízkosti a distance považuje M. Ermann (2004) za bazální konflikt, který bývá situací vyvolávající vznik vážných psychosomatóz se somatickým nálezem. Extrémní vyústění i „patologické“ řešení tohoto konfliktu lze pozorovat u schizofrenie: Pacient je zaplaven realitou, která do něj proniká, a zároveň touto fúzí přestane reálný, ohrožující svět existovat.

Podobně přání být ve středu pozornosti může být spojeno se strachem se ostatním lidem vystavit, je-li např. asociováno s traumatem zostuzení. Tak jde v psychoterapii o dosažení vyváženosti mezi impulzivní a obrannou stránkou naší osobnosti: jednou je třeba zpochybnit naše zábrany, jindy jde o dotvoření deficitní regulační schopnosti (o strukturaci a mentalizaci u vývojových poruch osobnosti (Poněšický, 2019)).

Problematická situace se vyskytuje u tzv. sociálních fobií, kdy mají tito jedinci pocit, že do nich ostatní lidé vidí, a zjišťují, co všechno daným člověkem hárá či jak je prázdný, nemožný atd. Zde nepomohou poukazy na to, na co by mohl být takový člověk hrdý, ani utěšování, jak je cenný, neboť to nepadne na „úrodnou půdu“, to jest na vlastní pozitivní sebezkušenost. K tomu, aby ji



člověk připustil, resp. začal si sebe sama cenit, vážit, či dokonce se mít rád, musí nejprve vnímat ocenění od okolí. V psychoterapii k tomu přistupuje práce na sebeohraničení vůči hodnocení a očekávání od druhých lidí.

Snad ještě zhoubnější než přísná a nepřírozená morálka ve vztahu k lidem je pozůstatek výchovy, v níž jsou tato přirozená přání spojena s hříšností, s trestáním, čímž trpí i vztah k Bohu. Pak se může člověk cítit celý život jako nehoden lásky Boží, neustále pronásledován pocity viny. Ale i v méně extrémních případech může mít člověk pocit, že strach ze zatracení, z devalvace nemůže ovlivnit, neboť jde o projekci jeho sebeodmítnutí do okolí, přesvědčení, že neodpovídá svým (příliš vysokým) nárokům.

Zamyslíme-li se nad životem (zvláště našich pacientů), pak bývá nesmírně smutné zjistit (což se děje i bez vlastního uvědomění), že celý život je v podstatě jednou obrovskou reakcí na odmítnutí, potrestání či devalvací, a nikoli svobodný výtvor našeho JÁ.

Zde se opět chýlíme k závěru, že svobodný osobnostní rozvoj, produktivní život a odpovědnost za něj úzce souvisí se strachem takto autenticky a odvážně žít, a tak na druhé straně strachem zemřít, aniž bych skutečně žil. Samozřejmě je třeba odvahy se proudu žití otevřít se všemi riziky a svůj život naplňovat – a tím se stane dokonce smrt přirozeným zakončením pozemského bytí.

Útěk od svobody, jak to nazval ve své slavné knize Erich Fromm (1941), je útekem od svobodného rozhodování, které s sebou nese nejistotu, zda bylo moje rozhodnutí správné, dobré či přínosné pro mne i ostatní. A tak je jednodušší se podřídit, přizpůsobit se očekávání okolí, či naopak vsadit na jeho manipulovatelnost, vše plánovat a mít vše pod kontrolou. Toto přání po stoprocentní jistotě je však podhoubím vzniku úzkostné poruchy. A tak se lze domnívat, že i u ostatních psychických poruch jde o vyhýbání přirozenému autentickému uspokojování vlastních potřeb (sebeúcty a důstojnosti, individuace a osobnostního rozvoje, kontaktu a jeho regulace) způsoby často extrémními, škodlivými, potažmo maladaptivními.

Když hovoříme o odvaze, pak nám nejde jen o sebe sama, nýbrž i o to odvážně vkročit do

něčeho vyššího, jako je svátost lásky, šíření spravedlnosti či víra v Boha. Proč odvaha? Protože nás to zavazuje, pobízí a vyburcovává z pohodlného spánku, z života v zajetých kolejkách.

A tak vidíme, jak souvisí tento bazální strach ze skutečně žitého života s jeho rubem, strachem, že se vše může zhroutit, zemřít: to začíná již porodním strachem, a dále pokračuje separační úzkostí, strachem z potrestání, strachem ze ztráty vlastní důstojnosti nebo i smyslu života, z osobnostního rozpadu na počátku schizofrenie a ztráty sebe sama následkem drogové závislosti. A. Längle (1996) jakož i J. Poněšický (2012) hovoří o bazálním strachu ze zhroucení bytí, o strachu z nebytí.

Tento strach se týká i viny za neprožití vlastního života i osvobozujících láskyplných vztahů. Představíme-li si naše bytí jako životní proud od narození až ke smrti, pak strach z ní vede ke snaze tento proud zastavit – což ovšem znamená nežít, stagnovat, jde o strach z nežití, z oné stagnace, z promarněného života.

A tak neustále stojíme v životě každý den, každý okamžik a v každé situaci před rozhodnutím, zda budeme otevřeně a odvážně žít se všemi výšinami i možnými zklamáními, nebo žít raději defenzivně a opatrně s tím, že jsme nic opravdového neprožili.

To se opakuje, resp. projevuje i v psychoterapeutické situaci: otevřít své nitro, či raději zůstat u líčení svých příznaků či denních starostí?

Avšak jak je možno tuto bazální nejistotu přijmout? Snad spojíme-li ji s přesvědčením, že život bez pochybování o sobě není příliš cenný (I. D. Yalom, 2003) a že lze nejistotu spojit se zvědavostí na to, co odvážné chování přinese. Kromě toho má tato existenciální úzkost z nejistoty i pozitivní stránku: motivuje k vytváření spolehlivých, podpůrných a láskyplných vztahů. Snad nejpozitivnější možností je zamilovat se do takto neustále překvapivého života.

A vždy pomůže i víra v něco, co nás drží, na co se můžeme spolehnout, např. na své srdce či pomoc Boží. Americký kardiolog a badatel mozkové činnosti profesor Benson (z Harvardské univerzity) vědecky zkoumal, jak víra (placebo) aktivuje sebeúdravné potenciály. Poukazuje na fakt, že lidé odedávna věřili na něco mocného, co je uzdraví,



co jim pomůže, a že je tudíž víra vrozená, evolučně „výhodná“ lidská schopnost. Patří dodávání víry a naděje k úloze psychoterapeuta?

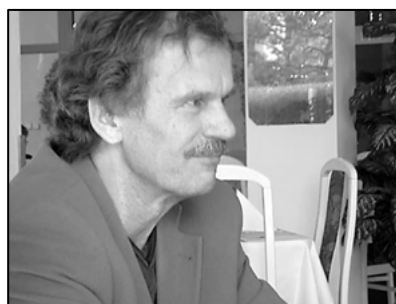
Bohužel zaměňuje mnoho lidí onu existenční nejistotu s libovůlí či lhostejností, což je jen krátkodobě pohodlné řešení: později, jak se s tím setkáváme v psychoterapeutické praxi, vede tento postoj ke vnitřní prázdnotě a absenci životního smyslu, za kterým je krásné pevně stát. Paralelou tohoto (ne)postoje je populismus.

A jak to je se strachem z pandemie covidem 19? Zde se snoubí reálný strach se strachem ze ztráty dosavadní ještě kontrolované jistoty. Najednou je všechno jinak, všude na nás číhá neviditelné nebezpečí, které má za následek pandemii strachu, jež nás znejišťuje, ochromuje a oslabuje (naši obranyschopnost, náš imunitní systém).

Žijeme v době, v níž jsme téměř každodenně bombardováni globálními hrozbami, které ohrožují naše jistoty a naši budoucnost. Ke klimatické katastrofě, finančním krizím a proudům uprchlíků nás dostihla coronavirová krize. To nové na tom je ono nebývalé tempo těchto změn a vtíravý způsob a intenzita, s jakou jsou tyto scény komunikovány do našeho všedního dne (Ermann, 2021). To

lze přirovnat k traumatické situaci (zkušenosti) kterou trpí samozřejmě víc lidí, kteří kladou velký důraz na životní jistoty.

Pakliže je sotva možné snést tuto nejistotu s určitou dávkou optimismu a smyslu pro realitu, bývá bezmoc a s ní spojená frustrace (agrese) projikována navenek ve formě spikleneckých teorií. Ale spoň tak si může člověk vybit zlost na nějakém pomyslném politickém, ekonomickém či mocenském uskupení. Navíc se stane realita tímto zjednodušením vysvětlena. Ztráta kontroly nad ní je tím částečně kompenzována, člověk může dokonce cítit převahu nad svými „naivními“ spoluobčany a zároveň najít kus jistoty přináležitostí ke skupině stejně smýšlejících.



Literatura:

1. Benson, H.: TimelessHealing. Seribner, New York 1996
2. Ermann, M.: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart, 2004
3. Ermann, M.: Globale Ängste und der Umgang mit gemeinsamer Bedrohung. Forum der Psychoanalyse, Heft 4, 2020
4. Fromm, E.: Escape from freedom. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1941
5. Poněšický, J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a Psychotherapie. Triton, Praha 2012
6. Poněšický, J.: Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze. Triton, Praha 2019
7. Yalom, I. D.: Chvála psychoterapie. Portál, Praha 2003

Do redakce přišlo 22.12.2020

Úprava po recenzi 21.1. 2021

Zařazeno k tisku 31.1.2021

Konflikt zájmů není znám



Věda krátce

Nedostatek spánku podporuje škodlivou zánětlivou reakci na manželský stres

Nedostatek spánku nezpůsobí jen naštvaní, ale oslabí i vaši obranyschopnost. Vědci z Ohio State University Institute for Behavioral Medicine Research říkají, že vás také vystavuje riziku zánětu souvisejícího se stresem. Tato zánětlivá reakce je spojena s vyšším rizikem kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky, artritidy a dalších onemocnění.



„Víme, že problémy se spánkem jsou také spojeny se záněty a mnoha podobnými chronickými nemocemi. Zajímalo nás tedy, jak spánek souvisí se záněty u manželských párů a zda spánek jednoho z partnerů ovlivňuje zánět druhého,“ řekla Stephanie Wilson, hlavní výzkumná pracovnice na studii. Výsledky studie byly publikovány v časopise *Psychoneuroendocrinology* 26. června 2017.

Výzkumný tým přijal 43 párů, které absolvovaly dvě studijní návštěvy. Pokaždý pár poskytl vzorky krve a sdělil, kolik hodin oba spali předchozí dvě noci. Poté vědci nechali páry, aby se pokusily vyřešit téma, které v jejich manželství vyvolává konflikty. Po diskusi byly znovu odebrány vzorky krve.

„Zjistili jsme, že lidé, kteří v posledních několika nocích spali méně, se neprobudili s vyššími známkami zánětu, ale měli větší zánětlivou reakci na konflikt. To nám říká, že méně spánku zvyšuje zranitelnost vůči stresujícímu faktoru,“ řekl Wilson.

Pokud oba partneři předešlé dvě noci spali méně než sedm hodin, bylo pravděpodobnější, že se pár bude hádat nebo se stane podrážděným. Za každou hodinu ztráty spánku vědci zaznamenali, že hladiny dvou známých zánětlivých markerů vzrostly o 6 procent. Páry, které při svém nesouhlasu používaly nezdravou taktiku, měly ještě větší zánětlivou reakci – přibližně o 10 procent vzrostly markery za každou ztracenou hodinu spánku.

„Jakékoli zvýšení není dobré, ale dlouhodobé zvýšení, které se neřeší, je stav, jenž se může stát problémem,“ řekl Wilson. „Samozřejmě, nedostatek spánku i manželské konflikty jsou v každodenním

životě běžné. Asi polovina našich studijních párů spala v posledních nocích méně než doporučených sedm hodin.“

To je více než současný národní průměr. CDC uvádí, že 35 procent Američanů spí méně než sedm hodin spánku za noc. *Součástí manželství je to, že spánkové vzorce se často sledují společně. Pokud je jedna osoba neklidná nebo má chronické problémy, může to ovlivnit spánek druhé. Pokud tyto problémy přetrvávají v průběhu času, můžete ve dvojici dosáhnout tohoto nepříznivého dozvuku,“* uvedla Janice Kiecolt-Glaser, hlavní autorka a ředitelka Institutu pro výzkum behaviorální medicíny.

Výzkumníci byli povzbuzováni, aby viděli, že existuje ochranný účinek, pokud byl jeden z partnerů odpočatý nebo pokud o konfliktu diskutovali zdravě. Měli tendenci neutralizovat neshody, které by mohl vyvolat nevyspalý partner. „Chceme říci lidem, že je důležité najít dobré způsoby, jak vztah řešit a vyřešit konflikt – a trochu se vyspat,“ řekla Kiecolt-Glaser.

Zdroj: [Materiály](#) poskytované Ohio State University Wexner Medical Center.

Reference časopisu: Stephanie J. Wilson, Lisa M. Jaremka, Christopher P. Fagundes, Rebecca Andridge, Juan Peng, William B. Malarkey, Diane Habash, Martha A. Belury, Janice K. Kiecolt-Glaser. **Zkrácený spánek podporuje zánětlivé reakce na manželské konflikty: Regulace emocí je důležitá.** *Psychoneuroendocrinology*, 2017; 79: 74 DOI: [10.1016 / j.psyneuen.2017.02.015](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.02.015) VCh.



Hluboce zakořeněné: Mateřská empatie spojená s „epigenetickými“ změnami genu pro oxytocin

Vědci ukazují, že modifikace genu pro oxytocin koreluje s osobním utrpením, emoční reakcí související s empatií: Chování rodičů je úzce spojeno se schopností vcítit se do svých dětí. Abychom tedy lépe pochopili, proč někteří rodiče reagují na určité situace určitým způsobem, je zásadní získat vhled do toho, jak je empatie formována. Vědci nyní osvětlili vzájemnou propojenost mezi genem pro oxytocin, strukturou mozku a mateřskou empatií.



Naše schopnost cítit a porozumět emocím druhých, neboli „empatie“, je jádrem našeho prosociálního chování, jako je spolupráce a péče. Vědci rozpoznali dva typy empatie: kognitivní a afektivní. **Kognitivní empatie** zahrnuje porozumění emocím jiné osoby na intelektuální úrovni, s přihlédnutím k situaci někoho a k tomu, jak by reagoval (například tím, že se „vžiješ do kůže někoho jiného“). **Afektivní empatie** je na druhé straně druh emoční nákazy, kdy po pozorování jeho výrazu nebo jiných indikátorů nálad instinktivně cítíte něčí emoce. Oba tyto typy silně předpovídají, jak se rodiče budou chovat ke svým dětem, a tím mohou následně ovlivnit psychický vývoj dítěte.

Pokud jde o biologické mechanismy empatie, vědci se zajímají zejména o oxytocin, takzvaný „hormon lásky“. Vysoké hladiny oxytocinu předpovídají citlivé rodičovství, ale není jasné, jak by gen související s oxytocinem mohl generovat rozdíly v empatii a rodičovském chování. Jedním z možných vysvětlení jsou epigenetické změny genu – způsob změny funkce genu bez změny skutečné sekvence DNA. Konkrétně „metylace DNA“ – přidání chemické skupiny zvané „metylová“ skupina na konkrétních místech - do genu pro oxytocin (nazývaného *OXT*) byla spojena s osobnostními rysy a strukturou mozku u lidí. To vyvolává otázku: může metylace *OXT* ovlivňovat empatii u matek? Tým vědců z University of Fukui v Japonsku, vedený profesorem Akemi Tomodou, se to rozhodl zjistit ve studii publikované v *Psychoneuroendocrinology*.

Vědci konkrétně chtěli prozkoumat, jak metylace *OXT*, struktura mozku a empatie souvisí s chováním matek. Za tímto účelem měřili metylaci *OXT* pomocí analýz vzorků slin od 57 japonských matek, které se staraly o alespoň jedno malé dítě. Kromě toho použili metodu MRI nazvanou „morfometrie založená na voxlech“ k prozkoumání velikosti oblastí mozku souvisejících s *OXT* metylací, jejímž cílem je identifikovat jakékoli souvislosti mezi morfologií mozku a metylací DNA. Jde o součást vzrušujícího nového oboru zvaného „zobrazovací epigenetika“, který se snaží vysvětlit chování propojením epigenetických změn s mozkovými strukturami a funkcemi. Nakonec použili dobře zavedený psychologický dotazník k stanovení úrovně kognitivní a afektivní empatie.

Zjištění ukázala, že metylace *OXT* pozitivně korelovala s „osobní nouzí“ matky související s drsným rodičovstvím. Navíc metylace *OXT* negativně korelovala s objemem šedé hmoty v pravém dolním temporálním gyrusu. Jinými slovy, vysoká metylace genu pro oxytocin snížila objem mozku v dolním temporálním gyrusu a zvýšila osobní tíseň. „Toto je první studie, která našla korelaci mezi metylací DNA genu pro oxytocin s empatií, a první, která spojuje tuto metylaci s empatií i se změnami ve struktuře mozku,“ uvedl profesor Tomoda. „Takže jsme získali velmi důležitý vhled do vztahu mezi tímto genem a fenotypem – nebo fyzickým projevem genové exprese.“

Vědci také pomocí statistických analýz zjistili, zda metylace DNA ovlivnila změny struktury mozku,



nebo naopak. Nenašli však významný vliv objemu šedé hmoty dolního spánkového laloku na metylaci a empatii OXT. To znamená, že se nezdá, že by struktura mozku zprostředkovávala vztah mezi epigenetickými změnami genu OXT a empatií.

Tato zjištění osvětlují složité procesy spojené s mateřskou empatií, které by mohly mít skutečný přínos pro pochopení psychologického vývoje u dětí. Jak vysvětluje profesor Tomoda: „*Naše studie skutečně pomáhá objasnit souvislost mezi metylací genu pro oxytocin a empatií rodičů, stejně jako účinky na části mozku související s empatií. Toto porozumění zvyšuje úsilí o lepší pochopení týraných dětí a přispívá k jejich zdravému vývoji.*“

Zdroj: [Materiály](#) poskytnuté **University of Fukui**

Daiki Hiraoka, Shota Nishitani, Koji Shimada, Ryoko Kasaba, Takashi X. Fujisawa, Akemi Tomoda. **Epigenetická modifikace genu pro oxytocin je spojena s objemem šedé hmoty a empatií u matek.** *Psychoneuroendocrinology*, 2021; 123: 105026 DOI: [10.1016 / j.psyneuen.2020.105026](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.105026)

V.Ch.

Kdy je terapie nejúčinnější?

Nový výzkum naznačuje, že pacienti dosahují většího pokroku v překonávání úzkosti, obav a fobií, když jsou jejich terapeutické schůzky naplánovány ráno. Studie zjistila, že ranní sezení pomohlo pacientům s psychoterapií lépe překonat paniku a úzkost a fobické vyhýbání se, zčásti proto, že hladiny kortizolu – přirozeně se vyskytujícího hormonu – jsou v té době nejvyšší, uvedla klinická psychologka Alicia E. Meuret, Southern Methodist University, Dallas.



„*Předpokládá se, že hormon kortizol v určitých terapeutických situacích usnadňuje snížení strachu,*“ uvedla Meuret, hlavní autorka výzkumu. „*Jsou zkoumány léky na snížení strachu, ale jejich podávání přináší smíšené výsledky. Výsledky naší studie podporují využití dvou jednoduchých a přirozeně se vyskytujících látek – našeho vlastního kortizolu a denní doby.*“

Zjištění byla uvedena v článku „Na časování záleží: Endogenní kortizol zprostředkovává výhody psychoterapie v raném dni“ v časopise *Psychoneuroendocrinology*.

Spoluautoři z katedry psychologie SMU jsou David Rosenfield, Lavanya Bhaskara a Thomas Ritz.

Spoluautoři z Katedry psychiatrie na University of Michigan jsou Richard Auchus, Israel Liberzon a James L. Abelson.

Studie využívá toho, že úzkost a fobie lze nejlépe léčit tím, že pacienty učíme opravným informacím. Pacienti s úzkostí a fobickými poruchami přeceňují hrozbu, kterou může vjem nebo situace způsobit. Při přímé expozici se pacient dozví, že pravděpodobnost očekávané katastrofy je velmi nízká.

„*Například si pacient může myslet, že zastavení výtahu by mohlo způsobit, že ztratí kontrolu nebo omdlí, udusí se, nebo může vyvolat fyzické příznaky, které by byly nesnesitelné,*“ řekla Meuret.



„Tím, že je pacient ponechán déle ve výtahu, zjistí, že k obávanému následku nedojde, a to navzdory vysoké míře úzkosti. Říkáme tomu korektivní učení.“

Vzhledem k tomu, že ne všichni pacienti mají prospěch z expoziční terapie stejný, vědci se snaží najít způsoby, jak zlepšit korektivní učení. Doposud nebyl zaveden žádný jednoduchý způsob, jak zvýšit obranu proti strachu.

Předpokládá se, že hormon kortizol pomáhá zahnat strach. Zdá se, že potlačuje paměťovou stopu strachu vytvořenou dřívějšími úzkostlivými setkáními a současně pomáhá pacientovi lépe vstřebávat a pamatovat si nové opravné informace.

„V předchozí studii jsme prokázali, že vyšší hladiny kortizolu během expozice a v očekávání expozice usnadňují korekční učení,“ uvedla Meuret, docentka na katedře psychologie SMU a ředitelka Centra pro výzkum úzkosti a deprese SMU v klinické psychologii. *„Víme také, že kortizol je vyšší počátkem dne. Nevěděli jsme však, zda bude kortizol působit jako prostředník mezi denní dobou a terapeutickými úspěchy. To zkoumala naše studie.“*

Expoziční terapie obecně vedla k významnému zlepšení

Účastníky studie tvořilo 24 lidí s diagnostikovanou panickou poruchou a agorafobií, což je strach z veřejných míst, kde se člověk cítí být v panice, uvězněný nebo bezmocný.

Ve studii účastníci podstoupili standardní psychotherapeutickou léčbu „expoziční terapií“, při níž jsou pacienti vystaveni situacím, které mohou obvykle vyvolat jejich paniku nebo strach s cílem, že opakovaná expozice může v průběhu času pomoci snížit deaktivující strachovou reakci.

Pacienti absolvovali týdenní sezení po dobu tří týdnů, z nichž každé trvalo v průměru 40 minut. Expoziční situace zahrnovaly vysoké budovy, dálnice a nadjezdy, uzavřená místa jako výtahy, supermarkety, kina a veřejnou dopravu, jako jsou metro a meziměstské vlaky a čluny. Kromě toho byly měřeny v různých časech během každé relace expozice hladiny kortizolu ve slinách po odběru tamponem.

V čase po expozici vědci zaznamenali sebehodnocení pacientů stran ohrožení, jejich vyhýbavé chování, míru kontroly, kterou sami vnímali, a závažnost jejich panických příznaků.

Při hodnocení výsledků těchto měření vědci zjistili, že léčba expozicí obecně vedla k významnému zlepšení všech opatření ve všech časových obdobích.

Největší zisky po terapeutických expozicích, které začaly dříve během dne

Pacienti však dosáhli největších zisků v překonání svých obav po relacích, které začaly dříve během dne. Na příštím sezení uvedli pacienti méně závažné příznaky chybného hodnocení ohrožení, méně vyhýbavého chování a menší závažnost panických příznaků. Také vnímali větší kontrolu nad svými panickými příznaky.

„Je pozoruhodné, že vyšší hladiny kortizolu souvisely s nižšími hodnotami vnímaného ohrožení, vnímané sebekontroly a s nižší závažností panických příznaků na příštím sezení,“ řekla Meuret, *„a to přesahovalo účinky denní doby korelující s velikostí efektů.“*

Toto zjištění naznačuje, že kortizol představuje některé z terapeutických účinků spojených s denní dobou. Vzhledem k tomu, že hladiny kortizolu jsou obvykle ráno vyšší, autoři spekulují, že vyšší hladiny kortizolu mohou pomáhat nácviku vyhasnutí strachu a prostřednictvím takového mechanismu přispívat ke zvýšeným přínosům terapie expozicí v jejích počátcích.

