

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, archiv na www.psychosom.cz



Uzávěrka čísla 2/2025 dne 15. 5. 2025, recenzní řízení bylo uzavřeno 30.4. 2025. Redakční návrh prochází diskusí mezi členy redakční rady a sboru recenzentů. Konečná verze nezávislého média je výsledkem pečlivého výběru a svobodné diskuse bez mocenských zásahů zvenčí. Toto číslo neprošlo jazykovou korekturou. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Grafická úprava, ilustrační foto Lenka Daňková pro Českou asociaci pro psychoterapii (z konference Etika v psychoterapii ČAP). 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](https://erih-plus.eu); indexován na <https://bibliovigilance.com/>

© LIRTAPS, o. p. s. ,

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Vychází 4× ročně



Tiráž

Časopis byl založen v roce 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekcí Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází ve 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/krame-rius/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. Všechna práva vlastní LIRTAPS, s.r.o. Kopírování a šíření textu odpovídá licenci [CC BY 4.0 DEED](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Volné šíření s uvedením zdroje a autorů.

TENTO ČASOPIS VYCHÁZÍ NEZÁVISLE NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
BEZ SVOBODY NENÍ VĚDY

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
Doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav preventivního lékařství LF UK v H. Králové
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

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., biolog a filosof, Praha
Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Mgr. Lucia Mazúchová, Ph.D., Ústav pôrodnej asistencie, JLF UK, Martin
Prof. PhDr. Michal Miovský, 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
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, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



OBSAH

Editorial	84
<i>Vladislav Chvála: Poslední budou první?</i>	<i>84</i>
Pro správnou praxi.....	87
<i>Andrea Smržová: Psychosomatická intervence v revmatologické ambulanci</i>	<i>87</i>
Věda.....	101
<i>Lenka Bachratá: Epigenetika. Jak prostředí a zkušenosti formují naši osobnost, chování, sociální roli i nemoci.....</i>	<i>101</i>
Věda krátce.....	115
<i>Nesledujte zprávy když jíte!</i>	<i>115</i>
<i>4 x chirurgie a psychosomatika</i>	<i>117</i>
• <i>Délka operace, bolest a hojení v chirurgii</i>	<i>117</i>
• <i>I chirurg může vyhořet</i>	<i>117</i>
• <i>Mindfulness u chirurgů jako prevence vyhoření.....</i>	<i>118</i>
• <i>Psychoterapeutická intervence před chirurgickým zákrokem zlepšuje pooperační průběh.....</i>	<i>119</i>
<i>Zapomeňte na prchavá přátelství - důležitá je rodina</i>	<i>120</i>
Z konferencí	122
<i>Andrea Brožová: Konference Etika v psychoterapii</i>	<i>122</i>
Politika, koncepce.....	126
<i>Vladislav Chvála: Jak to bylo s kódy psychosomatické medicíny.....</i>	<i>126</i>
Diskuse.....	133
<i>Kolem připravovaného kratšího kurzu a jediného kódu se spustila bouřlivá diskuse</i>	<i>133</i>
Recenze.....	140
<i>Jiří Peňás: Psychiatrův dekalog</i>	<i>140</i>
Rozhovory.....	142
<i>S Radkinem Honzákem</i>	<i>142</i>
Pokyny pro autory	146



EDITORIAL



1 ILUSTRÁČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

VLADISLAV CHVÁLA: POSLEDNÍ BUDOU PRVNÍ?

Produkce textů v solidní (bio-psycho-sociálně pojaté) psychosomatické medicíně není nijak závratná, ale přeci se zdá, že letos to vydá na jednotlivá čísla. V tomto druhém letošním čísle najde čtenář příklady psychosomatického přístupu v revmatologické praxi, výborný přehled o novinkách v epigenetice, střípky z vědeckého bádání právě tak jako dozvuky bouřlivé diskuse nad jediným kódem Psychosomatická intervence.

Jsme rádi, že můžeme uveřejňovat (se souhlasem autorů) práce určené k atestaci z psychosomatické medicíny. To je příležitost, kde se běžná práce lékaře stane předmětem podrobnějšího zkoumání autora/ky, protože chce (a má) ukázat, jak se absolvované vzdělání v bio-psycho-sociálním přístupu propisuje do jeho praxe. Andrea Smržová nabízí

hned dva případy. V jednom měla příležitost intervenovat už při prvním kontaktu s pacientem, druhý vyžadoval dlouhou a trpělivou práci na změnách životního stylu, na něž bylo navázáno závažné chronické onemocnění pacientky. Vždy to však znamenalo větší porozumění pacientovi a jeho životu, než by nám poskytl pouhé výsledky z laboratoře.

Naděje, že pro většinu vážných nemocí najdeme jasný genetický kód je dávno pryč, ale máme tady naději novou, že porozumíme epigenetickému přenosu. Důkazy, že naše životní zkušenost se může vepsat do genetického kódu, a v další generaci se projevit jako „vrozená“ tendence, přináší docela nové pohledy na zdraví a nemoc. Jak píše autorka Lenka Bachratá: „*Když se díváme na člověka v kontextu biologie, je jen stěží udržitelné*



*medicínské přesvědčení, že hlavním zá-
měrem homeostatických (alostatických)
mechanismů lidského těla je „zdravotní“
rovnováha jednotlivce. Jakkoli může být
pro nás těžké či neobvyklé to přijmout,
jsme součástí komplexního biologického
systému, pro který je prioritou rovno-
váha tohoto vyššího systému. A zámě-
rem našich osobních regulačních mecha-
nismů je neustále se doladovat k tomuto
vyššímu systému, což vyžaduje schop-
nost dobré mimo-vědomé intuitivní vní-
mavosti a rovněž reaktivity našeho stre-
sového (adaptačního) systému-nikoli tr-
valý nereaktivní stav meditativní rovno-
váhy, po jakém touží medicínské normy.
Každý jedinec je v neustálém dynamic-
kém adaptačním procesu, a proto ne-
máme šanci porozumět jeho fyziologii,
dokud nerozumíme kontextu jeho pro-
středí a vztahů.“*

Pro psychosomatickou medicínu se tak naskytá mimořádná možnost naplnit onu starodávnou naději slabých a odmítaných, že „poslední budou první“. Zabývat se individuálním životem pacienta, nebo dokonce jeho rodinnou historií, doslova „pouhým“ subjektivním světem, se mohlo dosud jevit jako zbytečné plýtvání časem. Ale s epigenetikou se to náhle mění: to, co se dnes jeví jako vrozená fatální chyba, mohlo vzniknout jako adaptace na brutální zacházení nebo trauma v minulosti rodičů nebo prarodičů. No není to zajímavá změna perspektivy? Že bychom v budoucnu mohli mít kromě běžných „chytrých rad“ pro pacienty (nepijte alkohol, nekuřte, nejzte tučná jídla atd.) také informaci, že slušné a láskyplné prostředí je cestou ke zdravým potomkům? A bylo by to vlastně něco nového? A hlavně: bude schopná na takovou změnu perspektivy zareagovat školská medicína? Citujme ještě jednu autorku: „Když pozvedneme zrak od mikroskopu a přesuneme pozornost od detailu ke komplexním biologickým souvislostem,

možná se nám povede vnímat nemoc jako jakýsi regulační mechanismus či důležitou informaci.“ To zní rodinnému terapeutovi povědomě. Jen ty „biologické“ souvislosti bych rozšířil o bio-psycho-sociální. A najednou jsou naše klinické zkušenosti s rodinami a jejich stonáním v transgenerační perspektivě špičkovou vědou!

Ve střípcích z vědeckého bádání vybíral tentokrát Radkin Honzák hned 4 příspěvky o psychosomatice v chirurgických oborech. To je pozoruhodné proto, že u nás je mezi lékaři, kteří se věnují psychosomatice, několik chirurgů, na rozdíl od Německa, kde dominují internisté. Výběr témat je samozřejmě nahodilý a zcela subjektivní, záleží jen na tom, kdo si které zajímavosti z široké nabídky výzkumu vybere. Radkin Honzák je nejen nečastějším přispěvatelem a aktivním redaktorem, ale také výjimečnou historickou postavou naší psychosomatiky. Proto jsme ho požádali o krátký rozhovor pro naše čtenáře.

Konferencí je opravdu plno, a psychosomatická témata už zdaleka nejsou jen na té naší, liberecké. Tentokrát přinášíme informaci o konferenci České asociace pro psychoterapii Etika v psychoterapii. I ta se týkala našich témat. Rádi uveřejníme informace z každé konference, kterou navštívíte, pokud o ní pošlete zprávu k uveřejnění. O té olomoucké Krylově, na kterou jsme nebyli pozváni, můžeme jen těžko referovat. Ale třeba byla jen pro vybranou společnost. Jiná velmi zajímavá konference proběhla minulý týden v Praze na téma Multidisciplinarita, a pořádala ji pod záštitou Magistrátu hl.m.Prahy organizace Zahrada pro duši (www.zahradaprodusi.cz). Ta sdružuje řadu zařízení a organizací, které se věnují péči o duševní zdraví rodin. A tam to jinak, než multidisciplinárně nejde. Doufejme, že se místa pozitivní deviance časem



spojí a jak mezioborovost, tak spolupráce převládnu nad vylučováním a izolací.

Pro členy odborné společnosti v rubrice „Politika, koncepce“ shrnujeme historii vyjednávání o kódech za lékařské výkony psychosomatické medicíny. Vypadá to, že v aktuálních třenicích okolo jediného kódu Psychosomatická intervence (O9170) mají jednotliví horliví zastánci či odpůrci nedostatek informací, než že by jim chyběla dobrá vůle. Způsob, jakým vedou diskusi, je pak vidět v rubrice Diskuse. Rádi bychom uveřejnili co nejširší spektrum z bohaté výměny e-mailů z letošního jara. Ukazuje se, že i když vyjednání jediného kódu, který navíc mohou

vykazovat lékaři s velmi rozdílnou investicí do svého vzdělání (atestování i neatestování), nebyl nejlepší volbou, nakonec to může vést k podpoře původních návrhů výboru SPM, který předkládal standardnější sestavu kódů zdravotních výkonů v psychosomatické ordinaci.

Ať se Vám toto číslo Psychosomu líbí, naleznete v něm inspiraci pro svou práci s těmi nejnáročnějšími pacienty. A nevěřte tomu, že z výboru SPM odešli ti nejzdatnější.

Přeje šéfredaktor

MUDr. Vladislav Chvála



PRO SPRÁVNOU PRAXI



2 ILUSTRÁČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

ANDREA SMRŽOVÁ¹: PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE V REVMATOLOGICKÉ AMBULANCI

SOUHRN

V revmatologické ambulanci se setkáváme s širokou paletou diagnóz. Pacienti přichází s příznaky zapadající spíše do degenerativních a funkčních poruch jako např. osteoartróza či osteoporóza. Setkáváme se ale i s pacienty se závažnými, někdy i život ohrožujícími nemocemi jako jsou systémové choroby pojiva, vaskulitidy či zánětlivé revmatické choroby. Předložené kazuistiky jsou z obou konců spektra pacientů v revmatologické ambulanci. První kazuistika je případ muže se subakutními bolestmi pohybového aparátu, hlavně ramenního kloubu, a únavovým syndromem. Druhý příběh popisuje pacientku s dlouhodobou diagnózou systémové sklerodermie. Obě kazuistiky popisují vliv psychosomatické intervence v akutní i dlouhodobé perspektivě a obě ilustrují, jak lze porozumět psychosociálnímu kontextu pacienta a jeho vlivu na somatické projevy

¹ MUDr. Andrea Smržová, Ph.D. Fakultní nemocnice Olomouc, III. Interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická



KLÍČOVÁ SLOVA: chronická bolest (ramenního kloubu), systémová sklerodermie, psychosomatická intervence

SUMMARY: SMRZOVA A.: PSYCHOSOMATIC INTERVENTION IN A RHEUMATOLOGICAL AMBULATORY. PSYCHOSOM 2025; 22 (2), PP. 88-101

We detect a wide variety of diagnoses, in the rheumatology ambulatory. Patients come with symptoms that fit more into degenerative and functional disorders such as osteoarthritis or osteoporosis. We also treat patients with serious systemic, sometimes life-threatening diseases such as connective tissue diseases, vasculitis or inflammatory rheumatic diseases. The presented case reports are from both ends of the spectrum of patients in the rheumatology clinic. The first case study is the case of a man with subacute musculoskeletal pain, shoulder joint especially and fatigue. The second case report describes a patient with a long-term diagnosis of systemic scleroderma. Both cases describe acute and long-term psychosomatic interventions. Detection of patient's psychosocial context may have an impact on somatic manifestations.

KEY WORDS: chronic pain (shoulder pain), systemic skleroderma, psychosomatic intervention

ÚVOD

Ve své ambulanci ve fakultní nemocnici se setkávám s pacienty se závažnými diagnózami typu systémových chorob pojiva, vaskulitidy či zánětlivých revmatologických onemocnění, jako je revmatoidní artritida, zánětlivé spondylartritida či třeba osteoporóza. Součástí ambulantní praxe je samozřejmě vyšetření nových pacientů, kteří přichází s problémy pohybového aparátu či pojivové tkáně. Zde se buď revmatologická diagnóza potvrdí a pacienti spadnou do první kategorie, nebo je diagnóza vyloučena, ale pacienti se stejně ptají, proč tyto příznaky mají. A

to je prostor pro psychosomatický rozbor situace.

Symptomy pohybového aparátu jsou velmi hezkou ukázkou bio-psycho-sociálního principu. V některých případech můžeme vyzorovat na začátku onemocnění důležitou psychosociální situaci. Pokud pacienti s příznaky pohybového ústrojí přichází do revmatologické ambulance a není jim stanovena diagnóza, ptají se po příčině potíží a souvislostech. Zde se často dostáváme k tématu správného životního stylu, pohybových návyků a prevence stresu.

VÝZNAM PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU U REVMATOLOGICKÝCH PACIENTŮ

Pacienti se zánětlivými revmatickými chorobami či systémovými chorobami pojiva mají všeobecně vysokou prevalenci deprese či úzkostné poruchy, u některých onemocnění jako např. systémový lupus erythematoses je i vyšší

prevalence psychických poruch (Carrion, 2021). Detekce psychických poruch je zakomponována i do indexů kvality života a orgánových postižení. Nyní je to nezbytná součást sledování pacientů v revmatologických ambulancích a součást



hlavně indexů kvality života, sledovaných striktně u pacientů v biologické terapii národním registrem ATTRA či jsou nedílnou součástí řízení o snížené pracovní schopnosti.

Nicméně všeobecně mezi pacienty stále není dostatečná osvěta v tom, že jejich onemocnění má rizika zvýšené prevalence psychiatrických diagnóz, jejichž příznaky bývají často skryté za somatickými symptomy nebo chronickou bolestí a únavou.

V posledních letech se však objevují častěji práce, které se u zánětlivých onemocnění zabývají biopsychosociálními aspekty (Kwakkenbos, 2015). Příkladem je práce z roku 2025, která sledovala parametry jako vaskularizace, zánětlivé parametry, kondici u pacientů se systémovou sklerodermií. Pomocí biopsychosociálních dotazníků a detekce deprese a úzkosti zkoumali souvislosti s klinickými i laboratorními parametry. Následovala intervence kombinací psychoterapie a

tělesných cvičení po dobu 3 měsíců. Kromě zlepšení ve funkčních a kondičních dotaznících, pacienti vykazovali také zlepšení v parametrech vaskularizace (Tüfekçi, 2025). Studie byla inspirována podobnou metodologií u pacientů s ankylozující spondylitidou (Karaca, 2022).

Dle mého názoru je velmi důležité dále mluvit mezi kolegy revmatology o komplexním bio-psycho-sociálním přístupu. Ten pomáhá pacientovi lépe pochopit některé projevy jeho nemoci, předcházet případnému vzplanutí či včas detekovat přidružené psychiatrické diagnózy. Takový přístup velmi usnadní následnou motivaci pacienta k psychoterapii či k návštěvě psychiatra, jak jsem si ověřila v praxi.

Ráda bych předložila dva příklady. První ukazuje krátkou psychosomatickou intervenci u pacienta přicházejícího do revmatologické ambulance ke vstupnímu vyšetření. V druhém případě jde o pacientku v dlouhodobé péči revmatologa.

A. KRÁTKÁ PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE

BOLESTI RAMENE A STRACH Z OTCOVSTVÍ-KAZUISTIKA

V březnu 2023 přichází pacient – muž M.B. ročník 1996 do revmatologické ambulance. Odesílajícím je praktický lékař. Pacient přichází pro stěhovavé bolesti téměř všech kloubů, bolesti zad, celkovou nevykonnost. Největší potíže jsou s bolestmi a omezeným pohybem pravého ramenního kloubu. Byl již vyšetřen ortopedem. V plánu je i magnetická rezonance ramenního kloubu.

Nynější onemocnění

Dříve byl zcela zdravý, s ničím se neléčil. Byl aktivní sportovec, dělal karate, chodil pravidelně do posilovny. Potíže začaly v době covidové pandemie asi rok před návštěvou mé ambulance. Přišly

pozvolna, plíživě, postupně ztrácel výkonnost, klouby byly zatuhlé, celkově byl stažený. Vyzkoušel léky proti bolesti, jak běžně dostupné – Ibuprofen, tak i cestou ortopeda předepsané – Nimesil, Aulin. Léčba byla bez většího efektu. Na ortopedii byl proveden rentgen ramenního kloubu s fyziologickým nálezem. Pacient jinak neužíval žádné léky, negativní byla i rodinná, epidemiologická či alergická anamnéza. Pracoval jako obchodní zástupce firmy. Nekouřil, alkohol pil jen příležitostně.

Provedla jsem velmi podrobnou anamnézu, protože potíže nebyly zcela typické pro zánětlivé revmatologické



onemocnění. Ukázalo se, že je třeba brát v úvahu významnou událost, a to narození dcery. V klinickém vyšetření nebyly žádné zásadní patologie v oblasti pohybového aparátu. Jediná patologie byla omezená aktivní hybnost ramenního kloubu, ale bez omezení pasivní hybnosti či známek artritidy. Psychické rozpoložení nevykazuje žádná abnormality. Navrhla jsem vyloučení hlavně spondylartritidy, ale i některých dalších interních a infekčních onemocnění. Naplánovali jsme odběry a rentgenové snímky.

První zmínka o psychosomatice

Na konci vyšetření pacient sám přišel s možností, že jeho potíže souvisí s psychikou. Neví, co přesně se děje, ale že se více bojí, dřív byl odvážnější, hodně cestoval, občas vyzkoušel nějaký adrenalinový sport. V krátké edukaci jsem vysvětlila základy bio-psycho-somatického konceptu. Zajímal se o to, jak stres působí na pohybový aparát. To velmi kvitoval a domluvili jsme se, že se do další kontroly za 3 týdny na toto téma více zamyslí. Zkusí vypořádat možné souvislosti, kdy má potíže nejvýraznější a také se více zaměří na začátek potíží.

Počátek potíží

Při další kontrole jsme vyloučili zánětlivé revmatologické onemocnění. Imunologie, biochemie a sérologie byly kompletně negativní, na radiogramech byl fyziologický nálezh.

Pacienta minulé edukace zaujala a doma více přemýšlel nad souvislostmi. Sděloval, že opravdu dříve byl velmi aktivní, dle něj až možná lehkověžný. Ale teď, co se narodila dcera se o ni bojí, nepoznává se. Cítí velký tlak na to, aby byl dobrý otec. Ptám se, odkud tento pocit pramení. Zde poprvé zmiňuje, že jeho otec příliš nefungoval, byl chladný, často nebýval doma. Řeč přišla také na společenskou situaci, do které se dcera narodila. Vrcholila tehdy covidová pandemie. Pacient

vyprávěl, jak byla celá tato situace pro něj hodně náročná. Věci běžně mívá pod kontrolou, ale najednou nevěděl, co se bude dít. Měl strach o život svých blízkých. Na mysl mu dotíraly otázky zdraví a smrti. Sám Covid prodělal s lehkým průběhem, ani nikdo z jeho rodiny neměl závažný průběh či ohrožení života. Ale od tíže obav to neulevovalo.

Strach z otcovství, vztah s otcem

Rozebírali jsme jeho obavy kolem narození dcery. Svěřil se, že o dítě nesmírně stál, že to bylo plánované rodičovství. Má velký strach, zda bude dobrý otec. Směřovala jsem ho k jeho vztahu s otcem. Zmiňoval, že ten byl a je dost chladný a v dětství vlastně jeho otec vůbec nebyl přítomný. Vychovával ho jeho dědeček. Rozpovídal se o jejich velmi krásném vztahu, byl u toho dojatý. Pozorovala jsem navíc i jeho změnu v celkovém chování, byl najednou uvolněný, byl schopen projevovat více emoce od radosti až po smutek. Byl to okamžik, kdy sděloval, že dědeček již nežije. Ptala jsem se na okolnosti, jak jeho dědeček odcházel. Pacient se rozplakal, že se s ním nestačil rozloučit, byl někde na cestách a úmrtí bylo náhlé. Vyčítal si to. Zmiňoval také, že v období Covidu na to hodně myslel. Snažila jsem se dát podporu a možnost průchodu emocím, které jak se svěřil, si vlastně dříve neuvědomoval. Pacient se celkem rychle uklidnil a byl více uvolněný.

Pak jsme zkusili shrnout, co se při návštěvě dozvěděl o kontextu svých potíží. Domluvili jsme si „domácí úkol“. Napíše dopis svému dědečkovi, kde se pokusí vyjádřit všechny své emoce. Zároveň mluvíme o tom, že pokud by toho na něj bylo emočně příliš, může využít psychologa. Doporučila jsem mu kolegyni z naší nemocnice, která vyšetřuje přednostně i naše revmatologické pacienty a zaměřuje se také na tělesné projevy emocí, mindfulness a další techniky. Vzal si kontakt.



