PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Fürst
Mgr. Jan Knop
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 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 4/2015 dne 15. 12. 2015, recenzní řízení bylo uzavřeno 1. 12. 2015.
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio a Pencil Skatch.
Internetová verze běží na otevřené platformě WordPress na adrese www.psychosom.cz u poskytovatele Wedos.
ISSN 2336-7741 (Print)
ISSN 1214-6102 (Online)
MK ČR E 187 84
© LIRTAPS, o. p. s.
PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:
http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903
Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 schválila aktualizaci Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR, který bude použit pro hodnocení v roce 2015, a do kterého byl zařazen také PsychoSom

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese *www.psychosom.cz*. LNK archivuje všechna čísla na adrese http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989
Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praktiky a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editoral Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D. , Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, Katedra psychiatrie IPVZ
MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetřovatelství 3. LF UK, Praha
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
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., katedra filosofie a dějin přírodních věd PřF UK
PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Prof. PhDr. Michal Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., Fak. přírod.-hum. a pedag., TU Liberec
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, PhD., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah

Editorial **238**

Honzák R.: Jak vidím psychosomatiku aneb PF 2016 ..... *238*

Pro praxi **240**

Chvála V., Honzák R., Masner O., Ročňová M., Seifert M., Trapková L., Seifert b.: Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlené příznaky *240*

Výzkum **266**

Mazúchová L., Kelčíková S., Markusová K.: Informovanosť žien o nežiaducich účinkoch a rizikách hormonálnej antikoncepcie *266*

Reflexe **277**

Zatloukal L.: Konec komplexů z komplexní medicíny? *277*

Honzák R.: Thersitův komplex *284*

Recenze **287**

Chvála V.: Jak (ne)odradit lékaře od psychosomatiky? *287*

Honzák R.: Knížka, která není o psychosomatické medicíně *291*

Honzák R.: Upozornění na pár zajímavých knih *292*

Akce **296**

ÚSPĚCH A NEÚSPĚCH V TERAPII (Základy komplexního psychosomatického přístupu VII) 16.1. 2016 .. *296*

TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE V PSYCHO-SOMATICE (Sebezkušenostní workshop) *297*

Psychosomatická dílna 20. 4. 2016 ..... *298*

Psychosomatika v klinických oborech 9.-11. 6. 2016 ..... *298*

Semináře péče o duši v r. 2016 (Vladimír Dvořáček) *298*

Vychází **301**

Poruchy socializace u dětí a dospívajících *301*

Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch *302*

Psychologie lži *303*

Literární koutek **304**

EDITORIAL

ILUSTRAČNÍ FOTO 1: Z 30. PSYCHOTERAPEUTICKÉ KONFERENCE V JESENÍKU (MUDR.M.HOLLÝ)

HONZÁK R.: JAK VIDÍM PSYCHOSOMATIKU ANEB PF 2016

Nová vědecká pravda nevítězí tím, že by přesvědčila oponenty, ale spíše tak, že oponenti vymřou a nová generace vyrůstá s novou pravdou, která je jí vlastní. To řekl Max Planck. K tomu se sluší dodat, že technický pokrok bývá nové pravdě nápomocen (když člověk objevil, že remontérky jsou složitější než pendlovky, a proto také poruchovější, což napsal Chamfort, začal hledat složitosti také v doposud jednoduchém lidském organismu. A co teprve parní stroj, který uchvátil Freuda natolik, že duši popsal jako mechanismus plný přetlaků a výpustí) a na překážku jí bývají peníze vložené do systémů řízených starými pravdami a hlavně z nich čerpané.

Je dobré si připomenout, že *pravda ve vědě může být definována jako ta pracovní hypotéza, která je nejlépe upravena k tomu, aby připravila cestu další, ještě lepší hypotéze*, jak nám odkázal Konrád Lorenz. S citováním bych skončil s modistkou Madame de Pompadour, která říkala, že *nové je to, co bylo již zapomenuto.*

Na počátku bylo slovo. Jak jsme na tuhle základní pravdu mohli zapomenout? **NA POČÁTKU** (každé změny) **JE INFORMACE.** Ta může mít

mnoho podob. Současný pozitivistický vědec ji vidí jen jako molekulu transmiteru – a nic víc – a přitom to může být vizuální vjem grimasy bolesti, který „rozsvítí“ v mozku stejná místa, jako když jsem naposled zapomněl prst mezi dveřmi. Celá informační kaskáda někde začne, někudy pokračuje a je otázkou, zda někde končí, protože zpráva o mé bolesti jde dál a jsou tu zpětné vazby… Pochopitelně, že transmitery jsou jedním z nosičů, ale jsou i jiné. Třeba slova, gesta, vůně, hudba, kterou Oliver Sacks nazval těsnopisem emocí, a další.

Kódování je třeba luštit. Znalkyně květomluvy pozná z došlé kytice kosatce bambulitého, že se jí odesilatel táže: Smím prositi o čest zatančiti si s tebou na příštím plesu valčík? Pošle mu tedy zelenou kapustu (Blumenkohl) a on se zaraduje, neboť z toho jasně přečte vzkaz: doufej! Stejně to běhá v našich tělech, jenže my umíme jen transmitery (a před padesáti roky jsme ani o nich nevěděli zhola nic).

Jak to je dlouho, co víme, že většinu slavné mozkové chemie včetně posvátné molekuly serotoninu vyrábí půldruhého kila malých hnusných bakterií (včetně parazitů, například *Úzkohlavce prasečího*) uložených ve tmě našich střev? A tam je větší tma než na jejich konci, kde jak známo, je taková tma, protože tam nejsou žádný vokna. Jak dlouho víme, že si trvalou nadbytečnou „léčbou“ antibiotiky tuhle kamarádskou dílnu ničíme a zakládáme tak pravděpodobně dětem na ADHD a autismus? Jak dlouho víme, že můžeme chybějící informaci z této oblasti dodat transplantací nikoliv kmenových buněk, ale stolice? A že dárcova věta „Nedám ti ani ho…!“ může znamenat konec nadějím na vyléčení ulcerózní kolitidy?