Meuret však varovala, že přesný mechanismus, kterým kortizol zvyšuje účinnost ranních expozičních relací, zůstává nejasný a nelze jej přímo dokázat z údajů v této studii. *„Velikost vzorku studie byla malá a zjištění je třeba nezávisle potvrdit ve větších studiích,“* řekla.

Meuret a její tým mají podezření, že zde hrají ještě další mechanismy, které vysvětlují efekt denní doby. Mezi další faktory patří paměť a učení a přirozený cirkadiánní rytmus těla, množství a kvalita spánku, kontrola pozornosti a interakce mezi těmito faktory a ostatními.

Zdroj: [Materiály](#) poskytnuté **Southern Methodist University**. **Poznámka:** Obsah může být upravován podle stylu a délky.



Reference časopisu:

Alicia E. Meuret, David Rosenfield, Lavanya Bhaskara, Richard Auchus, Israel Liberzon, Thomas Ritz, James L. Abelson. **Načasování záležití: Endogenní kortizol zprostředkovává výhody**

psychoterapie v rané fázi. *Psychoneuroendocrinology*, 2016; 74: 197

DOI: [10.1016 / j.psyneuen.2016.09.008](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.09.008)

V.Ch.

Čím se podobáme delfínům a čím se od nich lišíme

Osobnostní charakteristiky člověka vycházejí z genetických kořenů a jsou dále modifikovány prostředím v nejširším smyslu slova tak, aby optimalizovaly schopnost přizpůsobení, přežití, reprodukčního úspěchu a delšího dožití. Totéž můžeme předpokládat také u ostatních, zejména blízkých druhů. Člověk se nevyznačuje tak silnou přítomností vlastnosti zvané dominance, jako jeho non-humánní příbuzní, u nichž to vede k hierarchicky uspořádanému společenství; lidské společenství je mnohem rovnostářštější.

Srovnávací studie mohou určit a upřesnit některé selektivní tlaky, které přispěly u jednotlivých druhů k společným, nebo naopak rozdílným charakteristikám. Přestože delfín skákavý, *Tursiops truncatus*, má posledního společného předka s primáty před 95 miliony let a od té doby také žije ve zcela jiném prostředí, připomínají některé jeho psychosociální a kognitivní charakteristiky vlastnosti non-humánních primátů. Podobně jako šimpanzi, *Pan troglodytes*, žijí ve společenstvích, která se sdružují a za jistých okolností rozdělují (fúze a štěpení), mají velké mozky a používají nástroje.

Mezinárodní tým se rozhodl prozkoumat některé osobnostní charakteristiky delfínů. Bylo sledováno celkem 134 delfínů (56 samců) ve věku 2 – 52 let (průměr 16,8 +/- 10,8 roku) umístěných celkem v 15 lokalitách v osmi různých zemích. Jako nástroj pro stanovení osobnostních charakteristik vědci použili Osobnostní dotazník delfínů (Dolphin Personality Questionnaire), kde na pětibodové škále (1 = zcela necharakteristické až 5 = velmi charakteristické) bylo převzato 49 položek z dotazníku pro primáty. Každá položka byla jednak definována, jednak ještě podrobně



vysvětlena. Například deskriptor „exhibicionistický, okázalý“ byl doplněn popisem „Chová se, jako by se záměrně snažil upoutat pozornost“. Kompletní dotazník byl aplikován u 85 delfínů, u zbytku byla použita jeho zkrácená forma o 42 položkách. Celkem se na práci podílelo 82 hodnotitelů a sešlo se celkem 9660 hodnocení s velkou shodou.

Z výsledků byly stanoveny čtyři významné charakteristické trsy vlastností, z nichž tři se podobají charakteristikám nalezeným u primátů a čtvrtá je zcela svérázná, označená jako „directedness“, čemuž nejlépe odpovídá výraz „směřování“. Vyznačuje se odvahou, rozhodností, přesností a rychlostí; jeho nositelky a nositelé postrádají stydlivost, plachost, neohrabanost, podrobnost, nerozhodnost a nesoustředěnost.

Otevřenost stejně jako u primátů a u lidí se v dotazníku Big Five vyznačuje následujícími vlastnostmi: aktivita, energie, hravost, kreativita, vynalézavost, zvědavost, zvědavost, exhibicionismus, vzrušivost až impulzivita, inteligence a naprostá absence lenosti.

Přátelskost (sociabilita) je charakterizována sociální inteligencí, ochotou pomoci, přátelskými postoji, užitečností, bezstarostností, flexibilitou a na druhé straně konzistencí, klidem,



vyrovnaností, láskyplnými a vřelými postoji a absencí podezřívavosti.

Nesouhlas je charakterizován tvrdohlavostí, trucovitostí, žárlivostí, agresivitou, nezávislostí, podrážděností a dominancí.

Samotný soubor vlastností, který by svědčil pro výraznější dominanci u delfínů není přítomen, stejně jako z Big Five nenacházíme známky svědomitosti, ale především žádné známky zapšklé charakteristiky označované u lidí jako neuroticismus.

Autoři uzavírají doslova: Naše studie naznačuje, že osobnost delfínů se podobá osobnosti primátů a jiných suchozemských druhů včetně lidí s tou

výjimkou, že delfíni nemají doménu svědomitosti a doménu neuroticismu. Překrývání struktury osobnosti mezi delfíny a jinými druhy naznačuje, že selektivní tlaky, jako jsou ty, které souvisejí se strukturou skupin, pozemským životním stylem, morfologií a sociálním učením nebo používáním nástrojů, nejsou pro vývoj určitých charakteristik nutné.

Zdroj: Morton, F. B., Robinson, L. M., Brando, S., & Weiss, A. (2021, January 18). Personality Structure in Bottlenose Dolphins (*Tursiops truncatus*). *Journal of Comparative Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/com0000259> R.H.

Potenciální role oblastí mozku ve stresu a kvalita metod vyvolávajících stres

Různé experimentální metody údajně vyvolávající stres byly metaanalyticky sledovány. Šlo o 31 studií s použitím funkční magnetické rezonance, kdy zátěžové testy byly aplikovány celkem 1279 pokusným osobám a zjišťována přitom aktivace mozkových struktur podílejících se na stresové odpovědi. Sledované oblasti zahrnovaly následující struktury:

Insula je mimo jiné spojena s vnímáním bolesti, sebeuvědoměním a sociálním vnímáním a integruje smyslové a vnitřní emoční informace. Dále se podílí na řízení reakce na hormonální stres. Claustrium je také zodpovědné za integraci různých informací a je důležité pro vědomí. Aktivace těchto regionů podle výzkumníků naznačuje, že účastníci studie směřují svou pozornost směrem dovnitř na své emoční procesy, když jsou ve stresu. Dolní frontální gyrus je zodpovědný za sémantické a fonologické zpracování a za pracovní paměť. „K aktivaci pravděpodobně dochází, protože mnoho metod vyžaduje náročné kognitivní úkoly. Nucleus lentiformis; toto jádro je spojeno s pohybem a koordinací. Jeho role v kontextu stresu není známa. „*Spekulujeme, že akutní stres vede ke zvýšení celkového svalového napětí a připravě na možnou reakci na boj nebo útěk,*“ vysvětluje Gesa Berretz.



Analýza také zjistila, že použité metody do značné míry dosáhly konzistentních výsledků, a proto se jeví jako vhodné pro vyšetřování stresu. Pouze dvě metody, zvané Cyberball a expozice averznímu materiálu, představovaly výjimky. V první metodě byly subjekty sociálně vyloučeny během virtuální míčové hry. Vzorek mozkové aktivity vyvolaný tímto zátěžovým testem ukázal menší překrývání s aktivačními vzory z jiných metod. Během averzního sledování sledují subjekty znepokojivé filmové scény s násilným obsahem, zatímco za kontrolovaných podmínek jim je zobrazen neutrální filmový materiál. V některých experimentech zahrnujících tuto metodu metaanalýza nezjistila žádné rozdíly mezi podmínkami stresu a kontroly. Výsledkem je, že podle výzkumníků je třeba věnovat zvláštní pozornost interpretaci studií, které používají tyto metody.



Berretz G, et al.: The brain under stress—A systematic review and activation likelihood estimation meta-analysis of changes in BOLD signal associated with acute stress exposure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2021; 124: 89

DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.001 R.H.



Výzkum

Daniela Stackeová, Bronislava Březná: Psychologické a psychosomatické aspekty kožních onemocnění a jejich význam pro psychoterapii



ABSTRAKT: STACKEOVÁ D., BŘEZNÁ B.: PSYCHOLOGICKÉ A PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY KOŽNÍCH ONEMOCNĚNÍ A JEJICH VÝZNAM PRO PSYCHOTERAPII. PSYCHOSOM 2021; 19(1), s. 16-26

Kožní onemocnění jsou z psychologického hlediska specifická, což je dáno tím, že kůže jako orgán má pro psychiku zvláštní význam. Psychosomatická medicína hledá možné psychosomatické souvislosti příčin kožních onemocnění a zkoumá jejich dopad na psychické i psychosomatické zdraví. Předložená stať se zabývá touto problematikou a popisuje výsledky studie provedené u skupiny respondentů trpících kožními onemocněními, převážně lupénkou a také vitiligem. Z výsledků polostrukturovaných rozhovorů a anketního dotazování vyplývá, že psychosociální stres a trauma souvisí se vznikem těchto onemocnění a mají také významný vliv na jeho průběh. Porozumění psychologickým a psychosomatickým aspektům kožních onemocnění je nezbytné pro volbu vhodného psychotherapeutického přístupu a postupu. Z popsání zjištění vyplývá, že psychoterapie je u těchto pacientů žádoucí a může sehrát významnou roli v léčbě onemocnění, v prevenci jeho dopadů na osobnost pacienta a podpoře jejich kvality života.

KLÍČOVÁ SLOVA: psychosomatika, kožní onemocnění, psychodermatologie, psoriáza, vitiligo

ABSTRACT: STACKEOVÁ D., BŘEZNÁ B.: PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF SKIN DISEASES AND THEIR IMPORTANCE FOR PSYCHOTHERAPY. PSYCHOSOM 2021; 19(1), pp.16- 26

Skin diseases are psychologically specific, which is since the skin as an organ is of special importance to the psyche. Psychosomatic medicine as looks for possible psychosomatic causes of skin diseases as examines their impact on mental and psychosomatic health. The presented article deals with this issue and describes the results of a study performed on a group of respondents suffering from skin diseases, mainly psoriasis and vitiligo. The results of semi-structured interviews and questionnaires show that psychosocial stress and trauma are related to the origin of these diseases and they also have a significant effect on its course. Understanding the psychological and psychosomatic aspects of skin diseases is essential for choosing the appropriate psychotherapeutic approach and method. The findings show that psychotherapy is desirable in these patients and can play an important role in the treatment of the disease, in preventing its effects on the patient's personality and in promoting the quality of their life.

KEY WORDS: psychosomatics, skin diseases, psychodermatology, psoriasis, vitiligo

Úvod

Kůže jako orgán a její stav mají pro lidskou psychiku specifický význam a kožní onemocnění mají

řadu významných psychosomatických aspektů. Jak zmiňuje Pánková (2005), zdravá kůže je



symbolem krásy, čistoty a mládí, kůže je orgánem projekce emocí, erotogenní zónou, sídlem fyziologických projevů úzkosti a orgánem vnímání dotyku, chladu, bolesti, tepla a vibrací. Dle Poněšického (2014) kůže přímo souvisí s různými oblastmi našeho života. Reaguje jednak na ohrožení zvenku, jednak na impulzy zevnitř. Zprostředkovává kontakty s druhými lidmi a je nositelem příjemných i nepříjemných pocitů již od narození.

Lidové rčení „jít s kůží na trh“ nebo „cítit se ve své kůži“ vnímáme jako opodstatněné, protože náš vzhled je to první, čeho si na nás lidé všimnou. Jakákoliv nedokonalost na kůži může vést k pocitům nízkého sebevědomí a vyhýbání se sociálním kontaktům. Psychodermatologie jako obor se snaží zkvalitňovat dermatovenerologickou péči o nemocné, rozpoznat příčiny kožních onemocnění, zkoumá neřešené obtíže v oblasti mezilidských vztahů, které bývají spouštěčem psychosomatických poruch. U třetiny dermatologických pacientů můžeme pozorovat psychosociální obtíže a poruchy chování v důsledku jejich onemocnění.

Kožní onemocnění může pro člověka představovat velký handicap a významně omezovat

kvalitu života. Může ovlivňovat psychiku jednak svými projevy (svěděním, bolestí, krvácením, hnisáním aj.) a rovněž léčbou (vedlejšími účinky některých léků, různými zápachy, nutností měnit životosprávu i životní styl apod.).

Mezi nejčastější kožní choroby patří psoriáza (lupénka), atopický ekzém, alergické dermatitidy, urtikaria (kopřivka), akné, artifiální dermatózy, vitiligo, albinismus, piebaldismus, alopecie (ložiskové vypadávání vlasů) a rosacea (růžovka).

Projevy psychosomatických poruch u těchto pacientů vidí Pánková a Taraba (2007) ve vážnoucím slovním kontaktu, sníženém sebehodnocení, pocitech viny a zklamáních.

Lidé s kožním onemocněním se více pozorují a kladou velký důraz na péči o svou kůži, tzv. skin picking, což souvisí s obsedantně kompulzivním chováním, mají narušené vnímání vlastního těla až dysmorfofobii. V důsledku onemocnění se často navenek projevují nepřátelsky a nevráživě vůči okolí.

Naše práce je zaměřena především na pacienty trpící kožními onemocněními psoriázou a vitiligem.

Vliv psoriázy a vitiliga na psychiku a kvalitu života

Psoriáza a vitiligo jsou kožní onemocnění, jež mají na psychiku jedince silný vliv. Jsou na první pohled viditelná, člověk se stává odlišným, jeho kůže může být vnímána jako nemocná, postižená a nehezká. Zažívají pocity zhnusení sami nad sebou, mají dojem, že jsou oškliví, a nesnadno navazují intimní vztahy. Lidé postižení lupénkou často tráví hodiny před zrcadlem a zkoumají svou tvář a tělo. Nejsou výjimečné ani suicidální tendence. Mají pocit nenávisti vůči vlastnímu tělu a traumatem pro ně bývají situace, kdy by měli tělo obnažit. Stejně tak lidé trpící vitiligem se snaží všemožně zakrýt své bílé fleky na kůži různými tónovacími krémy, make-upy, oblečením a vyhýbají se odhalování těla.

Cíl práce

Cílem našeho výzkumu bylo zmapovat psychologické a psychosomatické aspekty kožních

lupénka i vitiligo snižují kvalitu života, jedinci, kteří jimi trpí, jsou často více omezeni prožíváním své nemoci a jejími psychosociálními dopady než nemocí samou. Prožívají stres i z toho, jak druzí budou reagovat na jejich postižení kůže, cítí se stigmatizováni. Často zažívají pocity méněcennosti, viny, zklamání, trpí poruchami spánku, úzkostí, depresi, časté jsou sexuální dysfunkce a sociální izolace. Trpí také psychika ve smyslu zvýšeného sebepozorování, nadměrné péče o kůži, nebo naopak může dojít k narušenému vnímání vlastního těla – dysmorfofobii. U těchto lidí můžeme pozorovat neschopnost prožívat emoce, sníženou schopnost empatie a citový chlad (Pánková, 2006).

onemocnění, především psoriázy a vitiliga, u vzorku dospělé populace mužů a žen, a zaměřit



se na psychosomatické souvislosti vzniku těchto kožních chorob.

Výzkumné otázky

- Jak vnímají jedinci postižení kožním onemocněním psoriázou a vitiligem jejich vliv na svou psychiku, jak ho popisují a jak se cítí?
- Které spouštěcí psychologické faktory přispívají ke vzniku psoriázy/vitiliga?
- Jaké jsou nejčastější zátěžové situace, jež přispívají k jejich vzniku?

Sledovaný soubor

Pro výzkum byli vybráni respondenti náhodným výběrem z ČR a SR, kteří v rámci ankety vyplňovali dotazník na internetu i písemně. Byli osloveni především klienti lázní Schrothovy léčebné lázně Dolní Lipová, Sirnaté lázně Ostrožská Nová Ves, Smrdáky, Trenčianske Teplice, kožní ambulance MUDr. Marie Selerové, Ph.D., Nemocnice Nový Jičín a také soukromé společnosti Derma Medical Clinic, s.r.o. Praha na jeho jednotlivých

pracovištích. Formou on-line dotazníku byli osloveni rovněž respondenti ve skupinách zaměřených na psoriázu a vitiligo na sociální síti Facebook. V rámci polostrukturovaných rozhovorů bylo osloveno deset respondentů, z toho pět s kožním onemocněním vitiligo a pět s lupénkou. Veškeré dotazování probíralo s informovaným souhlasem respondentů.

Metody, fáze a průběh výzkumu

Zvolili jsme kombinaci anketního dotazování a polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum probíhal od začátku ledna 2020 do poloviny března 2020. Sestavili jsme dotazník na základě otevřených i uzavřených otázek. Anketa obsahovala 20 otázek. V rámci České republiky a Slovenské republiky bylo rozesláno 350 dotazníků do lázní, kožních ambulancí a pracovišť s léčbou psoriázy a vitiliga, některé dotazníky byly rozeslány on-line přes sociální sítě do FB skupin. Celkem se vrátilo 180 vyplněných dotazníků.

Poté jsme koncipovali polostrukturovaný rozhovor. Formulovaly jsme celkem 7 hlavních otázek s doplňujícími podotázkami, které byly položeny

jednotlivým respondentům na osobním předem smluveném setkání s jejich informovaným souhlasem. Bylo osloveno celkem 10 respondentů - 5 s vitiligem a 5 s psoriázou, z toho 6 mužů a 4 ženy. Sedm rozhovorů bylo uskutečněno v rámci osobního setkání a tři rozhovory přes Skype vzhledem k velké vzdálenosti. Rozhovory byly se souhlasem nahrávány na mobilní telefon, poté byl proveden přepis a analýza dat formou otevřeného kódování.

V této stati přinášíme pouze část výsledků, výsledky části zaměřené na terapii jsou z důvodu velkého rozsahu prezentovány zvlášť.

Výsledky

Anketní dotazování

Výsledky ankety byly poměrně rozsáhlé, na tomto místě uvádíme nejvýznamnější z výsledků.

Výzkumný soubor byl tvořen ze 44 % mužů a z 56 % ženami, dá se říct, že poměr obou pohlaví byl vyvážený. Nejvíce respondentů se pohybovalo ve věku 51–65 let (více informací o věku respondentů u autorek statí).

Psoriáza byla nejčastějším kožním onemocněním dotazovaných a ve výsledku činila 79 %, vitiligo 6 %, zbytek pak jiná podobná kožní onemocnění. Kožní onemocnění propuklo nejčastěji ve věku 11–35 let (u 43 %). U 142 respondentů, což představuje 80 % dotazovaných, se lupénka/vitiligo objevuje jen ložiskově, na některých místech na těle, a v menší míře (38 respondentů) jde o plošné onemocnění a těžší případy.



1. Respondentům byla položena otázka: „Psychosomatika se zabývá vztahy mezi duší a tělem. Nemoci mohou pocházet z problémů v dětství, z prožitých traumat, z nevyřešených emočních záležitostí. Věříte, že by Vaše psychika mohla mít vliv na Vaše kožní onemocnění?“

45 % dotazovaných je přesvědčeno, že jejich kožní onemocnění má kořeny v minulosti a může pocházet z psychických problémů v dětství, z prožitých traumat, anebo z pozdější doby, kdy se mohl vyskytnout nějaký emoční problém, který nebyl zpracován. Téměř stejné množství respondentů (78 %) má tendenci věřit skutečnosti (připouští tuto možnost, ale nejsou si zcela jisti), že by jejich nemoc mohla pocházet z psychické příčiny, a 12 % vůbec nevěří, že by psychika mohla mít na jejich kožní onemocnění vliv.

2. Další otázka zněla: „Myslíte si, že příčinou vzniku lupénky/vitiliga byl váš prožitý stres/životní událost/trauma? Jaké?“

27 respondentů uvedlo úmrtí blízké osoby, 28 rozvod či rozchod, 13 vážnou nemoc, 21 finanční problémy a 94 jiné. V další otázce pak měli možnost toto konkrétněji rozepsat.

Zde někteří respondenti uvedli, že prožili i více stresových událostí najednou, např. úmrtí blízkého člověka, rozvod i vážnou nemoc.

Jiní uvedli, že je silně emočně zasáhla ztráta jejich psa, mateřství, stres po porodu, onemocnění matky, strach o práci a fakt, že neužívá rodinu. Další zmínili stres v souvislosti s hypotékou, s psycho-onkologickým onemocněním dcery, se spirituální krizí, sociální nerovností, problémy s ekologií, konzumním způsobem života, s nástupem na střední školu. Někteří měli trauma z psychického týrání, z nesprávné výchovné metody v dětství, ze zjištění zhoubného nádoru na mozku u své dcery, ze školy a maturity, z podnikání manžela, z problémů se synem, z psychického vypětí a stresu v zaměstnání spojeného s bossingem (šikanou). Mezi dalšími spouštěcími faktory byl nástup do vojenské služby v armádě, úmrtí otce, puberta a hormonální změny ve 13 letech, rakovina a chemoterapie v souvislosti s rozchodem s manželem, stres v práci a únava, málo času na osobní život, pracovní vypětí, přetíženost, psychický tlak druhé osoby, odloučení od biologické

matky, těžké dětství s otcem-alkoholikem, rozvod rodičů, autohavárie s následnou smrtí otce a syna, gynekologická operace, konflikty v rodině, oslabená imunita, permanentní vnitřní smutek a stres, neshody v manželství, nemoc a špatná životospráva, ženské problémy, úmrtí několika členů rodiny a finanční problémy, dlouhodobý stres, špatné vztahy s matkou, nezaměstnanost, výpověď z bytu – ztráta bydlení, operace, dlouhodobá péče o maminku na vozíku, loupežné přepadení, vážné onemocnění v rodině, úmrtí zetě, psychopata v domě – soused, přechod na střední školu, mezigenerační vztahové problémy, hrozba únosu dcery. Celkem na tuto otázku odpovědělo 90 respondentů, což je polovina dotazovaných.

3. Následovala otázka „Jak se cítíte od té doby, co Vám byla diagnostikována psoriáza/vitiligo?“

Zde bylo zjištěno, že velké procento dotazovaných (26 %) trpí od vzniku svého kožního onemocnění nízkým sebevědomím, psychickou úzkostí (14 %) a depresi (12 %), v menší míře pocitem beznaděje (9 %).

4. Následovala otázka „Jak ovlivnila psoriáza/vitiligo Vaše vztahy obecně? Pozoroval/a jste nějakou změnu?“

Respondenti uvedli, že nejvíce byli dotazováni jinými lidmi na jejich kožní problém (48 %), což jim nebylo moc příjemné, protože změny na kůži jsou viditelné na první pohled. V některých případech zaznamenali ze strany partnera omezení doteků (14 %), které nakonec vyústilo až ve ztrátu zájmu o jejich osobu (7 %) a zúžil se jim i okruh přátel (7 %). Jejich handicap byl v menší míře i důvodem diskriminace v pracovní oblasti (5 %), zejména pokud bylo jejich kožní onemocnění estetickou překážkou v kontaktu s klienty. Dalších 19 % dotazovaných uvedlo „jiné změny“, které ovlivnily jejich vztahy v souvislosti s lupénkou a vitiligem. Tato kategorie již nebyla podrobněji zkoumána.