Posun v případě

Další kontrola byla za dva měsíce. Již při vstupu pacienta do ambulance byla patrná velká změna. Pacient byl uvolněný, v dobré náladě. Byl plný emocí, se kterými se chtěl podělit. Napsal zmíněný dopis a velmi se mu ulevilo. Bylo to pro něj těžké, ale dostal ven emoce, které si dosud neuvědomoval a které velmi dlouho potlačoval. Popisoval, jak bylo úlevné si pocity přiznat. Povídal o tom, co v dopise psal, že vzpomínal na jeho „otcovské rady“, na společné zážitky, a jak je mu líto, že se nerozloučili. Při povídání byl smířený, uvolněný. Doma se více zabýval i svým vztahem k otci. Zatím ne přímo s ním, ale se svou sestrou, kde si sdělovali svoje zážitky z dětství a více rozebírali některé situace (nebyl zcela konkrétní, nebylo ani třeba). Má teď trochu lepší náhled na otce. Uznává, že to v jeho dětství asi mohlo být i trochu jinak. Nevidí ten vztah tak černobíle. Nicméně stěžejní byla tato změna i pro jeho somatické změny. Udával, že potíže se zmírňují, že může pozvolna zase cvičit, začal znovu chodit do posilovny. Plánovaná magnetická rezonance neobjevila žádnou zásadní patologii, ale domluvili se s ortopedem na rehabilitaci ramenního kloubu. I přesto, že bylo revmatologické onemocnění vyloučeno, domlouváme se na kontrole za tři měsíce, kdy mi řekne další vývoj.

Jak to dopadlo

Pacient přišel do ambulance. Byl spokojený s výsledkem. Postupně se navracel jeho původní stav. Bolesti ramenního kloubu byly ještě mírné, ale ostatní příznaky vymizely. Udával také více energie a plný návrat do pracovního nasazení. Psychologa nenavštívil, ale více navázal vztah s otcem. Sděloval, že to vypadá, že to bude dobrý dědeček, že mají společné téma – dceru/vnučku. Klinicky ani laboratorně jsem na pacientovi neshledala žádné patologie. Ukázala jsem ještě

pacientovi vliv stresu na pohybový aparát cvičením na stresové reakce únik – útek – zamrznutí. Tyto praktické ukázky velmi dobře kvitoval, že teď už i lépe chápe svoje předchozí příznaky. Dali jsme si možnost další kontroly za 3 měsíce s tím, že pokud nebudou potíže, můžeme sledování zcela ukončit.

Plánovanou kontrolu pacient musel posunout pro pracovní vyčerpání, a protože žádal emailem o nových termín, volala jsem mu. Při telefonickém rozhovoru mi pacient sdělil, že potíže vymizely, že dále pracuje na vztahu se svým otcem. Více si užívá své role otce, a i pocity strachu a úzkosti o to, aby byl dobrý otec už nejsou takové. Domlouváme se tedy, že již kontrola v mé ambulanci není nutná. Upozornila ho znovu na možnost psychoterapie.

Psychosomatická intervence

Začínám svá vyšetření vždy velmi podrobnou anamnézou okolností vzniku potíží. Již z tohoto vyvstávají často odpovědi související s psychosomatickým kontextem. V tomto případě pacient na konci prvního vyšetření sám projevil zájem o vyjasnění souvislostí svých potíží i z širšího pohledu. První část mé intervence byla vysvětlení bio-psycho-sociálního konceptu (edukace). Již zde bylo patrné, že efekt pro pacienta byl velký.

Při další kontrole jsem si mohla dovolit jít více do otázek na emoce a vztahy související s pacientovými somatickými příznaky. Často si pacient odpověděl sám, naváděla jsem ho jen cílenými dotazy a příklady (téma otcovství pacient – dcera, pacient – otec, pacient – dědeček). Uvolnění emocí pacienta při uvědomění si pocitu viny, že nebyl u odchodu svého dědečka, jsme zvládli společně jen projevem emocí. Pacient byl při odchodu z ambulance již v klidu, zároveň dostal informaci o možné návštěvě psychologa. V případě komplikovanějších případů mám



k dispozici v naší fakultní nemocnici psychology, kteří se přímo zaměřují na psychosomatiku nebo možnost využít jejich krizové intervence, což ale nebyl tento případ.

Velmi se mi osvědčilo ukázat pacientům vliv neprojevené stresové reakce na pohybový aparát. Mají si například zkusit ve stoje představit útok, útěk i zamrznutí a mohou vnímat, jaké svaly se jim v těle zapojují. Je to často „aha“ moment, který je velmi poučný.

Moje osoba v tomto případě

Pro mě samotnou byl tento případ velmi hezký, protože pacient skvěle spolupracoval a sám šel do akce. Sama jsem taková povaha, tak mi to bylo sympatické. Zároveň nás pojilo i to, že jsme oba rodiče téměř stejně starých dětí. Což mi pomohlo navázat vztah, a lépe se vcítit do pacientových pocitů. Situace, kdy se pacient rozplakal, jsem pro sebe vnímala jako velmi hezkou část intervence. Trochu jsem měla obavy, v jakém rozpoložení pacient mezi druhou a třetí kontrolou přijde. Nicméně jsem mu opakovaně doporučovala případnou návštěvu psychologa a dostal i kontakt, což mě uklidňovalo.

ZÁVĚR K PRVNÍMU PŘÍPADU

Chronické nepřijetí svých emocí jako je strach, úzkost a pocit viny se zde v tomto případě projevilo v somatizaci na pohybovém aparátu, chronické únavě a nevykonnosti. Pochopení souvislostí těla a emocí umožnilo náhled na symptomy a jejich pozvolné vymizení.

Bolesti ramenního kloubu jsou častým symptomem. Některé práce poukazují na vysokou incidenci i prevalenci v závislosti na délce trvání potíží a věku. Až 66,7 % populace se někdy s bolestí ramenního kloubů setkala (Luime, 2004). Metaanalýza z roku 2022 se pokusila zhodnotit studie sledující souvislosti psychických abnormalit a bolestí ramenního kloubu. Hodnotila období od roku 1966 do roku 2022. Z 499 prací bylo zařazeno 49 studií, které povětšinou sledovaly pomocí

validizovaných dotazníků přítomnost symptomů úzkosti, deprese a poruch nálad ve vztahu k intenzitě bolesti (Vogel, 2022). Metaanalýza poukazuje na provázanost somatických příznaků bolestí ramenního kloubů s různou základní diagnózou (impigement syndrom, oosteartróza či jen funkční bolest) a přítomnosti neuropsychických abnormalit. Samozřejmě problematika je natolik široká a komplexní a jednotlivé studie velmi nehomogenní, takže nelze z této metaanalýzy dělat žádné jednoznačné závěry. Nicméně poukazuje na to, že v současné době je i v této oblasti zájem o komplexnější biopsychosociální pohled. Je tedy důležité v rámci evidence-based medicine dále zkoumat problematiku na různých úrovních. Můžeme pak lépe pomoci pacientům v našich ambulancích.

B. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ PŘÍSTUP V DLOUHODOBÉ LÉČBĚ

SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE A PSYCHO – SOCIÁLNÍ VLIV NA SOMATICKÝ STAV PACIENTŮ



Systémová sklerodermie je systémové onemocnění pojiva s širokou škálou orgánových manifestací. Typický bývá Raynaudův fenomén. Pokud jeho projevy progredují, mohou se objevit defekty – tzv. digitální ulcerace (defekty krysího kousnutí) s rizikem amputace článků prstů. Další projevy jsou kožní skleróza v oblasti dorsa rukou a v obličeji (mikrotomie, změna mimiky tváře), fibróza kůže může postihnout u difúzní formy i trup a výrazně omezit hybnost např. kloubů či krční páteře. Závažnými orgánovými projevy bývá intersticiální plicní fibróza, plicní arteriální hypertenze, postižení zažívacího traktu (dilatace distální části jícnu s úporným refluxem či postižení střeva s těžkou malnutricí a chronickými průjmy) nebo renální hypertenzní krize. Je to onemocnění s pestrým průběhem a při závažných orgánových komplikacích je fatální. Těžké projevy Raynaudova fenoménu s digitálními ulceracemi korelují negativně s prognózou pacienta i s nejzávažnější manifestací – plicní arteriální hypertenzí.

Doporučení pro léčbu systémové sklerodermie se dělí na tři skupiny (Kowal-Bielecka, 2017):

- 1) Režimová opatření
- 2) Imunosupresiva
- 3) Podpůrná medikace jednotlivých orgánových manifestací

Bod 2 je tématem pro revmatology. Ráda bych více rozvedla další dvě skupiny. ACR (American collage of reumatology) a EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) doporučení udávají pro terapii u sklerodermie jako zásadní režimová opatření. Pacientům se doporučuje vyvarovat se stresu jako hlavního důvodu vasokonstrikce. Eliminovat vliv chladu, nekouřit a omezit riziko poranění rukou. V rámci terapie symptomatické u Raynaudova fenoménu jsou doporučována také antidepressiva skupiny SSRI

(zmiňován fluoxetin) (Coleiro, 2001). Což také podporuje hypotézu silného bio-psycho-sociálního vlivu u těchto pacientů.

Ve své praxi jsem vyzorovala, že pacienti se systémovou sklerodermií mívají podobné povahové rysy. Svoji teorii jsem sdílela i s kolegyněmi psychologkami i s kolegy lékaři. Přece jen je tato diagnóza vzácná, ale v naší fakultní nemocnici se řeší velmi často. Máme jedno z mála revmatologických lůžkových oddělení v ČR a komplement uzpůsobený k diagnostice i nejmodernější léčbě. Proto se k nám soustředí pacienti z celé Moravy a části Čech. Zahájila jsem tedy ve spolupráci s oddělením Klinické psychologie výzkum u pacientů se systémovou sklerodermií. Tématem byl psychologický profil pacientů a detence neurotických poruch.

Soubor čítal 42 pacientů splňující kritéria diagnózy systémové sklerodermie (36 žen/ 6 mužů) (Bečvář 2014). Pacienti vyplňovali dva psychologické dotazníky – Beck Depression Inventory test – BDI-II a Multidimensional Minnesota multiphysics personality inventory – MMPI II.

U 15 pacientů jsme detekovali depresi podle BDI-II dotazníku (7 lehkou, 6 středně těžkou a 2 pacienti těžkou formu). Antidepressivní medikace již před sledováním mělo 8 pacientů a 5 pacientů chodilo na psychoterapii, z toho 3 pacienti měli kombinaci obojího. U více než 50 % pacientů se objevovaly problémy se spánkem, intimní oblastí, únavou nebo ztrátou radosti ze života. Pacienti s gastrointestinálními symptomy a USG detekovanou časnou aterosklerózou měli signifikantně vyšší výskyt depresí hodnocených pomocí BDI-II ($p=0,002$ resp. $p=0,02$).

Výstupem této části byl návrh medikamentózní terapie a psychoterapie. Z toho psychoterapii akceptovalo všech 5



pacientů, kterým byla doporučena. Medikaci akceptovali pouze 3 pacienti.

Ve druhé části pacienti vyplňovali MMPI II rozsáhlý dotazník. Analýza dotazníků potvrdila, že pacienti se sklerodermií mají některé společné rysy. Vykazovaly typickou „neurotickou triasu“ a dále sociální introverzi a psychastenii. Z výsledků

vyplývá, že pacienti se sklerodermií by mohli mít nový profil v rámci dotazníku MMPI II. Jedná se zatím o pilotní šetření. Výzkum má samozřejmě limity, kterých jsme si vědomi. Nicméně poukázal na určité aspekty, které je třeba dále prozkoumat. Dílčí výsledky práce jsem prezentovala na EULAR konferenci v Londýně v roce 2016.

ŽIVOTNÍ SITUACE A JEJICH MOŽNÝ ODRAZ V KLINICKÝCH PROJEVECH U PACIENTKY SE SYSTÉMOVOU SKLERODERMIÍ-KAZUISTIKA

Pacientku DN ročník 1972 jsem převzala do své ambulance v roce 2014. Jedná se o pacientku se systémovou sklerodermií s orgánovými manifestacemi – postižení jícnu, kůže, Raynaudův fenomén. V roce 2014 měla pacientka plně rozvinuté projevy těchto potíží – pálení žáhy a občasná bolesti břicha, problémy s polykáním suchých jídel. Pnutí kůže rukou a Raynaudův syndrom výrazně omezovaly běžné úkony. V chladných měsících pacientka musela nosit i dvoje rukavice a občas byla nutná vasodilatační terapie i za hospitalizace pro prevenci digitálních ulcerací.

S pacientkou jsme navazovaly důvěru postupně. Viděla jsem, že pacientka se sama ptá na souvislosti vzniku své nemoci a na příčiny zhoršení. Při vzplanutí nemoci v roce 2016/2017 jsme pak pracovaly kromě změny medikace, také na psychosomatických souvislostech posléze společně s psychologičkou. Další milník pak nastal v roce 2023.

V následující časové ose bych nastínila klíčové momenty ve vývoji sklerodermie u této pacientky.

Časová osa

Časovou osu jsme s pacientkou odebírali v roce 2023, kdy jsme se rozhodly zkusit pozvolna vysazovat léčbu pro zlepšení příznaků. V roce 2025 jsme doplňovaly

aktuální stav. Soustředily jsme se na okolnosti somatických příznaků systémové sklerodermie. První projevy Raynaudova fenoménu pacientka zaznamenala po porodu prvního syna:

7/1987 – porod prvního syna

Byl to komplikovaný porod, vyvolávaný. Pacientka strávila noc v nemocnici. Vzpomíná, že jí byla velká zima, měla jen lehké prostěradlo přes sebe a v noci skoro nespala. Syn se narodil podchlazený. Navíc se hospitalizace zkomplikovala nutností revize dělohy pro reziduum placenty. Pacientka měla vysoké horečky, užívala opakovaně antibiotika. Sdělujeme mi, že velmi špatně snášela chování personálu. Měla pocit, jako by tam překážela, přišla totiž v pátek na konci směny. Sestry na ni byly nepříjemné. První dny syna byly také náročné, měl zánět spojivek a zanícený nehet, který bylo nutné chirurgicky strhnout. Komplikaci přičítala špatnému ošetření novorozeneckou sestrou. Prožívala velký stres kolem celé situace, pocitu bezmoci a vyčerpanost. *Po porodu si poprvé všimla poruchy prokrvení prstů.*

9/1994 – narození trojčat

Za sedm let očekávala z přirozeného a plánovaného početí trojčata (dva chlapci, jedna dívka). Náročný porod císařským řezem byl komplikován ze strany



pacientky i novorozenců. Pacientka byla dlouhou dobu hospitalizována na JIP, měla infekční komplikace. Jeden z chlapců s nízkou porodní váhou byl dlouhou dobu v inkubátoru. Pacientka znovu zdůrazňuje nepříjemné chování personálu. Snad šlo o ne dost dobře odhadnuté riziko nejmenšího z trojčat a ohrožení jeho života. Po porodu se výrazně zhoršil Raynaudův fenomén, a tak začalo došetřování a diagnóza systémové sklerodermie. Pacientka znovu zmiňuje, že nezvládala chování personálu, že se za sebe nedovedla dobře postavit. Navíc péče náhle o čtyři děti byla extrémně vyčerpávající, i když manžel i rodiče velmi pomáhali.

1997 – pacientka se vrací zpět do práce – úřednice v bance

2000 – hrudní sympatektomie s komplikacemi

V šesti letech trojčat se projevy Raynaudova fenoménu natolik zkomplikovaly, že pacientce byla navržena hrudní sympatektomie. I tehdy prožívá několik nedorozumění v objednání, a špatnou komunikaci se zdravotnickým personálem. Pacientka předpokládala brzký návrat do práce, nebyla dobře informována o délce rekonvalescence. Výkon se navíc komplikoval plicní embolií. Pacientka při vyprávění opět udává rozčarování z chování personálu. Sama si uvědomuje, že se za sebe neumí dobře postavit. Chtěla vyhovět v práci a brzo se vrátit. Navíc se musí starat o děti. Byla patrná rozpolcenost pacientky.

2001 – pacientka získává pozici manažerky

Pacientka byla vždy svědomitá pracovnice, zodpovědná. Dělalala i práci nad rámec svých povinností. To vyústilo v povýšení. Pacientka za to byla ráda, chtěla se pracovně realizovat. Říká, že to byla pro ni dobrá výzva.

2014 – pacientku přebírám do své péče

Pacientka byla v péči ambulance III. Interní kliniky od roku 1994. V roce 2014 jsem ji převzala do péče. Pacientku jsem znala již z občasných hospitalizací. Postupně jsme navázaly důvěrnější vztah. Při občasných zhoršeních, kdy udává různé formy zátěže, hlavně v práci, dávám zpětnou vazbu a vysvětluji možný vliv událostí v jejím životě na progresi hlavně úporného Raynaudova fenoménu.

2015–2016 – období pozvolných změn v práci (syndrom vařené žáby)

Od roku 2015 se v práci změnil nejvyšší management, což přineslo postupnou reorganizaci. Zcela se změnilo řízení a pacientčina pozice spadala pod jiné osoby než dříve. Udává, že se zavádělo plno změn, chaotických, velmi neorganizovaných a nepraktických. Postupně jí navyšovali agendu a zodpovědnost, navíc necítila podporu vedení. Kolegové se střídali, pro časté výpovědi se měnil personál. Na konci roku 2016 si uvědomila, že pracuje 15 hodin denně a že nemá žádný volný čas a vnímá velký stres. Ten se také projevil v tělesné rovině, kdy pacientka začala udávat od začátku roku 2016 zažívací potíže – pálení žáhy, bolesti břicha.

Při návštěvách v revmatologické ambulanci pacientka asi rok při každé návštěvě o své pracovní situaci mluví. Udává, že má velké stesy v práci, že by dala nejradši výpověď, ale bojí se o finance, jak by to doma zvládali. Kolem tohoto tématu vedeme v ambulanci často debatu. Ptám se pacientky na pocity, které jí zhoršují somatické potíže – Raynaudův fenomén a zažívací projevy. Dále pak nabízím jiné úhly pohledu na řešení situace formou dotazů. Jak na vnímání spouštěčů somatických příznaků, tak na hledání řešení její situace. Nabízím otázky k zamyšlení.



Doporučuji rozbor situace s rodinnými příslušníky a psychologem. Toho pacientka využívá a je to velmi nápomocné v následujícím období.

10/2016–8/2017 – zhroucení a změna práce

V říjnu 2016 pacientka přichází do ambulance s velkým zhoršením somatických potíží. Výrazné pálení žáhy a bolesti břicha, těžký Raynaudův fenomén. Pacientka nemůže běžně fungovat, zdá se psychicky zlomená. Extrémní zátěž v práci, kde nemá na dané úkoly dostatek pracovníků. Když chvíli někdo vydrží, dává brzo výpověď. Nevidí cesty ven ze začarovaného kruhu. Je vyčerpaná, cítí bezmoc. Domlouváme se, že by byla vhodná pracovní neschopnost na došetření potíží. Zatím se domlouváme na ambulantním řešení. Pacientka absolvuje scintigrafii jícnu, kde jsou změny typické pro sklerodermii. Další orgánová a laboratorní vyšetření neshledala jinou manifestaci sklerodermie. Pacientka dochází na systematickou psychoterapii. Pacientce navyšují základní medikaci (kortikosteroidy, vasodilatační preparáty, inhibitory protonové pumpy a prokinetika). Psychoterapie byla formou KBT terapie, částečně i psychoanalýza (psycholožka byla externí, měly jsme spolu pár konzultací ohledně pacientky). Postupně se pacientka zlepšuje, překlene zimní období. Před prázdninami se 2017 se pacientka dostává do psychické pohody. Je rozhodnutá ke změně práce. Její somatické potíže se stabilizovaly. Hospitalizace nebyla nutná. Medikace byla beze změny. V minulosti již svým známým a blízkým prováděla masáže a chce se tomu věnovat. S rodinou i manželem, kde má velkou podporu, vše opakovaně probírají a dohodnou se na změně práce.

Během tohoto období pacientka udává hlavně velké obavy ze změny. První, co si v tomto období uvědomovala, byl fakt, že

si vůbec nevšimla tlaku, který na ni byl vyvíjen. Neviděla, že chtěla vždy vyhovět a neuměla říkat ne. Poté se objevovaly pocity viny, že si toho nevšimla, že vlastně nebyla dost s rodinou (děti už byly v tuto dobu dospělé, naštěstí mají mezi sebou hezký vztah a často se schází i širší rodina, jezdí na společné dovolené).

Spolu často rozebíráme její povahové rysy možné vzorce chování z rodiny, kde zvláště otec byl chladnější, vyžadoval výkon a ona se mu jako prvorozená dcera chtěla zavděčit. Toto téma si také pacientka brala s sebou k psychoterapii.

Somatické symptomy jsme zaléčily navýšením glukokortikoidů, akcentací vasodilatační medikace a přidáním inhibitorů protonové pumpy a prokinetik. Pacientka měla nasazen i Citalopram 10mg.

2017-2019 nová práce

První obavy pacientky z nové práce (jak sežene klientelu, finance, organizace práce OSVČ) velmi rychle přešly, protože pacientce se začalo rychle dařit a brzo měla dosti klientů (pozn. již v minulosti se pacientka ještě během zaměstnání vyškolila na různé typy masáží). Také finančně se jí dařilo.

V rámci mé intervence jsem ji upozorňovala, aby neopakovala svoje chyby a nebyla přespříliš ambiciózní a uměla si balancovat práci a osobní život. Jinak byla pacientka spokojená a mohly jsme redukovat dávku glukokortikoidů. Pacientka stále docházela na psychoterapii, již v cca tříměsíčních intervalech.

2020-2022 – pacientka byla předána kolegyni

V období mé mateřské dovolené byla pacientka v péči kolegyně v rámci FN Olomouc. Neudály se zde žádné zvláštnosti.

2023 – postupná redukce medikace



Po mém návratu do práce opět pacientka přešla do mé péče. Byla zcela komponovaná, spokojená v osobní i pracovním životě. Pořád docházela na psychoterapii. Také klinické projevy měla pouze v chladných měsících – Raynaudův fenomén. Většinou je zvládala režimovými opatřeními (jako dvoje rukavice, udržovat celé tělo v teple, užívala také bylinné směsi), bez nutnosti hospitalizace či eskalace terapie. Pacientka byla na nízké dávce glukokortikoidů, inhibitorů protonové pumpy a vasodilatační p.o. medikaci. Citalopram byl již vysazen. Na jaře 2023

jsme se společně domluvily na postupném snižování léků. Bylo možné zcela vysadit glukokortikoidy i inhibitory protonové pumpy. Na jaře 2024 bylo možné vysadit i substituci hypofunkce štítné žlázy. Vše samozřejmě za pečlivé laboratorní kontroly a komplementárních vyšetření, případně konzultacích kolegů – specialistů. Aktuálně pacientka má jen přes zimní období vasodilatační p.o. léčbu. Z klinických projevů je pořád výrazný Raynaudův fenomén, ale ten se projevuje hlavně v chladných měsících.

PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE

V popisovaném případě šlo především o postupné budování důvěry mezi mnou – lékařkou a pacientkou. Střípky ze svého života pacientka ze začátku dávala jen velmi pozvolna. Ale v krizové situaci se na mě obrátila a tehdy byla vhodná doba více rozebrat bio-psycho-sociální kontext. S pacientkou jsme rozebíraly postupně několik témat. Uvědomila si, že vždy byla velmi ambiciózní a na výkon zaměřená, ale tento styl jí nevyhovoval. Často se rozhodovala ve prospěch druhých. Neuměla si nastavit správné hranice a komunikovat je. Řešily jsme, odkud tato strategie může pocházet, proč má potřebu být tak výkonná a proč jí to vlastně neuspokojuje. Došly jsme na přísnou a spíše chladnější výchovu ze strany otce. Podobná témata prohlubovala jistě i v psychoterapii, zde jsme však byly na půdě revmatologie, což jistě nebylo bez významu.

Víme, že sama je matkou dnes již odrostlých trojčat a staršího syna. Plánovala, že se po dokončení tohoto úkolu chce ještě

nějak jinak realizovat. Změna práce do zcela jiného oboru byla zvenku překvapivá. Nicméně o tom, že ji masáže velmi baví a že je dělá blízkým a známým, se mi svěřovala již léta. Postupně získávala trochu jiný pohled na své dětství, lépe pochopila svoje motivy práce. Klíčová byla pak změna zaměstnání. Tématem byla opakovaná zhoršení somatických projevů a velké strachy ze zásadní změny povolání, obavy o zajištění. Jako lékařka jsem podporovala její psychoterapii u psychoterapeutky, kam v tuto mohla docházet s dostatečnou intenzitou. Nyní je pacientka velmi úspěšnou podnikatelkou v oblasti masáží. Našla si kompromis, když si uvědomila, že část své ambiciózní povahy je jí vlastní a chce se realizovat i více než běžná masérka. Má několik kurzů v různých metodách práce s tělem, částečně některé i vyučuje. Začala se více věnovat i bylinkám a přípravkům, které jí zmírňují její potíže. Dochází také stále na psychoterapii.

MOJE OSOBA V TOMTO PŘÍPADĚ



1) Pacientku jsem přebírala z péče primáře kliniky. Naštěstí pacientka toto nevnímala jako snížení péče, ale pro mě to byla výzva.

2) Pacientka měla již z minulosti velmi špatné zkušenosti se zdravotnickým personálem, ať již subjektivně vnímané, či šlo o objektivní chyby v péči o ni či o novorozence při obou porodech. Naštěstí péči na naší klinice vždy vnímala jako špičkovou, tak jsme mohly volně navázat. Přinášela příklady, které jsme mohly rozebírat v rámci jejich povahových rysů. Mohla jsem zde ukázat prakticky na typ chování, který chtěla změnit.

3) Náš vztah také podpořil můj celostní (bio-psycho-sociální) přístup, který jsem naznačila pacientce již od začátku a který jsme postupně rozvíjely.

4) Pro mě zde je určitě velká výzva nepřenést vztah do intimnějších rovin, než je

jen lékařka – pacient. Velmi mi pomáhalo, že jsem měla dobrou spolupráci s psychologkou.

5) Spolupráce s psychologkou. I když byla externí, měly jsme několik konzultací ohledně pacientky. Velmi dobře zde fungovalo to, že pokud si při našem rozhovoru pacientka něco uvědomila, bylo možné to více rozebrat v psychoterapii – vztah s rodiči, vysoké ambice a další. Já tak mohla pouze upozorňovat na spojitosti s fyzickými projevy.

6) Také bylo velmi důležité umět dobře vést hovor s pacientkou a držet časové rozmezí. Na pacientku jsem si občas vyhradila více času – tzn. 30 min, jinak běžně kontrola trvala 15 minut. Toto omezení času bylo pro mě výhodou. Dovedla jsem lépe udržet vztah v mezích lékaře a pak spíše směřovat další témata na psychologku.

ZÁVĚR

Pacienti se systémovou sklerodermií jsou dle mého názoru velmi dobrým příkladem propojení stresových faktorů a tělesných symptomů. Nejvíce na stresory reagují projevy Raynaudova syndromu. Doporučení americké i evropské revmatologické společnosti toto zohledňují také v rámci nefarmakologického přístupu k léčbě sklerodermie celkově, ale hlavně v terapii Raynaudova fenoménu. Pacientka je jasným příkladem bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci. Komplexní přístup u motivovaného pacienta a spolupráce somatického lékaře s psychologem, event. fyzioterapeutem jsou velmi přínosné pro celkový průběh tak závažného onemocnění, jako systémová sklerodermie určitě je. Nechci tím říci, že pacientka by se byla vyléčila pouze psychoterapií, ale kombinace přístupu a správného

léčení somatických potíží případně i psychiatrická medikace může velmi pomoci v komplexní léčbě. Pacientka také využívala podpůrných prostředků, jako doplňky stravy z bylinných produktů, akupresuru a další. Vždy ale po konzultaci se mnou či jinými lékaři.

Příkladem takové změny psychiky může být také malíř Paul Klee, který měl diagnostikovánu těžkou difúzní formu sklerodermie ve svých 39 letech. Změna somatotypu jde velmi vidět na fotografiích, kdy se pacient mění do typického vzhledu skleroderma facies (Morscher 1994). Psychické rozpoložení se ale odrazilo i v jeho dílech. Od jasných barev přechází ke konci života na obrazy temné a šedé s příznačnými názvy jako The Marked man nebo The Death and Fire.



LITERATURA:

1. Bečvář R, Soukup T, Štork J. at al. Doporučení České revmatologické společnosti pro diagnostiku systémové sklerodermie. *Čes. Revmatol.*, 22, 2014, No. 2, p. 51-68.
2. Carrión Barberà I, Salman Monte TC, Vílchez Oya F, et al. Neuropsychiatric involvement in systemic lupus erythematosus: A review. *Autoimmun Rev.* 2021 Apr;20(4):102780.
3. Coleiro B, Marshall SE, Denton CP, et al. Treatment of Raynaud's phenomenon with the selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine. *Rheumatology* 2001;40:1038-43.
4. Karaca NB, Ünal E, Karakaya J, et al. Effectiveness of a supervised group exercise therapy based on the biopsychosocial model introduced simultaneously with anti-TNF therapy in anti-TNF-naive patients with active ankylosing spondylitis. *J Med Sci* 2022;52:667-76.
5. Kwakkenbos L, Delisle VC, Fox RS, et al. Psychosocial Aspects of Scleroderma. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015 Aug;41(3):519-28.
6. Kowal-Bielecka O, Franssen J, Avouac J et al. Update of EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis.* 2017 Aug;76(8):1327-1339.
7. Morscher C. "Paul Klee and the hypothesis of morphic resonance". Adjustment to illness and life history of patients with progressive systemic skleroderma. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1994 Jun;44(6):200-6.
8. www.paulklee.fr
9. Tüfekçi O, Ünal E, Aktaş BE, et al. Do functionality, strength, vascularization, inflammatory and biopsychosocial status improve by biopsychosocial model-based exercise in SSc? *Rheumatology (Oxford).* 2025 Apr 1;64(4):1940-1948.
10. Luime J.J., Koes B.W., Hendriksen I.J.M., et al. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population: A systematic review. *Scand. J. Rheumatol.* 2004;33:73-81.
11. Vogel M, Binneböse M, Wallis H, et al. The Unhappy Shoulder: A Conceptual Review of the Psychosomatics of Shoulder Pain. *J Clin Med.* 2022 Sep 19;11(18):5490.

Do redakce přišlo 20.4.2025
 Zařazeno po recenzi a úpravách 15.5.2025
 Konflikt zájmů není znám

AUTORKA

MUDr. Andrea Smržová, Ph.D.

Aktuální působiště - III. Interní klinika - nefrologická, revmatologická a endokrinologická
 Fakultní nemocnice Olomouc a MAPO Revma Bruntál



Ráda o sobě říkám, že jsem žena, máma a lékařka. Tři role, které mě aktuálně nejvíce definují. Medicínu jsem absolvovala na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2007. Na Univerzitě Palackého působím jako vědecký asistent od roku 2007 dosud. Od ukončení studia působím na III. interní klinice Fakultní nemocnice Olomouc, kde se věnuji revmatologii. Atestovala jsem v roce 2012 a v roce 2014 jsem ukončila doktorské studium s tématem aterosklerózy u systémového lupus erythematoses. Po mateřské dovolené jsem nastoupila také do revmatologické ambulance v Bruntále (od roku 2022). Medicínu jsem chtěla studovat od dětství, byla to jasná volba. Vždy mi ale už při studii chyběl celkový komplexnější přístup. Obory, které se tomu věnovaly mě vždy zajímaly. V rámci studia medicíny jsem například působila na psychiatrii jako vědecká pomocná síla. Pátrala jsem cíleně po příbězích pacientů a chtěla vědět přirozeně souvislosti jejich potíží. Léčba chronických revmatologických i jiných onemocnění mě čím dál více utvrzovala, že komplexní bio-psycho-sociální pojetí léčby pacientů má velký smysl a význam. Přihlášení se do atestačního programu psychosomatiky bylo pak jasné vyústění mého celoživotního přístupu k pacientům. Ve svém volném čase se věnuji svému 5tiletému synovi, a i on mi dává velmi cenné životní lekce.



VĚDA



3. ILUSTRÁČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

LENKA BACHRATÁ: EPIGENETIKA. JAK PROSTŘEDÍ A ZKUŠENOSTI FORMUJÍ NAŠI OSOBNOST, CHOVÁNÍ, SOCIÁLNÍ ROLI I NEMOCI

SOUHRN:

Zdá se, že doba, ve které jsme věřili, že naši osobnost, chování a nemoci předurčují naše geny, pomalu ale jistě končí. Výzkum na poli epigenetiky prokazuje, že informace obsažená v genech je pod významným regulačním vlivem aktuálního prostředí a gen tedy neobsahuje zdaleka tak konkrétní informaci, jak jsme se dlouho domnívali. I když prostředí nedovede ovlivnit strukturu genu, má přes chemické (epigenetické) modifikace zásadní vliv na to, jestli a jak se informace obsažená v genu vyjádří. Epigenetické modifikace nám umožňují učit se ze zkušeností a adaptovat naše těla, chování i metabolismus na aktuální prostředí a přežití.

Současné jsou však tyto modifikace spojovány i s rozvojem nemocí a zkráceným přežitím. Jak tomuto zásadnímu konfliktu rozumět?

Výzkum na poli sociální a behaviorální epigenomiky nabízí širší pohled na význam epigenetických modifikací nejen pro adaptaci a přežití jedince a sociální skupiny, ale i pro adaptaci jedince na jeho roli v sociální hierarchii a tím i na rovnováhu a přežití komplexních biologických systémů. Tento pohled může vnést do porozumění zdraví a nemoci dost odlišný význam.



SUMMARY: BACHRATA, L.: EPIGENETICS: HOW THE ENVIRONMENT AND LIFE EXPERIENCES INFLUENCE OUR PERSONALITY, BEHAVIOR, SOCIAL ROLE AND DISEASES- PSYCHOSOM 2024; 22 (2), PP. 102- 115

The era of strong belief in gene influence on our personality, behavior and diseases seems to be getting to the end. Scientific evidence in the field of epigenetics suggests significant environmental regulatory influence on gene expression. Epigenetic research shows that genes do not carry such rigid information as it had been originally proposed. Though environmental stimuli do not change gene structure, they can influence gene expression by means of chemical epigenetic modifications.

Epigenetic modifications help us learn from our experience and adapt our bodies, behavior and metabolism for current environment and survival.

Surprisingly are these modifications concurrently associated with disease development and shorter life expectancy. How should be this apparent conflict understood?

Research in the fields of social and behavioral epigenomics brings more complex understanding of the role of epigenetic modifications for individual and social group adaptation and survival, for formation of individual personality and social status in complex hierarchies and perhaps even for balance and survival of complex biological systems. This view could bring quite different perspective to understanding of health and diseases.

EPIGENETIKA: PROMĚNY GENETIKY V KONTEXTU EPIGENETICKÝCH MODIFIKACÍ

Původní představa, že naše geny určují, kdo jsme, jak se chováme a k jakým nemocem máme dispozici, se zdá být definitivně pohřbenou minulostí. Ještě před 30 lety jsme věřili, že „gen“ je konkrétní sekvencí DNA, která kóduje přesně definovanou informaci. To dnes již neplatí. Výzkumy potvrzují, že geny, tedy specifické DNA sekvence, obsahují jakousi nejednoznačnou informaci, která začne dávat konkrétní význam až v kontextu komplexních souvislostí a interakcí organismu s jeho prostředím.

Zdali a jak se informace obsažená v „genu“ propíše pod vlivem prostředí do našeho vzhledu, chování či metabolismu, je řízeno komplexním regulačním systémem epigenetických modifikací, které nezasahují do struktury DNA, ale různými chemickými a fyzikálními mechanismy ovlivňují proces přepisu DNA kódu do finální bílkoviny. Právě těmito

regulačními mechanismy se zabývá obor zvaný epigenetika.

Dnes již víme, že jen méně než 2% naší DNA tvoří „geny“, tedy kódující sekvence, obsahující informaci, která se přepisuje do podoby konkrétní bílkoviny se specifickou funkcí v organismu. Více než 98% DNA je tzv. nekódující a vědci ji dlouho považovali za něco jako evoluční odpad. Výzkumy však prokazují, že tato nekódující DNA odpadem rozhodně není. U velké části tohoto materiálu již bylo prokázáno, že má zcela zásadní regulační vliv na expresi informace obsažené v „genech“.

U různých živočišných druhů je poměr kódující vůči nekódující (regulační) DNA různý a výzkumy naznačují, že čím složitější organismus a komplexnější prostředí, tím vyšší je podíl regulační DNA k té kódující (Moore, 2015). Z těchto



pozorování se můžeme domnívat, že vysoká adaptační plasticita a schopnost učení se ze zkušenosti má vysokou biologickou prioritu.

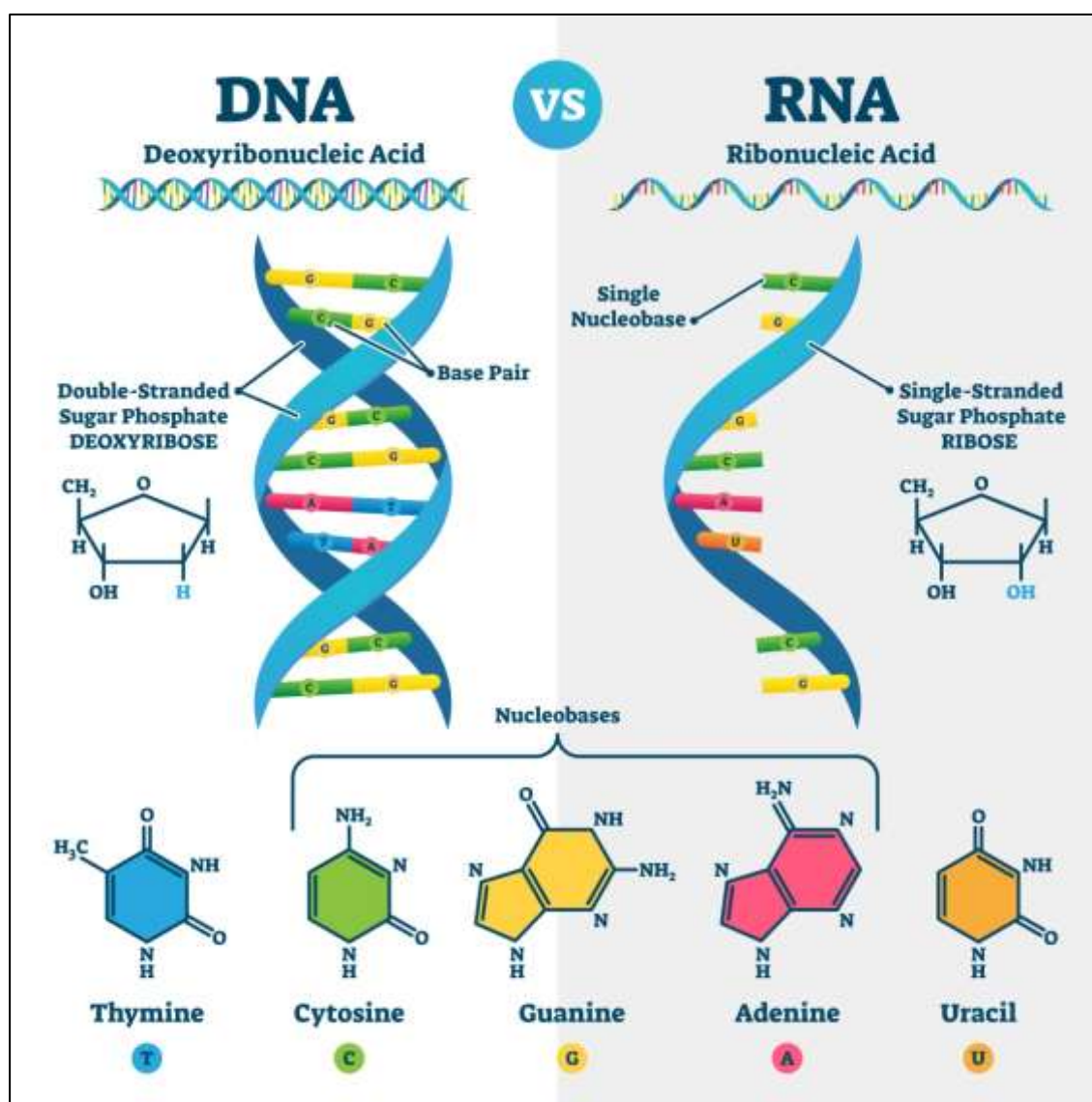
Epigenetické výzkumy mají převratný potenciál a zásadně rozšiřují povědomí na poli medicíny a biologie. Týkají se totiž

naprosto všeho a v mnoha oborech obrací naše dosavadní poznání vzhůru nohama. Pro správné porozumění těmto informacím je ale potřebné symbolicky vrátit člověka tam, kam patří: do přírody a do komplexních biologických a vztahových souvislostí.

EPIGENETICKÉ MECHANISMY V KOSTCE

Pro zájemce o hlubší porozumění technické stránce epigenetického procesu si

dovolím na úvod shrnout základy školní genetiky.

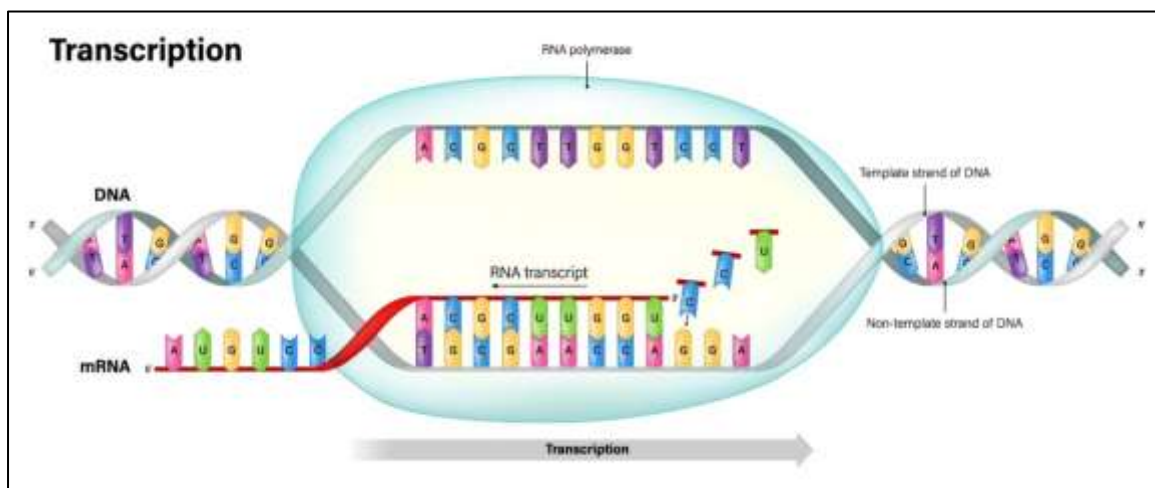


OBRÁZEK 1: ZÁKLADNÍ SCHEMATICKÁ STRUKTURA DNA A RNA. (ZDROJ: ADOBE STOCK, PLACENÁ VERZE)

Naše genetická informace je uložena v buněčném jádru v podobě 23 párů chromozomů. Z každého páru pochází jeden chromozom od otce a druhý od matky. Základní strukturu chromozomu tvoří vlákno DNA, navinuté kolem bílkovin, zvaných histony. K těmto bílkovinám a terciární struktuře chromozomu se dostaneme později, protože kromě vytváření prostorové kompaktnosti mají i spoustu dalších důležitých funkcí. Pojdme ale nejdříve k principu genetické informace, který je uložen v DNA.

DNA všichni známe jako dvojitou šroubovici, složenou ze dvou vzájemně propojených vláken. Každé vlákno je tvořeno

pomyslnou páteří, na které jsou přichyceny řady čtyř v různém pořadí opakujících se nukleotidů: adeninu, guaninu, thyminu a cytosinu. Toto pořadí vytváří pomyslný kód. Dvojice nukleotidů adenin-thymin a cytosin-guanin jsou tzv. komplementární, mají k sobě jakousi zvýšenou chemickou náklonnost. Snadno se spolu párují slabou vodíkovou vazbou, díky které drží dvojice vláken pohromadě jako zip. Aby se kód obsažený v pořadí nukleotidů mohl vyjádřit do formy konkrétní bílkoviny, musí se řetězce odzipovat a na stejném principu komplementarity přepírovat do kódu mediátorové RNA (mRNA). Jediným rozdílem je, že v RNA je thymin nahrazený uracilem.