Jestliže odpudivý zbytek našich trávicích procesů může být nositelem významné informace, otevřeme konečně oči a hledejme zdroje pozitivních informací také jinde, ve vyšších etážích našich osobností, v jejich vztazích a v energiích, které uvedly tento svět (a na něm také nás) do pohybu.

Do redakce přišlo 20.12.2015

PRO PRAXI

ILUSTRAČNÍ FOTO 2: Z 30. PSYCHOTERAPEUTICKÉ KONFERENCE V JESENÍKU

CHVÁLA V., HONZÁK R., MASNER O., ROČŇOVÁ M., SEIFERT M., TRAPKOVÁ L., SEIFERT B.: PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY A LÉKAŘSKY NEVYSVĚTLENÉ PŘÍZNAKY

Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2015
vydalo Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

Autoři:
MUDr. Vladislav Chvála, Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP
MUDr. Radkin Honzák, CSc., Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP
MUDr. Ondřej Masner, Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP
MUDr. Michaela Ročňová, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Martin Seifert, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
PhDr. Ludmila Trapková, Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:
MUDr. Vladimír Marek, všeobecný praktický lékař, Brno
MUDr. David Macharáček, všeobecný praktický lékař Praha
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., internista, psychoanalytik, Praha

1. ÚVOD

Pacienti s psychosomatickými poruchami a lékařsky nevysvětlenými příznaky (MUS – Medically Unexplained Symptoms) tvoří významnou část klientely praktických lékařů. Přístup k těmto pacientům ve všeobecných praxích je variabilní; často není optimální, nevede ke zlepšení a nepřináší pacientům potřebnou podporu. To vyvolává nejen zbytečně vynaložené náklady na diagnostiku a léčbu, ale i frustraci lékařů i pacientů. V praxi není brán dostatečný zřetel na komplexní bio-psycho-sociální přístup ke způsobu jejich stonání. Přitom je možné často situaci zlepšit změnou přístupu zdravotnických pracovníků, jak prokázaly zahraniční i původní české výzkumné projekty.(1) (2)

DP má sloužit především všeobecným praktickým lékařům (VPL), ale mohou ho využít i další zdravotníci. Pokyn nepopisuje specializované postupy, které jsou indikované u závažnějších specifických funkčních poruch a psychosomatóz, či u chronických bolestivých stavů. V tomto směru se síť všeobecných praktických lékařů dobře doplňuje s aktuálně budovaným nástavbovým oborem psychosomatika, který organizuje vzdělávání a tvorbu sítě multidisciplinárních týmů, bez nichž se léčba těžších MUS a psychosomatických onemocnění neobejde.[1]

Na rozdíl od jiných doporučených postupů vyžaduje aplikace tohoto pokynu změnu myšlení lékaře a rozšíření jeho pozornosti také k psycho-sociálním okolnostem stonání. Jak lékař, tak jeho pacient s MUS se při nedostatku nálezů vysvětlujících obtíže ocitají v nejistotě. Jde o to neztratit důvěru pacienta. Lékař může více naslouchat pacientovi a bude mu tak k dispozici specifickým způsobem – vedle diagnostiky a znalosti farmakoterapie, může být průvodcem pro použití zdravotnického systému a ochráncem před nadbytečným využíváním zdravotnické péče.

[1] Viz Věstník MZ 2015, částka 5, 20. 5. 2015

2. DEFINICE A VYMEZENÍ PROBLEMATIKY

Pojem MUS zahrnuje takové somatické symptomy, které existují již více než několik týdnů, přestože je adekvátní lékařské vyšetření dostatečně nevysvětlilo. Není tím myšleno somatické onemocnění, které dosud nebylo správně vyšetřeno, nebo kde byla příčina přehlédnuta. I takovou možnost

musí mít lékař trvale na mysli, což činí jednotku obzvláště záludnou. Pojem MUS sdružuje dříve používaná označení pro psychosomatický způsob stonání jako funkční porucha či somatizace, pro něž nemáme dostatečné somatické vysvětlení. V tomto DP se budeme věnovat především MUS, podobně jako kolegové v jiných zemích EU. (1) (3) Přísně vzato je každé onemocnění bio-psycho-sociálně podmíněné, ale u většiny z nich je biologicky orientovaná léčba dostačující. (4) Ne tak u pacientů s MUS.

Toto doporučení se nezabývá jednotlivými speciálními diagnostickými jednotkami, ale **způsobem stonání**, ve kterém je nápadný rozpor mezi zjistitelným somatickým či laboratorním nálezem a projevy stonání. Pacient s MUS trpí stejně jako pacient s jasným somatickým nálezem, navíc propadá zmatku a úzkosti, když není možné jeho funkční omezení a tělesné obtíže vysvětlit objektivním nálezem. V tom je tento pacient náročnější na ošetřování i na vyléčení. Formálně, hlavně s ohledem na prognózu a léčebný postup, je vhodné MUS rozdělit na mírný, střední a závažný, v závislosti na trvání symptomů, počtu příznaků a dopadu příznaků na každodenní život. To je měřítko závažnosti bez jasně definovaných hranic, ale v současnosti je používáno i v dalších zemích. (5)