5. Otázka zaměřená na vyhledání psychologické pomoci měla toto znění: „Vyhledal/a jste psychologickou pomoc vzhledem k pocitům, které psoriáza/vitiligo/atopický ekzém/jiné kožní onemocnění u vás vyvolaly? U koho?“

V této otázce jsme se pokoušeli zjistit, jak se lidé snaží vypořádat se svým kožním problémem,



který jim byl diagnostikován, a zda hledají nějakou psychologickou pomoc vzhledem ke svým pocitům, které u nich toto onemocnění vyvolalo. Bylo zjištěno, že jen ve 3–4 % vyhledali odbornou pomoc psychologa, psychiatra nebo psychoterapeuta a spíše se obraceli na různé lékaře, u kterých hledali pomoc, podporu a útěchu (14 %). Největší procento respondentů (76 %) svůj kožní problém v souvislosti s psychickým stavem vůbec neřešilo, buď se s tím snaží vyrovnat po svém, nebo problém zcela ignorují.

6. V pátrání po příčinách onemocnění jsme zařadili i otázku „Které nejčastější choroby a onemocnění se vyskytují ve Vaší rodině?“

Je známo, že s psoriázou/vitiligem se mohou současně vyskytovat i jiné autoimunitní choroby, např. cukrovka, Crohnova choroba – střevní nemoci, kardiovaskulární onemocnění, poruchy štítné žlázy aj. Nejvíce byly u respondentů zastoupeny srdeční obtíže (32 %) a cukrovka (25 %), v menší míře pak poruchy štítné žlázy (12 %) a nemoci a u 22 % se neprojeví žádné z uvedených onemocnění.

Následovala otázka přímo zaměřená na výskyt kožního onemocnění v rodině: „Má někdo ve Vaší rodině genetické dispozice k psoriáze/vitiligo?“

Odhaduje se, že dědičnost má na svědomí vznik psoriázy/vitiliga asi u 30 % pacientů.

42 % respondentů na otázku odpovědělo, že se v rodině vyskytují genetické dispozice,

21 % neví o tom, že by někdo z rodiny měl stejné onemocnění a 37 % uvedlo, že v rodině nejsou žádné genetické dispozice, z čehož vyplývá, že kožní onemocnění získali dotazovaní jako jediní v rodině.

7. Následující otázka byla zaměřena na vnímaný stres: „Lupénka/vitiligo se může zhoršit vlivem stresu/nespokojenosti v některé z následujících oblastí. Ve které oblasti pociťujete stres?“

Z odpovědí vyplynulo, že 42 % dotazovaných cítí největší stres v práci, kde zažívají psychické vypětí, přetížení, bossing, jsou na ně kladeny velké nároky, a proto nemají ani čas na rodinu. Další oblastí je zdraví (18 %), kdy se vlivem zhoršeného zdravotního stavu (rakovina, vážné onemocnění vlastní nebo člena rodiny) dostávají do stavu

nespokojenosti a stresu. Ve 14 % pociťují respondenti stres v partnerství z důvodu neshod v manželství, konfliktů, rozvodu, rozchodu s partnerem nebo vztahovými a mezigeneračními problémy a stejné procento (14 %) se odráží v oblasti financí, která bývá spojena s hypotékami, se strachem, že muž neuživí rodinu, s nezaměstnaností.

Následovala upřesňující otázka: „S čím konkrétně nejste spokojen/a, co Vás trápí nejvíce?“

K této otázce se vyjádřilo 102 respondentů z celkového počtu 180. Uvedli mnoho důvodů své nespokojenosti, např. v oblasti práce a financí to byly: vztahy s nadřízenými, velké požadavky v práci, nedokončený projekt, psychicky náročná práce, hádky v práci spojené se špatným vedením ředitele (bossing), práce partnera v zahraničí pro nedostatek financí, nejistota v pracovní oblasti spojená s nedostatkem peněz a vyčerpáním, nedostatek financí v domácnosti z důvodu ženy na mateřské dovolené a čekající druhé dítě, vysoké pracovní nasazení, málo volného času a stres s kolegy v práci, z nedostatku financí nemožnost dopřát dětem kvalitní studium.

V souvislosti se zdravím dotazovaní uvedli: stres ze samotné lupénky a bolesti v kříži, bolest kloubů, užívání chemických léků, které nepomáhají, stres z toho, že si lidé všimnou vitiliga na kůži a budou se vyptávat, rakovina dělohy, svědění, škrábání, pomalé hojení a stálé obnovení nemoci, společenské omezení kvůli lupénce i vitiligo a nespavost, psychika, nepravdělný spánek; stres z toho, jak „přibývají roky a jak někdo má krásné tělo a jiný tělo plné známek i bez opalování“, neustálé mazání, praní oblečení a převlékání povlečení na postel, padající šupiny na oblečení, stres ze vzhledu a z nemožnosti kvůli lupénce nosit krátké rukávy, z toho, jak lupénka napadla i nehty, revmatické onemocnění, fakt, že není žádná léčba na lupénku, omezení v pracovní oblasti kvůli lupénce.

V oblasti partnerství respondenti uvedli nejvíce: partnerovu závislost na alkoholu, vztahy, nedostatek soukromí, špatný vztah s mladším synem, jiné problémy se synem, mezilidské vztahy a neúcta ke starším, neuspořádaný život, psychické onemocnění manžela, otec alkoholik, nekomfortnost a přílišná starostlivost, rozvod syna se snachou, problémy v rodině, těžký život, zdraví v



rodině, nepravidelný spánek, to, že manžel se nestará o rodinu a nechává to na manželce.

K jiným důvodům by se daly zařadit např.: nesouhlas se systémem, strach z toho, co bude po

dokončení školy, stres z budoucnosti, nejistota, utečenci mířící k nám, politika a vedení státu, nesouhlas s řízením státu a systémem.

Polostrukturovaný rozhovor

1. Co se u vás změnilo po diagnostice psoriázy/vitiliga po psychické stránce? Jak se cítíte?

Na otázku č. 1 odpovědělo sedm respondentů, že po sdělení diagnózy cítili frustraci, úzkost, bezmocnost, beznaděj a pocit méněcennosti, vadily jim odhalené lokty, šupiny, bílé skvrny na těle, které navíc zčervenají a svědí po opálení. Také jim vadilo obnažování těla v letních měsících v plavkách, celková nepohoda, strach z rozšíření onemocnění na celé tělo a nebyly jim příjemné pohledy a dotazy jiných lidí na jejich kožní problém. Dalším důvodem, který respondenti uvedli, bylo, že jim jejich kožní onemocnění ovlivnilo psychiku, spánek, vzhled, sebevědomí. Jeden respondent vypověděl, že nebyl zjištěním psoriázy překvapen, protože to očekával vzhledem ke genetickým predispozicím ze strany otce i dědy, nicméně mu vadí nutnost pravidelného mazání a svědění kůže.

Dva respondenti nemoc po stanovení diagnózy zcela akceptovali, se svým kožním problémem se snaží žít běžný život bez omezení a cítí se dobře. Někteří dotazovaní konstatovali, že si začali všimnout lidí se stejným kožním onemocněním. Na otázku, kdy se to zhoršuje, anebo zlepšuje, odpověděli zejména psoriatici, že na zhoršení má vliv roční období, zejména zimní měsíce, kdy kůže svědí a více se olupuje. Naopak léto kůži velmi prospívá. Dále uvedli, že stav kůže se výrazně změnil k horšímu po konzumaci alkoholu, cukru, masa, vlivem emočního vypětí a celkově většího stresu a prožívaného strachu. Na rozdíl od psoriatiků respondenti s vitiligem byli nejvíce spokojeni se stavem pokožky v zimě, kdy je kůže vybledlá a vitiligo na ní není viditelné. Respondentům byla položena i otázka, zda se zajímají o zkušenosti jiných lidí s tímto kožním problémem. Pět respondentů odpovědělo, že ne. Zbylá polovina je zapojena do FB (facebook) skupin s psoriázou/vitiligem, kde komunikují s ostatními,

vyměňují si zkušenosti z oblasti léčby, produktů, jeden respondent dokonce studuje články v angličtině o nejnovějších výzkumech na internetových portálech, v odborných časopisech. Někteří komunikují s lidmi z lázní a pobytů u moře, se kterými navázali přátelský vztah, a dokonce se i pravidelně setkávají. Jedna respondentka uvedla, že se zúčastnila na Slovensku veletrhu nazvaného „Trh kůže“, kde přednášeli významní čeští i slovenští lékaři-dermatologové, se kterými bylo možno následně i diskutovat. Zajímavým zjištěním bylo, že se respondenti setkali v životě v různých situacích s lidmi, kteří neměli povědomí o psoriáze/vitiligu a byli přesvědčeni, že tato kožní onemocnění jsou nakažlivá při doteku.

2. Jak zasáhla psoriáza/vitiligo do vašeho profesního a společenského života? Pozoroval/a jste nějaké změny v oblasti vztahů?

Na tuto otázku tři respondenti odpověděli, že jim kožní onemocnění zasáhlo do profesního života, protože museli zahalovat postižená místa na kůži oblečením, takže byli nuceni nosit dlouhé rukávy i v létě, šaty až ke kotníkům, uzavřenou obuv a jeden respondent uvedl, že kvůli psoriáze nemohl jít ani studovat obor, po kterém toužil. Sedm respondentů nezaznamenalo žádné změny v oblasti pracovních vztahů a nesetkali se ani s diskriminací vzhledem ke svému kožnímu handicapu. Důvodem bylo s největší pravděpodobností jen lokální postižení kůže, takže frustraci v tomto směru tolik nepociťovali na rozdíl od jedinců, u kterých se postižení kůže projevovalo po celém těle. Nejčastějšími výroky respondentů byly například: „Lidé se mě štítí a myslí si, že je to nakažlivé.“ „Lidé se dívali na mé bílé fleky a ptali se mě, co to mám za jizvy.“ „Lidé se mi dívali na ruce a radili mi, co bych měl/a dělat, aby se to zlepšilo. Nebylo mi to vůbec příjemné.“ „Nadřícený mi dal v létě najevo, že bych neměl do práce nosit kraťasy, jelikož to vzbuzuje pozornost



u zákazníků.“ „Pracovala jsem v přímém kontaktu s klienty, a jakmile se mi lupénka zhoršila na viditelných místech, byla jsem časem přerazena na jinou pracovní pozici, kde jsem do styku s klienty nepřišla. Cítila jsem se diskriminovaná.“ „Ve vlaku si ke mně přisedl cizí člověk, který mi začal radit, jak bych měl upravit životosprávu, toto se mi stávalo často.“

3. Jak ovlivňuje psoriáza/vitiligo Váš rodinný, partnerský a intimní život? Jak to vnímáte Vy a jak vaše okolí?

Na otázku, zda je možné žít s psoriázou/vitiligem plnohodnotný život, odpovědělo všech deset respondentů, že ano. Někteří dodali, že plnohodnotný život je možný za předpokladu, že najdou partnera, kterému to nebude vadit. Zdůraznili, že důležitým faktorem je rovněž upřímná, vzájemná láska, která převyší nad všemi nedostatky spojené s fyzickým vzhledem. Jeden vtipně poznamenal k vitiligu: „Vždyť se o nic nejedná, je to jen úbytek barvy na kůži, nic víc.“

Respondenti se dále vyjádřili i k otázce partnerských vztahů a k tomu, jak psoriáza/vitiligo zasáhly do této oblasti. Polovina dotázaných uvedla, že kožní problém velmi ovlivnil a stále ovlivňuje jejich partnerský a intimní život, zaznamenali fyzický odstup spojený s omezením doteků. Za svůj problém se styděli, zejména pokud se u nich projevil i v genitální oblasti, a vzniklý psychický blok jim bránil navázat plnohodnotný vztah s opačným pohlavím. Cítili to jako velkou překážku, protože ne každý to přijme.

Tři respondenti uvedli, že se jim kvůli problémům s kůží rozpadlo několik vztahů, báli se dalšího odmítnutí, ponižení a zklamání, takže raději pak zůstali sami a jeden dokonce již na společný život s partnerem rezignoval. Další uvedl, že se vzdal i přání mít vlastního potomka, aby ho neohrozil genetickou dispozicí vzniku psoriázy. Druhá polovina respondentů neshledala v této oblasti žádný problém, lupénka/vitiligo nijak nezasáhly do jejich rodinného nebo partnerského života, nestyděli se za své kožní onemocnění a neřešili to. Uvedli, že jejich partner byl s tím smířený, dokonce nápomocný v aplikaci mastí a promazávání kůže. Jeden respondent se projevoval v souvislosti s touto otázkou velmi rozhodně a rázně, když zdůraznil, že předchází možnému zklamání svou

maximální otevřeností a upřímností a raději hned zpočátku vztahu informuje partnerku o svém problému a ona to buď akceptuje, nebo odejde. Rodinná situace byla u většiny respondentů v pořádku. Zmínili, že šlo o přátelské rodinné klima, jen u dvou respondentů byly zaznamenány manželské neshody a krize. U dalších dvou se jednalo o mezigenerační problémy, např. problém s negativní a dominantní matkou, která zasahovala do života respondenta, dále šlo o vážně nemocného otce a jeden respondent měl potíže s nestálými vztahy. Uvedl, že by se rád usadil a měl trvalý vztah, ale kvůli psoriáze se toho bojí.

4. Měl/a jste v minulosti takové obtíže související s kožním onemocněním, že jste musel/a vyhledat pomoc psychologa, psychoterapeuta nebo psychiatra? Pokud ano, jaké?

Na otázku, zda museli vyhledat odbornou psychologickou pomoc v souvislosti s kožním onemocněním, odpovědělo devět respondentů, že ne, pouze jedna osoba uvedla, že vyhledala psychiatra i psychologa, protože procházela složitým obdobím, kdy si nevěděla rady v oblasti partnerství. Polovina, tedy pět respondentů, vyhledala lékaře a zbytek nevyhledal nikoho, anebo se snažil pomoci si sám. Co se týče nespokojenosti, zde respondenti uvedli, že jsou nejvíce nespokojeni v partnerství nebo manželství a celkově se vztahy (70 %) – manželské neshody, partnerská selhání, mezigenerační problémy s matkou, otcem nebo neshody se sourozenci, pak v oblasti pracovní (10 %) – nedostatek seberealizace, pracovní přetížení spojené s velkou zodpovědností. Ve finanční oblasti (nesplacené dluhy) bylo nespokojeno 20 % dotazovaných. Někteří připustili i více oblastí, které jim způsobují starosti.

Na otázku, jak pečují o své psychické zdraví, odpověděli respondenti, že chodí do přírody čerpat energii, snaží se být v klidu sami se sebou, dělají jógu, chodí na procházky se psem, poslouchají hudbu, provádějí relaxační cvičení, vyhýbají se negativním lidem a negativním informacím, jsou s lidmi, které mají rádi, sportují, hodně spí, chodí plavat, jezdí na kole.

5. Co si myslíte o příčině vzniku psoriázy/vitiliga? Jaké faktory to mohou ovlivňovat?



Tři respondenti si myslí, že hlavním faktorem vzniku kožního onemocnění je genetika. Uvedli, že kožní onemocnění bylo v rodině (matka, babička, otec i děda). Sedm respondentů nemělo v rodině žádné genetické dispozice a jsou přesvědčeni, že psoriáza/vitiligo se u nich objevilo po prožitém stresu nebo z nevyřešených emočních záležitostí pocházejících z raného dětství nebo mládí. Bylo zajímavé vyzorovat, v jakém věku se u respondentů kožní onemocnění objevilo: u šesti respondentů se objevilo v rozmezí 13–25 let a u čtyř v pozdějším věku, mezi 32–46 lety.

Pět dotazovaných uvedlo, že za vznikem jejich kožního onemocnění stál rozpad rodiny, tedy rozvod rodičů nebo jejich vlastní rozvod, v jednom případě to byla rodinná tragédie – úmrtí všech čtyř prarodičů během velmi krátké doby, tři dotazovaní uvedli, že prožili velký stres z přechodu na střední školu a z nástupu do vojenské služby, ze stresu při nehodě s bicyklem a u jednoho respondenta nebyla příčina zcela jasná. Při podrobnějším zkoumání a s použitím doplňujících otázek byl zjištěn zajímavý pohled do minulosti u šesti respondentů, kdy na povrch vyplynuly určité momenty a události související s faktory, které se pravděpodobně podílely z psychosomatického hlediska na vzniku kožních onemocnění.

Za zmínku stojí uvést několik důležitých faktů jednotlivých respondentů (zde byl u všech respondentů záměrně zvolen mužský rod z důvodu zachování anonymity).

Respondent A uvedl, že v dětství zažíval křik a hádky rodičů, které vyústily v táhnoucí se rozvod, ponižování a chladný vztah ze strany matky, velmi špatný vztah s otcem a nerovnocenný vztah s protežovaným bratrem. Dále uvedl, že po materiální stránce se mu rodiče snažili naplnit jeho potřeby, ale ne jeho touhy po citové stránce, zvláště v dětském věku.

Respondent B uvedl, že měl málo citové opory a respektu v dětství ze stran obou rodičů,

materiální zabezpečení bylo dostatečné, ale láska byla dávána najevo materiálními věcmi namísto tělesných projevů, které byly minimální. Kromě závislosti na rodičích respondent zažíval smutek, citový chlad, mnoho kritiky, obviňování a manipulace, z čehož vznikla psychická deprivace se sebepoškozováním a pokusem o sebevraždu. Chybějící rodičovskou lásku hledal neúspěšně v partnerských vztazích, což se mu nedařilo a nevyhnu se ani rozpadu manželství.

Respondent C zažíval v dětství nedostatek lásky, málo tělesných projevů, měl pocit, že jsou mu házeny „klacky pod nohy“, chybělo mu ocenění, respekt, cítil vinu za to, že neplní přání svých rodičů. V současné době má problémy s navázáním vztahu.

Respondent D při hlubším rozboru uvedl, že jeho rodiče byli vždy v tělesných projevech chladní, nikdy mu v dětství nedávali najevo lásku formou doteků, líbání, objímání a hlazení, nebylo to v rodině zvykem. On se naopak v dospělosti ve vztazích projevuje vřele a od opačného pohlaví vyžaduje rovněž tělesný kontakt, přesto má s navázáním a udržením vztahů problémy.

Respondent E uvedl, že měl dominantní a manipulativní matku, která neprojevovala svou lásku stejným dílem směrem k oběma sourozencům. K respondentovi svými city projevy lásky šetřila a spíše zaujímala vůči němu kritický postoj, zasahovala mu do života a dá se říct, že ho i psychicky vydírala. Respondent se rozvedl a další vztah je opět díky zásahům matky v krizi.

Respondent F uvedl, že se mu nedostávalo v dětství láskyplných tělesných projevů ze strany obou rodičů. Otec vyžadoval výkon a samostatnost, matka byla chladná, bez fyzických projevů, kritická a káravá. Materiální zabezpečení bylo v pořádku, po citové stránce měl respondent pocit, že není milován a přijímán, chyběly tělesné citové projevy lásky. Jeho manželství skončilo rozvodem.

bylo zřejmě dáno tím, že jde obecně o nejrozšířenější kožní onemocnění.

Výsledky a diskuse

Převažujícím kožním onemocněním u respondentů byla psoriáza (u anketního dotazování), což



Z výsledků šetření vyplynulo, že nejčastějším faktorem významným pro vznik lupénky se ukazuje psychosociální stres. Jde o náročné životní situace spojené jak s blízkými, rodinnými vztahy, tak se vztahy na pracovišti, o problémy spojené se zaměstnáním, s onemocněním blízkých a další – viz text výše. Tyto výsledky se shodují ve srovnání s ostatními výzkumy odborných prací. Zkoumáním vlivu stresu na kožní onemocnění se zabýval např. významný italský profesor dermatologie a předseda katedry dermatologie na Univerzitě „Tor Vergata“ v Římě Sergio Chimenti, který v roce 2005 provedl výzkum týkající se nejdůležitějšího faktoru vzniku lupénky. I zde jako hlavní faktor pro vznik onemocnění označil Chimenti psychický stres (Chimenti, 2005).

V roce 1977 provedl podobný výzkum také Robert H. Seville. Zaměřil se na to, jaký dopad má stres na vznik a průběh onemocnění lupénkou. Výzkumu se zúčastnilo 132 pacientů s psoriázou, kteří byli bez užívání dithranolu. Po dobu tří let byli tito pacienti sledováni. Inkubační doba od specifických incidentů stresu do rozvoje psoriázy byla mezi 2 dny a 1 měsícem. Dále také Seville uvádí, že u osob, které vykazují jako spouštěč stres, se nemoc zhoršuje častěji než u lidí, kteří stres neuvedli jako významný etiologický faktor (Seville, 1997).

Tým kanadských lékařů v roce 1987 zkoumal, zda stres souvisí s psoriázou. V dané studii byl vztah mezi psoriázou a stresem zkoumán prospektivně po dobu 20 týdnů. Mnohorozměrná statistická metoda ukázala pozitivní korelaci mezi závažností psoriatických symptomů a úzkostí. Podle výsledků této studie lze snížení stresové zátěže považovat za významnou součást léčby nabízené některým pacientům trpícím psoriázou (Gaston, 1987).

V roce 2004 byla rovněž uveřejněna v časopise *Australasian Journal of Dermatology* rešeršní stať Russa a kol. vycházející z databází Medline (1966-2002) a PsychINFO (1984-2002). Dostupné studie prokázaly vysokou míru psychopatologie u pacientů s psoriázou (Russo et al., 2004). Psoriáza je spojena s řadou psychologických problémů, což potvrdily i výsledky naší studie. Mnoho psychologických intervencí prokázalo slibné výsledky. Je důležité, aby lékaři zvážili psychosociální aspekty

této nemoci, včetně nízké sebeúcty, sexuální dysfunkce, úzkosti, deprese a sebevražedných myšlenek (Russo et al., 2004). Významné je naše zjištění, že odbornou psychologickou pomoc vyhledalo jen velmi málo dotazovaných, otázkou je důvod, proč to neudělali. Jeho znalost by přispěla k možnosti efektivní intervence směřující k zajištění odborné péče i v této oblasti a vyšší motivovanosti pacientů tuto péči vyhledat.

Průběh kožních onemocnění je typický častým spontánním vzplanutím a remisí a s tím zpravidla kolísají i psychické obtíže. Vnímaný stres, jak potvrzují některé studie, však nesouvisí se závažností kožních onemocnění. Výsledky ukazují, že úroveň vnímaného stresu souvisí s kvalitou života, depresí a úzkostí provázející kožní onemocnění (Rieder, Tausk, 2011). Stres není spojen se zhoršením symptomů, ale s jeho dopadem na každodenní život a psychickou pohodu.

I když se uvádí, že kožní nemoci jsou převážně geneticky podmíněny, přesto se u některých respondentů genetické vlivy neprokázaly a jejich kožní onemocnění se projevovalo jako typické psychosomatické onemocnění, kde stres se zdál být nejen spouštěčem, ale i původcem onemocnění. Přestože psoriáza ani vitiligo zpravidla neohrožují život a nejsou nakažlivé, jejich projevy ohrožují kvalitu života pacientů, kteří se za ně stydí a často se vyhýbají sociálním kontaktům. Cítí se znetvořeni a sociálně odmítáni, jsou znevýhodněni při hledání pracovního místa či partnera, někteří lidé se jich štítí, bojí se nákazy a dávají jim to najevo. Z těchto důvodů bývá část postižených depresivní, prožívají pocity beznaděje, trpí úzkostnými poruchami, v ojedinělých případech i suicidálními sklony.

Významným výsledkem je naše zjištění, že až 88 % ze zkoumaného vzorku věří psychosomatice nebo alespoň připouští, že na tom něco je. Mnoho výzkumů se zabývá vlivem psychiky na nejrůznější onemocnění. Dotazovali jsme se na subjektivní vnímání tohoto vlivu, který je velmi těžké objektivizovat. V momentě, kdy lidé nevěří na význam a pomoc psychiky, je léčba nemocí všeobecně velmi náročná a může být zdoluhavější. Víra a optimismus k momentu vyléčení z nemoci je dalším důležitým prvkem v cestě k uzdravení. Pro psychiku nemocných by



mohla být přínosná i změna v informovanosti populace o jejich onemocnění, často panuje přesvědčení, že psoriáza i vitiligo jsou nakažlivé nemoci, a to může ovlivnit vztah a chování lidí k takto nemocným. Proto se 29. října koná každoročně Světový den psoriázy, jenž by pro to mohl být příhodný. V rámci tohoto dne by se mohly upořádat zajímavé besedy a semináře pro laickou i odbornou veřejnost, akce pro psoriaticky a nemocné s vitiligem, na kterých by si mohli

vyměnit své zkušenosti, vzájemně se podpořit a dodat více sebedůvěry v životě s těmito kožními chorobami. Za zmínku stojí i snaha některých firem pomoci takto hendikepovaným lidem, např. firma Tommy Hilfiger angažuje slavnou kanadskou modelku Winnie Harlow, která ze své nemoci vitiligo nakonec udělala přednost, dnes pomáhá ženám po celém světě a dodává jim odvalu, aby uvěřily tomu, že jsou krásné a jedinečné.