OBRÁZEK 2: PROCES TRANSKRIPCE DNA DO mRNA: DVOJITÉ VLÁKNO DNA SE ROZVOLNÍ A JEDNO Z VLÁKEN SE PROCESEM KOMPLEMENTARITY NUKLEOTIDŮ PŘEPÍŠE DO STRUKTURY mRNA. (ZDROJ: ADOBE STOCK, PLACENÁ VERZE)

Tento proces kopírování informace z DNA do RNA se nazývá transkripce (přepis). Tato tzv. mRNA se dostává mimo buněčné jádro a v ribozomech je na základě tripletového kódu, kdy specifická trojice po sobě jdoucích nukleotidů kóduje specifickou aminokyselinu, překládána do podoby finální bílkoviny. Například triplet nukleotidů GCA (guanin, cytosin, adenin) kóduje aminokyselinu alanin, kód AGA zase arginin. Tento proces se nazývá translace (překlad). Z DNA

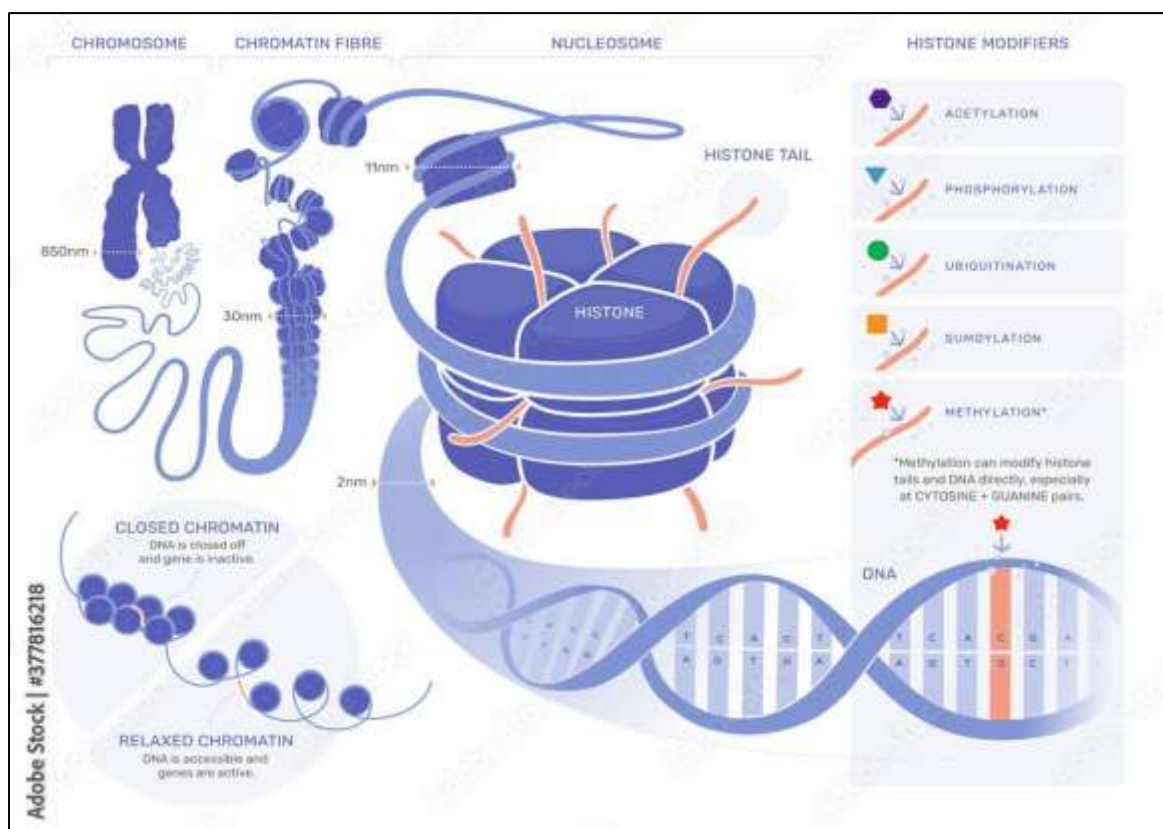
kódu tedy procesem přepisu a překladu vzniká bílkovina složená z aminokyselin, kterých kód je určen sekvencí nukleotidů v konkrétním segmentu DNA.

Jak již bylo zmíněno výše, DNA vlákno vytváří kompaktní formu chromosomu díky své terciární struktuře, která je utvářena jeho navinutím kolem osmi bílkovin, zvaných histony. Základní strukturální jednotka osmi histonů s navinutou DNA se nazývá nukleosom. Pod



mikroskopem působí nukleosom vizuálně jako klubičko a celá DNA smotaná do nukleosomů vypadá jako řada korálek navlečená na šňůrce.

DNA vlákno drží na nukleosomech elektrostatickou silou, která vzniká mezi pozitivně nabitým histonem a negativně nabitou DNA.



OBRÁZEK 3: STRUKTURA CHROMOSOMU: VLÁKNO DNA VE FORMĚ DVOJITÉ ŠROUBOVICE SE NAVÍJÍ KOLEM OSMI HISTONOVÝCH BÍLKOVIN A VYTVÁŘÍ NUKLEOSOM. V LEVÉM DOLNÍM ROHU JE VIDĚT POROVNÁNÍ KOMPAKTNÍ NAHUŠTĚNÉ STRUKTURY NUKLEOSOMŮ, KTERÁ VYTVÁŘÍ TZV. HETEROCHROMATIN, VE SROVNÁNÍ S EUCHROMATINEM

Jak lze vidět na obrázku vlevo dole, tyto nukleosomové korálky mohou mít podobu těsné kompaktní formy, které říkáme heterochromatin, nebo podobu rozvolněné struktury, která se nazývá euchromatin. Tato dvojí podoba má význam nejen pro kompaktnost chromosomu, ale je zásadní i pro přístupnost DNA informace k přepisu, jak bude zmíněno níže.

Porozumění struktuře DNA i celého chromosomu je důležité pro pochopení toho, jak následné chemické modifikace mohou zasahovat do vyjádření informace, kterou jsme zdědili od svých rodičů.

JAK TEDY FUNGUJÍ EPIGENETICKÉ MECHANISMY?

Epigenetické mechanismy (EM) jsou souborem chemických značek

a komplexních interakcí, zasahujících do procesu transkripce a translace na



mnoha úrovních a mnoha způsoby. Soubor všech epigenetických modifikací jedné buňky se nazývá epigenetickým kódem a je vyjádřením jakési buněčné paměti, která se vytvořila interakcí buňky (případně souboru buněk v tkáni či celého organismu) se svým prostředím. Každá buňka či soubor buněk má svůj specifický epigenetický kód, který z části může být získán epigenetickou dědičností (viz níže), z části se vytvořil diferenciací buňky z pluripotentní ve specializovanou, a zčásti se dynamicky utváří neustálou interakcí s prostředím.

(Tato variabilita epigenetických kódů napříč tkáněmi je fascinující, protože potvrzuje schopnost učení se na úrovni buňky a nesmírnou plasticitu a dynamiku buněčných procesů. Nicméně značně komplikuje život vědcům, kterým znemožňuje zkoumat epigenetické procesy například v mozku jejich odvozováním od procesů v buňkách periferních (krevních či kožních). Tyto periferní buňky jsou sice pro potřeby výzkumu na žijících subjektech snadno dostupné k odběru, nicméně jejich epigenetický kód nelze použít pro pochopení toho, co se epigeneticky děje například v buňkách mozku.)

Pojďme se podívat detailně alespoň na některé z EM, které umožní základní náhled a současně mají srozumitelný význam pro porozumění tomuto složitému mechanismu (dále dle Mykura, 2023).

EM na úrovni DNA vlákna - metylace

Zřejmě nejznámější a současně technicky jednoduchou epigenetickou modifikací je tzv. **metylace** DNA, která negativně zasahuje do procesu transkripce.

Přepis kódu DNA do mRNA začíná ve specifickém místě, zvaném promotor. Když se metylová skupina (jeden atom uhlíku se třemi atomy vodíku) naváže na cytosin obsažený v tzv. CpG ostrůvku

v tomto promotoru, dojde k zamezení přepisu a tím se celý další proces zastaví. Metylace DNA tedy zcela zabráni vyjádření informace obsažené v tomto „ genu“. Efekt metylace DNA může být velice dlouhodobý a v některých případech může ovlivňovat fenotyp jedince po dobu celého života, nebo i života jeho potomků. Metylace DNA je totiž i jedním z mechanismů, díky kterým je možné zdědit zkušenosti svých předků, a to procesem tzv. transgenerační epigenetické dědičnosti (Fitz-James, Cavalli, 2022). Konkrétní praktický význam této modifikace bude zmíněn níže.

EM na úrovni histonu - acetylace

DNA vlákno drží v návlnu na histonu díky elektrostatické síle. Dojde-li k acylaci histonu, zruší se tím jeho pozitivní elektrický náboj a těsné navlnutí DNA na histon se rozvolní (heterochromatin se změní na euchromatin, viz výše). Následkem toho dochází k mechanické dostupnosti části DNA k přepisu. Acetylace histonu je tak jedním z EM, které umožňují vyjádření DNA informace.

Na úrovni histonu probíhá celá řada EM, které souhrnně nazýváme histonovým kódem. Protože však záměrem tohoto článku není výčet všech známých EM, dovolím si nadšené zájemce o detaily odkázat na množství dostupné literatury.

EM na úrovni mRNA – mikroRNA, splicing

Kód mRNA získaný transkripcí podléhá mnoha dalším, tzv. posttranskripčním změnám, které mají významný vliv na translaci a vznik finální bílkoviny. Na této úrovni působí zejména tzv. malé nekódující RNA (sncRNA). Jednou z nich je mikroRNA, která dovede mRNA buď poškodit a tím úplně zamezit translaci, nebo je určena k tzv. fine-tuningu, čili jemnému vyladování funkce (Issler a Chen, 2015). (V průběhu psaní tohoto článku byla



objevitelům mikroRNA udělena Nobelova cena za medicínu a fyziologii, což potvrzuje ohromný význam poznání této struktury).

Z hlediska pochopení rozsahu naší plasticity je ale asi nejzajímavější EM tzv. „**splicing**“ (**sestřih**). Při něm dochází k „nasekání“ mRNA s cíleným vystřížením určitých segmentů (intronů) a následným spojením zbylých úseků (exonů). Výsledný řetězec mRNA se může významně lišit od původního a tím kódovat zcela odlišnou bílkovinu. Na první pohled se může zdát bizarní, proč DNA sekvence obsahuje úseky, které jsou určeny k vystřížení. Realita je ale fascinující, protože ve skutečnosti jde o pole vysoké plasticity. Proces tzv. **alternativního splicingu** totiž umožňuje, že z jedné RNA sekvence je možné různými variantami nasekání a opětovného spojení vytvořit buď podobné bílkoviny s mírně pozměněným účinkem, například varianty glukokortikoidního receptoru s různou citlivostí na kortizol (Anacker, Zunszain, Carvalho, Pariante – 2011), nebo i bílkoviny se zcela odlišnou funkcí, jako je například neurohormon a kalcium regulující transportér (Moore, 2015). Těch možností, jak jeden konkrétní řetězec mRNA nasekat a opět spojit (proces podobný editaci filmu), je totiž celá řada.

Pro lepší názornost si představme, že původní sekvence mRNA obsahuje informaci 1234. Alternativním splicingem je možné dosáhnout výsledné sekvence 123, 124, 234, 124, 12, 23, 34... tedy veškeré dostupné kombinace originálních segmentů. Dokonce se ukazuje, že ani nutně nemusí být následně spojeny v původním pořadí (Moore, 2015)! Takže variabilita výsledku je ve srovnání s úvodní dispozicí obrovská. Důležité je ovšem poznamenat, že variabilita není nekonečná a sekvenci 1234 nijak neproměníme na sekvenci 6789. V tomto pohledu je tedy „gen“ jakousi určenou dispozicí, tedy nabídkou

surovin, ze které faktory prostředí podle potřeby mohou vybrat určitou kombinaci a „uvařit“ výsledný produkt.

Z jedné DNA sekvence tak mohou vzniknou vlivem rozdílných prostředí a odlišných potřeb organismu zcela rozdílné produkty.

K čemu to vlastně je?

Stejně jako informace obsažená v genu začíná dávat smysl až v konkrétním prostředí, tak začne dávat epigenetické poznání praktický smysl až v konkrétním kontextu.

Když se snažíme porozumět jeho významu v kontextu behaviorální biologie a evoluce, všechno nasvědčuje tomu, že epigenetické mechanismy jsou prostředkem k naší adaptabilitě a plasticitě pod vlivem měnících se faktorů biologického a sociálního prostředí. Epigenetický kód je něco jako plastická buněčná paměť, vytvořená učením se ze zkušeností. Dalo by se říct, že nám pomáhá nestat se obětí své vrozené dispozice, ale dynamicky se adaptovat i na krátce trvající významné změny. Ultimátním záměrem by tedy mělo být přežití.

Má to ale samozřejmě množství různých háčeků, ostatně jako vždy, když dospějeme k pocitu, že už něčemu rozumíme.

Jedním z nich je, že medicína stále více spojuje různé EM se vznikem nemocí, včetně nádorů. Vnímá je jako poruchy či chyby v programu a má tendenci hledat způsoby, jak nimi manipulovat „s léčebným úmyslem“. Tenhle očividný rozpor je opravdu matoucí. Jak je možné, že mechanismus, který by nás měl podle zdravého rozumu adaptovat na přežití, současně způsobuje nemoc? Na tuhle otázku zatím nemáme relevantní odpověď. (A je otázkou, jestli si tuhle otázku někdo z vědců vůbec klade.) Minimálně v psychosomatickém pohledu je však důležité



se jí zabývat, neboť vede k hypotéze, že by se na nemoc mohlo v jejím kontextu nahlížet jako na behaviorální strategii či vnímat ji jako specifickou informaci.

Hypotéza propojení nemoci se strategií přežití není však tak nesmyslná a nelogická, jak by se mohlo na první pohled zdát. Je spíše v rozporu s přesvědčením západní medicíny, která nemoc prezentuje jako poruchu či poškození organismu, tedy jako problém, který je

potřeba odstranit či opravit. Když však změním optiku a začneme vnímat kontext, u mnoha „geneticky podmíněných“ nemocí najdeme původní adaptační záměr, který přivedl svého nositele k nemoci tím, že se změnil kontext prostředí. (více viz níže, v souvislosti s hemochromatózou).

Vraťme se ale k epigenetice a jejím adaptačním záměrům.

EPIGENETICKÉ UČENÍ: NAŠE BUŇKY SE DOVEDOU UČIT Z VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Jeden zajímavý výzkum na slimácích hezky demonstroval, jak opakované negativní zkušenosti ovlivňují naše dlouhodobé chování na epigenetické úrovni.

Výzkumníci pozorovali, že když slimák dostal ránu elektrickým proudem, zareagoval na následný neutrální dotek úlekovou reakcí. Tato nadměrná reaktivita následně odezněla v průběhu několika hodin.

Když ale slimák dostával sérii několika elektrických šoků denně po dobu dvou týdnů, úleková reaktivita na neutrální podnět přetrvávala po dobu několika měsíců. Výzkumníci prokázali, že toto behaviorální učení z opakované zkušenosti proběhlo na epigenetické úrovni (na rozdíl od krátkodobé reaktivity, která byla reflexní). Když totiž vědci podali slimákovi antibiotika inhibující proteosyntézu (tvorbu bílkovin), k tomuto učení z opakované negativní zkušenosti nedošlo.

Tento příklad velice hezky demonstruje, že jedna vlaštovka sice jaro nedělá, ale z opakované negativní zkušenosti se stává negativní rys prostředí, ze kterého je v rámci přežití důležité se poučit a zvýšit ostražitost. Opakované negativní zkušenosti tedy epigeneticky mění naše střednědobé chování ve smyslu adaptace na nepříznivé prostředí. Současně je však

úlevné poznání, že po určitém období návratu „bezpečného“ prostředí tato nadměrná reaktivita opět odezní a slimák dovede s odstupem opět přijmout neutrální dotek bez nadměrné stresové reakce.

Mnohé výzkumy však prokazují, že **negativní zkušenosti ve specifických obdobích života** mohou ovlivnit chování (a taky celkový fenotyp, zdravotní dispozici, imunitní funkce, metabolismus...) i po mnohem delší dobu, tedy i po celý život jedince, dokonce mohou být přenášeny i na další generace potomků.

Těmto specifickým obdobím, ve kterých je enormní náchylnost k ovlivnění dlouhodobého chování, říkáme **okna citlivosti**. Mezi nejvíce vulnerabilní okna patří prenatální a perinatální období, kdy je jedinec zcela závislý na mateřské péči. Za další se považuje období puberty, ale je pravděpodobné, že oknem citlivosti je celé období dětství, kdy se nejvíce formuje naše osobnost a naše behaviorální strategie do dalšího života (Moore, 2015).

Na pre/perinatální okno citlivosti zaměřuje pozornost celá řada výzkumů. Mnoho z nich potvrzuje jeho formativní charakter. Například významný stres matky v těhotenství (vztahové problémy, zažívání násilí, ztráta blízké osoby, nutriční deficit, strach o dítě, obava



z mateřství...) může zcela zásadně ovlivnit toleranci stresu dítěte v dalším životě, a to epigenetickým ovlivněním exprese glukokortikoidních receptorů (GR) v hypothalamu. Nedostatek těchto funkčních receptorů pak totiž znemožňuje, aby kortizol vyplavený v průběhu stresové reakce zpětnou vazbou snížil CRH (kortikotropin), který na centrální úrovni řídí aktivaci hormonální stresové reakce. V důsledku to tedy vede k tomu, že stresová reakce přetrvává výrazně déle, než by tomu bylo bez této časné negativní zkušenosti.

Podobný efekt, jaký má stres matky v těhotenství, mají i časné negativní zkušenosti po narození, zejména zanedbání, opuštění, násilné chování, chybění fyzického a emočního kontaktu s matkou, nedostatečně nutriční výživa a podobně. Kromě špatné tolerance stresu mají tyto adverzní zkušenosti vliv i na fyzický růst, stavbu těla, metabolismus, emoční stabilitu a dispozici k nemocem (Mousseau TA, Fox, 1998). Aktivita GR receptorů s následnou dysregulací HPP osy, způsobená časným traumatem, je již delší dobu přímo kauzálně spojována se vznikem deprese, poruchy kognitivních funkcí a poruch spánku (Anacker, Zunszain, Carvalho, Pariante – 2011).

A časně postnatálním obdobím to nekončí. Početné studie o tzv. ACEs (Adverse Childhood Experiences, neboli negativních zkušenostech z dětství) mluví jasnou řečí: časné a zejména opakované zkušenosti s fyzickým, emočním a sexuální násilím, opuštění, fyzické a emoční zanedbání, špatná výživa, nepřijetí sociální skupinou a další objektivně i subjektivně negativně prožívané zkušenosti vedou k zásadnímu negativnímu vlivu na fyzické a duševní zdraví a ke zkrácenímu přežití jedince.

A opět narážíme na zmíněný rozpor: to, co nás má adaptovat na přežití, má

zřetelně negativní vliv na naše zdraví. Co si s tím počít?

V druhé polovině 20. století vyvinul klinický epidemiolog David Baker výzkumnou iniciativu pod názvem Vývojový původ zdraví a nemoci (Developmental Origins of Health and diseases). Dovolím si citovat jeho úvahu nad tím, co bylo zjištěno:

„Jsou dobré důvody, proč může být výhodou, aby tělo zůstalo plastické v průběhu vývoje. Umožňuje to produkci fenotypů, které lépe vyhovují pro přežití v jejich prostředí. Prenatální plasticita umožňuje jedincům získat přes matku něco jako „předpověď počasí“ a připravit je na prototyp světa, ve kterém budou muset žít. Špatně živěná matka je předpovědí pro zlé časy a děti na to reagují menší tělesnou velikostí a změnou metabolismu, která jim umožní přežít v nedostatku. Tato plasticita tak dává lidskému druhu schopnost krátkodobé adaptace po dobu jedné generace.“

Jestli je ale prostředí po narození jiné než to prenatální, dítě je pro něj „maladaptováno“ a dochází k vývojovému nesouladu.“

Negativní dětské zkušenosti přinášejí jedinci predispozici k ateroskleróze, obezitě či inzulinové rezistenci. Ty se ale nerozvinou u každého, pouze opět ve specifickém kontextu prostředí, například při sedavé práci a nutričním přebytku. Zdá se, že ony zkušenosti adaptují jedince a jeho metabolismus na těžký život v nedostatku, což je mu v prostředí dostatku spíše ke škodě, než k užítku (Moore, 2015).

Nechceme-li brát nesoulad mezi naší dispozicí a prostředím jako nepříznivý osud, je užitečné vnímat nemoc a různé nepříjemné tělesné pocity jako informaci a stimul ke změně chování, které nás dostane opět do rovnováhy.



Sociální biolog Robert M. Sapolsky však přichází s ještě komplexnějším evolučně-biologickým vysvětlením našeho epigenetického rozporu, které se nám z humánního a medicínského hlediska nemusí moc líbit. V knize *Chování* na mnoha důkazech jasně ukazuje, že evoluce a přežití nejsou o zdraví, dlouhověkosti a dobrých pocitech jednotlivce, ale o přenosu genetického materiálu a přežití druhu. Když prostředí jasně

a intenzivně signalizuje krizi, nedostatek zdrojů a ohrožení, stává se omezení vzrůstu, metabolických nároků a délky života jedince adaptačním záměrem, kterého cílem je nasměrovat limitované zdroje do reprodukce a zachování druhu. Evoluce tedy v krizích a nedostatku selektivně upřednostňuje nikoli ty mužné, silné a krásně vzrostlé Adonise, ale naopak šlachovité a houževnaté zakrslíky s nízkou energetickou potřebou.

SOCIÁLNÍ EPIGENOMIKA – EPIGENETIKA SOCIÁLNÍCH SKUPIN

Sociální epigenomika je fascinujícím oknem do sociální biologie, která má zásadní přesah i pro porozumění lidské biologie a „zdraví“. S vědomím, že epigenetiku v dalších úvahách použiji spíš jako oslí můstek, pokusím se posunout pohled na lidskou fyziologii a zdraví ještě víc z optiky medicínské na optiku sociálně-biologickou.

Jak již bylo naznačeno výše, když se díváme na člověka v kontextu biologie, je jen stěží udržitelné medicínské přesvědčení, že hlavním záměrem homeostatických (alostatických) mechanismů lidského těla je „zdravotní“ rovnováha jednotlivce. Jakkoli může být pro nás těžké či neobvyklé to přijmout, jsme součástí komplexního biologického systému, pro který je prioritou rovnováha tohoto vyššího systému. A záměrem našich osobních regulačních mechanismů je neustále se doladřovat k tomuto vyššímu systému, což vyžaduje schopnost dobré mimovědomé intuitivní vnímavosti a rovněž reaktivity našeho stresového (adaptačního) systému, nikoli trvalý nereaktivní stav meditativní rovnováhy, po jakém touží medicínské normy. Každý jedinec je v neustálém dynamickém adaptačním procesu, a proto nemáme šanci porozumět jeho fyziologii, dokud nerozumíme kontextu jeho prostředí a vztahů.