3. EPIDEMIOLOGIE

Pro MUS neexistuje kód v Mezinárodní klasifikaci nemocí, s výjimkou kategorie F5 ve zkrácené verzi MKN-10 PP[1]. Z tohoto důvodu se ve studiích výskytu MUS užívají odvozené kódy – například kódování podle příznaku. Až 40 % z konzultací ve všeobecné praxi se týká příznaků, pro které není (adekvátní) somatický nález.(6) V různých studiích pozorujeme výrazné odchylky ve výskytu MUS u pacientů v primární péči. Tak holandská studie našla u 13 % všech konzultací u všeobesného praktického lékaře alespoň jeden příznak, který ošetřující lékař přiřadil okruhu MUS.(6) Jiná studie z Anglie ukázala, že praktičtí lékaři vlastním vyšetřením identifikovali 19 % svých pacientů jako trpící MUS. Ovšem s pomocí dotazníků se toto číslo vyšplhalo na 35 %.(7) Podobné závěry přinesly i výzkumy pacientů v ordinacích našich praktických lékařů.(2) Jedno z nejvyšších čísel prevalence MUS se našlo v Austrálii, kde 39 % naplánovaných návštěv u všeobecného praktického lékaře bylo důsledkem MUS.(8) Za tyto velké rozdíly odpovídá nejspíše více faktorů. Může jít o rozdíly v definici, podle které MUS posuzují v různých zemích, nebo jde o faktor času, podle toho, v jaké fázi onemocnění pacient k lékaři přijde. A samozřejmě existuje značná variablita i v tom, jak lékaři MUS posuzují. Co pro jednoho lékaře může být nevysvětlený příznak, může být v očích jiného perfektně logicky vysvětlitelné. Trvalý a závažný MUS je mnohem méně častý a má prevalenci 2,5 %.(7) Pacienti s příznaky často chtějí jen znát názor praktického lékaře, pokud jde o jejich tělesné pocity, a obvykle stačí vysvětlit, proč je ve své

[1] **WHO.** *Duševní poruchy v primární péči. Vodítka pro diagnostiku a léčbu.* Praha : Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-86471-13-6.

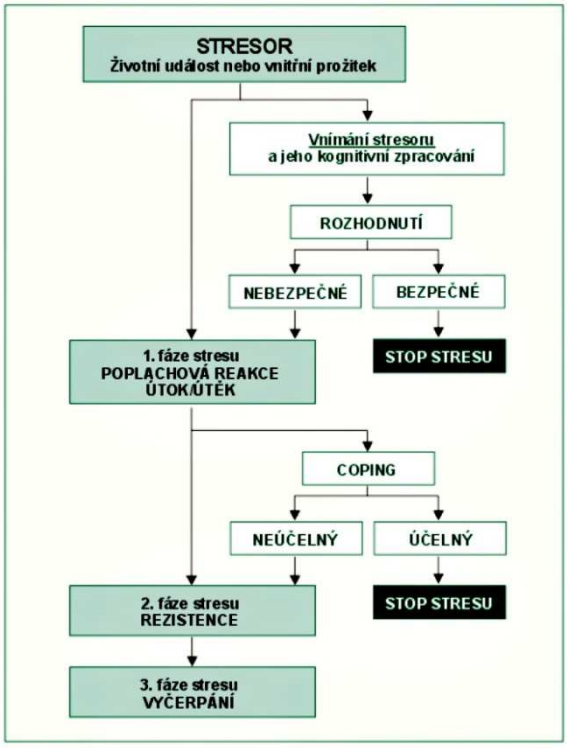
situaci mohou mít a jak je jejich tělo vytváří (napětí svalů ve stresu, poruchy vnímání, funkční porucha GIT atp.).

3.1. KOMBINACE MUS A ÚZKOSTNÝCH PORUCH NEBO DEPRESE

Nejméně 20–30 % dospělých pacientů, kteří navštíví praktického lékaře, má úzkostnou poruchu, depresi nebo funkční poruchu (MUS). Současný výskyt těchto poruch je vysoký, a obecně se prezentuje především fyzickými příznaky. Uvádí se, že není žádný pevný vztah mezi úzkostnou poruchou nebo depresí a mírnými formami MUS. Naopak u pacientů s těžkou formou MUS je riziko deprese nebo úzkostné poruchy až třikrát vyšší než u pacientů bez MUS. Více než čtvrtina z těchto pacientů trpí jak depresí, tak i úzkostnou poruchou.(9)

4. ETIOPATOGENEZE

Každý zkušený praktik ví, že člověk ve složité situaci snadněji onemocní a hůře se léčí. Přijatelné vysvětlení přináší **model stresu,** se kterým přišel W. B. Cannon už v r. 1929. Představa, že některé psychosociální faktory spolu s chronicky vysokou úrovní pracovního stresu mohou mít za následek vznik fyzicky nevysvětlitelných příznaků, bývá přijatelná i pro pacienty. Teorii stresu dále rozvinuli Selye, Lindemann, Tyhurst, Sifneos a Caplanová. (10) Zatímco fáze akutního stresu nastavuje organismus na útěk, nebo útok se všemi tělesnými důsledky, méně známá fáze rezistence vede k vyčerpání rezerv, snížení obranyschopnosti a k rozvoji řady tělesných symptomů (viz tab.) Srozumitelný výklad našim pacientům předkládá např. Honzák.(11) Hypotézou se zabývali intenzivně *Holmes a Rahe*. Jejich **teorie životních událostí** stojí na rozsáhlých výzkumech a přinesla i praktický dotazník, který lze využít při odhadu míry vlivu psycho- sociálních událostí (viz přílohu). (12) *Engel* ve svém **bio-psycho-sociálním modelu** jde dál a pokládá většinu nemocí za multikauzálně podmíněné. Jak biologické, tak psychologické a sociální



faktory se podílejí v různé míře na každém onemocnění. I když v učebnicích lékařských fakult je tento model často opakován, jen velmi málo lékařů má znalosti o psychickém a sociálním kontextu nemoci. (13) Není to zdaleka jediný vysvětlující model. Badatelé z oblasti neurověd udělali značný pokrok v popisování podrobností souhry všech faktorů v **neurobiologickém modelu.** I zde je zdůrazňován význam komplexní interakce mezi neurobiologickými procesy (hypotalamo-hypofýzo-adrenální osa,

cytokininy), faktory prostředí, pozorností a chováním. (14)