Závěr

Výsledky našeho šetření ukazují, že příčiny sledovaných kožních onemocnění jsou z psychologického hlediska komplikované. Nezaměřovali jsme se na osobnostní faktory, u kterých by bylo velmi těžko určit, které z nich souvisí s premorbidní osobností a které jsou výsledkem adaptace na život s chronickým onemocněním. Odpovědi respondentů svědčí pro to, že psychosociální stres a psychosociální trauma se vznikem těchto onemocnění významně souvisí. Současný stres má ale také významný vliv na průběh onemocnění, proto by jedním z cílů psychoterapie mělo být zvládání stresu, a to jak spojeného s tělesným stavem a průběhem onemocnění, tak se zvládáním stresu v obecné rovině, posilování psychické odolnosti. V tom může hrát významnou roli i životní styl, ani tuto oblast tedy nenechme nepovšimnutou. Většina respondentů konstatovala, že s psoriázou/vitiligem je možno žít

plnohodnotný život. Zdůraznili však, že je důležité mít po svém boku takového partnera, který je srozuměn s jejich kožním problémem, je jim oporou a nevádí mu to. Partnerská a rodinná terapie může být tedy v tomto smyslu rovněž přínosem. Obecně můžeme konstatovat, že lidé s lupénkou/vitiligem by se měli ve svém životě především vyhýbat provokačním faktorům a stresu a soustředit se na udržení stavu biopsychosociální rovnováhy. Jedinci s kožním onemocněním by se neměli bát navštívit odborníky, kteří jim v tom pomohou. Významná je sociální opora a v tomto smyslu mohou přispět i svépomocné skupiny a komunity například na sociálních sítích, se kterými je možno navázat spojení a diskutovat o způsobech léčby, o příčinách zlepšení stavu kůže, vyměňovat si vzájemně informace, pomáhat si a podporovat se.

Význam závěrů práce pro psychoterapii:

- psychoterapie je v terapii pacientů trpících kožními problémy žádoucí;
- v komunikaci s nimi je třeba vycházet ze znalosti výše popsané problematiky, přistupovat k nim empaticky;
- v anamnéze se zaměřit na výše popsané psychosociální faktory, jež mohly sehrát roli ve vzniku onemocnění, a na trauma, jež mohly způsobit;
- na základě znalosti konkrétního případu pečlivě zvážit cíl psychoterapie, zda pracovat s možnými psychosomatickými příčinami onemocnění, nebo se zaměřit spíše na jeho dopady a aktuální psychické obtíže a podpořit adaptaci na přítomné onemocnění a současný stav;
- v rámci zajištění maximální sociální opory využít i možnost partnerské a rodinné terapie;
- z pohledu psychosomatické medicíny je v léčbě ideálem komplexní terapie a interdisciplinární přístup, s cílem „bio-psycho-sociálního vyladování“, pokud je to tedy možné, snažit se o minimálně vzájemnou informovanost, ideálně kontinuální kooperaci jednotlivých odborníků / terapeutů podílejících se na léčbě konkrétního pacienta;
- zvážit i zapojení odborníků z oblasti managementu životního stylu a wellness, tedy nezdravotnických profesí, do terapie, se snahou v rámci dlouhodobé prevence vhodně korigovat životní styl



pacienta. Ten je významný jak pro léčbu jeho onemocnění, tak pro dlouhodobou stabilizaci jeho duševního stavu.

Bez konfliktu zájmů.

Seznam bibliografických zdrojů

1. Gaston, L. (1987). Psoriasis and stress: A prospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 17 (1), 82–86.
2. Chimenti, S. (2005). Psoriasis. Firenze: SEE Editrice.
3. Pánková, R. (2005). Psychodermatologie v ambulantní praxi. *Zdravotnické noviny. Lékařské listy – Pneumologie*. 17, 14-16.
4. Pánková, R. (2006). Psychosomatické přístupy v dermatovenerologii. *Časopis lékařů českých*, 2, 113.
5. Pánková, R. (2008). Deprese u psoriázy a psychosomatický přístup. Referátový výběr z dermatovenerologie. 50 (Speciál I), 7-12.
6. Pánková, R., Taraba, P. (2007). Psychodermatologie a psychosomatický přístup. *Psycho-neuro-endokrino-imuno-dermatologie. Česko-slovenská dermatologie*. 82 (1), 5-10.
7. Poněšický, J. (2014) Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí. Praha: Triton, 2014.
8. Rieder, E, Tausk, F. (2011). Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *International Journal of Dermatology*, 2011, 50 (1), 12-26. Dostupné z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-4632.2011.05071.x>
9. Russo, P., Ilchev R., Cooper, A. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 45(3), 155-161. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15250891>.
10. Seville, RH. (1997) Psoriasis and stress. *British Journal of Dermatology*. 3, 297-302.

Doc. PhDr. Daniela Stackeová, PhD.



Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA, spol. s r.o., Praha, Česká republika / The College of Physical Education and Sport PALESTRA, L. t. d., Prague, Czech Republic
Absolventka oboru fyzioterapie, specializace somatopsychoterapie; 2002 postgraduální studium a rigorózní řízení na FTVS UK v Praze, obor kinantropologie, 2015 habilitační řízení v oboru kinantropologie na FSpS MU. Dlouholetá pedagogická a výzkumná praxe, do 2013 u oboru fyzioterapie na FTVS UK v Praze, od 2015 na VŠTVS Palestra s.r.o. Dlouhodobě se věnuje psychosomatice, člen výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP.

Kontakt: stackeova@volny.cz

bc. Bronislava Březná



Vysoká škola Humanitas Sosnowiec (Polsko), Fakulta společenských studií, Vsetín, Česká republika / Humanitas University Sosnowiec (Poland), Faculty of Social Studies, Vsetín, Czech Republic

Absolventka bc. studia psychologie na FSS VŠ Humanitas ve Vsetíně, tématu se věnovala ve své bakalářské práci.

Kontakt: brona@centrum.cz

Do redakce přišlo 8. 1. 2021

Recenzní řízení uzavřeno 15. 2. 2021

K tisku zařazeno 28. 2. 2021



Úvahy, eseje

Stanislav Komárek: Osudostroj

Nic se v současné době tolik necení, jako když se člověk „vzbouří“ proti Osudu a provede či má něco, co by za běžných okolností učinit či mít nemohl – kvadruplegik skáče o tyči, dva homosexuálové mají dítě, oligofrenik získá univerzitní diplom. Patří k tomu samozřejmě i zdárné přežívání těch, kdo by za běžných okolností byli zasvěceni smrti. Medicínsko-průmyslový komplex (MPK) se svými klinikami, poliklinikami, vysokými a středními školami, výrobci lékařské techniky a farmak, zdravotními pojišťovnami atd. představuje jedno obrovské soustrojí k odvracení přirozeného běhu věcí, jinými slovy Osudu, jakýsi „osudostroj“.

Měl jsem před nedávnem po 41 letech možnost sledovat nemocnici zevnitř jako pacient a zážitek se dá co do intenzity srovnat pouze s dvěma jinými, prvními návštěvami Číny a Ameriky. „Zdivočelý“ moment z někdejší hippokratovské přísahy, kdysi bránící podávání jedů lékaři a spějící k uchovávání životů pacientů, obludně přebujel v uchovávání a obnovování životních funkcí za každou cenu bez ohledu na okolnosti. K takovému systému, který se vůbec neptá po kvalitě života a jediným platným kritériem určil jeho délku v čase, zcela nutně patří také zákonná možnost eutanazie, podobně, jako třeba pravidelné kojení dítěte vyžaduje i jeho přebalování. Většina světových náboženství zapovídá sebevraždy, ale jedná se o někdejší stav medicínských technologií, kdy nemocný poměrně záhy zemřel nebo se uzdravil a nedočkavost nebyla na místě. V době, kdy lze prodlužovat utrpení bez možnosti úzdravy téměř do nekonečna a morfinem, látkou zakázanou, bývá zvykem šetřit, patří asistovaná bilanční sebevražda k právům občana zcela nutně – podobně byla církevní sexuální morálka adjustována na středověké poměry, kdy málokteré dítě přežilo do dospělosti a kdy dávala dobrý smysl. Slyšel jsem za zdí opakovaně naříkat jednoho starého muže, „že by už radši chcíp“, a vůbec se mu nedivím.



Mnoho mytologických obrazů zachycuje nenáležitě zachránění ze smrti a vysokou cenu za to zaplacenou – nedávno se odehrál v mém okolí příběh staré paní, které praskla aorta, kterou se, zážrak nad zážraky, podařilo ještě téměř včas sešít: v mezičase jí ovšem odumřela hypoxií větší část mozkové kůry – doskomírávala, za obsedantního uchovávání všech životních pochodů, ještě tři měsíce, *nota bene* za koronavirové karantény, kdy už se s nikým ze svých blízkých nemohla setkat. Pokud takovéto historky člověk bezprostředně zažije, je jat krajním zděšením a obavou o vlastní osud a konec. Rizikem moderní medicíny, podobným v některých důsledcích černé magii, je to, že přílišným nenáležitým zdůrazněním jednoho pólu se beznadějně pokříví celek – třeba právě resuscitací někoho, kdo už měl zemřít. Nad lékaři nadto visí stále Damoklův meč žalob ze strany pozůstalých v době, která život, ať je jakkoli bědný, vidí jako nejvyšší a v zásadě jedinou hodnotu – i jakékoli odchýlení se od doporučených postupů může mít pro ně fatální následky (ve své víře v autority a to, co bývá nazýváno *magisterium* či *auctoritas*, medicína velmi připomíná katolickou církev a kombinace dobře fungujícího lékaře a věrného katolíka není právě vzácná, ač obor je svou podstatou „materialisticky nenáboženský“). Lékaři ovšem vyrůstali a celý život žili v prostředí, kde takovýto způsob myšlení a fungování byl samozřejmostí a většina z nich se nad vlastními počiny ani tajně nepozastavuje. Prosadit psychosomatický přístup, který bere v úvahu celého člověka a nikoli jenom nesourodé hejno fyziologických daností, ale člověkův celý životní příběh, to, co by právem bylo možno nazývat „Osudem“, nemá v takovémto prostředí jakékoliv místo.



Nemohu naprosto říci, že by se mnou bylo jednáno nelaskavě, ale celkovým výsledkem je jakási bizarní péče-nepéče zcela neosobní povahy, kdy se kolem pacienta střídá v cyklickém koloběhu řekněme dvacet různě specializovaných sester a lékař, plně zaměstnaný vedením spisů, má na pacienta zhruba dvě minuty denně. Celkově je jedním z hlavních cílů honba za „objektivními“ daty: velmi patrné jsou rozpaky a nevěle, pokud jsou pocity pacienta jiné, nežli by měly být podle rozmanitých hodnot, průběžně monitorovaných a zanášených do protokolu. I laik záhy sezná, co by měl říkat a co by měl pociťovat, a činí tak. Akutní medicína tohoto typu je naprosto nedoceníitelná třeba při zcela akutních stavech a úrazech, kdy může v krátké době obnovit či udržet základní životní funkce, zatímco dříve řekněme tepenné krvácení skončilo fatálně dřív, nežli stačil Lojza přinést ze zahrady křenové listy určené k obložení rány. Čím je problém chroničtější, jako že nakonec všechny chronické jsou, tím více je tato metoda bezradná – ukazuje to i na naprosto nezastupitelné místo a funkci hospiců. Zajímalo by mne, zda četné a hojně prováděné relativně brutální zásahy do tělesné integrity, kromě operací i četné kanylace apod., zároveň také nějak „nahazují“ imunitní systém a jeho funkci – v tradiční perské medicíně se k těmto cílům používalo pozechování rozpáleným rožněm na různých místech těla.

Je pozoruhodné také vidět symbiózu tradičně mužských a ženských aspektů v terapii: na jedné straně nediskutující autorita, která ví mnohem lépe než sebelépe informovaný pacient, „jak to je doopravdy“, na straně druhé živý paramaterský zájem o člověkovy sekrety a exkrekty a jejich administrace nižším personálem – i mateřská autorita je, jak známo, bez diskuse. Samostatnou kapitolu by tvořil eminentní zájem o krev, tradiční

magickou „zvláštní šťávu“. Je zvláštní, že MPK mnohem více pracuje na tom, aby jednoho každého pacienta k sobě trvale připoutal a opletl systémem neustálých kontrol až ke stavu, kdy už se žije jen proto, „aby se žilo“ (a tyto činnosti požírají všechn čas), než aby jej přiměl k nějakému elementárnímu zamyšlení se nad sebou samým, třeba k úpravě životosprávy – ta může zůstat úplně stejná, jako byla, všech změn fyziologických parametrů se dosahuje medikací, přičemž vedlejší účinky mnohých medikamentů se přebíjejí jinými ve stylu vytloukání klínu klímem: z tohoto přístupu jde upřímná hrůza. Striktně kauzalistní způsob myšlení také vylučuje pochopení jakýchkoli psychosomatických vlivů, třeba mezilidských vztahů či emocí vzniklých hospitalizací. Překvapila mne povaha stravy, která dokonale kopírovala podřadnou závodní jídelnu šedesátých let minulého století – je pozoruhodné, že jakékoli recentnější představy o zdravé výživě do tohoto světa fašírek a uzenin téměř bez ovoce a zeleniny nedorazily – celek připomíná v kontrastu s pokrokem diagnostických metod v mezidobě cosi jako kadibudku na kosmodromu či trakař vedle heliportu.

Netajím se tím, že osudostroj, který se hrozí brzy změnit v násilně pečovatelský hrůzostroj, který jsem spatřil, mi nedává při pomyšlení na stáří a eventuální nemoc a bezmoc spát. Trpěla-li kdysi černá Afrika akutním nedostatkem medicínské péče, je naším největším příznakem její nadměrné zbytnění a zmnožení nad všechnu rozumnou mez...

S. K. 2020

Do redakce přišlo 30. 11. 2020

K tisku zařazeno 28. 2. 2021

Konflikt zájmů není znám.



Ondřej Masner: Psychosomatická medicína ve vztahu k biologické medicíně

Nedávno jsem si na blogu Radkina Honzáka (aktuálně.cz) se zájmem přečetl příspěvek Vladislava Chvály o tom, kdo je psychosomatikem a kdo jím není („*Ne každý, kdo si říká PSYCHOSOMATIK, jím skutečně je. Pozor!!*“ z 15. 12. 2020). Zaujalo mě jeho pozorování, že řada psychosomatických lékařů se časem začne ostře vyhraňovat vůči svému původnímu lékařskému vzdělání, vůči biologicky orientované medicíně. Tím vzniká dojem, že psychosomatika není slučitelná s medicínou, že je k ní jakousi alternativou. Kam pak psychosomatickou medicínu zařadit, jak s ní nakládat, jak se k ní vztahovat? Zmatení mohou být lékaři i pacienti či představitelé zdravotních pojišťoven, kteří s naší společností jednají o vykazování kódů za naší práci. Chvála končí svou úvahu tím, že tito kolegové svým vystupováním škodí naší snaze ukotvit bio-psycho-sociální přístup uvnitř zdravotnického systému.

Je pravdou, že z prohlášení některých psychosomatických kolegů a kolegů získávám dojem, že pacienty z té medicínské strany nečeká dobrého vůbec nic – zbytečná vyšetření, hned se „práskuje“, nikdo se s nimi nebaví. Čiší z toho svým způsobem podobně zjednodušující přístup, jaký ho známe od biologické medicíny, pouze „naryby“. Ale jaké k tomu máme vysvětlení? Jak se stane, že kolegové lékaři, kteří právem kritizují redukcionistický pohled biologické medicíny na stonání pacienta, mají po čase podobné tendence z opačné strany? Zdá se to být paradoxní. A přitom není pochyb o tom, že i tito kolegové úspěšně léčí nemocné a svojí prací pomáhají velkému množství pacientů. Uvažoval jsem nad tím, jakým způsobem k tomu může dojít. Koneckonců jsem prošel podobným vývojem, můj vztah k biologické medicíně je však přes spoustu výhrad nadále pozitivní.

Jsem praktický lékař a psychosomatický lékař zároveň. Považuji za přirozené, že se oba přístupy prolínají a doplňují. Nedokážu si představit, že bych pracoval s pacientem psychosomaticky bez současného zohlednění biologické složky tělesného příznaku. Jádro psychosomatické medicíny



pro mě tvoří fakt, že pacienti mohou vykazovat somatické příznaky, i když je jejich tělo organicky v pořádku. To však neznamená, že můžeme biologickou část stonání odložit ad acta a starat se jen o duševní stránku věci. Právě naopak, vždyť tělesné příznaky jsou zpravidla to, co psychosomatického pacienta do ordinace lékaře přivádí. Logicky tedy začínám svou práci od pólu biologického a postupně ji doplňuji o psychické a vztahové skutečnosti. Přitom vnímám, jak mezi těmito dvěma póly pravidelně vzniká určité napětí. Bio-psycho-sociální provázanost a dynamika jsou jistě základem psychosomatického přístupu. Nicméně se mi zdá, že nám chybí nástroj, nebo spíše cosi jako senzorický orgán k tomu, abychom mohli toto propojení postihnout a vnímat současně. Tato skutečnost zcela zásadně ovlivňuje způsob naší psychosomatické práce. Nezbyvá totiž než střídavě zapojovat racionální uvažování a duševní vnímání k tomu, abychom komplexní bio-psycho-sociální stav pacienta složili postupně. S tímto postupem spojené napětí může být nepříjemné a vnímá ho jak lékař, tak pacient. Toto napětí nepramení jen z toho, že je potřeba stále „přepínat“ z jednoho „modu“ do druhého, ale zejména z toho, že nám tento postup neposkytuje žádné zaručené jistoty. Svou komplexností zkrátka znemožňuje vytváření jednoduše uchopitelných a jasně definovatelných diagnóz. Spíše jde o více či méně pravděpodobné hypotézy, které se až za určitý čas potvrdí, či nikoliv. V případě, že přistoupíme na lákavou redukci celého procesu tím, že vynecháme jeden z těchto dvou pólů, je všechno mnohem jednodušší. Místo hypotéz máme jasné diagnózy a z nich plynoucí terapeutické postupy. Tento postup známe velmi dobře ze strany biologické medicíny a není potřeba ho zde blíže popisovat. Ale zdá se mi, že to, co píše Vladislav Chvála, popisuje něco



podobného „v bleděmodrém“ z druhé strany. Tím, že biologickou medicínu takto diskvalifikujeme, totiž docílíme stejné redukce komplexnosti. Nemusíme brát v potaz výsledky biologické medicíny, a tím nám složitý postup a s ním spojené napětí odpadají zrovna tak. Výsledně máme před sebou uchopitelné a srozumitelné „psychosomatické“ diagnózy, které uklidňují jak pacienta, tak lékaře. Akorát už nejde o psychosomatickou medicínu. A také se zdá, že čím méně je metoda ukotvená v biologické složce, tím spíše může dojít k její degradaci směrem k esoterice, jako jsme toho byli nedávno svědky v kauze Aktop.

Byla by škoda psychosomatické lékaře štěpit na různé skupiny. Nepochybuji o tom, že předmětem našeho společného zájmu je psychosomaticky trpící pacient, který je v našem zdravotnictví opomíjen. Zároveň by bylo iluzí, že ho můžeme od zdravotnictví a biologické medicíny odpoutat, protože právě pro jeho somatické příznaky ji potřebuje. Proto nelze jít jinou cestou, než dále loptně pracovat na integraci psycho-sociálních

aspektů do biologické medicíny. Je to náročný proces, ovšem mnohé kroky se již podařilo uskutečnit. Hlavním nástrojem k integraci je výměna názorů a konstruktivní dialog, a to jak se somatickými lékaři, tak s psychosomatickými lékaři alternativního typu.



MUDr. Ondřej Masner

Do redakce přišlo 21. 1. 2021.

Konflikt zájmů není znám.

Zařazeno k tisku bez recenze 30. 1. 2021.



Recenze

David Skorunka: Ke svobodě potřebujeme zdraví, pro zdraví potřebujeme jeden druhého

Někteří systemičtí terapeuti v minulosti tvrdili, že pro úspěšnou terapii není nutné rozumět tomu, jak problémy v rodině a potíže u některých členů rodiny vznikly. V medicíně je něco takového nepředstavitelné. Jak bychom mohli pacienta léčit, když neznáme příčinu a mechanismy vzniku onemocnění? Tento i na tehdejší dobu radikální názor neodolal zubu času a vývoji rodinné/systemické terapie. Většina rodinných terapeutů je dnes naopak toho názoru, že musíme chápat, jak problémy v rodinách vznikají, co ovlivňuje zdraví a vznik nemoci u jednotlivých členů rodiny. Nikoli ve smyslu jednoduché lineární kauzality, ale spíše ve vzájemném bio-psycho-sociálním ovlivňování. Takto se na věc dívají obzvláště ti terapeuti u nás i v zahraničí, kteří integrují do své práce poznatky současné psychoanalýzy, vývojové psychologie a neurověd. A pak ti, kteří se věnují rodinám, jejichž životy komplikují různé formy tělesného stonání. Ať už jde o choroby rozpoznatelné a diagnostikovatelné dle současných klasifikačních systémů nebo o tzv. medicínsky nevysvětlené příznaky. Co platí o jedné úrovni organizace složitých systémů, platí i na úrovních jiných. Například na úrovni vzdělávání, organizace a fungování zdravotnictví a samozřejmě na širším společensko-politickém kontextu. Dominantní narativy a v nich ukotvené hodnoty a systémy přesvědčení zásadně, byť často nereflektovaně, ovlivňují fungování subsystémů a institucí včetně těch zdravotnických v každé společnosti. Důkladné a někdy kritické komentování těchto významných vlivů většinou nepřichází od lékařů samotných, ale od reprezentantů jiných oborů např. sociologů (Illich, I., 2012; Křížová, E., 2006), filozofů (Komárek, S., 2005), sociálních psychologů (Maslach, Ch., 2006;



Gergen, K., 1999) a psychoterapeutů (Wampold, B., Imel, Z., 2015). A také stále častěji od pacientů, kteří důsledky opomíjení psychologického a sociálního rozměru v poskytování zdravotní péče zažívají na vlastní kůži.