Sociální biologie přináší i důležitý pohled interindividuální variability, související se sociální rolí.

I když medicína tvrdí, že každý člověk je biologicky stejný, a tudíž má právo nastavit pro každého stejné fyziologické normy, výzkumy na poli sociální biologie a epigenomiky mají dost odlišný náhled.

V komplexních hierarchizovaných sociálních systémech je totiž funkční variabilita jejich členů smysluplným adaptačním záměrem a souvisí s jejich sociální rolí. V některých případech je dispozice k sociální roli zděděná, jinde se utváří v průběhu života vlivem prostředí, výživou či sociálními interakcemi epigeneticky (Guerrero, Fickel, Benheim, Weyrich, Johns, 2020).

Ukázkovým příkladem epigenetického formování sociální role jsou včely. Může se to zdát překvapivé, ale larvy včelích dělnic i královny mají zcela totožnou DNA. Faktorem, který rozhoduje, ze které larvy se stane dělnice a ze které královna, je specifická výživa. Z larvy živěné mateří kašičkou se vyvine včelí královna, z ostatních se stávají dělnice. A výsledný rozdíl je v mnoha ohledech zásadní: královna je daleko větší, plodná a žije až pětkrát déle ve srovnání s dělnicemi, které jsou menší a neplodné. Dělnice zas na rozdíl od



královny mají na nohou pylové košíčky, které jsou pro jejich práci nezbytné (Moore, 2015). Královna i dělnice jsou pro fungování včelstva nezbytné, každá má svou specifickou roli pro funkci komplexního systému včelstva (Moore, 2021).

V sociálních systémech savců není fenotypová odlišnost tak zřetelná jako u včel a u různých živočišných druhů se podíl vrozené dispozice a dynamické epigenetické plasticity liší. Například sociální status jedince ve smyslu dominance či podřízenosti je často dán interakcemi jedince s prostředím a výsledek je podmíněný tělesnými danostmi (velikostí, silou), sociální podporou, výživou a dalšími faktory. Sociální status je ale významný i pro fyziologii a zdraví, protože jedinci s vyšší pozicí mají přednostní přístup ke zdrojům, což je zásadní pro jejich výkonnost, délku života a reprodukční úspěch. V stabilních sociálních hierarchiích, kde nejsou dominantní jedinci využíváni a ohroženi těmi podřízenými, bývají podřízení jedinci vystavováni agresivnímu chování ze strany dominantních, což má vliv na jejich zvýšenou hladinu glukokortikoidů, zhoršenou imunitu a horší přístup ke zdrojům potravy (Guerrero T.P., Fickel J., Benheiem S., Weyrich A, Johns, 2020).

Sociální biolog Robert M. Sapolsky ve své knize „*Chování: Biologie člověka v dobrem i ve zlém*“ krásně shrnul mnohé aspekty sociálního i přírodního prostředí, které mají vliv na naše chování a fenotyp, na strukturu a komplexnost sociální hierarchie i na sociální role v kontextu přežití.

Geografické charakteristiky, aspekty počasí, dostupnost zdrojů, velikost a uspořádání sociální skupiny, ohrožení predátory, kompetice skupin a mnoho dalších faktorů určuje, jaké strategie chování a sociální role projdou evoluční selekcí

a jaké budou skrze EM prostředím upřednostňovány.

Podívejme se, jak faktory prostředí ovlivňují formování dominantních strategií přežití. Například v oblastech Asie, kde je hlavním zdrojem obživy pěstování rýže, je dominantní prosociální strategie a kolektivismus, protože pro zabezpečení dostatku zdrojů je nevyhnutelná spolupráce větších skupin. Na obdělávání rýžových polí si musí vypomáhat i rodiny vzájemně, takže se evolucí prosadily strategie chování, které dovedou potlačit individuální potřeby a tolerovat jinakost. Jen v malých oblastech Asie, kde se pěstuje pšenice, se však překvapivě prosadily strategie individuální, kde je hlavním rysem schopnost spoléhat se hlavně na sebe. Podobně je tento druh strategie dominantní v horských oblastech a lokalitách, kde je hlavním způsobem obživy lov, případně kde je vysoká míra kompetice o zdroje.

Kolektivistická nebo individualistická strategie se neprojevuje pouze v chování. Specifické odlišnosti můžeme pozorovat i ve stavbě těla, svalovém napětí, v odlišném metabolismu, imunitní reaktivitě i rozdílné dispozici k nemocem, proto je téma dominantní strategie jedince důležitá i pro medicínu.

Je velice důležité uvědomit si, že všichni opravdu nejsme stejní. Mozaika vrozené dispozice a epigenetického kódu určeného naší zkušeností je zdrojem obrovské variability fenotypů. Každý máme svou vrozenou dispozici k určitému typu chování, tělesné stavbě a metabolismu, která je do určité míry plastická v kontextu aktuálního prostředí, ale ta míra není neomezená. Zdá se, že máme určitou míru vrozeného předurčení (dispozice), které je dobré rozumět a snažit se s ní být v souladu, nikoli proti ní bojovat a pokoušet se ji vtěsnat do umělé



stanovených univerzálních norem (úvaha autorky).

Zajímavý pohled na tyto vrozené odlišné dispozice přináší i poznání související s variabilitou dopaminového receptoru, která má rovněž geografickou vazbu (Sapolsky, 2020). Nejběžnější varianta dopaminového receptoru D4 je 4R, která se vyskytuje u poloviny Východoasiatů a Američanů evropského původu. Varianta 7R je méně častá, produkuje receptor méně citlivý na dopamin a jeho nositele charakterizuje impulzivita, extroverze a vyhledávání nových podnětů. Vyskytuje se asi u 23 % Evropanů a Američanů evropského původu, v Asii však jen u 1 % populace. Vesnický pěstitel rýže by na dobrodruha tohoto typu asi koukal s nepochopením, ale díky těmto neposedným a zvědavým jedincům typu Kryštofa Kolomba se lidská civilizace rozvinula do současné mohutnosti a komplexity a zřejmě i zásluhou tohoto rysu přežila. Díky zvědavosti a dobrodružnosti hledáme nové a objevujeme neznámé, ale díky usedlosti, stálosti, trpělivosti a obětavosti

máme co jíst a jsme schopni dovést své potomky k dospělosti. K přežití v komplexní společnosti potřebujeme, aby vedle sebe žili lidé s různými strategiemi, dispozicemi a sociálními rolemi.

Zkusme toto poznání aplikovat do medicíny a psychosomatiky. Dostaneme-li do vínků dispozici ke kolektivistickému chování a následně se přestěhujeme třeba do USA, budeme v této vysoce individualistické zemi tahat za kratší konec. Jestli se nám nepovede adaptovat se, zřejmě nás čeká despekt, izolace, bída, závist, vyšší nemocnost a kratší život.

Jestliže získáme vrozenou dispozici dobrodruha, můžeme při troše štěstí založit vysoce úspěšný byznys, ale také se ve dvaceti zabít na motorce. Když ale s touhle neposednou povahou uvízneme v kanceláři na 10 hodin denně, je velká šance, že nedostatek dopaminové aktivity začneme zajídat či zapíjet alkoholem a ve středním věku skončíme s obezitou, cukrovkou, infarktem, depresí a životní frustrací.

EXISTUJÍ OPRAVDU GENY PRO NEMOC, NEBO JE ZA KAŽDOU GENETICKOU DISPOZICÍ NĚJAKÝ PRIMÁRNĚ ADAPTIVNÍ ZÁMĚR?

Když se na genetiku a epigenetiku díváme očima biologie, je těžké uvěřit, že by evolucí prošla genetická informace, která by měla primární záměr jedince znefunkčnit či dokonce zabít. Jak již bylo zmíněno výše, někdy za epigenetickými adaptacemi vedoucími ke zkrácenému přežití či jinému fyzickému omezení můžeme najít smysl související s přežitím druhu či komplexního biologického systému. U jiných „geneticky podmíněných nemocí“ lze zas vystopovat, že dotyčný gen měl (či stále má) v určité historické, geografické či jiné souvislosti evoluční výhodu ve smyslu přežití.

Podívejme se například na hemochromatózu, geneticky podmíněnou nemoc, při které se hromadí železo v organismu. Jestli hladina železa v organismu překročí určitou míru, začne se železo usazovat v orgánech (játrech, slinivce, mozku, svalech...) a poškozovat je. V subkritickém množství je však vysoká hladina železa výhodou, protože zvyšuje hladinu hemoglobinu a tím i schopnost organismu dodávat tkáním víc kyslíku a umožnit nositeli genu vyšší fyzický výkon. Proto lze geny pro hemochromatózu najít ve vysoké četnosti u vrcholových sportovců, pro které jsou velkou kompetitivní výhodou (Kardasis, 2023 a Drishti, 2023).



Většina genů pro hemochromatózu pochází z Irska a Skandinávie, takže když popustíme uzdu fantazii, je možné, že jejich nositelé jsou potomkové Vikingů či jiných válečníků, kterým tento gen přinášel výhodu větší síly a vytrvalosti v bojích

a při zraněních spojených s krvácením jim zvyšoval šanci přežít. Posadte však válečníka do kanceláře za počítač a uvidíte, co s tělem dovede nadělat konflikt mezi vrozenou dispozicí a neodpovídajícím prostředím.

ÚVAHY NA ZÁVĚR: CO SI Z TOHO VŠEHO VZÍT PRO PSYCHOSOMATIKU A MEDICÍNU?

Když vytrhneme pozorovaný objekt či úkaz z kontextu širších souvislostí, dobereme se ke zcela jiným pozorováním a závěrům, než když pozorujeme v kontextu.

Abychom mohli rozumět člověku, jeho chování i jeho zdraví, potřebujeme ho vrátit zpět do přírody a do komplexních biologických a sociálních souvislostí.

Epigenetické poznání má velký potenciál v tom, že konečně dovedeme rozumět tomu, jak moc jsme plastiční a adaptabilní a jak nesmírná je naše schopnost učení se ze zkušeností. Současně však naznačuje i naše limity související s vrozenou dispozicí. Ta však nutně nemusí být omezením, když se pokusíme ji vnímat a přijmout jako svou podstatu, výhodu a cestu k hledání svého potenciálu a záměru v kontextu fungování sociální skupiny a komplexního biologického systému.

Naši osobnost, tělo, chování, metabolismus a sklon k nemocem formují naše genetické dispozice, naše životní zkušenosti

i zkušenosti našich předků, prostředí, vztahy, naše sociální role a konflikty naší dispozice s přírodním a sociálním prostředím, s pravidly a potřebami společnosti. Porozumění těmto souvislostem nám může pomoci nahlížet na nemoc a tělesný příznak dost odlišnou optikou.

Když pozvedneme zrak od mikroskopu a přesuneme pozornost od detailu ke komplexním biologickým souvislostem, možná se nám povede vnímat nemoc jako jakýsi regulační mechanismus či důležitou informaci.

Je čas přijmout, že jsme neoddělitelnou součástí sociálních a biologických systému, kterých rovnováha a přežití jsou prioritou před našim „zdravím“. A že „zdraví“ je vlastně jakýsi umělý konstrukt, který odráží schopnost neustálého dynamického procesu intuitivní vnímavosti a kontinuálních adaptací na potřeby komplexních sociálních a biologických systémů.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. Anacker C, Zunszain PA, Carvalho LA, Pariante CM. The glucocorticoid receptor: pivot of depression and of antidepressant treatment? *Psychoneuroendocrinology*. 2011 Apr;36(3):415-25. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.03.007. PMID: 20399565; PMCID: PMC3513407.
2. Drishti Thakkar ¹, Marc Sicova, Nanci S Guest, Bibiana Garcia-Bailo, Ahmed El-Sohemy: HFE Genotype and Endurance Performance in Competitive Male



- Athletes. *Med Sci Sports Exerc.* 2021 Jul 1;53(7):1385-1390. doi: 10.1249/MSS.0000000000002595.
3. Fitz-James, M.H., Cavalli, G. Molecular mechanisms of transgenerational epigenetic inheritance. *Nat Rev Genet* **23**, 325–341 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00438-5>
 4. Guerrero T.P., Fickel J., Benheiem S., Weyrich A, Johns P, Epigenomics and gene regulation in mammalian social systems. *Current Zoology*, 2020 Jun, 66(3), 307-319.
 5. Issler O, Chen A. Determining the role of microRNAs in psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci.* 2015 Apr;16(4):201-12. doi: 10.1038/nrn3879. PMID: 25790865.
 6. Kardasis William, Ethan R. Naquin , Richa Garg, Tejas Arun, Jyotsna S. Gopianand, Eshani Karmakar: The IRONY in Athletic Performance. *Nutrients* 2023, 15, 4945, Published: 28 November 2023
 7. Moore, David S.: *The Developing Genome: An Introduction to Behavioral Epigenetics.* Oxford University Press, 2015, New York, USA
 8. Mousseau TA, Fox CW. The adaptive significance of maternal effects. *Trends Ecol Evol.* 1998 Oct 1;13(10):403-7. doi: 10.1016/s0169-5347(98)01472-4. PMID: 21238360.
 9. Mykura, Charlot: *Epigenetics: How Environment Changes Your Biology.* The Great Courses, 2023, USA.
 10. Rodrigo G. Arzate-Mejía, Isabelle M. Mansuy: *Epigenetic Inheritance: Impact for Biology and Society—recent progress, current questions and future challenges.* *Environmental Epigenetics*, 2022, 8 (1), 1-7
 11. Sapolsky Robert M.: *Chování: Biologie člověka v dobrém i ve zlém.* Dokořán, 2020, Praha.

Do redakce přišlo 25.1.2025
K tisku zařazeno po recenzi 30.4. 2025
Konflikt zájmů není znám



INFORMACE O AUTORCE:

MUDr. Lenka Bachratá je praktická lékařka pro dospělé a psychoterapeutka, působící v psychosomaticky zaměřeném zdravotním centru Mind&Body v Bratislavě. V současnosti je v přípravě na psychosomatickou atestaci, ale psychosomatický a komplexní mezioborový pohled na zdraví a nemoci je její vášní již dlouhá léta.



VĚDA KRÁTCE



4. ILUSTRACNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

NESLEDUJTE ZPRÁVY KDYŽ JÍTE!

STRES U JÍDLA VEDE K OBEZITĚ U MYŠI A ASI TAKÉ U NÁS

Zdá se, že známá divadelní hra O myších a lidech vystihuje něco dost podstatného: tak moc se od myši zase nelišíme. Kanadská vědecká dvojice, profesor Alfonso Abizaid a jeho doktorandka Andrea Smithová zkoumali vliv stresu u jídla na konečný výsledek – obezitu myši.

Myši samce vystavili stresu tak, že je spárovali s agresivními alfa samci, kteří svým dominantním chováním u nich vyvolali chronický stres (I u myši?!). Pak dvojici rozdělili pletenou mřížkou, takže stresovaný myši samec měl stále svůj stresor na dosah, oddělený pouze pletivem.

Výzkum se zaměřil na ghrelin produko- vaný žaludkem, který má receptory v celém mozku. Pro pořádek: **ghrelin** je hormon hladu a je vyvažován hormonem

sytosti **leptinem**. Optimální poměr těchto řídicích prvků má za následek optimální hmotnost zvířete i člověka. Cílem studie bylo vyzkoumat, zda ghrelin má vliv na sídlo odměny v mozku, což je oblast ventrálního tegmentu (VTA). Tegmentum je přední část mozkového kmene s mnoha řídicími centry. Již dříve bylo zjištěno, že infúze ghrelinu měla za následek, že myši jedly víc.

Existuje dobrý důvod pro výzkum stravování vyvolaného stresem. "Ti, kteří konzumují více jídla tváří v tvář stresu, mají také zvýšené riziko obezity a dalších metabolických poruch," říká Smithová z Carleton University v Kanadě. "Ale také si uvědomujeme, že zvýšení příjmu potravy může hrát důležitou roli ve schopnosti vyrovnat se s chronickým stresem. Takže jsme se snažili pochopit



mechanismy, které stojí za tímto chováním."

I když se každodenní tlaky života myši, zvířecího modelu použitého ve výzkumu, mohou lišit od těch lidských, při stresu se stravují podobně. Když dominantní myš projevila agresi a druhá myš ustoupila, byly obě myši odděleny pomocí průhledné síťové přepážky, a byla tak vytvořena sociální dynamika ztráty. Experimentální myš pak zůstala v kleci 21 dní, cítila se ohrožena dominantní myší, ale ne ve fyzickém nebezpečí. (Tento model byl použit již ve starověku s vlkem a beranem.)

Myši vystavené tomuto chronickému stresu jedly více a měly vyšší hladiny ghrelinu v krvi. Měly také větší expresi mRNA kódujícího receptor sekretagoga růstového hormonu (GHSR), receptor pro ghrelin, ve svém VTA, což naznačuje, že oblast byla vnímavější k působení ghrelinu.

V samostatném experimentu byl geneticky upraveným myším bez receptorů GHSR v mozku vstříknut virový vektor do jejich VTA, aby tak byly GHSR receptory pouze v této oblasti. To umožnilo prozkoumat účinek ghrelinových receptorů výhradně ve VTA. Když tyto myši zažily chronický sociální stres, snědly více než jiné myši, kterým se ve VTA neobnovily GHSR. Ve třetím experimentu dostala jiná skupina myši antagonistu, který blokoval ghrelinový receptor v jejich VTA. Tyto myši nezvýšily svůj příjem potravy v reakci na chronický sociální stres a staly se úzkostnějšími.

"To naznačuje, že tento receptor ve VTA je důležitý nejen pro zvýšení příjmu potravy, ale zvýšení příjmu potravy má také důležitou roli v tom, jak se zvíře vyrovnává s chronickými stresory," říká Smithová. Stále však existují důležité otázky. VTA má několik podtypů buněk,

včetně dopaminergních neuronů, které jsou nezbytné pro reakci na odměnu a motivaci, stejně jako GABAergních neuronů a glutamátergních neuronů. *"Skvělým dalším krokem by bylo podívat se na to, jak ghrelin moduluje tyto různé podtypy buněk, a zjistit, kam se tyto neurony promítají,"* říká Smith.

Zajímavé otázky

Neznalost toho, které podtypy buněk VTA jsou nejvíce zapojeny do stresové reakce a kde se promítají, otevírá možnost složitých mechanismů v rámci VTA zprostředkovávajících reakce na zvládnání. Abizaid říká: *"Je to ve skutečnosti zvýšené uvolňování dopaminu, které zvyšuje odolnost myši a zvýšené stravování je téměř jako sekundární proces zpětné vazby? Bylo by vzrušující to zjistit."*

Smith a Abizaid říkají, že další prioritou je provedení podobného výzkumu se samičkami myši. *"Jedním z omezení výzkumu, zejména s ohledem na současné prostředí neurovědy, je to, že jsme tyto experimenty prováděli pouze na samcích,"* říká Smith. *"Klasické paradigma sociální ztráty můžete použít pouze u samců. Jednou z výzkumných cest naší laboratoře je rozšíření naší práce tak, aby se zaměřila na samice, ale abychom toho dosáhli, musíme použít modifikované paradigma sociální ztráty."*

Smith, Andrea et al.: Growth Hormone Secretagogue Receptor (GHSR) Signaling in the Ventral Tegmental Area (VTA) Mediates Feeding Produced by Chronic Social Defeat Stress in Male Mice **Neuroscience**, Volume 547, 17 - 27

K dohledání stačí použít odkaz: [Growth Hormone Secretagogue Receptor \(GHSR\) Signaling in the Ventral Tegmental Area \(VTA\) Mediates Feeding Produced by Chronic Social Defeat Stress in Male Mice - Neuroscience](#) RH



4 X CHIRURGIE A PSYCHOSOMATIKA

DÉLKA OPERACE, BOLEST A HOJENÍ V CHIRURGII

V Čechách není vzácností, že na cestu psychosomatického vzdělávání se dostávají i chirurgové a dokonce stojí v čele významných týmů (např. MUDr. Kabát na Psychosomatické klinice v Praze). O významu psychosomatiky v chirurgii existují i seriózní výzkumy. V období od února do srpna 2003 byla provedena prospektivní kohortová studie zahrnující 625 pacientů podstupujících elektivní operaci ve Fakultní nemocnici Maastricht v Nizozemsku. Psychologické dotazníky byly vyplněny předoperačně a akutní pooperační bolest byla zaznamenávána do 4 dnů po operaci. O šest měsíců později dostali všichni pacienti kontrolní dotazníky k posouzení bolesti, funkčních omezení, celkového zotavení a kvality života. K odhadu relativního rizika špatného výsledku ve smyslu bolesti, funkčních omezení a globálního zotavení byly použity multivariabilní logistické regresní analýzy. K posouzení souvislosti s kvalitou života po 6 měsících byla použita multivariabilní lineární regresní analýza.

Výsledky: Nejdůležitějšími somatickými prediktory nepříznivého výsledku byla délka operace a vysoká míra akutní pooperační bolesti. Pacienti uvádějící vysokou míru bolesti 4 dny po operaci a pacienti podstupující operaci delší než 3 hodiny byli vystaveni riziku zvýšené bolesti, zvýšených funkčních omezení, špatného

globálního zotavení a udávali nižší úroveň kvality života 6 měsíců po operaci. Psychologické proměnné, které ovlivnily dlouhodobý výsledek, byly předoperační strach z operace a optimismus. Strach z dlouhodobých následků operace byl spojen s větší bolestí, špatným globálním zotavením a horší kvalitou života o 6 měsíců později, zatímco optimismus byl spojen s lepší rekonvalescencí a vyšší kvalitou života.

Závěry: Tato studie byla první, která identifikovala společný příspěvek somatických a psychologických faktorů k chronické bolesti, funkčním omezením a kvalitě života 6 měsíců po chirurgických zákrocích. Replikuje předchozí zjištění, že intenzivní akutní pooperační bolest je rizikovým faktorem pro dlouhodobý nepříznivý výsledek, a také identifikovala další rizikové faktory, jmenovitě dlouhé trvání operace, stav ASA (American Society of Anaesthesia) a předoperační strach z operace.