Při nezbytném zjednodušení a respektu k současné úrovni znalostí je možné trvat na tom, že Engelův **bio-psycho-sociální model** nemoci je dostačující pro vysvětlení MUS a většiny dalších psychosomatóz. Ostatní modely v různé míře a s různými důrazy popisují totéž. Aby mohl lékař pacientovi odpovědět na jeho otázky a vysvětlit mu věrohodně, co se s ním při projevech MUS děje, měl by sám mít o mechanismu vzniku a udržování symptomů svou představu. Na základě zkušeností autorů můžeme přemíru modelů shrnout výhodně do zjednodušujícího vysvětlení: *Tělo pacienta používá všechny své regulační a obranné systémy, aby komunikovalo ve svém nejbližším prostředí (nejčastěji v rodině, na pracovišti) o svých vnitřních, psychických stavech (myšlenkách, emocích, pocitech, přáních, zraněních…), čímž spoluvytváří sociální realitu, ve které žije. Některé z tělesných projevů organismu mají charakter příznaků, znamení nemoci, a tak se mohou podílet na rozvoji maladaptivního začarovaného kruhu.*(15) V těchto případech již nejde o to, JAK tělo vytváří příznak, ale PROČ ho vytváří, neboli co signalizuje svému okolí.(16)

Tělesné příznaky stresu
Pocity vyčerpání a únavy, bolesti ve svalech, bolesti dolních zad, bušení srdce, zrychlený pulz, pocení, chvění nebo třes, pocity chladu, pocity zkrácení dechu nebo dušení, zalykání se, bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudníku, brnění a mravenčení, pocity na zvracení, trávicí poruchy, nevolnost, nechutenství, nucení na moč, pocity závrati, neklidu nebo točení hlavy, derealizace, depersonalizace, strach ze ztráty kontroly, strach ze smrti.

Systémové chorobné změny podmíněné stresem
Hypertenze, rozvoj ICHS, poruchy glykemie až rozvoj diabetu II. typu, obezita z přejídání, poruchy imunity vedoucí druhotně k rozvoji nejrůznějších chorob až po nádorová onemocnění, gynekologické problémy, ztráta zájmu o sex.

4.1 Predisponující faktory:

Rozvoj MUS je často přirozenou reakcí člověka na složitou životní situaci. Pacient může být disponován k tomuto typu stonání svou *osobní historií* a následně *sníženou psychickou odolností* (špatné podmínky pro vytvoření vztahové vazby, ztráta rodiče v dětství, zneužívání, předčasné přetížení, nezralost…), *charakterem, zvýšenou vnímavostí*, případně *špatnou zdravotní gramotností*, či *nevýhodnou sociální situací* (dítě s jedním rodičem, život v konfliktní rodině, člen znevýhodněné sociální skupiny, značné zadlužení…), nebo *genetickou,* tedy biologickou výbavou.(17)

4.2 VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY:

Vyvolávajícími faktory bývají nahodilé události, třeba i akutní onemocnění. Tak např. závažná gastrointestinální infekce se zdá předcházet rozvoji onemocnění u některých lidí s dráždivým tračníkem (IBS), ale příznaky mohou být také indukovány významnými životními událostmi (negativní životní událost, obtížné životní podmínky, problémy související s prací, stres, trauma, sexuální zneužívání).(9) Jeden vyvolvájící faktor však je málokdy odpovědný za všechny potíže pacienta.

4.3 UDRŽUJÍCÍ FAKTORY

Udržující faktory a prohlubující faktory často brání zotavení, například snížená schopnost cvičení může mít za následek udržování bolesti zad, a neustálé hledání pomoci může udržovat příznaky úzkosti. Bolesti může paradoxně udržovat i postupně se vyvíjející závislost na analgetikách, anxiolytikách, často i opiátech. Problematický partnerský vztah, kde je napětí v intimní oblasti, může udržovat gynekologické symptomy. Nejistá mateřská vazba (*attachment*) může nevědomky udržovat symptomy dítěte, které tím zvyšuje nutnost péče. Jindy vážné, i když medicínsky nevysvětlené symptomy matky, brání odchodu již dospělých dětí. V dalších případech je symptom nevědomky odměňován úlevou z povinností anebo finančně (PN, důchod). To jsou pak zdroje maladaptivních procesů a udržování patologické rovnováhy.(18)

Predisponující faktory	Vyvolávající faktory	Udržující faktory
•osobní historie •snížená psychická odolnost •zvýšená vnímavost •snížená zdravotní gramotnost •obtížná sociální situace •genetika	•akutní tělesné onemocnění •sociální událost •trauma tělesné či psychické (někdy současně obojí) •radikální změna stravy či životního stylu(hubnutí, extrémní diety)	•dlouhodobé snížení zátěže zhoršuje zdatnost •chyby ve stravě a chybné zdravotní návyky •chybné pracovní návyky (např. nadměrná zátěž, nedostatek odpočinku) •finanční odměna za trvající symptom (PN, důchod) •udržování patologické rovnováhy v rodině symptomem •trvající psychický stres o kterém se nemluví (hrozící rozvod rodičů, zneužívání,dluhy, exekuce…) •závislost (léky, osoba) •abnormální sledování informací o nemoci na internetu

TABULKA 1: PREDISPONUJÍCÍ, VYVOLÁVAJÍCÍ A UDRŽUJÍCÍ FAKTORY

5. PŘEHLED NEJČASTĚJŠÍCH PROJEVŮ

Projevy MUS jsou velmi pestré. Proto je třeba pacienta dobře vyšetřit podle převažujících příznaků, ale současně se nenechat vtáhnout do nekonečného kolotoče vyšetřování. Při vzniku MUS hrají významnou roli emoce. Mají totiž svůj tělesný projev a ten se omylem stává signálem choroby. Nejen zlost a smutek, ale především úzkost jsou velmi častým zdrojem somatizací. Emoce jako řídicí systém mají významný vliv na regulaci tělesných pochodů. Podle toho, kde nejvíce působí, pak můžeme rozlišovat karidopulmonální, gastrointestinální, svalově-pohybový nebo obecný soubor symptomů. Časté jsou ale také kožní, urologické, gynekologické nebo jinak specializované příznaky. Na jejich vzniku se podílejí všechny tělesné regulační systémy. Lékař může rozpoznat rozkolísanou rovnováhu vegetativní nervové soustavy, imunitního systému, hormonální soustavy, napětí v pohybovém aparátu. Každý reagujeme na nadměrnou zátěž jinak.