Zvláště cenný je pohled reprezentanta humanitně-společenských věd obeznámeného s dopady různých ideologií na život jedince a celých populací, má-li zároveň bohatou patientskou zkušenost. Řeč je v tomto případě o Timothy Snyderovi, významném americkém historikovi. Snyder je dobře znám i v České republice, kde mu vyšly překlady mimořádně kvalitních prací *Krvavé země; Evropa mezi Hitlerem a Stalinem* (Snyder, T., 2013) a *Černá země; Holocaust, historie a varování* (Snyder, T., 2015). V nich mimo jiné detailně vysvětluje, jaké faktory vedly v průběhu 20. století k největším humanitárním katastrofám v zemích východní a střední Evropy. Zahynulo během nich více než 10 milionů lidí a životy těch přeživších i jejich potomků byly hluboce traumatizovány. Timothy Snyder se dorozumí pěti evropskými jazyky a v dalších deseti je schopen číst. I díky tomu jsou jeho práce přínosné. Nejde totiž jen o nové interpretace známých faktů, vydedukované v pohodlném zázemí akademické pracovny. Monografie syntetizující mnoho poznatků jsou výsledkem terénního bádání, přímé komunikace s obyvateli postižených zemí, přemýšlivým čtením archivních pramenů v původních jazycích. Jak Snyder sám říká, dokážeme vidět jen tam, kam nás vezmou hranice našeho jazyka. Kromě obsáhlých historických monografií u nás vyšly i kratší Snyderovy práce. Například skvělá publikace *Tyranny; Twenty Lessons from the*



Twentieth Century, přeložená do češtiny před třemi lety (Snyder, T., 2017). Tím posledním přírůstkem do Snyderova publikačního portfolia kniha *Our Malady; Lessons in Liberty and Solidarity*¹⁰ (česky *Nemocná Amerika; Lekce o zdraví a svobodě*). Podnětem k jejímu sepsání nebyl jen zneklidňující politický vývoj ve Spojených státech a situace tamního zdravotnictví. Timothy Snyder ve svých 51 letech málem zemřel na komplikace způsobené nerozpoznaným zánětem slepého střeva a vznikem abscesu v jaterní tkáni s následnou celkovou sepsí organismu. Během několika týdnů se důkladně seznámil s fungováním zdravotnictví v několika nemocnicích nejprve v Německu, a pak ve své rodné zemi.

Zkušenost ohrožení života Snydera vybídla k jejímu literárnímu sdílení a propojení s širší úvahou o zdraví a principech poskytování zdravotní péče. Proč by to mělo zajímat čtenáře *Psychosomu*? Třeba proto, že souvislost mezi zdravím populace a širšími socio-politickými faktory nebývají často diskutované, natož rigorózně zkoumané, ani v české psychosomatické komunitě. Jako by se někteří stále báli, že kritikou stávajícího pozdně moderního, kapitalistického zřízení si vyslouží nálepku levičáka, nostalgika po předlistopadovém režimu nebo neomarxisty. Jak jsme zažili v souvislosti s jinými kauzami, dehonestace těmito nálepkami je bohužel častou strategií některých politologů a žurnalistů v mediálních diskusích. Přitom jsou to právě oni, kdo by měli mít věcnou a kritickou reflexi společenského vývoje včetně ideologicky zaslepených narativů v popisu práce. Snyderova útlá publikace si zatím podobné nálepky v českém mediálním prostoru nevysloužila. Ale například Teodor Marjanovič na serveru Aktuálně.cz na ní nenechal takřka nit suchou (Marjanovič, T., 2021). Pravda, některé Snyderovi příměry a srovnání působí těžkopádně. Zaprvé proto, že autor možná ještě nemá dostatečný odstup od zkušenosti hrozící smrti. Zadruhé proto, že Snyderovi leží v žaludku politická situace v jeho zemi včetně destruktivního jednání dosluhujícího prezidenta. Propojení patientské zkušenosti v kontextu amerického zdravotnictví s úvahou o lidských právech, svobodě a demokracii se může zdát leckterému českému čtenáři podivné. Obzvláště pokud má západní velmoc idealizovanou. Nebo pokud má silnou citovou vazbu k mentální reprezentaci

této velmoci jako symbolu demokracie a boje proti „bolševikovi“ z doby studené války. Aniž by do hloubky znal problémy tamní společnosti, zahrnující značnou sociální nerovnost, rasové problémy a komercializované zdravotnictví. Situace ve Spojených státech se nás ale může týkat víc, než si myslíme, jak ukazuje brilantní sociologická sonda Daniela Prokopa, v minulém roce vydaná publikace *Slepé skvrny* (Prokop, D., 2020).

I kdyby nás nezajímaly společensko-politické přesahy, stojí za to Snyderovu publikaci číst právě pro sugestivní popis jeho patientské zkušenosti a úvahy týkající se zdravotnictví. Byť jsou některé jeho závěry zkratkovité anebo připomínají výkřiky slýchané na demonstracích. Můžeme mu to odpustit, vždyť nejde o rigorózní vědeckou práci, ale o literární promluvu ke spoluobčanům. Jde o cenné svědectví člověka, který zažil nešvary zdravotnictví založeného na biomedicínském modelu a řízeného z větší míry ekonomickými zájmy. Dále je Snyderova práce podnětem k úvahám o tom, jak péče o zdraví a organizace zdravotnictví souvisí s implicitními hodnotami a idejemi v dané společnosti. A nakonec jde o varování, na co si dát během případné transformace českého zdravotnictví (a že je potřebná) pozor. Abychom slepě ne následovali země, na nichž je leccos hodné obdivu, ale stonat bychom v nich nechtěli. Prvotřídní výzkum ještě neznamena kvalitní léčbu v běžných nemocnicích, existence několika výjimečných klinických pracovišť neznamena dostupnou zdravotní péči pro všechny, kdo ji potřebují.

Dejme teď na chvíli slovo profesorovi Snyderovi v několika pasážích vybraných z jeho knihy:

„Náš systém komerční medicíny, ovládaný systémem soukromého pojištění, regionálními skupinami soukromých nemocnic a dalšími vlivnými zájmovými skupinami, připomíná čím dál více pochybnou loterii. Rádi bychom si mysleli, že máme zdravotní péči, v jejímž rámci někdy shodou okolností dochází k přesunům majetku. Jenže to, co ve skutečnosti máme, jsou přesuny majetku, v jejichž rámci se shodou okolností občas odehrává zdravotní péče.“ (s. 14) „Cílem medicíny by nemělo být vymáčkout maximální výdělek z nemocných těl během krátkého života, ale umožnit zdraví a s ním spojenou svobodu během dlouhých životů.“ (s. 18).



„Jedině když návštěva u lékaře trvá déle než obvyklých patnáct minut a lékař se dívá na člověka, nikoli na obrazovku, může pacient vypovědět svůj příběh a lékař ho může pochopit.“ (s. 48) „V naší zemi, v níž jsou reklamy farmaceutických firem hlavním zdrojem informací, dostáváme opakovaně lekci o tom, že utrpení je naší osobní zodpovědností a že jediným prostředkem na jeho zmírnění jsou léky.“ (s. 49)

„Tzv. velká data nejsou totéž, co poznání, jež lidé potřebují k tomu, aby se jim dařilo. Stroje nezajímají hodnoty jako život, zdraví, a svoboda. (s. 101). „Odborníci na vytváření zisku si našli svou cestu do tělesného a duševního prostoru, který byl kdysi doménou odborníků na medicínu. Jakmile začnou počítačové programy rozhodovat o tom, kolik pacientů je třeba vmáčknout do jednoho ordinčního dne, aby to přineslo zisk, stávají se z lékařů pouhé nástroje. A pak na oddělení triumfálně napochodují samotné stroje.“ (s. 129)

„Je smutné to říct, ale v nemocnici se tělo stává jen jakousi věcí. Laskaví asistenti, kompetentní zdravotní sestry, a slušní lékaři se snaží tuto věc jaksi polidštit. Ale omezuje je v tom systém. Pokud tělo stoná tím vhodným způsobem a nemoc trvá tu správnou dobu, je tělo zdrojem zisku. Některá onemocnění, obzvláště ta dobře léčitelná chirurgicky či léky (nebo ta, o nichž se to říká), vydělávají peníze. Nikdo nemá ekonomický zájem vás udržet zdravé, aby se vám dařilo dobře, nebo aby vás jenom udržel při životě. Zdraví a život jsou lidské hodnoty, nikoli finanční.“ (s. 123)

Nevím, jak čtenářům Psychosomu, ale mně tyto postřehy, ani další podobné v knize, nepřijdou nijak přehnané. Tedy až na výjimky, které jsou (zatím) specifické pro americké realie. Jak v obecné rovině, tak ve vztahu k současné pandemické situaci. Její negativní a tragické dopady na americkou společnost, způsobené částečně díky specifickým tamního zdravotnictví a selhání části politické reprezentace, Snyder v knize komentuje. To je také velmi poučné a v něčem povědomé. Jen si připomeňme naši epidemickou situaci. Během podzimu minulého roku zemřelo zbytečně a předčasně několik tisíc občanů České republiky. Většina z nich přímo na nákazu novým koronavirem a vážnou formu onemocnění COVID-19. Jiní nepřímě. Na komplikace způsobené oslabením

dalšími komorbiditami během infekce, na omezenou dostupnost potřebné péče v přetíženém zdravotním a sociálním systému. Že v našich médiích nevidíme drastické záběry z nemocnic a měst jako v jiných státech, není zásluhou pečlivé přípravy našich politiků a některých odborníků na předpokládané vzednutí podzimně-zimní epidemické vlny. Ani bezchybně fungujícího systému test-trace-contain nebo zodpovědně ohleduplného chování všech občanů Česka. Za to, že se naše zdravotnictví ještě úplně nezhroutilo a situace není tak tragická jako například ve Spojených státech a Velké Británii, vdčíme především obětavým zdravotníkům. Ti již několik měsíců snášejí enormní pracovní zátěž a emoční vypětí. Mnozí z nich jsou svědky takové míry utrpení včetně setkání se smrtí, na kterou nebyli dosud zvyklí ani dostatečně připraveni. Prožívají směs bezmoci, pocitů viny, strachu, vyčerpání. Nelze vyloučit, že někteří politici, „experti“ a značná část veřejnosti uvyklá samozřejmosti kvalitní a snadno dostupné zdravotní péče, na jejich obětavost a pokřivenou interpretaci Hippokratovy přísahy spoléhají. Ale i zdravotníci jsou lidské bytosti, které různé aspekty péče o nemocné vážnými formami COVID-19 těžce snášejí. Také se konečně začali na podzim 2020 ozývat. Je velmi pravděpodobné, že kumulace zátěže, zahrnující v některých případech nefalšovanou traumatickou zkušenost, zanechá u některých z nich dlouhodobé šrámy. Dříve nebo později mohou zdravotní sestry, lékaři, asistenti (ale i jejich blízcí) potřebovat psychologickou oporu a psychoterapeutickou péči. Péči, která není samozřejmou součástí v našem zdravotnictví pro nemocné a jejich rodiny, natož pro zdravotníky samotné. Myslí na to už dnes někdo z manažerů, ředitelů a ministrů? A někdo z těch, kdo vidí důsledky epidemie a nezbytných restrikcí pouze v ekonomických parametrech?

Jak jsme uvedli v jiném textu již během jarní karantény, setkání s novým koronavirem, šíření infekce v populaci a průběh onemocnění COVID-19 u jedince ovlivňují kromě biologických faktorů i ty psychologické a sociální (Skorunka, D., 2020). Jsou to: a) osobnostní dispozice a osobní zájmy politických představitelů a odborníků; b) způsoby komunikace politických představitelů a odborníků s širokou veřejností; c) organizace a financování zdravotní péče a s tím související personální



a nástrojové vybavení; d) sociální faktory a kulturně vázané zvyky; e) solidarita a synchronizovaná spolupráce na národní a mezinárodní úrovni; f) ochota ke změnám na individuální, rodinné a komunitní úrovni. To vše ukázal pandemický vývoj v mnoha vyspělých zemích i u nás doma. Během minulého roku jsme si také připomněli, jak důležitá je během krizové situace důvěra ve společnost. Důvěra v instituce, vládu, odborné elity, vědu. A také otevřená komunikace, čestné úmysly tzv. elit, soudržnost a solidarita. Viděli jsme, jak snadné je všechny tyto sociální „komodity“ během krátké doby narušit a poztrácet. Mnohem těžší je znovu je všechny obnovit. Z nedávných událostí, spojených s naším „zvládáním“ epidemie včetně přípravy plošného očkování, to zatím nevypadá, že by se všichni zodpovědní z předchozích chyb a omylů dostatečně poučili. Že by se konečně začalo blýskat na lepší časy. Domnívám se, že bychom na tyto důležité širší

sociální a politické okolnosti ve vztahu ke zdraví a organizaci zdravotní péče měli průběžně upozorňovat i my, lékaři a další pracovníci ve zdravotnictví. I tato témata patří do diskusí o zdraví a psychosomatické medicíně. Nečekejme na to, až nás k tomu dožene vlastní patientská zkušenost. Ke svobodě potřebujeme zdraví, pro zdraví potřebujeme jeden druhého. (Snyder, T., 2020)



Obrázek 1: David Skorunka. Foto autor

Literatura:

1. Illich, I. (2012) *Limity medicíny; Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos.
2. Křížová, E. (2006) *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Brno: Slon.
3. Komárek, S. (2005) *Spasení těla; Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.
4. Maslach, Ch. (2006) *Burnout in Health Professionals*. In S. Ayers, A. Baum, Ch. McManus et al. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine 2nd Edition*. Cambridge: CUP.
5. Gergen, K. (1999) *An Invitation to Social Construction*. New York: Sage.
6. Wampold, B., Imel, Z. (2015) *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Routledge.
7. Snyder, T. (2013) *Krvavé země; Evropa mezi Hitlerem a Stalinem*. Praha: Paseka/Prostor.
8. Snyder, T. (2015) *Černá země; Holokaust, historie a varování*. Praha: Paseka/Prostor.
9. Snyder, T. (2017) *Tyranny; Twenty Lessons from the Twentieth Century*. New York: Tim Duggan Books.
10. Snyder, T. (2020) *Our Malady; Lessons in Liberty and Solidarity*. London: The Bodley Head.
11. Marjanovič, T. (2021) Jak souvisí zdravotnictví USA s gulagy. Nad knihou historika Snydera čtenář žasne. <https://magazin.aktualne.cz/kultura/literatura/jak-souvisi-zdravotnictvi-usa-gulagy-snyder-nemocna-amerika/r~280d1b384c2511ebb110cc47ab5f122/>, vyhledáno 12.10. 2021.
12. Prokop, D. (2020) *Slepé skvrny; O chudobě, vzdělávání a dalších výzvách české společnosti, 2. rozšířené vydání*. Brno: Host.
13. Skorunka, D. (2020) Lékaři v médiích aneb stojí výroky kolegů za pozornost, souhlas či polemiku? Ne-tradiční úvaha o psychosomatické medicíně. In D. Stackeová (Ed.) *Psychosomatická medicína – nástroje psychosomatické léčby*, s. 56-88. Praha: Palestra: ISBN 978-80-87723-60-9.

Do redakce přišlo 17. 1. 2021

Zařazeno k tisku 31. 1. 2021

Konflikt zájmů není znám



Radkin Honzák: Recenze knihy Jana Poněšického: Proces změny v dynamické psychoterapii

(Triton, Praha 2019, ISBN 978-80-7553-709-6, 219 stran.

Málokdo dotahuje kořeny dynamické psychoterapie až k Mesmerovi, jehož teorie byla posudkem komise francouzské akademie zatracena a o několik let později naopak posudkem experta berlínské akademie požehnána a vložila tak všem svým dětem tuhle dvojznačnost do vínku. Mesmerových myšlenek se ujal James Braid, po něm Jean Marie Charcot a už tu máme Freuda se všemi odpadlíky a mnoha květy rozkvétající dynamické školy.

Objemný rukopis mapuje proces dynamické psychoterapie a autor je si nepochybně vědom jak tradice, tak pestrosti současné praxe. Má opravdu bohaté literární znalosti, z druhé strany je schopen podpořit svá tvrzení důkazy neuropsychologie, imunologie a dalšími argumenty z ryze somatické a pozitivistické oblasti, více než bohatou a také pestrá klinickou i supervizní praxi, neocenitelnou zkušenost pacienta s nelehkou a perfektně zvládnutou situací a k tomu zvědavost Kiplingova sloního mláděte a na druhé straně moudrost danou nejen znalostmi, ale především zralostí osobnosti.

Díky těmto podmínkám vznikl text, který je mnohovrstevný sám o sobě a skrývá v sobě navíc jakési „metaposelství“, které vnímavému čtenáři odhalí a nabídne porci čehosi mnohem podstatnějšího, než je psychoterapie, hledání smyslu „za“ vším tím popsaným a dobře postiženým, který je „za“ poskytovanou pomocí, za vztahem (nejen terapeutickým, ale buberovským já-ty) a dokonce za naší samotnou existencí.

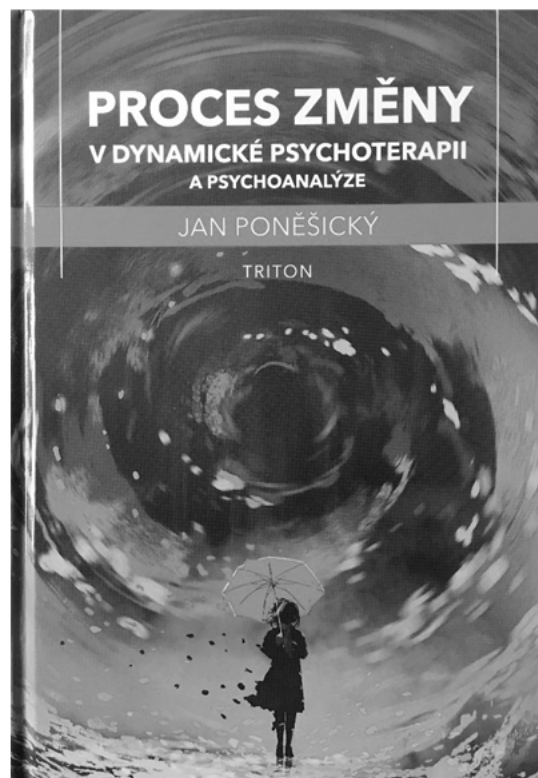
Změna je základním pojmem psychoterapie, změna je to, o co v psychoterapii jde a přestože se někdy odehraje na základě aha-momentu, v jehož všeobjímající efektivnost se věřilo ještě před půl stoletím, vztah je to podstatné, v jehož rámci se změna odehraje a desítky facet tohoto jedinečného kontaktu v sobě skrývají desítky pravděpodobných potencialit pozitivních i negativních. S vědomím pokory, ke které přivádí člověka zkušenost, mapuje autor většinu těchto aspektů s



pečlivostí entomologa třídícího hmyz řádu Lepidoptera systematicky a s hlubokým zaujetím pro krásu, která zde stejně jako v antice reprezentuje zdraví a pravdu.

Odhalené skutečnosti, platné pravdy, ani vlastní zkušenost nebrání autorovi, aby v podtextu připomínal, že poznání našich smyslů je velmi nejisté a převedení těchto poznatků do slov nemusí být přesné, že je třeba se stále ujišťovat o specifickém kontaktu dvou jedinečných bytostí, kteří mají a někdy nemají společný cíl a co dělat v případě, že se cíle rozejdou.

Text je vyčerpávající encyklopedií nejrůznějších terapeutických situací, včetně střízlivého pohledu na genderovou problematiku, nejrůznější úskalí protipřenosu, přenosu a empatie, terapie u



pacientů s různou diagnostickou nálepkou a také různou osobnostní a psychopatologickou problematickou, etickými mantinely a dalšími aspekty každodenní práce terapeuta. Je však především moudrým a laskavým pohledem na celý proces, je studnicí optimismu pro začínající, kompasem pro všechny a co se týká autora samotného, mám pocit že poděkováním za to, že mu bylo dopřáno tohle sepsat. Kdybych byl jen trochu závistivý, musel bych se závistí sežrat.

Praha – 2019

Radkin Honzák



Politika, koncepce

Návrh koncepce oboru Psychosomatická medicína (k diskusi)

Číslo oboru: 909



Autoři:

MUDr. Vladislav Chvála, doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.,

1. Preamble: současná psychosomatická medicína

Zohlednění psychického stavu pacienta a vlivu jeho sociálního okolí tradičně patřilo k základním východiskům lékařského umění. Prudký rozvoj biomedicínského poznání a biotechnologií od šedesátých let minulého století postupně celosvětově zastínil psychosomatické uvažování a rozvoj psychosomatiky v medicíně se dostal do pozadí. V posledních desetiletích došlo ve světě k bouřlivému rozvoji neurověd, výzkumu traumatu a vzniku nových interdisciplinárních oblastí poznání, které potvrzují platnost bio-psycho-sociálně-ekologického modelu zdraví a nemoci (Skorunka, 2019). V řadě zemí EU dnes máme vědecky zakotvenou psychosomatickou medicínu, která poskytuje diferenciální diagnostiku, prevenci a kauzální léčbu funkčních poruch a psychosomatických onemocnění. Zohledňuje somatické, psychické, sociální i duchovní aspekty stonání každého jedince zvlášť. Vzájemnou provázanost všech těchto vrstev přesvědčivě dokládají současné výzkumy v oblasti neurověd, vývojové psychologie a psychologie zdraví (Siegel, 2020).

2. Definice, předmět a cíl oboru

Psychosomatická medicína je nástavbovým oborem postaveným na základě bio-psycho-sociálního pojetí zdraví a nemoci (Engel, 1977). Plní specifické úkoly léčebně preventivní, integrační a metodické při zavádění tohoto pojetí do zdravotních služeb všech oborů. Hlavním cílem je obohacení biologického pohledu medicíny o psychické a sociální rozměry stonání důsledným propojováním somatické a psychosociální problematiky u pacientů. Na rozdíl od většiny specializačních oborů, které zpravidla zužují pohled na úzce definovanou problematiku, specializace v psychosomatické medicíně se soustředí na mezioborovou spolupráci nejen mezi lékaři, ale dalšími odborníky.

Psychosomatická medicína je v této fázi vývoje samostatným oborem proto, že propojení somatické a psychosociální problematiky je jak pro pacienty, tak pro odborníky obtížné. Všechny obory v medicíně jsou specializace, fungující ve vlastních diagnostických a léčebných koncepcích a metodách. Pracovník v psychosomatické medicíně tedy musí rozšířit své znalosti a zkušenosti ve vlastním oboru o koncepty a metody jiných oborů. To teprve může být základem funkční mezioborové spolupráce.

Nositelé zvláštní odborné způsobilosti v psychosomatické medicíně jsou lékaři všech klinických oborů (s výjimkou hygieny a epidemiologie, soudního lékařství a patologie), kteří splnili podmínky vzdělání (nástavbová atestace) (MZ, 2015). Pracovníci v oboru jsou lékaři, kliničtí psychologové a fyzioterapeuti. Psychosomatická medicína je nadstavbou nad jejich obory. Proto se za činnost v oboru psychosomatická medicína nepovažují standardní diagnostické a léčebné metody jejich původních oborů, jako



je prosté klinické vyšetření nebo psychoterapie. Psychosomatická konzultace nebo psychosomatická intervence jsou mezioborovým propojením těchto činností, ať již provedených nebo doporučených.

3. Vymezení činnosti oboru

3.1. Hlavní činnosti

- 3.1.1. Organizuje péči o pacienty, jejichž tělesné příznaky jsou významně spojeny s psychickou a sociální komponentou a nestačí pro jejich úzdravu jen biologicky orientované intervence
- 3.1.2. Aktivně usiluje o týmovou mezioborovou spolupráci. Zkoumá a hodnotí bio-psycho-sociálně-ekologické vlivy na vznik a vývoj onemocnění v různých klinických oborech
- 3.1.3. Navrhuje optimální způsob léčby.
- 3.1.4. Vyhodnocuje efektivitu léčby, kterou provádí.
- 3.1.5. Podporuje vzdělávání lékařů klinických oborů a činnost psychosomatických sekcí v rámci dalších OS
- 3.1.6. Podporuje výzkum orientovaný na bio-psycho-sociálně-ekologické aspekty stonání
- 3.1.7. Podporuje zavádění výuky psychosomatického přístupu v pregraduální přípravě lékařů i nelékařských zdravotnických profesí
- 3.1.8. Podporuje rozvoj pracovišť podle místních podmínek tak, aby psychosomatická péče byla dostupná
- 3.1.9. Podporuje jednání lékařů s pojišťovnami
- 3.1.10. Garantuje kvalitu psychosomatické péče při vytváření doporučených postupů bio-psycho-sociálně orientované péče ve spolupráci s dalšími obory

3.2. Diagnostické kategorie

Hlavním kritériem pro zařazení pacienta do psychosomatické péče je způsob jeho stonání a průběh onemocnění. Je nápadný tím, že převážně tělesný příznak, funkční porucha nebo kombinace tělesných a psychických potíží, nereagují na obvyklou somatickou léčbu, nález neodpovídá udávaným potížím i když je pacient dobře somaticky vyšetřen a symptomy trvají více než 3 měsíce. Pokud nejde o případ medicínsky nevysvětleného symptomu, pak máme dvě možnosti, jak nemocného diagnosticky kvalifikovat (Chromý, 2005):

A. Somatoformní porucha (F54) + kód vystihující prezentovanou poruchu

Jako hlavní diagnózu použijeme F54 z kapitoly duševních a behaviorálních poruch, která je vyhrazena právě pro psychosomatické stavy. Jde o tzv. „plusovou“ diagnózu, tj. takovou diagnózu, která by neměla stát samostatně a je pomocí znaménka „+“ spojena s další diagnózou označenou hvězdičkou. Uváděny bývají tyto příklady: astma F54+J45*, ekzém F54+L25*, vředová choroba žaludku F54+K25* atd.