Peters ML, et al.: Somatic and Psychologic Predictors of Long-term Unfavorable Outcome After Surgical Intervention. *Annals of Surgery* 245(3):p 487- 494. [March 2007](#) [March2007](#). DOI: 10.1097/01.sla.0000245495.79781.65

RH.

I CHIRURG MŮŽE VYHOŘET

Z 24 922 chirurgů, kteří byli zařazeni do vzorku, 7 905 (32 %) vrátilo průzkumy. Respondenti byli v praxi 18 let, pracovali 60 hodin týdně a byli v pohotovosti 2 noci/týden (střední hodnoty). Celkově 40% chirurgů, kteří reagovali, vyhořelo, 30% mělo pozitivní screening na

symptomy deprese a 28% mělo skóre duševní QOL > 1/2 standardní odchylky pod populační normou. K faktorům nezávisle spojeným se syndromem vyhoření patřil nižší věk, počet dětí, oblast specializace, počet nocí v týdnu, odpracované hodiny týdně a náhrada mzdy určovaná



výhradně na základě vyúčtování. Pouze 36 % chirurgů se domnívalo, že jejich pracovní rozvrh ponechává dostatek času na osobní/rodinný život a pouze 51 % by doporučilo svým dětem, aby se věnovaly kariéře lékaře/chirurga.

Závěr: Syndrom vyhoření je mezi americkými chirurgy běžný a je největším prediktorem spokojenosti chirurgů s výběrem kariéry a specializace.

Komentář: Zůstává otázkou, z které strany skupiny byli respondenti. Pokud

to byli ti nespokojení, reprezentující 32% z celku, to pak znamená, že těch nespokojených může být také mnohem méně. Tyhle okolnosti je třeba brát v úvahu!!!

Shanafelt T, et al.: Burnout and Career Satisfaction Among American Surgeons. *Annals of Surgery* [250\(3\):p 463-471, September 2009](#). | DOI: 10.1097/SLA.Ob013e3181ac4dfd

RH

MINDFULNES U CHIRURGŮ JAKO PREVENCE VYHOŘENÍ

Od známého chirurga jsme se sice na konferenci psychosomatické medicíny dověděli, že chirurgové netrpí syndromem vyhoření, ale asi to tak nebude. Nicméně kdyby kolegové připustili, že i jim vyhoření hrozí, máme dobrou prevenci. Existují důkazy o intervencích založených na mindfulnes (Mindfulness based interventions – MBI) právě u chirurgů. Tady je pouhý překlad abstraktu, celý článek není volně k dispozici. Jak znám chirurgy – a znám je dlouho – obávám se, že ještě nějaký čas psycholodi neuspějou a kolegové budou raději tvrdit, že se jich to netýká.

Autoři uvádějí, že zdravotníci obecně mají znepokojivě vysokou míru syndromu vyhoření, ale o psychologických faktorech podporujících odolnost se ví jen málo. MBI, které zahrnují kodifikované školení ve specifických dovednostech, jako je sebeuvědomění, emoční regulace a perspektiva, prokázaly přínos pro profesionály ve vysoce stresových prostředích, ale jejich implementace na pracovišti zdravotní péče a v chirurgii byla omezená. Pokud je nám známo, dosud nebyl proveden přezkum rozsahu MBI v chirurgii.

Provedli analýzu rozsahu důkazů o proveditelnosti a účinnosti MBI pro chirurgy, včetně důkazů o intervencích, které explicitně trénují všímavost, která zahrnuje více kohort a nastavení, s využitím různých metodologií a měřítek výsledků.

Podrobili analýze 24 studií, včetně 2 smíšených metod/kvalitativních studií, 9 randomizovaných kontrolních studií, 3 nerandomizované intervenční studie a 8 jednoramenných intervenčních studií.

Zjistili, že MBI v chirurgii jsou proveditelné i v chirurgických kontextech, i když rozhodující je udržitelnost takové prevence. Doporučují zvýšit všímavost, zlepšit pohodu ve smyslu prevence vyhoření a psychologických i neurofyziologických měřítek stresu a zlepšit výkon měřený pomocí výkonných funkcí, chirurgických dovedností a komunikačních dovedností. Tyto závěry jsou podpořeny psychometrickými měřeními, pozorováním technických dovedností a neurofyziologickými důkazy. Budoucí směry zahrnují studium MBI ve větších a rozmanitějších populacích a opakované přizpůsobování intervencí založených na všímavosti jiným kontextům zdravotní péče.



Coopersmith a, et al.: **Mindfulness-based Interventions for Surgeons.** A Scoping Review. *Annals of Surgery* 281(4):p 542-548, April

2025. | DOI: 10.1097/SLA.00000000000006213
RH

PSYCHOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE PŘED CHIRURGICKÝM ZÁKROKEM ZLEPŠUJE POOPERAČNÍ PRŮBĚH

Analýza z dvaceti randomizovaných studií, kterou provedli pracovníci a pracovníci UCLA, prokázala, že psychoterapeutický zásah (označený jako **prehabilitace**) významně zkracuje dobu pobytu a zlepšuje celkový psychosomatický stav nemocných. Výzkumníci provedli systematický přehled, metaanalýzu a metaregresi randomizovaných kontrolovaných studií (RCT) získaných z databází, jako jsou MEDLINE, EMBASE, CENTRAL a Google Scholar. Zahrnovaly studie s více než 50 dospělými chirurgickými pacienty a hodnotily účinky různých předoperačních intervencí založených na psychoterapii, včetně kognitivně behaviorální terapie (KBT) v 75 %, podpůrné psychoterapie ve 20 % a terapie přijetím a závazkem (ACT) v 5 %, na pooperační výsledky.

Terapie přijetím (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) je moderní terapeutický přístup, který kombinuje prvky behaviorální terapie s prvky kognitivní terapie a mindfulness. Jejím cílem je zvýšit psychologickou flexibilitu a pomoci klientům přijmout své myšlenky a pocity, namísto toho, aby s nimi bojovali nebo se jim vyhýbali.

Studie zjistila, že psychologická rehabilitace významně zkracuje délku pobytu v nemocnici, bolest, úzkost a depresi po operaci. Analýza konkrétně ukázala:

- Zkrácení délky pobytu v nemocnici (ošetřovací dny) v průměru o 1,62 dne ($p < 0.012$);
- Snížení bolesti v průměru o 3,52 bodu ($p < 0.001$);
- Nižší úroveň úzkosti bez ohledu na to, která ověřená škála úzkosti byla použita ($p < 0.001$);
- Snížené hladiny deprese bez ohledu na to, která validovaná stupnice deprese byla použita ($p < 0.001$).

Zajímavé je, že typ psychoterapie a druh operace významně neovlivnily výsledky, s výjimkou úzkosti. Další studie jsou nezbytné pro porovnání různých typů, trvání a způsobů aplikace psychoterapie pro konkrétní pooperační výsledky, které nás zajímají.

Hall AE, et al.: **The Impact of Psychological Prehabilitation on Surgical Outcomes.** *Annals of Surgery*, 2025; DOI: [10.1097/SLA.00000000000006677](https://doi.org/10.1097/SLA.00000000000006677)
RH



ZAPOMEŇTE NA PRCHAVÁ PŘÁTELSTVÍ - DŮLEŽITÁ JE RODINA

SOCIÁLNÍ TAJEMSTVÍ SÝKORY KOŇADRY ODHALILO MIMOŘÁDNOU ÚROVEŇ RODINNÉ ODDANOSTI I BĚHEM MIGRAČNÍCH CEST.

Jak podceňujeme ostatní tvory! Přátelství, toho jsme přeci schopni jen my lidé. Ale kdež...

Vědci z univerzity v Sheffieldu objevili, že drobní ptáčci, kteří jsou v britských zahradách dobře známí, udržují silná rodinná pouta i mimo své místní "příbuzenské sousedství", přičemž ti bez mláďat často pomáhají podporovat nové rodiče – stejně jako lidské rodiny.

Výzkum, publikovaný v časopise *Journal of Animal Ecology*, vrhá nové světlo na evoluci spolupráce, chování, kdy se někteří jedinci vzdávají vlastního chovu, aby pomohli vychovat mláďata jiných – což je složitý fenomén pozorovaný napříč živočišnou říší, od včel po primáty. U sýkor mlynaříků (též mlynařík černoocasý-*long-tailed tit*) se neúspěšní chovatelé často stávají klíčovými pomocníky pro příbuzné páry, což odráží podpůrné systémy pozorované u lidí.

Třicetiletá syntéza dat, vedená týmem vědců z University of Sheffield's School of Biosciences, odhalila, že mlynaříci dlouhoocasí migrují v rodinných jednotkách, což zajišťuje, že dorazí na místo určené připravené spolupracovat se svými příbuznými. Je to poprvé, co byla zdokumentována taková konzistentní rodinná soudržnost během migrace u jakéhokoli spolupracujícího ptačího druhu.

Dr. Jennifer Morinay, spoluautorka studie a postdoktorandská výzkumná pracovníce na University of Sheffield's School of Biosciences, uvedla: "*Tato třicetiletá studie je jedinečná svou hloubkou a umožnila nám pochopit vývoj spolupráce způsobem, který by jinak nebyl*

možný. Objev rodinných vazeb přetrvávajících během migrace je obzvláště vzrušující. Tito drobní ptáci v podstatě cestují se svou podpůrnou sítí, která zajišťuje, že když dorazí na své nové místo, mají své příbuzné připravené pomoci. Zdůrazňuje hluboký význam rodiny v jejich sociální struktuře."

Výzkum určuje klíčové faktory ovlivňující, zda se pták stane pomocníkem. Patří mezi ně jejich vlastní chovatelský úspěch (nebo neúspěch), síla jejich rodinných vazeb a dostupnost příležitostí k pomoci v rámci jejich příbuzenské skupiny. Vnější tlaky, jako je počet predátorů a délka období rozmnožování, také hrají klíčovou roli při utváření kooperativního chování v rámci celé populace. Důležité je, že studie zjistila, že přínosy pomoci se zmenšují, čím dále se jedinec vzdaluje od svého rodiště, což podtrhuje zásadní souvislost mezi blízkostí rodiny a spoluprací.

Profesor Ben Hatchwell, spoluautor studie a profesor evoluční ekologie na University of Sheffield's School of Biosciences, řekl: "*Tlak a tah mezi spoluprací a konkurencí je něco, co snadno rozpoznáme v našich vlastních životech. Tato studie ukazuje, že stejná fundamentální napětí jsou ve hře v sociální dynamice sýkory koňadry a pravděpodobně i mnoha dalších druhů. Náš dlouhodobý výzkum poskytuje významný vhled do ekologických a sociálních podmínek, které podporují kooperativní chování, a evolučních sil, které utvářejí tyto složité sociální interakce.*"

Dalším krokem výzkumu je zjistit, jak mlynaříci dlouhoocasí rozpoznávají své příbuzné, se zaměřením na roli volání,



pachů a sociálních vazeb. Jejich cílem je dále rozluštit složité mechanismy, které jsou základem kooperativního chovu u tohoto fascinujícího druhu.

(Halliwell, C., Beckerman, AP, Biddiscombe, SJ, Germain, M. a Hatchwell, BJ,

2023. Koordinaci péče usnadňuje opožďené krmení a hromadné přiletý sýkory dlouhoocasé. *Animal Behaviour*, 201, s. 23–44.)

VCh.



Z KONFERENCÍ



5. ILUSTRAČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

ANDREA BROŽOVÁ: KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII

Záměr uspořádat konferenci věnovanou etice v psychoterapii vznikl na půdě České asociace pro psychoterapii jako přirozená odpověď na potřebu sdílení, zastavení a společného uvažování o tom, jak psychoterapeuti a psychoterapeutky přistupují ke své práci – a tím i ke klientům, kolegům a k sobě navzájem. Myšlenku iniciovali psychoterapeuti Mgr. Milan Stiburek a Mgr. Petr Odstrčil a jejich prvotní představa byla komorní: vytvořit prostor pro otevřenou diskusi mezi odborníky z různých směrů a přístupů, jakési symbolické posezení u ohně, kde lze sdílet nejen zkušenosti, ale i pochybnosti a etická dilemata, která se v praxi přirozeně objevují.

Od počátečního impulsu z počátku roku 2024 se nápad postupně rozvíjel, a

nakonec vyústil v konferenci, která se uskutečnila na přelomu ledna a února 2025. Zúčastnilo se jí více než 250 psychoterapeutek a psychoterapeutů z celé České republiky, většina na místě, ale velká část i online.

Program byl vskutku nabitý. Úvod obstarala prezidentka Evropské asociace pro psychoterapii, Irena Bezić PhD, která zasadila diskusi o etice do širšího rámce. Etika v psychoterapii není jednoduchý soubor pravidel, která by stačilo dodržovat jako dopravní značky na silnici. **Jde o neustálý a komplexní proces hledání rovnováhy mezi tím, co je správné, co je možné a co je lidsky únosné.**



DRAHOKAM ČESKÉ PSYCHOTERAPIE

V rámci svého úsilí o kultivaci a široké uznání psychoterapie v Česku napříč všemi obory uděluje Česká asociace pro psychoterapii ocenění významným osobnostem, které náš psychoterapeutický prostor formovaly.

Letos byli takto oceněni: doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., přední klinický psycholog a vysokoškolský pedagog; PhDr. Ludmila

Trapková, dětská klinická psycholožka a rodinná terapeutka; MUDr. Vladislav Chvála, lékař a zakladatel Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci; Ing. Věra Roubalová Kostláňová, psychoterapeutka a signatářka Charty 77; a PhDr. Yvonna Lucká, významná psychoterapeutka a zakladatelka Sociální kliniky.



6. ILUSTRÁČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

ETIKA A MĚNÍCÍ SE SPOLEČNOST

Popsat všechny zajímavé momenty by významně překročilo možnosti těchto řádek. Tak alespoň několik myšlenek z úvodních prezentací.

Mgr. Miloš Mauer ve svém vstupu o proměnách etiky v kontextu společenských změn básnicky přirovnal etiku k plamínku svíčky, který je nestálý a v poryvech větru snadno zhasne, když ho ale

podržíme blízko srdci, hřeje a rozptyluje temnotu.

Vývoj etiky prošel v psychoterapii mnoha fázemi. Od divokých začátků, kdy se hranice příliš neřešily až po institucionalizovanou etiku etických kodexů a etických kolegií. To přineslo i napětí mezi etikou individuální a kolektivní. Kolektivní, institucionalizovaná etika je důležitá, neb



máme jako lidé – jak výzkumy ukazují – tendenci „trochu podvádět“, například proto, abychom si zachovali dobrý sebeobraz.

Pravidla nám sice pomáhají udržet směr, ale osobní zodpovědnost nahradit nemohou. Jak říká ekonom a filosof Tomáš Sedláček, žijeme v době „morálního exoskeletu“, kdy nám společnost umožňuje dělat dobrá rozhodnutí s malými osobními náklady. Uveďme Sedláčkův příklad

opuštěného dítěte na ulici – nákladem morálního jednání je jeden telefonát. Je to systém rychlý a efektivní, ale zároveň nás může přímé odpovědnosti poněkud zbavovat.

Etika žitá v praxi je složitá, a málokdy černobílá. Etické kodexy jsou sice důležité, mají ale své limity. Jsou často formální a právnícké, a ne vždy reflektují skutečně etické chování. Hranice mají smysl jen tehdy, když chrání něco podstatného.



7. ILUSTRAČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

ETICKÝ RETARDÉR

V dalším vstupu přirovnal kolega doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D. etiku k retardéru, který zpomaluje, zdržuje, ale i chrání před přehlédnutím důležitých věcí. Dává čas zpřítomnit se a citlivě zvážít každý krok, neboť v psychoterapii jde často o drobná, nenápadná rozhodnutí tady a teď. Každé gesto, otázka nebo mlčení, každé „hm“ v terapii je malým etickým rozhodnutím. Které téma upřednostnit? Jak podpořit klientovu

autonomii, aniž bychom ho nechali bloudit? Etika nás nutí zastavit se, vnímat a nechat věci ukázat v novém světle.

Právě díky tomuto „etickému zpomalení“ můžeme v terapii spatřit věci, které by nám v rychlosti unikly. Můžeme zahlédnout třetí cestu – nečekané řešení – a tímto zpomalením otevíráme prostor pro hlubší důvěru, proměnu a skutečnou lidskou blízkost.



ETICKÁ REFLEXE

Podobný moment zdůraznila i prezidentka Evropské asociace pro psychoterapii Irena Bezić PhD, když ukázala, že etika v psychoterapii není jen o dodržování pravidel zapsaných v kodexech, ale o živé reflexi.

Jde o neustálé zkoumání toho, co děláme, proč to děláme, a jak naše rozhodnutí ovlivňují klienta i nás samotné. Tento proces je hluboce osobní a vyžaduje povinnost vůči vlastním omezením a slepým místům.

V každém setkání se otevírá prostor pro jemná rozhodnutí, která mohou

posunout terapii jiným směrem. Reflexe zde funguje jako kompas, který nám pomáhá neztratit směr v dynamice terapeutického vztahu.

Klíčovou hodnotou je uvědomění si naší společné zranitelnosti. Terapeut i klient vstupují do prostoru, kde nejsou jasné odpovědi a kde nelze vždy předem určit správnou cestu. Právě tato sdílená nejistota však může být základem skutečné důvěry. Reflexe zároveň tento vztah chrání – pomáhá nám zpomalit, rozpoznat vlastní limity a udržet terapeutický prostor bezpečný a respektující pro obě strany.

ZÁVĚREM

Konference Etika v psychoterapii nabídla širokou paletu podnětů, které by svým rozsahem přesáhly rámec jednoho článku. Místo jejich vyčerpávajícího výčtu chceme na tomto místě poděkovat všem, kdo se na akci podíleli – ať už účastí, sdílením zkušeností, nebo tvorbou bezpečného prostoru pro otevřený dialog.

Z původně komorního nápadu se díky společné práci a zájmu mnoha terapeutů a terapeutek z celé republiky stala událost, která vyslala podněty a inspiraci daleko za hranice dvoudenního setkání. Přinesla též naději, že i drobné kroky směrem k etické citlivosti a vzájemnému porozumění mají smysl a uvědomění, že právě sdílený prostor je místem, kde etika ožívá.



POLITIKA, KONCEPCE



8. ILUSTRACNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

VLADISLAV CHVÁLA: JAK TO BYLO S KÓDY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Když sledujeme vzrušenou diskusi kolem jediného dosud získaného lékařského výkonu psychosomatické medicíny, psychosomatická intervence (09170), o které se začaly jednotlivé skupiny lékařů přetahovat a obviňovat se z nekalých úmyslů, nemůžeme si nevzpomenout, kolik úsilí a dobré vůle stálo získání alespoň tohoto jediného kódu. Proto sepisují jen fakta, ke kterým máme doklady. Zvažte, zda při té „bitce o kód“ máte všichni diskutéri správné informace.

Psychosomatická medicína založená na oficiálně deklarovaném bio-psycho-sociálním přístupu ke zdraví a nemoci

(WHO) se dostávala jen obtížně do zorného pole naší drahé¹ medicíny. Od konce sedmdesátých let se o její prosazování postupně zasloužila řada zdravotníků organizovaných v psychosomatické sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Devadesátá léta nepřinesla přes všechny dramatické změny ve společnosti mnoho nového pro psychosomatické myšlení. Bylo až příliš mnoho jiných úkolů. Až na počátku nového století se podařilo prosadit kurz Základní psychosomatická péče (ZPP) na půdě IPVZ a lokalizovat německou učebnici stejného názvu². A protože jsme byli houževnatí, dostala se v r.2013

¹ Výše nákladů za rok 2022 je **597,2 mld. Kč**

² Tress, Krusse, Ott: Základní psychosomatická péče, Portál, 2008



psychosomatická medicína do vyhlášky o nastavbových atestacích a o rok později jsme založili odbornou společnost psychosomatické medicíny (SPM ČLS JEP). A po celou tu dobu jsme se vzdělávali, absolvovali (za své peníze) psychoterapeutické výcviky, a současně pečovali o komplikované pacienty se záhadným způsobem stonání. A učili jsme se také od nich. To všechno bez zvláštního finančního ohodnocení nebo bez výhledu na ně. Tato poctivá psychosomatika nebyl žádný byznys. Až v r. 2016 jsme zahájili jednání o

přidělení kódů výkonů lékařů se získanou odbornou způsobilostí. Neměli jsme v tom žádné zkušenosti, ale atestovaných lékařů pomalu přibývalo, a finanční ocenění nebylo žádné. Nepotřebujeme drahé přístroje, ale úhradu času, bez kterého se rozhovor s pacientem neobejde. Čas, který nelze zkrátit tak, jak se běžně zkracuje u většiny vyšetření. Hlavním protiaargumentem byl fakt, že většina lékařských výkonů je dotovaná dostatečně dlouhým časem. Ale všichni víme, jak to reálně v praxi vypadá³.

PRVNÍ POKUS 2019

Prvních návrhů výkonů se obětavě ujal člen výboru SPM MUDr. Jaromír Kabát. Navrhl a během let 2017 a 2018 s výborem projednal tyto výkony:

- a. DIFERENCIÁLNĚ DIAGNOSTICKÉ VYJASNĚNÍ PSYCHOSOMATICKÝCH PROJEVŮ NEMOCI
- b. CÍLENÉ PSYCHOSOMATICKÉ VYŠETŘENÍ
- c. EVALUACE STAVU PACIENTA S OHLEDEM NA PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY
- d. VERBÁLNÍ INTERVENCE U PSYCHOSOMATICKÝCH STAVŮ NEMOCI
- e. MULTIDISCIPLINÁRNÍ KONFERENCE O PRŮBĚHU LÉČBY

První jednání na Pracovní skupině pro seznam lékařských výkonů MZ (dohodovací řízení) nebylo úspěšné, jak se dalo čekat. Kolegové většinou neměli ponětí, že by něco jako psychosomatická medicína bylo pro pacienty potřebné, nebo rovnou celou věc pokládali za pokus o legitimizaci alternativní medicíny. A to přesto, že jsme předem vedli četná jednání na nejvyšší organizační úrovni. Mladí ministerští úředníci naší věci fandili, vedení Lékařské komory se postavilo rázně proti s argumentem, že přeci „*celá naše medicína je psychosomatická, tak není proč organizovat zvláštní segment*“ (cit. MUDr. Kubek). Nedali jsme se odradit a připravili jsme další kolo jednání.