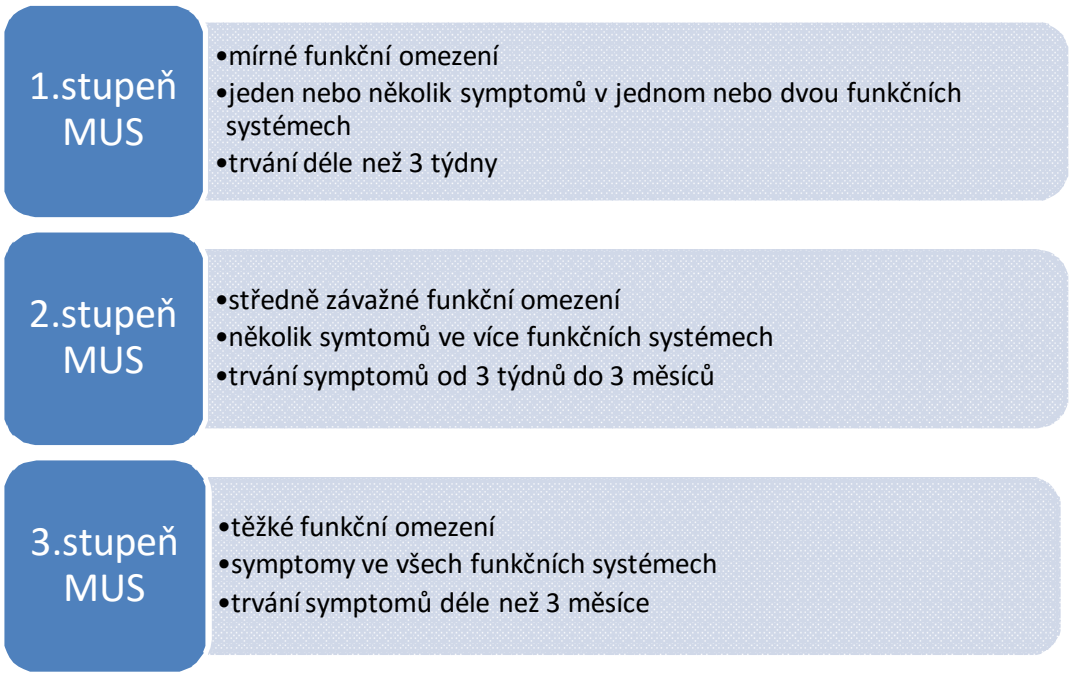
5.1 NEJČASTĚJŠÍ PROJEVY

- **Kardiopulmonální**: bušení srdce, obtíže na hrudi, dušnost bez námahy, hyperventilace, teplé nebo studené pocení, sucho v ústech a další.
- **Gastrointestinální**: nevolnost, pálení jazyka, bolesti zubů, nechutenství, záchvatové přejídání až do obrazu poruchy příjmu potravy, bolesti břicha, škroukání, průjem, zácpa, pocit plnosti, škytání, říhání, regurgitace, pálení žáhy, meteorismus, pálení na hrudi nebo v nadbřišku a další.
- **Muskulo-skeletální**: bolesti v rukou nebo nohou, svalové bolesti, bolesti v kloubech, napětí, ztuhlost, pocit obrny v rukou nebo nohou, bolesti zad, bolest je často stěhovavá, nepříjemný pocit necitlivosti nebo brnění a řada dalších.
- **Jiné obtíže**: obtíže koncentrace, poruchy spánku, poruchy paměti, někdy i poruchy zraku, světloplachost až blefarospasmus (křeč očních víček), nejrůznější zvuky v uších, kožní projevy, svědění, únava, slabost, sexuální dysfunkce, bolesti hlavy, závratě, mdloby, a řada dalších.

Na rozdíl od běžných nemocí v případě MUS tyto typické příznaky nelze lépe vysvětlit jinou fyzickou nebo duševní chorobou. Příznaky ovlivňují fungování pacienta a pohodu.

5.2 HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI MUS

Hodnocení MUS je obtížné už proto, že máme jen málo objektivních kritérií. Užívají se arbitrážně tři stupně se stoupající intenzitou a délkou stonání, které od sebe nejsou ostře vymezeny. Více bude záležet na zkušenosti lékaře, jak odhadne závažnost stavu při spoléhání na subjektivní hodnocení pacientem.