B. Pacient splňuje kritéria některé „psychosomatické“ diagnózy z kapitoly F. Nejčastěji půjde asi o tyto diagnózy:

- F45.3 - somatoformní vegetativní dysfunkce (na pátém místě diagnostického kódu se rozlišuje primárně postižený systém),
- F45.4 přetrvávající somatoformní bolestivá porucha,
- F45.8 jiné somatoformní poruchy
- F43.28 jiná porucha přizpůsobení – s psychosomatickými příznaky,
- F32.8 a F33.8 jiná depresivní a jiná rekurentní depresivní porucha – s psychosomatickými příznaky



3.3. Standardní postupy

- 3.3.1. Objektivizace tělesných potíží (klinické vyšetření, laboratoř) má pro lékaře stejný význam jako subjektivní stav a prožívání nemocného s ohledem na psychosociální souvislosti v síti jeho vztahů v dané kultuře. Tak integruje a respektuje bio-psycho-sociální provázanost somatických projevů nemocí. Úvodní vyšetření je bio-psycho-sociální anamnézou, ať už je použita technika časové osy, OPD II, nebo jiná bio-psycho-sociálně orientovaná technika rozhovoru (Tress, 2008).
- 3.3.2. Součástí vědeckých základů psychosomatického přístupu je systémová teorie (Bertalanffy, 1968). Ta vychází mimo jiné z principů cirkulární kauzality, vzájemného ovlivňování tělesných, psychických a sociálních systémů (Luhmann, 1984; Rüegg, 2020; Siegel, 2020) Reakce v jednom systému vede k ovlivnění obou dalších a zákonitá cirkularita procesu buď pomáhá udržovat fyziologickou, nebo patologickou rovnováhu s vývojem tělesných či psychických příznaků (Tress, 2008).
- 3.3.3. Pacient je chápán jako subjekt, který se na své léčbě aktivně podílí a je do určité míry spoluodpovědný za její průběh. Vztah terapeut – pacient je vztahem partnerským, i když je založený na spolupráci a není zcela symetrický, pokud jde o odborné znalosti a dovednosti. Významnou součástí léčby je subjektivita pacienta, jeho prožívání a porozumění co nejširším souvislostem jeho nemoci. Individuální přístup k pacientovi vyplývá logicky z jedinečnosti jeho bio-psycho-sociální reality. Pokaždé je nutné spolu s pacientem, případně i s jeho rodinou hledat originální řešení pro léčbu jeho onemocnění v kontextu terapeutického vztahu/aliance (Poněšický, 2019).
- 3.3.4. Psychosomatická medicína vychází z multifaktoriální etiologie onemocnění. Z tohoto pohledu lze u každého biologicky se projevujícího onemocnění předpokládat jistý vliv psychických i sociálních faktorů (Engel, 1977). Prvotním úkolem psychosomatické medicíny je proto zvažovat v každém jednotlivém případě, jsou-li psychosociální faktory signifikantní či zanedbatelné. Podle toho se pak rozhodovat, zda doporučit psychosomatickou terapii, a také s ohledem na kapacitu psychosomatických pracovišť a na jejich ekonomické možnosti.

4. Zákony, vyhlášky, předpisy a strategické plány vztahující se k oboru

- 4.1. Zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
- 4.2. Vyhláška MZ č. 286/2013, v násl. předpisech, kterou byla psychosomatika zařazena mezi nástavbové obory
- 4.3. Věstník MZ 2015, částka 5 z 29. 4. 2015 s náplní oboru v novelizovaném vydání 2021
- 4.4. Vyhláška 505/2020 ze dne 7. 12. 2020 o znalecké činnosti, kde je mezi ostatními obory znalecké činnosti jmenována také psychosomatika
- 4.5. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 až 2030. Specifický cíl 5.3: *Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví (do roku 2030)*

5. Vědecké základy psychosomatické medicíny a její účinnost

5.1. Bio-psycho-sociální model

Základem psychosomatické medicíny je biopsychosociální model, který je v současné době nejučenějším, nejkompaktnějším a nejdůležitějším konceptem, v němž je možné porozumět zdraví a nemoci člověka. (Engel, 1977) Psychosomatická medicína je tak vědeckým přístupem ke zdraví a nemoci, který bere v úvahu vzájemné vztahy a vzájemné působení biologických, psychologických a sociálních faktorů (McDaniel, Doherty, Hepworth, 2013). I když byl tento model přijat WHO již v r 1977, jeho převedení do praxe mnoho dlužíme především proto, že mu není věnována



dostatečná pozornost v pregraduální přípravě lékařů a také pro přílišnou atomizaci a specializaci lékařských oborů. Psychosomatická medicína dnes integruje nejnovější poznatky neurověd, výsledky klinických pozorování, terapeutické zkušenosti a opírá se podstatným způsobem také o empirické výzkumy (Uexküll, 2003, Tress, 2008). Tento přírodovědný a zobecňující postoj kombinujeme v klinické praxi s rozumějícím přístupem, ve kterém jde o individuální smysl nemoci v aktuální životní situaci pacienta.

5.2. Vývojová psychologie a neurovědy

Psychosomatická medicína teoreticky vychází z poznatků vývojové psychologie, z analyticko-psychodynamických a systemických konceptů, ale dnes se opírá především o výzkumy neurověd. Ty podávají četné důkazy o neuroplasticitě, o změnách struktury a funkcí mozku v důsledku vývojových traumat, působením stresu či působením nevědomých intrapsychických nebo i vědomých transpersonálních konfliktů. Současné neurovědy přinášejí stále více důkazů o vlivu emočně-vztahových zkušeností v raných fázích života jedince na vývoj struktur mozku a jejich propojení s dalšími důležitými systémy organismu (Skorunka, 2019). Existují důkazy o možnosti normalizace těchto změn a vlivu na fungování a regulace důležitých neurofyzilogických systémů psychologickými prostředky (Siegel, 2020; Skorunka, 2021).

5.3. Epigenetika a psychofyziologie

Komplexitu psychosomatického propojení dokládají i epigenetické výzkumy. Naděje genetiky, že pro každou nemoc se najde vadný gen, se nenaplnila. Naopak, stále více se ukazuje, jak jsou aktuální psychosociální podněty překládány do akutní či chronické poruchy fyziologických a biochemických funkcí nebo do přestavby struktury neuronálních sítí (Waite, Ryan, 2019). Výzkumy prokazují významný vliv psychosociálních faktorů na transkripční aktivitu genů (Surani, 2001). Tím epigenetika na biologické úrovni potvrzuje, že i vlivy výchovného prostředí, vztahové faktory obecně i závažné situace mohou vyvolat reverzibilní změny genové exprese (Hiraoka, 2020).

Důsledky těchto procesů potvrzují i nové vědní disciplíny (psychoneuroimunologie a psychoneuroendokrinologie), které objevují, zkoumají a potvrzují vztahy mezi chováním a prožíváním na jedné straně a endokrinními funkcemi nebo aktivitou signálních molekul imunitního systému na straně druhé. Postupně se tedy vyjasňují ty procesy a jejich podmínky, o nichž se v psychosomatické medicíně ze zkušenosti předpokládalo, že jsou podstatné pro vznik a udržování nemocí a na něž je vhodné působit pro obnovení zdraví (Wilson, 2017).

Psychosomatická medicína využívá nejlepších současných důkazů medicíny, neurověd, psychofyziologických disciplín a psychoterapie při diagnostice, rozhodování a plánování péče o jednotlivé pacienty a stejně tak při přípravě pregraduálního i postgraduálního vzdělávání.

5.4. Posouzení medicínské efektivity

O účinnosti psychologických intervencí u pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky, kteří významně zatěžují náš zdravotnický systém, není v odborné literatuře pochyb (Řiháček, 2017; Koelen, 2014). Fakt, že většina lékařů nemá znalosti a trénink v oblasti psychosociálních aspektů stonání, znemožňuje tento potenciál využít. Nestačí tyto pacienty jen odkázat na klinické psychology a psychoterapeuty. Lékař musí diferencovat pacienty na ty, kteří jsou vhodní pro psychoterapii, od takových, u kterých postačí psychosomatické vzdělání lékaře¹. Efektivitu může ovlivnit i to, zdali lékař dovede s psychoterapeuty a klinickými psychology spolupracovat.

¹ Česká verze vzdělávání v psychosomatické medicíně neobsahuje úplné psychoterapeutické vzdělání. O to se stará jiná OS, a adept musí splňovat podstatně více hodin přípravy.



Efektivita a dlouhodobá účinnost psychosomatické léčby a psychoterapie, přesto, že se mnohem obtížněji zkoumá než farmakoterapie, byla potvrzena v řadě studií. V rozsáhlé metaanalýze, která sledovala 103 publikovaných prací, je uváděna míra efektu Hedges=0,71². Silné efekty byly zaznamenány při hodnocení celkové kvality života, střední pak u psychologických a tělesných symptomů (Albani, 2020). Jinde kontrolovaný efekt psychologických intervencí na intenzitu somatických symptomů v metaanalýzách vychází mezi $d = 0,22$ a $0,40$ (Menon, 2017; Van Dessel, 2014; Gerger, 2015; Kleinstäuber, 2011; Lakhan, 2013). Pre/post efekty (čili velikost změny, která během terapie nastala, ale kterou nemůžeme spolehlivě celou připsat terapii) vychází u somatických symptomů mezi $d = 0,70$ (Kleinstäuber, 2011) a $d = 0,80$ (Koelen, 2014).

6. Navrhovaná struktura optimální sítě zdravotní péče oboru

Optimální velikost sítě musí být laděna podle lokálních potřeb (požadavky pacientů a pojišťoven) i možností (vzdělání a zájem lékařů) a bude se vyvíjet v čase. Nejvýhodnější je stav, kdy je celý zdravotnický systém nastaven na bio-psycho-sociální pojetí zdraví a nemoci. To však s ohledem na šíři potřebného vzdělání nebude ještě dlouho reálné. Za dostatečnou musíme pokládat kombinaci základní psychosomatické péče v ordinaci praktických lékařů ať už pro dospělé nebo děti a dorost, s určitým procentem ambulantních specialistů, kteří obohatí svou specializovanou péči o zvláštní odbornou způsobilost v psychosomaticce, s týmovými ambulantními pracovišti, stacionáři či lůžkovými zařízeními vyčleněnými pro psychosomatické pacienty. Jednotlivé typy pracovišť jsou tato:

6.1. Základní psychosomatická péče

Nejširší síť lékařů poskytujících základní psychosomatickou péči tvoří odborníci, kteří absolvují akreditovaný kurz základní psychosomatické péče podle Věstníku MZ 2015, částka 5 z 29. 4. 2015 s náplní oboru v novelizovaném vydání 2021. Jde o rozšířené vzdělání lékaře, které mu umožní organizovat péči o své pacienty tak, aby měl vyčleněné hodiny své praxe, ve kterých se věnuje specifickým potřebám psychosomatických pacientů. Nástrojem je především rozhovor se zaměřením na psychická a sociální témata související s chronickým způsobem stonání (Chvála, 2020).

- **Náplň a činnost pracoviště:** Běžná ordinace VPL rozšířená o základní psychosomatickou péči.
- **Navrhovaná velikost spádového území:** Postupné rozšiřování podle potřeb terénu bez limitu.
- **Personální vybavenost:** Lékař absolvent akreditovaného kurzu základní psychosomatické péče.
- **Technická a prostorová vybavenost pracovišť:** Totožné s vybavením ordinace VPL.
- **Navazující zázemí, dostupnost konziliárních služeb:**
 - NsP s komplementem stejně jako u VPL.
 - Týmové pracoviště specializované na psychosomatické pacienty podle spádu, ambulantní, stacionář nebo i lůžkové.
 - Síť psychoterapeutických služeb ve zdravotnictví.
 - Supervize, např. balintovská skupina.
 - Fyzioterapeutická pracoviště.
- **způsob spolupráce s dalšími zdravotnickými i nezdravotnickými službami:** Sociální a psychoterapeutické služby mimo zdravotnictví (rodinné poradny, školská SVP, adiktologická pracoviště)

6.2. Ordinace lékaře specialisty s psychosomatickou erudicí

Praktický lékař nebo specialista, který splnil podmínky k získání zvláštní odborné způsobilosti v psychosomaticce, pracuje ve svém oboru, v nově označené ordinaci (ordinace psychosomatické urologie, kardiologie, GIT, gynekologie, pediatrie, dermatologie atp.). Věnuje se díky rozšířenému

² podle Cohena (1988) malý efekt: 0,2-0,5, střední efekt: 0,5-0,8, silný efekt: více než 0,8.



vzdělání kromě běžné klientely také komplikovaným chronickým pacientům, jejichž způsob stonání vyžaduje kromě biologické, také psychosociální intervenci. Komplexní, cílené a kontrolní psychosomatické vyšetření umožňuje postihnout somatické, psychické a psychosociální aspekty onemocnění, rozpoznat etiologické souvislosti mezi nimi a posoudit jejich patogenní význam. Umožní naplánovat a správně cílit etiologicky zaměřenou komplexní terapii a získat pro ni také pacienta³. Vyšetření dodá jasnou formulaci terapeutických cílů a podloženým doporučením k léčbě novou kvalitu diagnostice a léčbě chronických psychosomatických onemocnění. Hlavním léčebným nástrojem je psychosomatická intervence. Rozhovorem se lékař snaží u pacienta navodit změnu nebo dodat informace, které ke změně povedou. Lékař pomáhá poskytnout nemocnému naději, oporu, vytvořit přemostění od tělesně orientovaného porozumění nemoci k porozumění širším souvislostem. Podporuje reflexi, hledání psychologických souvislostí se subjektivně významnými a zatěžujícími skutečnostmi. Nezbytnou součástí je individualizovaná edukace směřující k rozšíření náhledu a zvýšení motivace ke komplexní léčbě. Průběh léčby lékař hodnotí společně s pacientem, případně koriguje cíle, kterých chce pacient dosáhnout v konkrétním časovém období. Snaží se pacienta vést k aktivnímu podílu na léčbě.

- **Náplň a činnost pracoviště:** Běžná ordinace VPL či specialisty rozšířená o psychosomatickou péči.
- **Navrhovaná velikost spádového území:** Postupné rozšiřování podle potřeb terénu a vzdělání lékařů v každém okrese. Spádové území není určeno. Rovnováha mezi běžnými a psychosomatickými ordinacemi se vytvoří podle podmínek a zájmu lékařů a pacientů sama.
- **Personální vybavenost:** Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v psychosomaticce (nástavbová atestace).
- **Technická a prostorová vybavenost pracovišť:** Totožné s vybavením ordinace VPL či specialisty rozšířená o prostor k rozhovoru.
- **Navazující zázemí, dostupnost konziliárních služeb:**
 - NsP s komplementem stejně jako u VPL či specialisty.
 - Týmové pracoviště specializované na psychosomatické pacienty podle spádu, ambulantní, stacionář nebo i lůžkové.
 - Síť psychoterapeutických služeb ve zdravotnictví.
 - Supervize, např. balintovská skupina.
 - Fyzioterapeutická pracoviště.
- **Způsob spolupráce s dalšími zdravotnickými i nezdravotnickými službami:** Sociální a psychoterapeutické služby mimo zdravotnictví (rodinné poradny, školská SVP, adiktologická pracoviště).

6.3. Týmové ambulantní pracoviště se stacionářem nebo bez něj

Pro léčbu závažnějších poruch jsou zřizována další specializovaná ambulantní pracoviště případně stacionáře, kde může být pacient v celodenním léčebném programu po dobu 6-8 týdnů. Zde se uplatní výhoda týmové spolupráce. Je zřejmé, že v psychosomatické léčbě je nutné integrovat biologické a psychosociální složky medicíny. Psychosomatický tým je víc než jen součtem odborností jednotlivých členů. Ve spolupráci a interakci nad společnými pacienty tým zraje jako celek, obsahuje kompetence, které se vzájemně doplňují a obměňují podle potřeb konkrétních pacientů a jejich rodin. Týmy jsou diagnosticko-terapeutickým nástrojem psychosomatické medicíny. Měly by v něm být, pokud možno, zastoupeny následující odbornosti:

- somatický lékař s nástavbovou atestací z psychosomatiky, případně psychoterapie,
- psychiatr psychoterapeuticky vzdělaný,

³ Psychosociálně zaměřenou léčbu nelze nařizovat ani pacientovi vnucovat.



- fyzioterapeut,
- klinický psycholog, psychoterapeut, další.

Vytváření společného jazyka je jedním z hlavních úkolů psychosomatického týmu. K tomu slouží případové intervize, supervize a týmová supervize externím supervizorem.

- **Náplň a činnost pracoviště:** Pracoviště je k dispozici ostatním lékařům, kteří sem odesílají komplikovanější pacienty se složitým bio-psycho-sociálně podmíněným onemocněním. Pracoviště disponuje jak tělově terapeutickými technikami, tak psychologickými a nejlépe i socioterapeutickými (rodinná terapie).
- **Navrhovaná velikost spádového území:** Minimální cíl sítě psychosomatických pracovišť je 1 pracoviště v okrese, nebo 1 pracoviště na 100 tisíc obyvatel.
- **Personální vybavenost:** Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v psychosomaticce (nástavbová atestace), psychiatr s úplným vzděláním v psychoterapii, klinický psycholog, psychoterapeut, fyzioterapeut, zdravotní sestra.
- **Technická a prostorová vybavenost pracovišť:** Čekárna, recepce, zázemí zdravotnického personálu, jednotlivé ordinace vybavené pro rozhovor a psychoterapii, místnost pro skupinovou terapii, místnost pro fyzioterapii a na tělo orientovanou psychoterapii. V případě stacionáře také kuchyňka pro pacienty, jídelna, prostor pro cvičení, arteterapii a další techniky.
- **Navazující zázemí, dostupnost konziliárních služeb:**
 - NsP s komplementem stejně jako u VPL či specialisty.
 - Síť psychoterapeutických služeb ve zdravotnictví.
 - Supervize týmu, supervize případová, odborné semináře.
 - Další fyzioterapeutická pracoviště.
- **Způsob spolupráce s dalšími zdravotnickými i nezdravotnickými službami:** Sociální a psychoterapeutické služby mimo zdravotnictví (rodinné poradny, školská SVP, adiktologická pracoviště).

6.4. Lůžková/ambulantní zařízení (charakteristika)

Jednotlivá oddělení somatické medicíny nebo psychiatrie mohou podle svého uvážení vyčlenit část svých lůžek jako psychosomatickou stanici. V čele týmu, který je podobný jako v případě ambulantního týmového pracoviště, stojí lékař se zvláštní odbornou erudicí v psychosomatické medicíně. Léčba přijatých pacientů se řídí pravidly komunitní péče s pevným programem, ve kterém je zastoupena psychoterapie, pohybová terapie, arteterapie, muzikoterapie a další vhodné techniky podle výběru a možností daného týmu. Velikost spádového území nenavrhujeme, protože zřizování takových pracovišť je plně v kompetenci vedení nemocnic. Také personální a věcné vybavení se odvíjí od plánovaného programu, zaměření (např. Stanice pro léčbu psychosomatických poruch pohybového aparátu, Stanice psychosomatické urologie atp.) a musí být určeno individuálně podle místních podmínek.

7. Vztahy oboru s blízkými obory: 101,305, 306, 309, 910, 901, 902, 931

Je zřejmé, že se psychosomatická péče překrývá se všemi klinickými obory, když usiluje o rozvinutí jejich péče o psychosociální okolnosti stonání. V tomto směru je si nejbližší s všeobecným lékařstvím, kde je zakotvena jako základní psychosomatická péče (101). S některými, jako je psychiatrie, dětská psychiatrie, sexuologie, klinická psychologie a psychoterapie, si je z principu také blízká. Zčásti se s nimi překrývá tak, že je nenahrazuje, ale rozšiřuje a doplňuje v teorii i praxi vědecky podloženými poznatky psychosociálních věd.



Je tedy významně ovlivněná psychoterapií (910), avšak vzdělávání lékařů v psychosomatice se obsahem a počtem hodin ani zdaleka neblíží obsahu komplexního vzdělávacího programu v psychoterapii, který je nutný pro specializační vzdělávání v psychoterapii. Zatímco ostatní klinické obory zajišťují z dobrých důvodů čím dál užší specializace, psychosomatika jde opačným dosud zanedbávaným směrem. Vzala si za úkol zobecňovat to, co je všem klinickým oborům společné, totiž vliv psychosociálních okolností stonání na léčbu i prevenci zvláště chronických onemocnění. Studuje systémové síly ve vztazích kolem pacienta a umí s nimi pracovat. V tomto ohledu čerpá zejména z teorie a praxe rodinné terapie.

Na rozdíl od psychiatrie (305) a dětské a dorostové psychiatrie (306) se psychosomatika nevěnuje jasně definovaným čistě psychiatrickým pacientům, pro které je tam péče zajištěna. V ambulantní i ústavní psychiatrické péči se samozřejmě objevují tzv. psychosomatictí pacienti. Ale hlavní zaměření psychiatrie je léčba duševních poruch. Naši pacienti se vyskytují podle typu (zpravidla) somatického příznaku především v ordinacích všech ostatních odborností. Nemají důvod konzultovat psychiatra a z pohledu psychiatra jsou obvykle v pořádku. V případě dětských pacientů je psychosomatické vzdělání pediatriů, dětských neurologů, dermatologů, rehabilitačních lékařů a dalších somatických oborů, a také pedopsychiatrů, ještě potřebnější než u dospělých. Dětské stonání je vždy úzce propojeno s psychosociální dynamikou vztahů v rodině a se zdravím ostatních členů rodiny, zejména rodičů, (Doherty, 1983; McDaniel, Doherty, Hepworth, 2013). Lékař s alespoň základním psychosomatickým vzděláním může v krátkých rozhovorech s doprovázejícími rodiči mnohem lépe stanovovat diferenciální diagnostiku tak, že se s větší pravděpodobností snižuje frekvence návštěv, množství opakovaných vyšetření i množství předepisovaných léků.

Spolupráce lékařských klinických oborů s klinickými psychology (901) a s dětskými psychology (931) je už ve zdravotnictví zavedená. Kliničtí psychologové a dětské kliničtí psychologové jsou jako vysokoškolské zdravotní pracovníci nelékaři samozřejmě součástí týmů na psychiatriích i v mnoha somatických oborech. Zajišťují psychologickou diagnostiku a ti z nich, kteří získali navíc příslušnou specializaci, poskytují v indikovaných případech systematickou psychoterapii, která vyžaduje mnohem větší časovou dotaci, než umožňuje běžná lékařská praxe. Psychosomaticky vzdělaný lékař tedy s ostatními lékaři ani s psychology nekonkuruje, ale naopak, dovede lépe a účinněji indikovat pacienty do psychologické a psychotherapeutické péče.

Současná sexuologie (306) je psychosomatice nejbližší tím, že této erudice lze dosáhnout z různých oborů (psychiatrie, gynekologie, urologie, klinická psychologie). Sexuologie se zabývá především poruchami sexuality, což je v psychosomatice okrajové, i když nepominutelné téma signalizující poruchy vztahů. Sexuologové se ale mohou věnovat ve značné míře také psychosociálním aspektům stonání.