DRUHÝ POKUS 2021

Tentokrát se ujal přípravy kódu během covidového roku 2020 předseda druhého výboru SPM. Výbor navrhl jednat o třech

typech výkonů pro různý kontext psychosomatické léčby. I když jsme ani tentokrát u dohodovacího řízení začátkem

³ Pokus s počítáním času vynaloženého lékaři na vykázané kódy (KORKO) brzy ukázal, že dodržení i jen 12tihodinové směny denně by

učinil systém neprůchodným. A to byla vykázaná doba většiny ordinací naplněna už v 11 hodin!



roku 2021 neuspěli, první nástřel problematiky, určený k diskusi ukazuje, jak široce jsme podporu psychosomatické praxe ve výboru promýšleli.

1. Vytvoření bonifikačních kódů:

- a. **Bonifikační výkon základní psychosomatické péče** (takový existuje-např. 06648) s nevelkým bodovým ohodnocením (např. 45 Kč), který by mohl používat lékař, který si doplnil vzdělání o psychosociální znalosti v kurzu základní psychosomatické péče). Vykazoval by ho samostatně v případě kapitační platby. Můžeme uvažovat o regulaci, např. až do výše navrženého předpokládaného procenta psychosomatických pacientů v ordinaci praktického lékaře (např. 20, 25, 30 %) na základě potvrzení o absolvování ZPP, nebo omezeno frekvencí na 1 r. č, třeba 1x měsíčně? Stačilo by?
- b. **Bonifikační výkon specializované psychosomatické péče:** Určen je pro specialisty s nástavbovou atestací v psychosomaticce. Pokrývá např. 30 min. na psychosociální problematiku a **přidává se ke každému výkonu základního oboru** (komplexní, cílené, kontrolní). Předpokládá mírné snížení počtu pacientů a zvýšení nákladů na r.č., jinak to nemůže fungovat. Hodnota bodů je vyšší, např. 255 Kč (tolik stojí 30 min. u psychiatra)
- c. **Bonifikační výkon pro odbornost 902 (fyzioterapie):** podobně jako u a) s tím, že by byl vázán na kurz psychosomatické péče ve fyzioterapii a podmíněn u indikovaného pacienta vyjmutím úhrady za kód PM péče z limitace na jedno URČ¹ – tj. úhrada za bodovou hodnotu kódu by se nezahrnovala do počtu bodů vykázaných

u daného URČ – je možné omezení maximálním počtem vykázaní kódu v roce.

2. Vytvoření kódů lékařských výkonů psychosomatické specializace:

jsou určeny pro lékaře s atestací, kteří pracují výhradně na psychosomaticky orientovaném ambulantním nebo lůžkovém oddělení. Nekombinují se s kódy původní profese.

- a. **Komplexní vyšetření psychosomatickým lékařem** (120 min/ 1032 +383=1415)
- b. **Cílené vyšetření psychosomatickým lékařem** (60 min/ 520 + 191= 711)
- c. **Kontrolní vyšetření psychosomatickým lékařem** (30 min/ 260+ 96 =356)

3. Vytvoření kódů pro specifickou práci interdisciplinárních týmů:

Značná část práce interdisciplinárních týmů spočívá v intervizi a supervizi a v odborných poradách. Tento čas není nijak v Seznamu výkonů zohledněn, a protože není hrazen, této podstatné práce v týmech nutně ubývá.

Návrh byl možná naivní, ale ukazuje, o co jsme se ve výboru SPM snažili: motivovat ke studiu a k práci s psychosomatickými pacienty co nejširší spektrum zdravotnických pracovníků a podporovat jejich propojování. Jedním z faktorů, který jsme na svých těžce prosazovaných a udržovaných pracovištích viděli, bylo faktické rozpojení bio-psycho-sociálního celku nejen v životě pacientů, ale hlavně mezi námi odborníky. Také proto jsme od samého začátku stáli o spolupráci lékařů, psychologů a fyzioterapeutů nejen při organizaci psychosomatické medicíny, ale hlavně v její praxi. Podrobný rozbor situace a záměru, na kterém pracoval celý

¹ Unicitní Rodné Číslo



výbor, měl 22 stran a řadu příloh. Bral v úvahu širokou podporu pro řadu odborníků. Psychosomatického pacienta se v klinické praxi ujímá kdokoli z uvedených zdravotnických pracovníků:

- a) Praktický lékař se vzděláním v základní psychosomatické péči (absolvování kurzu ZPP)
- b) Specialista se vzděláním rozšířeným o ZPP
- c) Praktik s atestací z psychosomatiky
- d) Specialista s atestací z psychosomatiky
- e) Lékař na s atestací na specializovaném psychosomatickém pracovišti
- f) Fyzioterapeut s doplněným vzděláním v základní psychosomatické péči
- g) Klinický psycholog s doplněným vzděláním v základní psychosomatické péči
- h) Lékař s atestací na lůžkovém psychosomatickém pracovišti

K dohodovacímu řízení jsme po zveřejnění návrhu a po diskusi s členy SPM

TŘETÍ POKUS 2022

K přípravě třetího pokusu přizval předseda SPM MUDr. V. Chvála neurologa MUDr. Pavla Čecha, který měl zkušenosti při vyjednávání kódů s pojišťovnami pro svá pracoviště a nebyl ještě voleným členem výboru. Během roku 2021 probíhala další diskuse s pojišťovnami, s odbornými společnostmi, s ministerstvem. Získali jsme postupně podporu Psychiatrické společnosti (PS) i Psychoterapeutické společnosti (ČPtS). Současně se upevňovala koncepce oboru. Materiál přímo navazuje na vůbec první doporučený postup, který jsme publikovali ve spolupráci s praktickými lékaři už v r.

¹ Chvála V., Honzák R., Masner O., Ročňová M., Seifert M., Trapková L., Siefert B.: Psychosomatické poruchy a lékařsky

předložili Pracovní skupině k SZV MZ tyto kódy:

1. KOMPLEXNÍ PSYCHOSOMATICKÉ VYŠETŘENÍ
2. CÍLENÉ PSYCHOSOMATICKÉ VYŠETŘENÍ
3. KONTROLNÍ PSYCHOSOMATICKÉ VYŠETŘENÍ
4. PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE
5. PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE S PSYCHOTERAPIÍ
6. INTERDISCIPLINÁRNÍ PŘÍPADOVÁ KONFERENCE
7. BONIFIKAČNÍ VÝKON ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE

Návrh bonifikačních kódů se organizátorům nelíbil. Naše návrhy byly odmítnuty jako celek, ale odpor členů pracovní komise MZ už nebyl tak většinový. Sbírali jsme zkušenosti, vedli jsme další jednání, poučili jsme se z námitek všech zainteresovaných stran, hlavně pojišťoven, které mají hlavní slovo.

2015¹. Stranám k vyjednávání jsme nabídli Koncept psychosomatických kódů, ve kterém je uvedeno:

„Tento koncept stratifikovaně zapojuje všechny lékaře v systému dle vzdělání a způsobu práce. Jednotlivé skupiny nedělají simultánně totéž, ale oslovují různé skupiny pacientů dle tíže a závažnosti psychosomatického stavu.“

I přes předběžný nesouhlas zástupce pojišťoven předkládáme komisi znovu k projednání tyto kódy:

1. KOMPLEXNÍ PSYCHOSOMATICKÉ VYŠETŘENÍ

nevysvětlitelné příznaky, 2015, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP



2. CÍLENÍ PS VYŠETŘENÍ
3. KONTROLNÍ PS VYŠETŘENÍ
4. PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE
5. PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE S PSYCHOTERAPIÍ
6. INTERDISCIPLINÁRNÍ KONFERENCE
7. BONIFIKAČNÍ KÓD ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE

Kódy připravoval celý výbor. Jednáním byli pověřeni V. Chvála a P. Čech, ale Chvála začátkem roku vážně onemocněl legionellou a vzdal se i další kandidatury pro připravované volby do výboru SPM. Mezi členy SPM se rozšířila zpráva, že komise chce přijmout jen jediný z navrhovaných kódů. V zápise z jednání výboru SPM ze dne 8.2. 2022 v bodu 3 čteme:

„Kódy výkonů. Podány v řádném termínu registrační listy k projednání na komisi pro SZV MZ. Dnes přišly připomínky VZP, svazu pojišťoven a MZd. Vyřídít do 11.2. Předběžné projednání (online) bude 15. a 17.2., postoupené výkony k projednání na skupině pro SZV budou projednány 17.3.2022. Komise pro SZV MZ navrhuje projednat jen kód PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE pro lékaře s atestací. Výbor SPM jednomyslně souhlasí s tím, že projednáme tento kód, ale budeme trvat i na kódu PSYCHOSOMATICKÁ INTERVENCE PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM SE VZDĚLÁNÍM V PSYCHOTERAPII, čímž je myšleno dokončené komplexní vzdělání v psychoterapii akreditované pro zdravotnictví v minulých

letech. Pro projednání dalších kódů si vyjednáme prostor pro další spolupráci s vedením VZP.“

Na tomto jednání nás přesvědčil Pavel Čech o tom, že není taktické přijímat jediný kód Psychosomatická intervence, protože by to „*pokládala pojišťovna za vyřizovanou věc a už bychom nedosáhli ničeho.*“ **Při jednání jsme proto schválení jen jediného kódu nakonec odmítli. To vyvolalo nečekanou bouři mezi členy SPM, zejména lékaři, kteří již měli atestaci. A vznikla skupina lékařů, která chtěla založit sekci lékařské psychosomatiky. Vznikl narativ, že výbor SPM se nestará o členy své společnosti.** Rozkol byl zde. Ve výboru převážil názor, že je příliš brzy na vytváření sekcí uvnitř mladé SPM. Pokud by měla existovat sekce lékařské psychosomatiky (A o co jiného jsme se celých více než 30 let snažili?), měly by vzniknout také sekce psychologické a fyzioterapeutické psychosomatiky? Znovu dělení místo sjednocování? Výbor měl navíc spoustu jiných úkolů: připravoval řádné volby a 19.konferenci. V. Chvála ze zdravotních důvodů nekandidoval. Aktivní skupina lékařů se začala scházet v Šárce. Poslední, co výbor před volbami ke kódům rozhodl bylo jednak zorganizovat panel k výkonům během konference² a pověřil dalším jednáním o kódech V. Chválu a P. Čecha. K jednání s ředitelem VZP Kabátkem šla delegace SPM ve složení Čech, Chvála, Ročňová.

² Konkrétní znění bodu ze zápisu z 13.4.2022: „**Panel na téma výkony psychosomatické medicíny do seznamu ZV na 19.konferenci?** Jde o to

informovat členskou základnu a najít konsensus se členy SPM pro další jednání.“

ČTVRTÝ POKUS 2023 A ĎÁBLOVO KOPÝTKO JEDINÉHO KÓDU

Nově zvolený výbor s předsedou P. Čechem pokračoval v započaté práci a podal zatím poslední návrh upravený již podle všech dosud proběhlých jednání tak, jak se to zdálo jediné možné – tedy jeden kód Psychosomatická intervence, pojišťovnou opakovaně deklarovaný jako jediný, který odsouhlasí, ne pod autorskou odborností psychosomatika, jak jsme si přáli, ale jako mezioborový (999). Tento kód byl ve všech původních návrzích myšlený jako kód pro lékaře bez atestace, ale vzhledem k tomu, že jiný se opakovaně nepodařilo prosadit, výbor většinou souhlasil s tímto jediným kódem. Podmínkami a omezením (max. vykazováním 35x za rok na jednoho pacienta) bylo zřejmé, že určitá psychosomatická péče se takto dá poskytovat, i když záměr byl původně hodně jiný. Aby nebylo lékařů, kteří budou moci vykazovat tento jediný nový kód jen okolo 50 (počet atestovaných přibližně), navrhli vyjednávači, aby výkon mohli používat i lékaři bez atestace, jen s absolvovaným kurzem ZPP a sebezkušeností nabytou ve skupině (120 hodin oproti 160 hodinám potřebným k atestaci). Výbor souhlasil, protože chtěl umožnit většímu počtu lékařů vykazovat psychosomatickou péči a také proto, že tento kód byl vždy zamýšlen pro neatestované.

Po schválení kódu nastaly oslavy a nikdo si nestěžoval, že je to nespravedlnost, že kód mohou nasmlouvat atestovaní i neatestovaní lékaři. Nutno ještě podotknout, že při jednání v pracovní skupině, která kódy schvaluje, byli zásadními podporovateli schválení kódu pro psychosomatiku zástupci praktických lékařů, možná by bez jejich podpory žádný kód dosud schválen nebyl. Praktičtí lékaři kromě podpory schválení našich kódů již od počátku funkčního období tohoto výboru SPM jednali otevřeně o možnosti vytvoření nového kurzu více šitého na míru

jejich potřeb a také pak o navazující možnosti vykazování kódu. Jednání na toto téma měl i předseda výboru MUDr. Čech s MUDr. Šonkou.

Aby mohl kód platit už od začátku roku 2024, bylo třeba sepsat podmínky, za jakých bude kód vykazován. Tak vznikl Doporučený postup (nikoli první) jehož autory byli tři členové výboru SPM ČLS MUDr. Čech, MUDr. Kryl a PhDr. Stackeová. Zbýlých 6 členů výboru nebylo informováno o vzniku DPP, který byl vydán narychlo jako stanovisko celého výboru, ačkoli neměli možnost návrh připomínkovat nebo oponovat, což vedlo k diskuzi, která vyústila v odstoupení všech tří autorů DPP z výboru. K narativu, že se výbor nestará o členy SPM přibyla nepravdivá pomluva, že „z výboru odešli ti slušní a schopní, a zůstali tam jen neschopní“. Následující již dvacátá celostátní konference v Liberci, na kterou byli pozváni všichni zájemci o psychosomatickou problematiku, svým průběhem a kvalitou došvédčila opak. Početně oslabeného výboru SPM se zastal přímo na konferenci i prezident ČLS JEP prof. Svačina i právní oddělení ČLS JEP.

Fakt, že jediný kód dnes mohou vykazovat atestovaní i neatestovaní, tedy lékaři s odlišnou investicí do svého vzdělání, je čertovým kopýtkem vyjednaného výkonu a zdá se, že se stal zdrojem dalšího nesváru uvnitř SPM ČLS. Po odstoupení tří členů pokračuje výbor SPM ČLS v prosazování původní koncepce vykazování psychosomatické péče, tedy v práci na prosazení dalších kódů pro atestované lékaře a podporuje myšlenku vzniku nového, kratšího kurzu doplněného osmdesátihodinovou sebezkušeností, jehož absolventi by následně mohli nasmlouvat pro ně původně zamýšlený kód Psychosomatická intervence. Pro atestované lékaře je třeba prosadit další výkony a jasné



tak diferencovat stupně vzdělávání při
odměňování.

V Liberci 29.4.2025

Zápisy z jednání výboru Společnosti psychosomatické medicíny České lékařské společnosti J.E. Purkyně najdete na [Zápisy z jednání výboru – Společnost psychosomatické medicíny ČLS \(www.psychosomatika-cls.cz/content/zapisy-z-jednani-vyboru/\)](http://www.psychosomatika-cls.cz/content/zapisy-z-jednani-vyboru/)

Nebo naskenujte QR kód zde:



Sledujte pravé zdroje informací garantované Českou lékařskou společností

Informace

Akce

Diskuse

Vzdělávání

Volby

Přihláška do společnosti

Stanovy

Seznam pracovišť



DISKUSE



9. ILUSTRÁČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

KOLEM PŘIPRAVOVANÉHO KRATŠÍHO KURZU A JEDINÉHO KÓDU SE SPUSTILA BOUŘLIVÁ DISKUSE

Časopis Psychosom „*Je 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,*“ jak stojí v tiráži. Jak by mohla chybět rubrika „Politika a koncepce“ (pro kterou byla redakce napadena žalobou, kterou soud dosud neprojednal), anebo dokonce „Diskuse“? Bez diskuse není demokracie. Demokracie je ale jen, jak známo, pro dospělé osoby s dobrou vůlí. Jen takovou diskusí svět sílí a roste. O naší psychosomatice to platí také. Proto přinášíme informaci o proběhlé diskusi, která snad měla dobré jádro i když navenek ne moc šťastnou formu. Posuďte sami.

OTEVŘENÝ DOPIS KE ZMĚNÁM VE SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Autoři „otevřeného dopisu“ nedovolili svůj text otisknout. Byl rozeslán na řadu míst mimo členy odbornou společnost, a také některým členům SPM. Je to škoda,

protože následující diskuse se točí právě kolem tohoto nyní utajeného textu. Stručně řečeno, autoři se ve svém dopise obnávají o osud jediného kódu



psychosomatická intervence, ke kterému praktičtí lékaři podali pozměňující návrhy. Autoři se obávají, aby nedošlo ke snížení nároků na vzdělávání

v psychosomaticce. Současně projevují velké obavy o to, zda se výbor SPM dostatečně stará o vzdělávání v psychosomaticce. (Red.)

MUDR. JAROMÍR KABÁT, PHD.

Vážený,

přečetl jsem si Váš otevřený dopis a měl bych k němu několik poznámek.

Především se domnívám, že by bylo přínosnější zaměřit se více na věcnou argumentaci a omezit expresivní výrazy jako „dehonestace“, „nekalé mocenské praktiky“, „vyřazení ze hry“ nebo „zneužití funkce“ a „ohrožení pacientů“. Nic takového se v SPM neděje a podobně silná rétorika spíše prohlubuje konflikty, než že by pomohla k racionálnímu řešení situace. Navíc se zdá, že některé závěry vycházejí z neúplných nebo nepřesně interpretovaných informací, například i o uvažovaných změnách ve vzdělávání.

Místo konfrontačního přístupu by bylo konstruktivnější hledat společnou cestu a aktivně se účastnit diskuze se všemi relevantními

MUDR. MARTIN SEIFERT

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

děkuji doktoru Kabátovi za vyjádření, se kterým plně souzním. Necítím se dobře v současné netransparentní situaci zahlcené emocemi.

Rád bych spolupracoval na společné otevřené diskusi, která by měla vést k optimalizaci vzdělávání lékařů i nelékařů a ustanovení pevného a zároveň dynamicky se rozvíjejícího postavení

stranami. Nejsem si jist, že rozesílání Vašeho otevřeného dopisu ministerstvu, pojišťovně a médiím povede k efektivnímu řešení – spíše naopak.

Je zřejmé, že na mezioborové povaze psychosomatické medicíny se shodneme. Posilování mocenských bloků jí však nijak neprospěje. Místo vymezování vůči změnám by bylo smysluplnější soustředit se na to, jak obor rozvíjet, jak **zkvalitnit a modernizovat vzdělávání tak, aby to odpovídalo reálným potřebám lékařů i pacientů**. Přehnaně emotivní kritika a ostrá polarizace nevedou ke konstruktivnímu řešení, ale spíše k dalšímu prohlubování rozdílů. A to psychosomatické medicíně může spíše uškodit než prospět.

S pozdravem Jaromír Kabát

psychosomatické medicíny v českém zdravotnickém prostředí.

Myslím, že je úplně přirozené a v souladu s principy psychosomatické medicíny, aby praktičtí lékaři byli v co největším množství co nejlépe vzděláni v psychosomatickém přístupu k pacientům. Zároveň nesmí mít lékaři jiných oborů pocit, že nemohou v systému uplatňovat své získané psychosomatické kompetence, a



psychosomatici, že se celá psychosomatická medicína devaluje.

Především je však opravdu potřeba tahat za jeden provaz a neplýtvat vzácnou energií nás všech.

S uctivým pozdravem Martin Seifert

MUDR. VLADISLAV CHVÁLA

Děkuji Jaromíře a Martine za rozumnou a přiměřenou reakci.

Otevřený dopis pokládám za projev zájmu aktivních kolegů o osud psychosomatické medicíny, což je jistě dobré znamení. Současně to chápu jako příznak skepse, obavu, že jejich hlas v SPM není slyšet a že by mohlo dojít bez jejich přispění k zbezdůznamnění SPM ve složité organizaci zdravotní péče. Škoda, že se nechali strhnout k dělení na „my a oni“, a útočí na stávající výbor SPM, na který členové SPM delegovali ve volbách odpovědnost za rozhodování do dalších voleb. A škoda, že se nechtěli podílet na náročné práci výboru, v době, kdy bylo možné kooptovat nové členy za ty, kteří odešli. Vzájemná nedůvěra není dobré východisko pro jednání, ale nic jiného nepomůže posunout věci vpřed. Jediný kód, o který se nyní kolegové bojí, byl kódem, který jsme při jednání s pojišťovnami

prosazovali vedle podstatných kódů pro lékaře atestované v psychosomatické medicíně, a byl míněn právě jako kód pro praktické lékaře s nižším vzděláním, než je atestace. Tím, že byl dohodnut jen kód jediný, a ještě navíc je k dispozici oběma skupinám, tedy atestovaným i neatestovaným, vznikl problém, na který kolegové věcně správně upozorňují, i když nešťastnou formou. To se ale nevyřeší jinak, než dokončením jednání o dalších kódech a jasným rozlišením rozsahu vzdělání a k tomu přiměřeného bodového ohodnocení práce.

Diskusi o problému rádi uveřejníme v nejbližším Psychosomu, pokud bude zájem, aby k tomu měli přístup všichni zainteresovaní.

V naději na porozumění Vladislav Chvála

MUDR. ONDŘEJ MASNER

Dobré ráno,

trochu mě udivuje, že se k tématu nikdo jiný nevyjadřuje-Čím to je? Mě se to zdá být významná věc, protože způsob, jakým se zpřístupní kolegům náš jediný psychosomatický kód je klíčový.

Za mě si dovedu představit následující scénáře:

- lékaři budou dělat psm intervence bez dostatečných dovedností a můžou poškodit pacienta nebo zdiskreditovat náš obor

- lékaři budou vykazovat náš kód tak hojně, že pojišťovnám rychle stoupnou náklady bez získaného efektu a náš kód nám zase seberou



Navíc mám nyní nejistotu v tom, kdo vlastně změnu psychosomatického kódu vyjednával, jestli naše společnost, nebo společnost všeobecných lékařů? Nebo společně, k tomu bych rád věděl víc.

Myslím, že toto je záležitost, o které by měli rozhodovat členové naší společnosti. Je to ideální příležitost naši základnu aktivovat, po čemž jsme v minulém výboru často volali. Chci tedy

poprosit, aby výbor na toto téma otevřel širokou diskusi. Nejlépe podrobným zápisem z příštího zasedání výboru, který by se pak ideálně rozeslal na všechny členy. Ale možná vás napadne i postup jiný. Děkuji

Budu rád za reakce i ostatních oslovených, je to přece naše společná starost.