TABULKA 2: HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI MUS

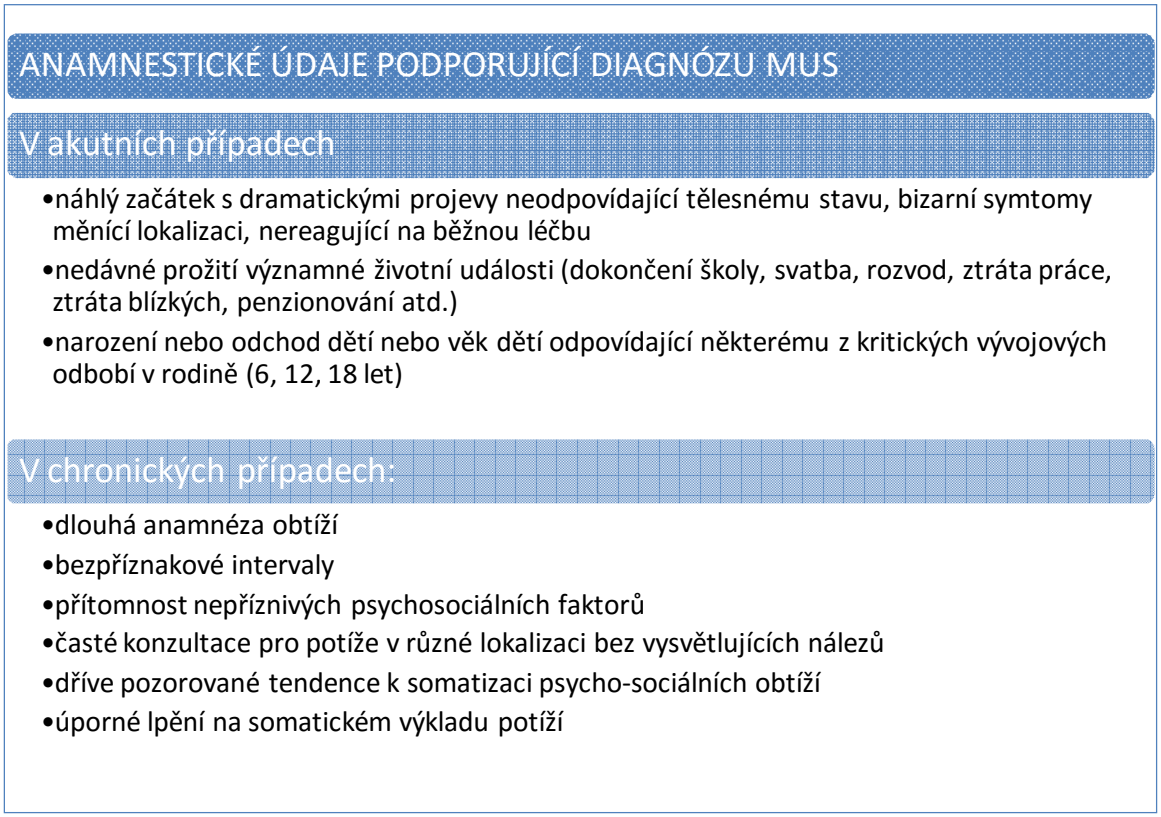
6. PŘÍSTUP K PACIENTŮM S MUS

1) Lékař by měl myslet na psychosociální okolnosti každého stonání od samého začátku diagnostického postupu. Jestliže však provede všechna obvyklá vyšetření podle převažujících příznaků a somatická léčba vede k uzdravení, není třeba rozšiřovat diagnostiku a zájem o relevantní psychosociální kontext. Je pravděpodobné, že se organismus spontánně vyladí na všech třech úrovních bio-psycho-sociálně, má k tomu dost sil a nepotřebuje další intervence zvenčí.(16)

2) MUS zůstává pracovní hypotézou, protože v některých případech můžeme teprve v průběhu času objasnit symptomy somatickým nálezem. Proto je třeba být po celou dobu průběhu symptomů maximálně pozorný k alarmujícím příznakům a změnám symptomů.

3) Pracovní hypotézu se snažíme potvrdit rozšířenou psychosociální anamnézou a dalšími diagnostickými postupy běžnými v psychosomatice, na což je třeba si s pacientem udělat čas.

4) Pracovní hypotézu MUS by měl lékař zaznamenat do zdravotní dokumentace. V případě sdílené péče o pacienta více lékaři je uvedení pracovní hypotézy a plánovaného postupu nezbytné pro zajištění kontinuity péče a vyvarování se chyb v komunikaci.

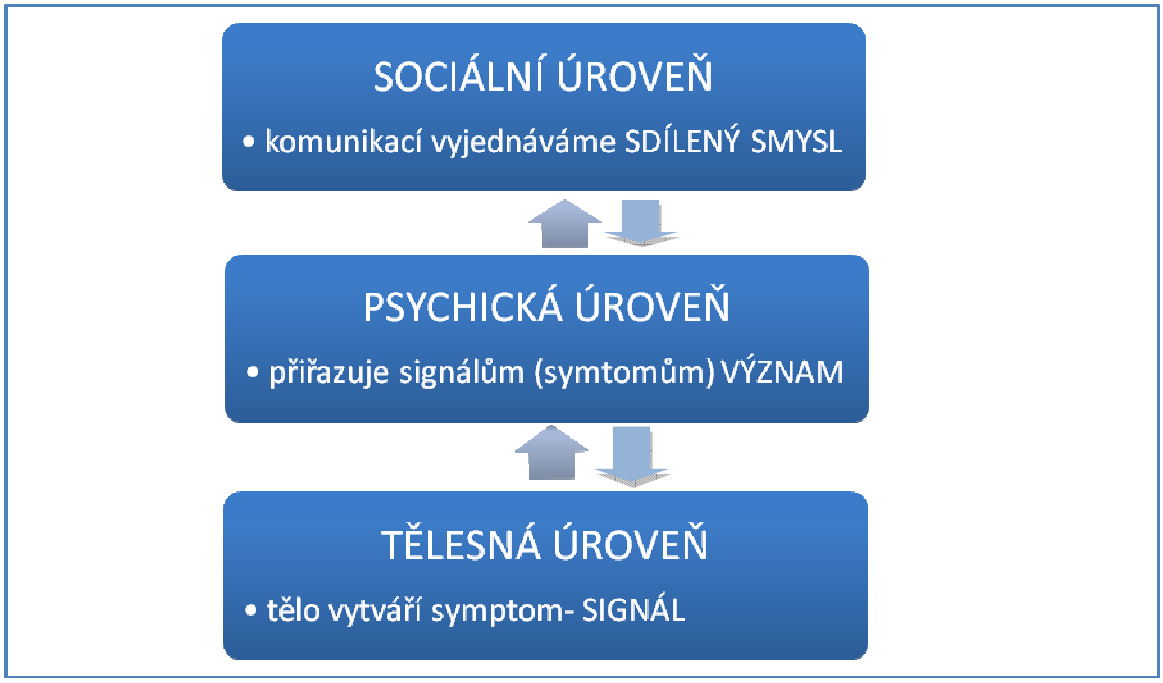


TABULKA 3: PODPŮRNÉ ANAMNESTICKÉ ZNAKY

6.1 VYŠETŘOVÁNÍ SYMPTOMŮ

Po zformulování pracovní hypotézy MUS pokračujeme hlubším prozkoumáním symptomů, zaměřeným na porozumění pacientovi a jeho potížím. Hledáme prognosticky příznivé a nepříznivé faktory (ty, které brání uzdravení) a odhadneme stupeň závažnosti MUS.