Odborníci ve fyzioterapii (902) se setkávají často s psychosomatickými pacienty a na rozdíl od psychotherapeutů se věnují především práci s tělem. Rozšíření pohledu, který věnuje tělesným příznakům o psychosociální aspekty, je zvláště ve fyzioterapii velmi užitečné a spolupráce psychosomatického lékaře s fyzioterapeutem nebo s tělově orientovaným psychotherapeutem patří k nejlepším nástrojům oboru. (Večeřová Procházková, 2020)

Není nijak vyloučeno, aby odborník 305, 306, 309, 901, 902, 910 a 931 absolvoval také vzdělávání v psychosomatice (909) ku prospěchu svých pacientů, i když nástavbová atestace jen určena pouze pro lékaře.

8. Odborné a profesní řízení oboru

- 8.1. Psychosomatická medicína je reprezentována odbornou Společností psychosomatické medicíny ČLS J. E. Purkyně (www.psychosomatika-cls.cz)
- 8.2. Vzdělávání v nástavbovém oboru řídí subkatedra psychosomatické medicíny IPVZ⁴

⁴ V současnosti ji vede doc. MUDr. Jiří Beran, CSc. (2021).



- 8.3. Akreditační komise pro psychosomatiku MZ
- 8.4. Akreditovaná pracoviště
- 8.5. Psychosomatické sekce jednotlivých oborů (pokud existují)

9. Ekonomické zajištění

9.1. PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE JE SOUČÁSTÍ LÉČEBNĚ PREVENTIVNÍ PÉČE

Vzhledem k tomu, že naše medicína má být podle WHO řízena (a praxe prováděna) v duchu bio-psycho-sociální teorie zdraví a nemoci, je ekonomické zajištění psychosomatického přístupu samozřejmou součástí financování zdravotnického sektoru. Nelze očekávat, že by do rozvoje sítě psychosomatických pracovišť investoval některý z výrobců léků nebo lékařských přístrojů, protože obrácení pozornosti k psychosociálním aspektům vede zpravidla ke snížení dlouhodobého užívání medikace i ke snížení náročných přístrojových vyšetření. Vzdělávání lékařů probíhá na jejich vlastní náklady.

Existuje tedy řada důvodů, proč by léčba psychosomatických poruch měla být hrazena z veřejného pojištění, které je ze zákona u nás povinné. Hlavní důvod najdeme v české legislativě, jak ukazuje stanovisko prof. JUDr. Ivo Telce:

„Skutečnost, že psychosomatika patří mezi obory certifikovaných kurzů lékařů podle cit. zák. č.95/2004 Sb. sebou přináší ten veřejnoprávní následek, že se zároveň, vedle toho, jedná o obor státem veřejnoprávně regulovaných zdravotních služeb podle zák. č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.“

„Zákon o veřejném zdravotním pojištění (zák.č.48/1997 Sb.) ani jiný zákon nijak zvlášť nepodmiňuje hrazení zdravotních služeb v oboru psychosomatiky z veřejného zdravotního pojištění, natož aby jejich hrazení věcně či jinak vylučoval, jedná se proto podle zákona o zdravotní služby plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění.“

Aby bylo možné hradit léčbu psychosomatických poruch z veřejného pojištění, je třeba zavést kódy výkonů oboru 909 jako mají ostatní obory, tak, aby vyšší erudice lékaře nebyla trestána sníženým příjmem. Je totiž zřejmé, že více času, který lékař s psychosomatickou erudicí musí věnovat svému pacientovi, vede nutně ke snížení počtu ošetřených pacientů. Tato zdánlivá nevýhoda je vyvážena větší účinností léčby a kvalitou vztahu lékař - pacient, což v konečném důsledku vede k úspoře nákladů na skupinu pacientů s chronickým neinfekčním onemocněním (Albani, 2020).

9.2. Náklady na zřízení týmových pracovišť

Náklady na zřízení pracovišť se neliší od nákladů na zřízení jiných státních nebo nestátních zdravotnických zařízení podle stávajících předpisů. Lékaři, kteří jsou zařazeni do vzdělávání v psychosomaticce, ve zdravotnickém systému již jsou, jejich ordinace jsou součástí sítě zdravotnických pracovišť, a proto nevyžaduje jejich rozšíření o psychosomatickou erudici další náklady. Psychosomatika nemá žádné nákladné přístroje ani nezbytné vybavení, kromě času, který musí věnovat lékař rozhovoru s pacientem. Jediné, co po MZ náš obor žádá, je stálá podpora při jednání s pojišťovnami, případně finanční podpora vzdělávání.

Vznik týmových pracovišť je nejlépe ponechat na místních poměrech. Jejich rozvoj je podmíněn vzděláním lékařů, úhradami za léčbu psychosomatických pacientů a stoupajícím zájmem veřejnosti o tento způsob léčby. Postupný rozvoj sítě nevyžaduje investice ze strany státu. Úspěšnost psychosomatické léčby povede k tomu, že nakonec nebude v ČR nemocnice, která by neměla psychosomatická lůžka, stacionář nebo ambulanci. Pokud by se psychosomatika neprosadila svou kvalitou, žádná reforma ji neprosadí.



9.3. Odhady nákladů na psychosomatickou péči v praxi

Specialista, který si vyčlení 1 den na práci se svými psychosomatickými pacienty, může použít kód komplexního psychosomatického vyšetření denně maximálně u 4 pacientů (celkem 8 hodin), to znamená 24 za měsíc, tedy teoreticky 264 vyšetření za rok. Protože však musí s těmito pacienty dále pracovat (kód psychosomatická intervence), bude jich jen 132/rok. Počet lékařů se získanou speciální odborností bude pomalu narůstat, předpoklad podle situace v jiných zemích je, že u nás bude 100–150 takových odborníků, tedy kapacita pro tento kód je 13000–20000/rok.

Využití navrhovaného bonifikačního kódu základní psychosomatické péče v segmentu VPL a praktických lékařů pro děti a dorost, kteří absolvují certifikovaný kurz Základní psychosomatické péče bez nástavbové atestace v psychosomatice, se odhaduje obtížněji. Při navrhované částce 139 Kč při práci s psychosomatickým (složitějším) pacientem představuje nevelké, pozvolné zvýšení nákladů na primární péči. Přitom představuje alespoň minimální motivaci zdravotníků ke studiu psychosociálních aspektů stonání a jejich zavádění do běžné praxe. Má-li lékař např. 15 pacientů denně s novým symptomem, u 3 z nich předpokládá psychosomatický kontext, pokud vykáže u daného pacienta jen 1× za měsíc s frekvenční limitací 6× na 1 r. č./rok, pak je měsíční bonifikace 8340 Kč a tedy 50040 Kč/rok, pokud by měl stále nové pacienty. To se ale v čase bude spíše snižovat, neb je reálný předpoklad, že zachycení a správně ošetřování pacienti nebudou tak často indukovat nové symptomy. Významným faktorem, který by měli zástupci pojišťoven při zvažování podpory navrhované bonifikace vědět, je průchodnost certifikovaného kurzu. V současné době je cca 50 osob za 2 roky, v kurzu bývá kolem 10–15 praktických lékařů a pediatrů. Nárůst počtu lékařů oprávněných vykazovat tuto bonifikaci bude tedy pozvolný. Na příkladu Německa, kde byla podobná cesta ke zvyšování erudice lékařů nastoupena už v r. 1986, vidíme, že se vzdělávání v psychosomatice nakonec stalo samozřejmou součástí přípravy všech praktických lékařů, a postupně i dalších odborností. Teprve tak se dostal ideál bio-psycho-sociálně orientované medicíny dle WHO do široké medicínské praxe. A to je také cílem našeho vzdělávání.

10. Vzdělávání v psychosomatické medicíně a specializační příprava

Současné pregraduální studium lékařů je soustředěno převážně na tělesnou složku nemoci. Proto je další vzdělávání zdravotníků, kteří se chtějí věnovat psychosomatické medicíně, zaměřeno na oblasti, které jsou ke komplexnímu přístupu nezbytné, tedy psychologickou a sociální. Vzdělávání je plně v kompetenci Ministerstva zdravotnictví. Vyhláška MZ č. 286/2013, kterou byl nástavbový obor Psychosomatika přijat, a vyhláška č. 52/2018 Sb., o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů s náplní oboru umožňují lékařům většiny specializací žádat MZ prostřednictvím IPVZ o zařazení do specializační přípravy. Po zařazení do oboru najde školiče (některý z již atestovaných lékařů) a absolvuje kromě povinných kurzů supervidovanou praxi. Vzdělávání je ukončeno atestační zkouškou. Poté lékař zaregistruje svou novou odbornou způsobilost v databázi poskytovatelů zdravotní péče ÚZIS (<https://nrpzs.uzis.cz>).

Cílem vzdělávání v nástavbovém oboru psychosomatika je získání zvláštní odborné způsobilosti osvojením potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v problematice psychosomatické medicíny. Absolvent musí být schopen diagnosticky zařadit pacienta s psychosomatickým onemocněním (somatické onemocnění s významnou psychosociální složkou), navrhnout terapeutický postup a samostatně jej léčit nebo v rámci týmové spolupráce se podílet na jeho léčbě. S postupným uváděním prováděcích předpisů MZ do praxe bude přibývat pracovišť, která splní podmínky akreditace a tím také postupně bude narůstat počet lékařů, kteří budou moci splnit podmínky vzdělávání. Lze očekávat, že se do oboru budou hlásit především ti lékaři, kteří již mají dobrou zkušenost s bio-psycho-sociálním přístupem a nestačí jim v rámci jejich vlastní odborné praxe jen biologický pohled na pacienta. Odborná společnost dbá o rovnováhu všech složek bio-psycho-



sociálního přístupu tak, aby byla zajištěna dobrá spolupráce lékařů, psychologů, psychoterapeutů i fyzioterapeutů nejlépe v rámci týmů.

10.1. Kompetence po nástavbové atestaci z psychosomatiky

V ambulantní, konziliární, komunitní i lůžkové formě poskytování zdravotní péče je absolvent zkoušky nástavbového oboru psychosomatika kompetentní vykonávat samostatně:

10.1.1. Koncepční/teoretické znalosti a s nimi spojené dovednosti:

- K1: Znalost hlavních konceptů pro chápání potíží nemocného v kontextu bio-psycho-sociálního modelu a současného pojetí psychosomatické medicíny. (např. teorie stresu, koncept traumatu, vývojově neurofyzilogická perspektiva, teorie citové vazby, model sociální dělohy atd.).
- K2: Vytvořit komplexní hypotézu (case formulation, diagnóza) v duchu komplexního bio-psycho-sociálního pohledu na základě prokázané znalosti teorie psychosomatické medicíny a jejich aktuálních trendů.
- K3: Indikovat vyšetření pro potřeby diferenciální diagnostiky (laboratorní, zobrazovací, konziliární, psychodiagnostické vyš.) a modifikovat diagnosticko-terapeutický proces na základě jejich výsledků indikovat formu péče – ambulantní, lůžkovou, komunitní a přechody mezi nimi, tj. rozhodovat o přijetí a propuštění k hospitalizaci, zařazení do služeb komunitní péče.
- K4: Stanovit terapeutický plán a režimová opatření společně s pacientem, jak v rámci individuální péče, tak v rámci spolupráce v multioborovém týmu.
- K5: Schopnost týmové práce v rámci komplexní terapie, efektivní kooperace a komunikace s ostatními členy týmu.
- K6: Indikovat různé formy individuální, skupinové, rodinné psychoterapie a tělesně orientovaných technik.
- K7: Vyhodnotit riziko hrozby suicidálního jednání a agrese, indikovat a provést opatření k jejich prevenci a zvládnutí.
- K8: Schopnost posoudit a přiměřeně řešit etická dilemata spojená s praxí v psychosomatické medicíně.

10.1.2. Kompetence v oblasti komunikace s pacientem a terapeutickým přístupem:

- K9: Schopnost navázat kontakt s pacientem/rodinou včetně navození atmosféry bezpečí, přijetí, přiměřené empatie, pochopení a vzájemné důvěry.
- K10: Schopnost budovat a rozvíjet terapeutické spojení.
- K11: Schopnost vést rozhovor s cílem získání kontextuální bio-psycho-sociálně zaměřené anamnézy.
- K12: Schopnost budovat a rozvíjet terapeutické spojení.
- K13: Schopnost vést rozhovor způsobem, který pacientovi dovoluje vnímat a přemýšlet v nových souvislostech, podporovat jeho iniciativu.
- K14: Schopnost poskytnout edukaci pacientovi a jeho rodině o kontextech nemoci včetně terapeutických možností.
- K15: Provádět podpůrnou psychoterapii.

10.1.3. Kompetence v oblasti sebepoznání a tzv. sebezkušenosti

- K16: Uvědomění vlastních motivací, potřeb a prožitků v kontaktu s pacientem/rodinou a v průběhu terapeutické spolupráce.



- K17: Schopnost sebereflexe a sebekorekce v rámci terapeutického spojení a ve vztahu k dění v terapeutickém procesu.
- K18: Schopnost uvědomit si vlastní profesní a osobní limity, které by mohly být překážkou v terapeutickém spojení a spolupráci.

10.2. Systém celoživotního vzdělávání

Všichni odborní zdravotničtí pracovníci jsou povinni se celoživotně vzdělávat, k čemuž je možné využívat individuální studium odborné literatury a časopisů, účasti na vzdělávacích akcích pořádaných IPVZ Praha, odbornými společnostmi a spolky ČLS JEP, Českou lékařskou komorou, účasti na odborných schůzích a seminářích pořádaných v rámci regionů i pracovišť.

10.3. Funkční licence v oboru

Diplom o složení nástavbové atestace z psychosomatické medicíny MZ

10.4. Zdravotničtí pracovníci nelékaři

Nositelům zvláštní odborné způsobilosti v psychosomatické medicíně jsou lékaři. V týmech komplexní bio-psycho-sociální péče pracují také nelékaři, kliničtí a dětské psychologové, psychoterapeuti a fyzioterapeuti, kteří disponují odbornou specializací ve svých oborech případně obohacenou o základní psychosomatickou péči. Tým využívá výhod pravidelné týmové a případové supervize. Složení týmu vychází vždy z charakteru daného pracoviště a jeho zaměření.

11. Hlavní programy a vývojové trendy v oboru

Obor je zaměřen především na léčbu chronických psychosomatických poruch v užším i širším pojetí, jak na medicínsky nevysvětlené symptomy (MUS), tak na chronický průběh funkčních poruch kteréhokoli systému, pokud je možné zohlednit psychické i sociální faktory (Albani, 2020), (Hotopf, 2001). V tomto směru úzce spolupracuje se specialisty somatických oborů, pediatrii, imunology, alergology, kožními lékaři, gastroenterology, gynekology a dalšími tam, kde je taková spolupráce možná a pro pacienta přijatelná. Budování takové spolupráce je hlavním programem psychosomatických pracovišť.

12. Priority výzkumu, výzkumná pracoviště, garance výzkumu

Zájmem naší odborné společnosti je kromě prosazování bio-psycho-sociálního přístupu v medicíně také výzkum. Ten má v historii psychosomatické medicíny svůj nezanedbatelný význam (Havelková, 2017). Podílíme se na něm především prostřednictvím členů, kteří působí na akademické půdě a vedou kvalifikační práce a podílí se na řešení výzkumných úkolů. Jsme vstřícní spolupráci ve výzkumné oblasti. Dlouhodobě uvažujeme o možných tématech výzkumu. Zde bychom rádi nabízeli témata, která vyvstávají z praxe, a proto dává smysl se jimi zabývat. Inspirovat se jimi mohou v rámci svých diplomových či disertačních prací studenti i doktorandi, nebo se mohou stát samostatnými výzkumnými projekty. Dáváme přednost moderním kvalitativním metodám výzkumu. Navrhujeme ke zkoumání některá témata, která vyvstávají z naší praxe. Na půdě SPM ČLS byla ustanovena komise pro výzkum, která se věnuje rozvoji této oblasti. Navrhla celou řadu specificky psychosomatických témat, vhodných ke zkoumání.

Psychosomatika v pediatrii

- Psychosomatické poruchy u dětí v kontextu adaptace na nástup do mateřské školy
- Psychosociální trauma jako spouštěč faktor některých endokrinních poruch u dětí
- Psychosociální trauma v dětském věku jako spouštěč faktor somatických onemocnění – výzkum zaměřený na aktuální stav v ČR (možno realizovat jako validaci dotazníku Adverse



Childhood Experience (ACE) Questionnaire – <https://www.ncjfcj.org/sites/default/files/Finding%20Your%20ACE%20Score.pdf>

- Rodinná dynamika, životní cyklus rodiny, onemocnění v rodině – vliv na well-being a zdraví dítěte
- Enuréza/enkopréza v závislosti na kompetentnosti mateřské a otcovské role

Psychosomatika v neurologii

- Psychosociální vlivy jako spouštěčové nebo udržovací faktory vybraných neurologických onemocnění

Psychosomatika v gastroenterologii

- Psychosociální vlivy jako spouštěčové faktory nebo udržovací vybraných gastroenterologických onemocnění
- Syndrom dráždivého tračníku z pohledu psychosomatické medicíny
- Psychosomatika v kardiologii

Psychosomatika v kardiologii

- Revize konceptu osobnosti typu A jako predisponujícího faktoru pro vznik ICHS
- Poruchy srdečního rytmu v psychosociálním kontextu (využití RR variací srdečního rytmu a řízeného rozhovoru). Kvalitativní výzkum.

Psychosomatika v gynekologii a v porodnictví

- Zánětlivá onemocnění v gynekologii – možné psychosomatické souvislosti
- Premenstruální dysforická porucha z pohledu psychosomatické medicíny
- Psychosomatická problematika u žen v klimakteriu
- Funkční sterilita v kontextu dynamiky párových vztahů a rodinné historie
- Poruchy laktace v kontextu stability partnerského soužití
- Stabilita menstruačního cyklu jako ukazatel psychosociálního (vztahového) komfortu ženy
- Postinterrupční syndrom a jeho psychosomatické projevy

Psychosomatika ve fyzioterapii

- Psychosomatické vztahy v oblasti posturálního systému – vliv emocí na kvalitu jeho funkce

Psychosomatika v imunologii a onkologii

- Vliv úzkosti na kvalitu funkce imunitního systému – výskyt poruch imunitního systému u pacientů trpících úzkostnými poruchami
- Vliv deprese na funkci imunitního systému
- Onkologická onemocnění prsu z pohledu psychosomatické medicíny
- Psychické trauma jako spouštěčový faktor vybraných autoimunitních onemocnění

Psychogenní poruchy příjmu potravy

- Osobnostní charakteristiky pacientek s mentální anorexií
- Muskulární dysmorfie u dospívajících chlapců
- Výskyt ortorexie u dospívajících v ČR
- Diagnostika poruch příjmu potravy – standardizace dotazníků jako např. EAT 26, popř. jejich inovace
- Psychogenní poruchy příjmu potravy u sportovců (anorexia atletica) a jejich výskyt v populaci
- Ideální terapeutický koncept u psychogenních poruch příjmu potravy
- Poruchy příjmu potravy u mužů – výskyt, specifika, projevy, léčba



- Vztah dívek se symptomy PPP k matce a k otci

Psychosomatika v ortopedii a revmatologii

- Osobnostní charakteristiky pacientů trpících revmatoidními onemocněními

Psychosomatika v endokrinologii

- Psychosociální zátěž jako spouštěcí faktor vzniku onemocnění štítné žlázy

Psychosomatika v dermatologii

- Psychosomatické aspekty vybraných dermatologických onemocnění (acne vulgaris, psoriasis, vitiligo...)

Témata z oblasti Health Psychology

- Nejčastější psychosomatické příznaky syndromu vyhoření u pomáhajících profesí
- Resilience jako osobnostní vlastnost ve vztahu k prevenci vzniku psychosomatických obtíží
- Morální distress jako aktuální medicínský i sociální problém a jeho možné psychosomatické projevy
- Zvládání stresu a psychosomatické zdraví lékařů – specialistů

Psychiatrie

- Somatické projevy depresivního syndromu / Somatické koreláty deprese
- Poruchy spánku z pohledu psychosomatické medicíny

13. Systém kontroly kvality poskytované péče v oboru

13.1. Spolupráce s kanceláří zdravotního pojištění

Odborná společnost (SPM CLS) dává přednost zjišťování kvality poskytované péče ve spolupráci s Kanceláří zdravotního pojištění.⁵⁵ Touto cestou je možno žádat o zpracování indikátorů, které by mohla naše odborná společnost potřebovat pro své kvalifikované rozhodování. Výhodou tohoto prvního kroku je možnost vytěžení nově sloučených dat všech zdravotních pojišťoven, která jsou již k dispozici, a to bez nároků na čas lékařů při vyplňování dalších dat. Můžeme tak předejít případné prvotní neochotě podílet se na tomto projektu z důvodu časové zátěže navíc. Zpočátku je možné začít s jednoduchými ukazateli typu „počty výkonů v jednotlivých zařízeních“. Cílem Kanceláře zdravotního pojištění je postupně vytvořit ukazatele kvality zdravotní péče, které budou akceptovány jak odbornou společností, tak i pojišťovnami. Finálního odsouhlasení je docíleno prostřednictvím odborného panelu, ve kterém mají své zástupce odborná společnost i pojišťovny. Nejde tedy o pouhé reportování dat pojišťoven, ale je nutný proces komunikace a validace s danou odbornou společností. S tímto precizním přístupem ze strany MZ se ztotožňujeme. Časem by bylo skvělé, kdyby se podařilo naší odborné společnosti vydefinovat a navrhnout kompletní sadu indikátorů, které by ke svému rozhodování potřebovala. K tomu však potřebujeme vlastní sadu lékařských výkonů navržené naší odborností 909. Ministerstvo zdravotnictví i zdravotní pojišťovny jsou si vědomy, že odborné společnosti mají v systému nejvyšší erudici pro debatu nad zlepšováním kvality péče, proto je v jejich zájmu jim poskytnout maximální datový support pro kvalifikované rozhodování.

13.2. Vzorové listy dobré psychosomatické praxe

Psychosomatickou praxi lze jen obtížně převést do přesných doporučených postupů, protože s ohledem na jedinečnost každého případu lékař hledá vždy individuální přístup. Společným hlediskem je bio-psycho-sociální přístup a systémová teorie, ale konkrétní způsob práce s pacientem je velmi individuální. Proto je hlavním nástrojem kontroly kvality vydávání listů dobré psychosomatické praxe,

⁵⁵ www.kzp.cz (JUDr. Ladislav Švec: Ladislav.Svec@kancelarzp.cz)



dostupné na webových stránkách společnosti, podle kterých může jak lékař, tak pacient kontrolovat, zda poskytovaná péče odpovídá dobré psychosomatické praxi alespoň v hrubých obrysech.

13.3. Nezávislá etická komise psychosomatické společnosti

Významným prvkem kontroly kvality poskytované péče je nezávislá etická komise SPM ČLS, která je zřizována podle stanov OS. Každý pacient se může obracet se svými podněty a pochybnostmi přímo na etickou komisi a žádat o přezkoumání léčebného postupu lékaře člena SPM ČLS.

13.4. Doporučené postupy

Ve spolupráci s dalšími OS sdruženými v ČLS a na jejich žádost, připravuje a vyjednává naše OS obsah doporučených postupů všude tam, kde je to žádoucí. Takovým způsobem naše OS vydala a obhájila ve spolupráci s odbornou Společností praktických lékařů ČLS JEP doporučený postup „Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky“ pro VPL, kde je jasná klasifikace psychosomatických poruch i návrh postupu při jejich léčbě (Chvála, 2015)⁶. S psychosomatickou léčbou se i v našem zdravotnickém systému tedy již počítá a její rozvoj vyžaduje další legitimní kroky.

14. Národní a mezinárodní aktivity

14.1. Členství v mezinárodních organizacích

Odborná společnost (SPM ČLS) je aktivním členem Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM). Zajímáme se způsob organizace a úhrady psychosomatické péče v dalších zemích EU. Zveme odborníky ze zemí, kde je tato zdravotní péče více rozvinutá a pořádáme s nimi semináře (Loewe, 2015). Lokalizujeme učebnice a pečujeme o kompatibilitu vzdělávacích programů se zeměmi EU (Tress, 2008; Rüegg, 2011).