Ondřej Masner

REAKCE VÝBORU SPM ČLS JEP NA OTEVŘENÝ DOPIS KE ZMĚNÁM VE SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ZE DNE 10.2.2025

Vážený pane/paní, dovoluji vám v tuto chvíli vyjádřit rozhořčení nad způsobem komunikace několika lékařů psychosomatiků s výborem Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP. Diskuse o většině témat zmiňovaných v otevřeném dopise aktuálně probíhá. V tuto chvíli jsme ve fázi jednání a hledání shody ve výboru SPM a v komunikaci se zástupcem subkatedry psychosomatiky IPVZ (MUDr. A. Večeřová-Procházková). Je pravdou, že se této diskuse autoři otevřeného dopisu neúčastní, přestože tuto možnost měli a mají. Po odchodu tří členů z výboru SPM v únoru 2024 (mimo jiné MUDr. M. Kryl) byl osloven také MUDr. J. Řehák s nabídkou kooptace do výboru SPM, kterou odmítl. Před konáním Valné hromady v červnu 2024 byli osloveni všichni členové SPM s možností podat návrh na projednávaná témata. Nikdo z lékařů, autorů otevřeného dopisu, tuto možnost nevyužil ani se neúčastnil valné hromady. Tato valná hromada podpořila pokračování práce výboru i po odchodu 3 členů. Ujistění o legitimitě a možnosti pokračování personálně oslabeného výboru poskytlo i právní oddělení ČLS JEP, se kterým jsme celou situaci po nečekaném odchodu 3 členů konzultovali.

V prosinci 2024 se konala Vědecká schůze SPM ČLS JEP na téma výše uvedeného kódu 09170, vývoje jednání kolem kódů a zkušeností s jeho využitím v praxi. Té se opět nikdo z výše podepsaných lékařů neúčastnil. Členové SPM mají možnost účastnit se jednání výboru. Tuto možnost, na rozdíl od několika jiných kolegů, autoři otevřeného dopisu doposud nevyužili. K bodům v otevřeném dopise dále uvádíme: V žádném případě neprobíhá jednání, která by výkon „Psychosomatická intervence“ (kód: 09170 Seznamu zdravotních výkonů) převáděl do gesce odbornosti Všeobecný praktický lékař (001). Tento výkon je mezioborový, a tak i zůstane. V zájmu pacientů je, aby se okruh lékařů vzdělaných v psychosomatice rozšířil, nyní jde o malý počet lékařů. SPM dlouhodobě připravuje (již od minulých volebních období) několikastupňové vzdělávání v psychosomatice. Tomu odpovídá nyní plánovaný mezioborový kurz, který má být kratší, jeho cílem není dosažení atestace, ale základní psychosomatické vzdělání. Kratší kurz by mimo jiné navazoval na Mimořádný kurz Psychosomatika pro praktické lékaře, který na žádost katedry SVL, výboru SPM a v komunikaci se subkatedrou



psychosomatiky IPVZ připravila a v letech 2017-2019 vedla MUDr. M. Ročňová. Proběhlo celkem 9 dvoudenních kurzů. V nich vyučovali především lékaři např. Ročňová, Holub, Chvála, Branna, Šroubková, Hronová a další. Další výuku zastavil Covid-19. Druhým stupněm by mohlo být vzdělání, které je dnes definováno jako podmínka k vykazování kódu „Psychosomatická intervence“ a nejvyšším stupněm pak získání kódu pro lékaře psychosomatiky s atestací. Toto je jeden z návrhů, které jsou předmětem diskuse a součástí dlouhodobé práce výboru současného, ale i výborů minulých a pravděpodobně i budoucích. Vyjednávání s pojišťovnami o úhradách je možné vždy až po vytvořeném vzdělání.

Atestace z psychosomatiky je možná od roku 2015, první kód byl schválen v roce 2024. Bohužel ten s nejnižším bodovým ohodnocením, námi - výborem SPM - původně navrhovaný pro tyto lékaře – bez atestace, se základním psychosomatickým vzděláním. Pojišťovny ostatní, lépe ohodnocené výkony zamítly a atestování lékaři (včetně autorů otevřeného dopisu) byli rádi, že se podařilo vyjednat alespoň jeden kód. Nyní pokračujeme v původním plánu – tvorbě onoho nižšího psychosomatického vzdělání, které, věříme, bude absolvovat více lékařů. Dle našeho názoru není cestou zablokovat toto pro širokou lékařskou obec koncipované vzdělání. Máme zájem na vytvoření všech stupňů psychosomatického vzdělávání a na vyjednání odpovídajícího ohodnocení pojišťovnami.

MUDR. ALENA VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ

Vážení kolegové,

chci jen upozornit, že nic není černobílé, jak se jeví třeba zpočátku.

Pracujeme na tom a doufáme, že v tomto úsilí bude pokračovat i další výbor SPM. Kolegové – autoři otevřeného dopisu jistě vědí, že vytváření kvalitního, odstupňovaného vzdělávání není snadné, o vyjednání odpovídajících kódů s pojišťovnami ani nemluvě. Protože považujeme téma vzdělávání v psychosomatice za jednu z priorit, jsme v kontaktu se subkatedrou psychosomatiky IPVZ. MUDr. A. Večeřová-Procházková se účastnila jednání výboru 11.2.2025. S ní i s vedoucím subkatedry psychosomatiky IPVZ doc. MUDr. J. Beranem jsme samozřejmě v pravidelném emailovém kontaktu. Na závěr tedy ujišťujeme lékaře psychosomatiky, že si velmi vážíme jejich aktivity směrem k lékařům se zájmem o psychosomatiku (zejm. Setkávání v Šárce) Nadále je rádi podpoříme nejméně inzercí této akce na stránkách společnosti tak, jak jsme to činili dosud. Znovu lékaře vyzýváme k přímé komunikaci s výborem SPM ČLS JEP, který je legitimním zástupcem všech členů a je oprávněn vést jednání vedoucí k vytvoření víceúrovňového modelu péče o psychosomatické pacienty (včetně ohodnocení této práce zdravotními pojišťovnami). Apelujeme na to, aby síly všech členů SPM ČLS JEP a jejich zájem o dobrou pozici psychosomatiky v rámci péče o pacienty nebyly tříštěny nešťastnou komunikací vedenou směrem ven bez komunikace uvnitř Společnosti.

S pozdravem Výbor SPM ČLS JEP V
Praze dne 12.2.2022

A stejně jako v každé mandale yin- yang se v největší intenzitě jednoho skrývá zárodek opačné polarizace.



To, že je vůbec podáno na ministerstvu změnové řízení k "našemu" psychosomatickému kódu se výbor dozvěděl právě až těsně před zasedáním 11.2.2025, přestože změnové řízení bylo podáno dříve před koncem roku, už počátkem února upravováno a zůstává k jednání, které bude 6.3., je zde tedy časová tíseň.

Díky otevřenému dopisu, který, jakkoli zvolily skandální a pro společnost nešťastnou formu whistleblowingu, sepsaly kolegyně, kterým jde o odbornou úroveň psychosomatiky stejně jako nám všem ostatním, se nyní nad změnami, které podaný návrh změnového řízení nabízí, zamýšlí s kalkulačkou v ruce další lidé. Forma skandální, obsah podstatný. Šlamastyka, ze které se nedostaneme dalším štěpením na my a oni.

MUDR. ONDRA MASNER

Dobrý den, všem,

děkuji za všechny příspěvky a debatu. Jako jeden z iniciátorů této mailové výměny bych si nyní dovolil navrhnout tuto linku po mailu ukončit.

Moc rád bych, v mých očích nutné, diskusi konstruktivním způsobem

NA ZÁVĚR A. VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ:

1. Předatestační curriculum dobíhá a bude se měnit-zjednodušovat v r. 2026, tak aby bylo v souladu s komentářem Mirka Kabáta, že je vzdělávání potřeba zkvalitnit a modernizovat, zatím jsme vázaní Vyhláškou a publikovaným

Kdyby prošlo změnové řízení bez povšimnutí, byli bychom postaveni před hotovou věc a psychosomatickému vzdělání, do kterého řada z nás nemálo investovala, by hrozila devalvace. Zatím se Zina Hánová - díky Ti, Zino - ujala vytvoření pracovní skupiny pro vzdělávání, která se pustí do modernizace předatestačního vzdělávání jako přípravu k reakreditaci vzdělávacího programu, která proběhne v r 2027.

Přidávám se k apelu na vytvoření bezpečné platformy pro konstruktivní diskusi.

S přáním všeho dobrého

Alena Večeřová Procházková

pokračoval a věřím, že výbor najde cestu, jak pro tento účel všem zájemcům z řad společnosti nabídnout vhodnou platformu.

Děkuji a hezký den

Ondra Masner (19.2.2025)

curriculem, i když se předatestační kurz průběžně modernizuje a aktualizuje.

2. Ke sladění obsahu kurzů minimálního vzdělávání pod katedrou VPL " Základy psychosomatiky" a kurzu subkatedry "Základní psychosomatická péče",



abychom neučili to samé, vznikla pracovní skupina pro vzdělávání, která pracuje na diferenciaci vzdělávání podle předpokládaných kompetencí získaných v tom kterém kurzu.

3. Dne 22.4. proběhlo jednání předsedkyně SPM, zástupce výboru SVL, ředitelky IPVZ a zástupce MZ- ředitele odboru úhrad. Byla shoda na potřebě kódů v minulosti opakovaně navrhované verzi- kód Psychosomatické intervence

pro nejnižší vzdělání a pro atestované dříve navrhované kódy s vyšším ohodnocením, dohodou je, že máme za SPM znovu podat návrhy kódů pro atestované.

Vše ještě projde znovu komisí.

Takže praktici dostanou, co chtěli a psychosomatici s atestací máme příslib a těšíme se.

S pozdravem

Alena



RECENZE



10. ILUSTRÁČNÍ FOTO L.DAŇKOVÁ Z KONFERENCE ETIKA V PSYCHOTERAPII (ČAP)

JIŘÍ PEŇÁS: PSYCHIATRŮV DEKALOG RADKIN HONZÁK A JEHO SPOLUPRÁCE S JEHOVOU

Všechno ví jenom pánbůh – a hned po něm psychiatři. Problém pánaboha v naší době je, že mlčí, což je jaksi součástí jeho moderní identity, proto to za něj v rámci svých možností musí vzít oni, psychiatři. Ty lze považovat za následovníky starozákonních mudrců a proroků, což ovšem kryjí svým jakoby civilním povoláním. Klasickým utělením proroka byl Sigmund Freud, vlídnější a lidštější podobou proroka naší české současnosti se jeví Radkin Honzák, který vedle toho zosobňuje archetypální roli moudrého starce (senex či moderně: wise old man).

Není tedy vlastně až tak překvapivé, že jeho nová kniha Desatero Radkina Honzáka vznikla za spolupráce se samotným

Jehovou, tedy starozákonním Hospodinem, jehož nejznámější a vlastně jediné literární dílo, o němž lze předpokládat, že ho napsal vlastní rukou, Radkin Honzák vykládá a interpretuje. Tím dílem je samozřejmě dekalog čili desatero božích přikázání. Dle Starého zákona ho po setkání s autorem, tedy s Hospodinem, snesl vyryté na dvou deskách Mojžíš z hory Sinaj, čímž předal do užívání základní morální systém „naší“ civilizace. Tyto tisíce let staré postuláty samozřejmě byly dodržovány vždy velmi nedůkladně, ale civilizaci židovsko-křesťanskou de facto vytvořily a udržely. Je ovšem otázka, do jaké míry jde o pravidla univerzální a za všech časů platná. Jsou lidé, kteří mají za to, že desatero zastaralo, pokrok ho překonal a je třeba ho nějak



revidovat. Nuže, Radkin Honzák mezi takové reformátory nepatří, domnívá se, že v generálním smyslu je desatero platné, nadčasové a aktuální stejně jako za časů starých Izraelitů. Jenom se musí adekvátně vyložit.

A to je právě úkol knihy. Ta je sestavena ze dvou prolínajících se částí. První jsou Honzákovy texty esejisticko-fejetonistického typu ke každému konkrétnímu přikázání. Tou druhou částí jsou rozhovory, jež s Honzákem vede editor knihy Jan Dražan, které opět téma jednotlivých přikázání komentují, glosují a převádí do souvislostí dneška. Téma je to tedy závažné, ale v žádném případě nejde o suchopárné výklady. Honzákova hravá, záletavá a asociativní mysl co chvíli sahá po nějakém historickém, kulturním či medicínsko-psychiatrickém příkladu. Jeho styl je živý a nekonvenční, otevřený nadsázce, vtipu a ironii. V jádru ale jeho výkladem prochází velmi zřetelná linie skeptického, či přímo pesimistického pohledu na současnost, jež se „starému muži“ jeví jako značně... problematická a nerozumná. Honzák je principiální racionalista a empirik, dá na to, co vidí a co odpovídá jeho zkušenosti a praxi, odborné i osobní, ba rodinné, což se prolíná. Člověk v jeho pojetí je zasazen do biologického rámce, miliony let evoluce nejde popřít a překonat nějakými módními a přírodě odporujícími tendencemi („transgenderové šílenství, které je někdy módou a někdy ryzí blbostí“). Danosti mužské a ženské jsou fundamentální, experimenty biologické i společenské vedou k tragickým výsledkům, základ je dán

výchovou a ta je nejlepší v rodině klasického typu. Na námitku, že jeho názory jsou staromódní, odpovídá s klidem, že možná ano, což ale neznamená, že nejsou pravdivé.

Tento esenciální přístup se přitom prolíná s etikou a morálkou, která právě může, ba asi musí mít náboženské kořeny, neboť jí tak dávají pevnou půdu a živiny: Honzák o sobě mluví jako o katolíkově, byť se ne vždy ztotožňuje s církevní praxí. Pro český (většinový) ateismus má historické vysvětlení a snad i pochopení, ale obává se, že bez dotyku s vírou se společnost ochuzuje o etické a duchovní živiny, což má pak neblahé následky: přinejmenším je bezradná, zmatená a lehce ovlivnitelná. Boha a náboženství nahradil konzum a hodnotový relativismus, který není právě dobrou základnou pro stabilní pokračování společnosti či přímo civilizace. O ní nemá valné iluze a mluví přímo o jejím zániku: ten nastal 9. května 1960, kdy americký úřad schválil antikoncepční pilulku, tehdy začala „degenerativní fáze naší civilizace“, neboť žena přestala být ženou a stala se sexuální partnerkou. Co si s tím pak počne šesté přikázání, jež obvykle bývá nejatraktivnější, je otázka pro samotného Hospodina.

Desatero Radkina Honzáka. Radkin Honzák a Jan Dražan. Vydalo nakladatelství Zeď, Praha 2024, 260 stran.

Vyšlo v Echo Prime (<https://prime.echo24.cz/a/HL8ac/psychiatruv-dekalog>) Zde publikováno se svolením obou autorů



ROZHOVORY



S RADKINEM HONZÁKEM

Redakce: Jak ses ty jako psychiatr dostal vlastně k psychosomatice?

Radkin Honzák: Můžu říct poctivě: jako slepej k houslím. Měl jsem jakési ponětí, naši byli v nějakém spolku doktorů, co pašoval první penicilin od Fragnerů do koncentráků, a tak jsem měl medicínu na talíři z jiné ruky než na fakultě. Ta byla o lidech, zatímco na fakultě o nemocech, a to je zásadní rozdíl. Byl jsem tedy částečně nakaženej.

Po povinné místenkou určené praxi v Kosmonosích jsem vyhrál konkurs na místo konziliárního psychiatra v Ústavu pro výzkum výživy lidu v Krči. Předemnou tam působil Miloš Vojtěchovský, který narýsoval v tom místě velice jasně psychosomatickou dráhu (on byl ještě psychoanalyticky naladěný, ale z toho časem sešlo).

Jak řekl již Franz Alexander, kdysi dávno, břicho je rezonanční deska emocí, a tak mě gastroenterologičtí pacienti i kolegové, pomalu začali učit. Byla to úžasná škola a byli tam úžasné osobnosti, jako třeba Vláďa Brodan, který se jednou významenal nezapomenutelným výrokem. Po velké vizitě, kdy jsme na chodbě diskutovali nad jedním problematickým člověkem, Vláďa řekl: „Vím, co tenhle člověk potřebuje...“. A po dramatické chvíli ticha doplnil: „... pořádného doktora.“ Tam jsem si uvědomil svou roli při jeho emocích, svou roli porozumět a nejmíň „býti spolu“.

Red.: Proč si myslíš, že psychosomatika není věcí psychiatrie?

RH: Přestože jsem psychiatr, a jsem rád, že jsem si vybral tenhle obor, jsem si jist, že psychosomatika nesmí KOTVIT



v psychiatrii, protože patří především do terénu, lékařům první linie. Ona je to otázka myšlení a přijetí člověka, který za doktorem se svými problémy přichází. Když to zkrátím, psychiatr už musí uvažovat o jeho diagnóze typu F.00 až F.90, zatímco praktik ho dostává syrového a musí řešit jeho problémy, a ne jeho bláznění. Psychiatři by praktiky uzurpovali svým viděním, přitom psychosomatika NENÍ věcí psychiatrických diagnóz.

Red.: Proč se nestal psychosomatický koncept samozřejmým způsobem uvažování v naší medicíně?

RH: Protože komplikuje biologickou cestu patogen---nemoc. Vnáší do toho emoce, které doktoři nezvládají sami u sebe, natož u pacienta. A výcvik je drahejší a zdržuje!

Red.: Víme, že jsi „kazil“ mediky, jak jen to šlo. Bude někdy vzdělávání v psychosomatice na LF povinné pro všechny?

RH: Bohuželva, nebude (bohuželva je z Morgensterna a kdo z psychosomatiků toho básníka nezná, mezi nás nepatří!!!). Bude to vždycky vadit oficiální medicíně, která je čím dál tím víc ve službách farmaceutických firem. Zatím je medicína stále učením o NEMOCECH, ne o LI-DECH. To bude trvat dlouho, protože medicínu živí firmy!!!

Red.: Oba víme, že je to složité. Těch teorií od Freuda po Dunbarovou! Ale nakonec, zdá se mi, vždycky pracujeme s tím, co nám pacient sám nabízí. Já hodně dám na rodinnou narativní terapii a systémovou teorii, kam se dá vždycky nějaké vysvětlení srozumitelně pro pacienta zamontovat. Co pokládáš Ty za dobré koncepty a výklady nemoci?

RH: Jsem to, čemu říkají eklektik. Někdy se hodí Freud jak vyšitej, někdy je to úplně jinak. Co je podle mě nejpodstatnější, je pacient. A ten je někdy vůl. Nevyhýbám se farmakoterapii. Mám jednoho s dráždivým tračníkem, je dealer a byl závislý na benzinových pumpách, kde byly záchody. Když se jeho stav zlepšil, jako správný A-typ nevěděl nic lepšího než si zvětšit okruh o další dva okresy. Zatím drží na Amitriptylinu, a až přijde výpadek... Levné léky se snaží firmy stáhnout do nebytí, viz můj oblíbený Prothiaden. Ale zpátky: tenhle člověk se stále vyššími nároky nakonec někde selže a bude to svádět na nemoc a na blbé doktory a já vím, že na to, jak málo možností společné práce máme (musí furt jezdit), že s tím stejně nic, než záplatu neudělám. Kdybychom se dohodli na tom, že jeho Prométheovské touhy jsou sebezničující, bylo by po problému. Leč on nechce, on chce vydělávat, aby měl na hypotéku, na drahou dovolenou, na studie pro děti... Tam se Freud ani Dunbarová neuplatní!

Red.: V osmdesátých letech vyšla Psychosomatická medicína tří autorů, Bašteckého, Šavlíka a Šimka. Víme, že napsal Psychosomatickou prvouku (kromě řady jiných knih). Myslíš, že je čas na další přehlednou českou učebnici?

RH: Myslím, že všechny školy a učebnice jsou pouze méně či více dobrým krytím zad toho, kdo je tady najednou s živým pacientem. Myslím, že nejlepší učebnicí je sebepoznání ve výcviku, který je na to zaměřen víc než na figle s pacientem. Napsal jsem toho spoustu a nemyslím, že by to bylo úplně blbé, ale osahat si to musí každý sám. Tak jako když jsem se setkal poprvé s dokonalou sebevraždou své pacientky a prožil si šok a další negativní emoce, musí každý projít těmito negativními zkušenostmi, dostat na hubu a zase vstát! To je podstata, které se někde říká křesťanská pokora. Bude nutná nová



učebnice, která obsáhne to, co my staříci máme pod kůží a nemá to nic společného s jedním zákonem (s velkým Z).

Red.: Máš nějaký vzkaz pro naše čtenáře?

RH: Jo! Jak pravil autor textu Internacionály: Vy nejste ničím, buďte vším! Vykášlete se na kariéru a zaměřte se na sebe a na pacienty! Jezdím po krajích českých a připadám si jako F.L.Věk. Nákazu psychosomatiky roznáším zdarma a když se mě ptají na honorář, mluvím o adrese kostela nebo psího útulku. Nekecám. Na

druhé straně, když po MNĚ tak touží, jako o zábavném blbečkovi, neváhám říct si o honorář. Psychosomatika potřebuje stálý přísun sil, jinak vyhyne. Ty síly musejí jít odspoda, nevzpomínám si, že kromě naší zběsilosti, věnovala kterákoliv fakulta takovou intenzitu péče o dorost. Vždyť my jsme začínali se TŘEMI semestry ve 3. a 4. ročníku. Pak to spolklly počítače, když přišel nový děkan, skončila naše karta a bylo po srandě. A tak to je všude. Jsme stále partyzáni a musíme to umění zvládat.

Red.: Děkujeme za rozhovor.



PSYCHOTERAPIE

Recenzovaný časopis pro psychoterapeuty, studenty, výzkumníky i další zájemce o psychoterapii. Posláním časopisu je rozvíjení psychoterapie jako odborné a vědecky podložené činnosti a profese. Časopis vytváří prostor pro sdílení poznatků z praxe, teorie a výzkumu psychoterapie, byl založen 1990 pod názvem *Konfrontace* a od 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie* na katedře psychologie FSS MU v Brně.

www.psychoterapie.fss.muni.cz



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 nedodržených 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 úhozech, 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>