K úplné anamnéze je nutné prozkoumat všechny dimenze symptomu ve smyslu bio-psycho-sociálního přístupu, tj. jeho somatický, psychický (tj. kognitivní a emocionální), i sociální (tj. behaviorální a vztahový) rozměr. Je třeba si uvědomit provázanost všech těchto vrstev. Tělesná úroveň vytváří *signál* ve formě příznaku, na psychické rovině vzniká jeho zpracování, pacient přiřazuje příznaku *význam* v jeho životním příběhu, tento význam spouští emoční reakci podle osobních zkušeností člověka. Svým chováním a komunikací člověk pak ovlivňuje a spoluvytváří sociální vrstvu a kulturu, která má zpětně vliv na to, jak lze symptomům rozumět, vyjednáváme *smysl* symptomu. Z didaktických důvodů pojednáme jednotlivé dimenze zvlášť, už proto, aby lékař žádnou z nich neopomíjel.



TABULKA 4: VRSTVY BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ REALITY ČLOVĚKA

6.2 SPECIFICKÝ PŘÍSTUPU VPL K PACIENTOVI S MUS

6.2.1 OBECNÉ POZNÁMKY

Pro úspěšnou léčbu je zásadní vzájemná důvěra mezi lékařem a pacientem a rovněž tak upřímný zájem lékaře o pacienta v jeho celistvosti. Pacienti s MUS, kteří nepociťují tento zájem, často rozvíjejí nové příznaky, pro které potřebují častější a delší konzultace a jsou pak ve výsledku větší zátěží pro lékaře i pro celý zdravotnický systém. Máme-li plnou čekárnu, je vhodnější pozvat pacienta ve volnějším termínu. Plánované konzultace v ordinaci jasně předem časově ohraničíme. Na začátku návštěvy můžeme pacientovi s opravdovým zájmem připomenout: *„Jsem tu teď 20 minut pro vás.“* A opravdu tam být pro něj, ale jen těch předem dohodnutých 20 minut. Můžeme používat otázky jako např.: *„Co byste teď ještě potřeboval?“ „Co by vám teď pomohlo?“ „Co vás na vašich potížích trápí nejvíce?“, „Máte sám nějaké vysvětlení, proč vás postihla zrovna tato nepříjemnost?“* Pacientovi tak dáváme najevo, že jeho názory a zkušenosti jsou důležité. Doporučujeme brát i problematického pacienta jako svůj lidský protějšek a jeho stížnosti jako součást celé jeho osobnosti s celoživotní historií.

Vyhneme se opakovanému uklidňování úzkostných pacientů obecnými frázemi. Je důležité brát pacientovu úzkost vážně a rozptýlit ji na základě podložených faktů (třeba i negativních vyšetření) a naší odborné zkušenosti. Je vhodné mluvit o symptomech v popisných termínech a vyhnout se vysvětlením, která by si mohl pacient interpretovat jako chorobu. Pokud pacient nemá obavy z konkrétní nemoci, neměli bychom před ním zmiňovat, co jsme vyloučili (*„Tak rakovina to není…“*). Fakt, že jsme *nic* nenašli, neznamená, že nemůže mít žádné příznaky. Snažíme se

užívat pozitivní výrazy vždy, když je to možné. Např. po provedení snímku zad pro bolesti řekneme *„Vaše páteř vypadá jako rovná a schopná všech normálních pohybů,“* raději než *„Nic se tam nenašlo.“* U pacientů, kteří se bojí konkrétní choroby, je naopak důležité jim jasně vysvětlit, že tuto chorobu nemají.

Když poskytujeme pacientům odborné poradenství, klíčové poselství by mělo být, že prognóza je dobrá, že potíže se mohou měnit a že není pro pacienta škodlivé cvičit či vykonávat běžné činnosti. Pocit únavy či bolest neznamená, že pacient trpí nějakou nevysvětlitelnou chorobou, nebo že došlo v těle k nějakému poškození. (*„Je vidět, že vaše tělo umí vytvořit takové obtíže a přitom vás nepoškodit!“*) Obavy pacienta jsou pochopitelné a většinou samy vymizí. Zotavení bude rychlejší, jestliže pacient postupně zvýší svou aktivitu. Někdy může úzdravě bránit přemíra aktivit.

Zvláště v případech únavy (únavový syndrom) bývá užitečné probrat s pacientem pracovní snímek dne, tj. seznam všech činností, které dělá nebo si myslí, že musí dělat. U pacientů s vysokou výkonností můžeme najít oprávněnou únavu z nadměrné odpovědnosti a výkonnosti, kterou si neuvědomují.