14.2. ZPŮSOB ÚHRADY V DALŠÍCH ZEMÍCH

Nejlépe zavedená je psychosomatická léčba v německých zemích. Výkon základní psychosomatické péče (15 min) hrazen pojišťovnou (16,7 EUR), možno vykazovat u pacienta na jednu diagnózu 3 × za 3 měsíce. Psychosomatické výkony mohou dělat všichni praktici, protože v rámci VPL musí absolvovat Psychosomatische Grundversorgung, jinak nemohou přistoupit k atestaci. Specialisté, pokud si chtějí účtovat psychosomatické výkony, musí si 80tihodinový kurs dodělat (v ČR běží tento kurz se stejným obsahem pod IPVZ už více než 10 let). Pak může účtovat kód 35100 (diferenciální diagnostické objasnění psychosomatických chorobných stavů) a kód 35110 (verbální intervence ve stavech psychosomatických chorob).⁷

Kód 35100 účtují 1× za čtvrtletí tehdy, pokud je třeba prohloubit anamnézu o psychosociální okolnosti u somatického příznaku navíc k běžnému vyšetření 15 minut. Všechna další sezení (s frekvenčním omezením 3× za čtvrtletí) jsou 35110, rovněž nejméně 15 minut. Kdokoli v pozici Hausarztmedizin může účtovat kód 03230 (problémově orientovaná lékařská diskuse) za každých 10 min rozhovoru, což je frekvenčně omezeno.⁸

Ve Švýcarsku mají od r. 2000 možnost účtovat za psychosomatickou terapii stejnou částku jako za 5 min. své praxe. Běžný lékař může tento kód vykázat 4×, tedy 20 min. Lékař certifikovaný SAPP (u nás nástavbová atestace z psychosomatiky) může účtovat až 12× (tedy 60 min).

⁶ Dostupné také z <https://www.svl.cz/files/files/Doporucone-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf>

⁷ Více zde: <https://seminstfuchs.com/kursinformationen/ebm-abrechnung/#bedeutung>

⁸ Podrobněji také tady: <https://www.iww.de/aaa/kassenabrechnung/ebm-2015-psychosomatische-grundversorgung-achten-sie-auf-die-abrechnungsvoraussetzungen-f85803>



Situaci v dalších zemích EU mapujeme. V rámci přípravy tohoto materiálu jsme iniciovali ve výboru Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM), které je naše odborná společnost členem, práci na sestavení přehledu situace a způsobu hrazení psychosomatické péče v zemích EU.

15. Očekávané trendy v oboru

Snaha o zvýšení povědomí o bio-psycho-sociálním přístupu ve všech oborech medicíny není nová. Díky činnosti psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS pod vedením doc. J. Bašteckého udržovala minimální povědomí o existenci a možnostech psychosomatické medicíny (Baštecký, 2006). Přes velkou snahu podporovat psychosomatické myšlení v různých klinických oborech se to dařilo v devadesátých letech stále méně. Teprve povýšením psychosomatiky na nástavbový obor vyhláškou MZ v r. 2013 a vznikem nové OS ČLS, která se o rozvoj psychosomatické medicíny začala starat mezioborově, došlo k podstatné změně. Kurz Základní psychosomatická péče IPVZ je k dispozici od r. 2009. Vznik subkatedry psychosomatiky IP byl dalším důležitým krokem v institucionalizaci oboru. Díky Libereckému institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny (LIRTAPS), který působí při Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch, prošly částečným vzděláním stovky zdravotníků (od r. 1997), a úplným psychoterapeutickým vzděláním v rodinné terapii psychosomatických poruch nejméně 240 zdravotníků v dosud šesti čtyřletých kurzech. Významný propagátor a vysokoškolský učitel z univerzity v Řezně prof. Loewe tvrdí, že rodinná terapie je psychosomatikou budoucnosti (Loewe, 2015). Ve srovnání s Německem máme v tomto směru u nás náskok-dobrou teorii i letitou praxi. Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, které vzniklo už v r. 1989 v linii prvního kontaktu (podřízeno odborníkovi pro všeobecné lékařské), se stalo vzorem pro další pracoviště (Chvála, 2009). Významné místo dnes hraje v naší psychosomatické medicíně Psychosomatická klinika s.r.o. v Praze i Psychosomatické centrum Praha. Centrum komplexní péče v Dobřichovicích se svými pobočkami v Praze uplatňuje psychosomatický přístup ve fyzioterapii. Postupně vznikala další zdravotnická pracoviště s tím, jak roste povědomí veřejnosti o psychosomatické léčbě. Dnes máme 27 atestovaných lékařů v psychosomatické medicíně, 55 lékařů zařazených do oboru, stovky lékařů, kteří absolvovali seminář o časové ose nebo výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch (www.lirtaps.cz). Očekáváme tyto trendy:

- Postupné zvyšování zájmu veřejnosti o psychosomatickou léčbu ve zdravotnictví
- Kritický nedostatek kapacity zdravotnických pracovišť zaměřených na psychosomatickou léčbu
- Rostoucí zájem zdravotnické veřejnosti o vzdělávání v psychosomatice
- Kritický nedostatek vzdělávacích kapacit na akreditovaných pracovištích
- Postupný nárůst počtu lékařů vzdělaných alespoň v základní psychosomatické péči (kurz IPVZ)
- Volání po přiměřené bonifikaci lékařů v základní psychosomatické péči
- Rostoucí počet lékařů se získanou zvláštní odbornou způsobilostí v psychosomatice
- Zvyšující se tlak na přiměřenou odměnu lékařů v tomto oboru
- Schválení registračních listů lékařských výkonů v psychosomatice na pracovní skupině pro SZV MZ
- Postupný rozvoj ordinací psychosomaticky orientovaných specialistů různých oborů (neurologie, gynekologie, kardiologie, dermatologie, alergologie, pediatrie, gastroenterologie, urologie a další)
- Postupný rozvoj sítě týmových ambulantních pracovišť
- Otvírání stacionárních a lůžkových pracovišť zaměřených na psychosomatickou problematiku
- Zájem lékařských fakult o psychosomatickou problematiku a vytváření kateder
- Zvýšený zájem výzkumníků o bio-psycho-sociální souvislosti a epigenetiku také u nás
- Zvýšený počet dizertačních a habilitačních prací s psychosomatickými tématy



16. Popis hlavních problémů oboru a návrhy na jejich řešení

Popsané očekávané trendy se z velké části kryjí s hlavními problémy oboru. Vzdor tomu, že zájem lékařů o psychosomatickou problematiku vzrůstá, přetrvává nedostatek zájmu o psychosomatickou problematiku na lékařských fakultách. V tomto směru již SPM vyvíjí soustavnou iniciativu.⁹

Psychosomatické souvislosti se obtížně zkoumají (Havelková, 2017). Paradoxně zde leží velký potenciál medicínského výzkumu, pokud budeme schopni překonat práh související s metodologickými obtížemi a předsudky (Loewe, 2015). První kroky již byly učiněny, jde o dlouhodobý úkol postupného rozvoje sítě spolupracujících akademických pracovišť.

Velkou překážku dnes představuje současné vedení ČLK, které je cíleně zaměřené proti psychosomatické medicíně, a současně chce dosáhnout plné kontroly nad vzděláním lékařů. Pokračujeme v jednání, opakovaně připomínáme vědecký základ psychosomatické medicíny. Zlepšení vztahů očekáváme od vzrůstajícího zájmu o psychosomatiku mezi lékaři.

Rozvinout plně funkční systém vzdělávání lékařů v psychosomatické medicíně nebude snadné. Bude nutné postupně dále precizovat náplň vzdělávání a vybudovat spolupracující síť akreditovaných školicích pracovišť. I zde již mnohé bylo uděláno (viz výše).

17. Kroky k řešení

- 17.1. Akreditovat další pracoviště
- 17.2. Zpřehlednit přípravu lékařů zařazených v oboru
- 17.3. Jednat s výbory odborných společností ČPtS a PS
- 17.4. Jednat o koncepci, o hranicích a spolupráci mezi psychiatrií a psychoterapií a o potřebných kódech lékařských výkonů pro psychosomatiku
- 17.5. Schválit koncepci oboru na MZ
- 17.6. Připravit se na další jednání na pracovní skupině pro SZV
- 17.7. Jednat s pojišťovnami o podpoře psychosomatických pracovišť (Hlavní argument je fakt, že kromě pacientů může z rozvoje psychosomatického přístupu v medicíně prosperovat jediné pojišťovna.)
- 17.8. Podporovat vznik dalších pracovišť a dbát o kvalitu péče
- 17.9. Dosáhnout vybudování alespoň jedné subkatedry psychosomatické medicíny na některé lékařské fakultě

Použitá literatura

ALBANI, C., J. BECKER-PFAFF, B. GRAMICH, G. HILDEBRAND, S. KNEER-WEIDENHAMMER a H. ROTHE, 2020. Krankenhausbehandlung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. . Berlin: DGPM Fortbildungsakademie gGmbH.

BAŠTECKÝ, J. a Z. BOLELOUCKÝ, 2006. Třicet roků činnosti psychosomatické sekce psychiatrické společnosti ČLS. Psychosom. Liberec, (6), 154-157.

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J., (Editoři): Psychosomatická medicína. Grada Avicenum Praha 1993.

⁹ SPM ČLS JEP provedla v roce 2018 podrobné šetření týkající se zařazení psychosomatiky do obsahu pregraduálního studia medicíny a dalších zdravotnických oborů. Podrobné výsledky byly publikovány zde: <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-4-2018/693-politika>. Ukázalo se, že problematika psychosomatiky není v ČR obsahem povinných předmětů v průběhu pregraduálního studia medicíny, pokud je zmiňována, pak sporadicky v rámci jiných studijních předmětů a ve velmi malém rozsahu.



BERTALANFFY, L., 1968. General System theory: Foundations, Development, Applications. Revised edition 1976. New York: George Braziller.

DOHERTY, W. a M. BAIRD, 1983. Family therapy and family medicine. N.Y.: The Guilford Press.

ENGEL, G., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. Washington d.c.: Marcia McNutt, 196(4285), 129-136. DOI: doi: 10.1521 / pdps.2012.40.3.377.

GERGER, H., M. HLAVICA, J. GAAB, T. MUNDER a J. BARTH, 2015. Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis. s. 217-226. DOI: 10.1159/000380914. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1159/000380914>

HAVELKOVÁ, A. a A. SLEZÁČKOVÁ, 2017. Výzkum v psychosomatice: stručný průřez pojetími, vývojem a současnými tématy. EPsychologie, elektornický časopis ČMPS [online]. [cit. 2021]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/clanek/295>

HIRAOKA, Daiki, Shota NISHITANI, Koji SHIMADA, Ryoko KASABA, X. FUJISAWA a Akemi TOMODA, 2020. Daiki Hiraoka, Shota Nishitani, Koji Shimada, Ryoko Kasaba, Takashi X. Fujisawa, Akemi Tomoda. Epigenetic modification of the oxytocin gene is associated with gray matter volume and trait empathy in mothers. Psychoneuroendocrinology. Psychoneuroendocrinology, 2021; 123: 105026 DOI. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2020.105026.

HOTOPF, M., Ch. NIMUAN a S. WESSELY, 2001. Medically unexplained symptoms; an epidemiological study in seven specialities. J Psychosom Res. 361–367. DOI: doi: 10.1016/s0022-3999(01)00223-9.

CHROMÝ, K. a R. HONZÁK, 2005. Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada.

CHVÁLA, V., 2009. Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. PSYCHOSOM. Liberec: Lirtaps, 7(2), 93-103.

CHVÁLA, V., R. HONZÁK, O. MASNER, M. ROČŇOVÁ, B. SEIFERT, M. SEIFERT a L. TRAPKOVÁ, 2015. Doporučene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře svl.cz [online]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10 [cit. 2020]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf>

CHVÁLA, V. a L. TRAPKOVÁ, 2020. Nástroje psychosomatické léčby- biopsychosociální pohled. (EDS.), Stackeová. Psychosomatická medicína 2020- Nástroje psychosomatické medicíny. Kolektivní monografie. Praha: Palestra, s. 13-34.

KLEINSTÄUBER, M., M. WITTHÖFT a W. HILLER, 2011. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. ScienceDirect [online]. Amsterdam: Elsevier, s. 146-160 [cit. 2020]. DOI: doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>

KOELEN, J., J. HOUTVEEN, A. ABBASS, P. LUYTEN, E. EURELINGS-BONTEKOE, S. VAN BROECKHUUSEN-KLOTH, M. BÜHRING a R. GREENEN, 2014. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. The British Journal of Psychiatry [online]. [cit. 2020]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>

LAKHAN, S. a K. SCHOFIELD, 2013. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal pone. (8). DOI: DOI: 10.1371 / journal.pone.0071834. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>

LOEWE, T., 2015. Psychosomatika je vynikající pole pro současný moderní výzkum. Psychosom. Liberec: LIRTAPS, 41-49.

LUHMANN, N., 1984. Soziale systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

McDANIEL, S., DOHERTY, W., HEPWORTH, J. (2013) Medical Family Therapy and Integrated Care, 2nd edition. Washington: APA.

MENON, V., T. RAJAN, P. KUPPILI a S. SARKAR, 2017. Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis of published controlled trials. Indian J Psychol Med. Sage publication, 39(4), 399-406. DOI: doi: 10.4103 / IJPSYM.IJPSYM_17_17. Dostupné také z: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_17_17

MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, s. 332.

MZ, Věstník, 2015. Náplň oboru. Věstník MZ. Praha: MZ, (5), 2942015.

PONĚŠICKÝ, J., 2019. Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze. Praha: Triton, s. 219.



RÜEGG, J., 2011. Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. 5. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Rüeg, J. 2020. Mozek, duše, tělo; neurobiologie psychosomatiky a psychotherapie. Praha: Portál,

ŘIHÁČEK, T., P. PAVLENKO a H. FRANKE, 2017. Účinnost psychoterapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledných studií. Československá psychologie. 61(4), 350-362. DOI: YADDA identifier bwmeta1.element.2950f53a-51ca-4881-b66f-a5cdc251d00c.

SIEGEL, D., 2020. The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are, 3rd Edition. N.Y.: Guilford, s. 674.

SKORUNKA, D. 2019, Mental health and illness; Arguments for integrative bio-psycho-social model. Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika 26(4): 10-18.

SKORUNKA, D. 2016. Individualizovaná péče v psychiatrii; náměty k transformaci systému péče o duševní zdraví. In J. Mareš (Ed.) Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta, s. 41-62, Brno: MSD.

SKORUNKA, D. Vztah – tělo – mysl; současné zdroje psychosomatické perspektivy. In J. Mareš (Ed.) Psychologie zdraví, (2021v tisku), Praha: Portál.

SURANI, M., 2001. Reprogramming of genome function through epigenetic inheritance. Nature. 414. Washington, d.c., 414, 122-128. DOI: <https://doi.org/10.1038/35102186>.

TELEC, I., 2018. Zdravotnické právo a bioetika. www.zdravotnickepravo.info [online]. [cit. 2020]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/pravni-novinky-v-psychosomatice>

TRESS, W., J. KRUSSE a J. OTT, 2008. Základní psychosomatická péče. Praha: Portál.

UEXKÜLL, Thure, 2003. Psychosomatische Medizin, 6. vydání. München, Jena: Urban & Fischer.

VAN DESSEL, N., M. DEN BOEFT, J. VAN DER WOUDE et al., 2014. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically-unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochran Database Syst Rev. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>

VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A., 2020. Aplikace biosyntetické integrativní psychoterapie a její nástroje v léčbě psychosomatických pacientů. (EDS.), Stácková. Psychosomatická medicína 2020- Nástroje psychosomatické medicíny. Kolektivní monografie. Praha: Palestra, s. 92-135.

WAITE, R., RYAN, R.A. 2019. Adverse Childhood Experiences; What students and health professionals need to know. Hove: Routledge.

WILSON, J., M. JAREMKA, P. FAGUNDES et al., 2017. Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion regulation matters. Psychoneuroendocrinology. 79(74). DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.02.015.



Literární koutek

Gabriel García Márquez: Láska za časů cholery

Nejdřív ze všeho se ujal vlády v otcově ordinaci. Tvrdý a přísný anglický nábytek, jehož dřevo povzdychávalo v předjitřním chladu, nechal stát, kde byl, zato poslal na půdu veškeré trak-táty místokrálovské učenosti a romantické me-dicíny a do zasklených polic narovnal pojednání nové francouzské školy. Svěsil vyšisované bar-votisky kromě hippokratovské přísahy vytiš-těné gotickým písmem a obrázu lékaře zápasí-cího se smrtkou nad nahým tělem pacientky a místo nich rzvěsil vedle jediného otcova di-plomu svá vlastní početná a rozmanitá osvěd-čení, která s výtečným prospěchem získal na různých evropských školách.

Ve špitále u Milosrdných se snažil uplatnit nej-novější poznatky; nešlo to však tak snadno, jak si kdysi v mladickém zápalu představoval, po-něvadž zatuchlý dům zdraví tvrdošíjně lpěl na svých přežilých pověrách, vyžadujících kupří-kladu stavět nohy postele do nádobek s vodou, aby se tak nemocem zabránilo vyšplahat se na-horu, či operovat ve společenském úboru a je-lenicových rukavičkách podle uznávané zásady, že základní podmonkou asepse je elegance. Nemohli vystát, když před nimi ten právě při-vandrovalý mladík ochutnával moč pacienta, aby zjistil, jestli neobsahuje cukr, když citoval Charcota a Trousseaua, jako by s nimi bydlel v jednom kvartýru, nelíbilo se jim, že v před-náškách důrazně varuje před smrtelnými riziky očkování, a naopak chová podezřelou důvěru k nejnovějšímu vynálezu čípků. Narážel vším: jeho renovátorský duch nezdolné občanské za-ujetí, smysl pro suchý humor v zemi nesmrtel-ných taškářů, všechno, co ve skutečnosti byly jeho nejcennější vlohy, budilo u jeho starších kolegů nedůvěru a u mladých postranní úsměšky.



Věc, kterou byl přímo posedlý, byl nebezpečný stav městské hygieny. Naléhal na nejvyšší místa s požadavkem dát zasypat španělské otevřené stoky, to nesmírné semenišťe kryt, a vybudovat na jejich místě krytou kanalizaci, která by neús-tila do mořského chobotu u tržiště, kam odjak-živa splašky odtékaly, nýbrž do nějaké jímky. Dobře vybavené koloniální domy měly latríny se žumpou, ale dvě třetiny městského obyva-telstva, které se těsnalo v barácích na břehu bažiny, konaly potřebu venku, kde se dalo. Vý-kaly usychaly na slunci, rozpadaly se v prach a kolem Vánoc, kdy zčerstva foukala prosincová bríza, je šťastně a vesele vdechovalo celé město. Doktor Juvenal Urbino se snažil v měst-ské radě prosadit povinný vzdělávací kurz pro chudé, aby se učili stavět si vlastní latríny. Marně bojoval o to, aby se odpadky nevyhazo-valy do mangrovových porostů u pobřeží, ze kterých se za ta staletí staly tůně plné hniloby, nýbrž aby se alespoň dvakrát týdně svážely na odlehlé místo a tam se spalovaly.

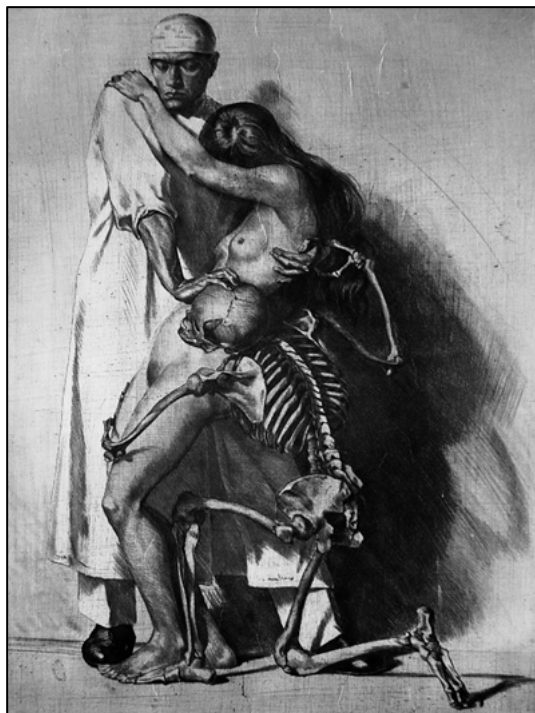
Byl si vědom smrtelné nástrahy, jakou předsta-vovala pitná voda. Pouhá myšlenka na vybudo-vání vodovodu se jevila jako čirá fantazie, po-něvadž ti, kteří by s věcí dokázali pohnout, vlastnili podzemní cisterny, v nichž se pod tlus-tým škraloupem žabince schraňovala letitá dešťová voda. K nejcennějším kouskům teh-dejší vybavy domácnosti patřily cisterny z hla-zeného dřeva s kamennými filtry, skrze něž dnem i nocí prokapávala voda. Aby se nikdo ne-mohl napít z hliníkového džbánu, kterým se voda nabírala, měl obrubu zubatě rozstříhanou jako koruna šaškovského krále. V přitímí vypá-leného jílů byla voda skelně čirá a svěží a na patře zanechávala luční příchut. Doktor Juvenal



Urbino se však těmihle čistírenskými triky nedal oklamat: dobře věděl, že navzdory všem těm přepečlivým opatřením je dno těchto kádí svatostánkem červíků. Mnoho nespěchavých hodi svého dětství strávil pozorováním těch potvůrek, na něž zíral s úžasem takřka mystickým, přesvědčen jako většina jeho současníků, že jsou to nadpřirozené bytůstky, skřítky hospodářčci, kteří se z kalu stojatých vod dvoří pannám a z lásky se dovedou strašlivě mstít. Jako malý chlapec viděl spoušť v domě Lázařů Condové, učitelky, která se opovážila skřítky urazit, viděl ulici posetou skleněnými střepy a horu kamení, které jí lidé tři dny a tři noci házeli do oken. Muselo tedy uplynout hodně času, než se poučil, že tihle červíci jsou ve skutečnosti komáří larvy; toto poznání si však měl zapamatovat navždycky a od té doby věděl, že našimi prostduchými kamennými filtry mohou bez úhony proniknout nejen tihle, ale i mnozí jiní zhoubní skřítkové.

Vodě z cisteren se dlouho a s velkou hrdostí přičítala šourková kýla, kterou tolik mužů ve městě snášelo nejen bez studu, nýbrž i s jistou vlasteneckou okázalostí. Když ještě chodil do obecné, nikdo nedokázal bez zamrazení projít kolem kýlařů, vysedávajících za parných odpolední na zápraží svých domů a ovívajících si obrovité varle jako robátko, které jim usnulo mezi nohama. Vykládalo se, že kýla za noční bouřky kvílí jako pták, který věští neštěstí, a kroutí se nesnesitelnou bolestí, pokud se někde nablízku pálí supí brko, ale nikdo si na tyhle

nepřjemnosti nestěžoval, poněvadž pořádně veliká, dobře pěstěná šourková kýla se považovala za mužnu ozdobu a chloubu. Když se doktor Juvenal Urbino vrátil z Evropy, dobře už věděl o vědecké neopodstatněnosti těchto smyšlenek, avšak ty se v místních pověrách zakořenily tak hluboce, že se mnoho lidí postavilo proti obohacování vody v cisternách minerály v obavě, aby neztratila schopnost přivodit poctivou kýlu.



Gabriel García Márquez, Láska za časů cholery.
© G.G.Márquez, 1985, Překlad ©Blanka Stárková, 1988, ISBN 80-207-1144.9, ODEON, Praha



Pokyny pro autory



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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

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

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

Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhovech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování: V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení normy ČSN ISO 690: 2011. Přesnější pokyny zde: <https://sites.google.com/site/novaiso690/schema-a-priklady/lnky-v-asopisech>