6.2.2 VZTAH LÉKAŘ – PACIENT

Vztah mezi lékařem a pacientem s MUS je pro terapii klíčový. Jeho účinnost je srovnatelná s podáním léku a lékař jej intuitivně dávkuje. Pokud cítí k pacientovi náklonnost, působí už jen svou lidskou účastí hojivě. Jestliže naopak pacient cítí, že není brán vážně, že mu lékař nerozumí, nebo že jej obtěžuje, vyvolává to u něj obranné chování, které zpětně zhoršuje vyhlídky na sbližování postojů k léčbě. Potíže nastávají tehdy, když diagnostická nejistota přesahuje obvyklé meze, když se lékař cítí bezmocný a podrážděný. Je samozřejmé, že lékař nemůže mít kapacitu dlouhodobě soucítit se všemi svými pacienty. V některých případech nestačí jeho intuice a vyplatí se využít nabídek balintovských skupin. Porady s kolegy s psychoterapeutickou erudicí napomáhají reflexi nevědomých procesů v dynamice vztahu jako léčivého prostředku. (19) Tato podpůrná metoda supervize přináší lékaři úlevu, a tím se zvyšuje pravděpodobnost, že se vztah s pacientem uvolní. Pacient pak nebude hledat řešení ve změně lékaře, kde by se již provedená vyšetření zbytečně opakovala. Obecně platí, že když sledujeme své vlastní chování a prožívání, můžeme lépe rozumět také vlastním reakcím. Zajímáme-li se o subjektivní stránku pacientova stonání, stavíme ho při zvládání potíží do aktivnější role, spolupráce s lékařem se zkvalitňuje, úzkostnost pacienta se snižuje a symptomy mají tendenci ustupovat, zatímco při neuspokojivém vztahu lékaře s pacientem stoupá frekvence symptomů i návštěv u lékaře.

Balintovské skupiny

- Michael Balint (1896-1970), lékař a psychoanalytik, zasvětil většinu svého pracovního života zkoumání vlivu vztahu lékař-pacient na léčbu. Vycházel především z praxe, se kterou nikdy neztratil kontakt. Před 2. sv. válkou emigroval z Maďarska do Anglie, kde založil a vedl se svou ženou Enid Balintovou skupiny rodinných lékařů, kteří si mohli na vlastních případech špatně léčitelných, většinou chronických pacientů, uvědomovat, že lékař sám je lékem, který má vhodně doplňovat farmakologickou a technologickou léčbu. Vztah lékař-pacient může působit jak léčivě, tak iatrogenně, není-li dobře indikován a dávkován.
- Metoda balintovských skupin jako druh pomáhající supervize se rozšířila do mnoha zemí. K nám ji přinesli v 70. letech minulého století J. Skála s J .Růžičkou, založili tradici výcviků pro balintovské vedoucí. Po roce 1989 vznikla balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP, dnes je jejím vedoucím PhDr. K. Koblic.
- Na stránkách společnosti najdete seznam akreditovaných balintovských vedoucích a možnosti, jak se balintovských skupin účastnit. (Kontaktní adresa balintovské sekce: Psychoterapeutické středisko (PhDr. O. Bejstová), Břehová 3, 110 00 Praha 1, tel.: 222 324 027, fax: 222 323 889, e-mail: sps.brehova@worldonline.cz)

6.3 TERAPEUTICKÁ DOPORUČENÍ

Léčení pacientů s MUS vyžaduje individuální přístup. Exploraci lze těžko oddělit od intervence. Už otázkami na všechny podstatné dimenze otvíráme pacientovi možné souvislosti, kterých si možná nebyl vědom.

Nejdůležitější cíle léčby jsou:

- vytvoření nosného terapeutického vztahu mezi pacientem a lékařem založeném na vzájemné důvěře
- nalezení takového vysvětlení daného problému, které by bylo přijatelné jak pro pacienta, tak pro lékaře
- omezování nežádoucí úzkosti a diskomfortu při přetrvávajících symptomech pomocí edukace
- postupné zlepšování stavu pacienta po stránce tělesné, kognitivní, emocionální, behaviorální a sociální

6.3.1 SOMATICKÁ DIMENZE

Sledujeme stejně jako u jiných pacientů

- lokalizaci příznaku, jeho charakter, závažnost a trvání, kolísání, hledáme skutečný popis fenoménů, ne diagnostickou kategorii *(„škubání, trhání, bušení“...nikoli „zánět“)*, případné shlukování příznaků

v určitém funkčním okruhu (gastrointestinální, kardiopulmonální, muskuloskeletální atd.), či zda jde o nespecifické příznaky (únava, bolesti, závratě, problémy s koncentrací a pamětí atd.), neměli bychom zapomínat ani na opomíjené viscero-somatické vztahy, popřípadě doplnění běžného vyšetření zkušeným fyzioterapeutem,
- skutečně užívanou medikaci (nikoli jen předepsanou) včetně volně prodejných přípravků a přírodních prostředků, zvláště se zaměříme na potenciálně návykové látky jako benzodiazepiny a analgetika, drogy včetně alkoholu,
- ptáme se věcně i na alternativní zásahy laiků, aniž bychom dávali najevo nesouhlas, je to fakt jako každý jiný.

Pečlivým vyšetřením somatických příznaků potvrzuje lékař pacientovi, že jeho symptomy bere vážně. Společně s pacientem sestaví další somatický diagnostický postup, který musí obsahovat i jasné a pro pacienta srozumitelné hranice.

6.3.2 PSYCHICKÁ DIMENZE

Sledujeme podrobněji než u ostatních pacientů: Psychická dimenze obsahuje více oblastí, ale pro praxi je třeba si všímat alespoň dvou z nich:

A) KOGNITIVNÍ OBLAST

Ptáme se pacienta:

- jak si vysvětluje původ a trvání svých obtíží (jeho hypotézu akceptujeme),
- jak si myslí, že by mohl tyto aspekty ovlivnit (co v jejich rodině obvykle pomáhá),
- proč si myslí, že nemůže nadále vykonávat určité aktivity nebo zaměstnání,
- na jeho očekávání ohledně možného přínosu praktického lékaře a dalších odborníků při zvládání jeho potíží,
- na jeho očekávání dalšího vývoje jeho příznaků a celkového vlivu na jeho život ve vzdálenější budoucnosti (popřípadě co by se stalo, kdyby nic nepomohlo).

Při prozkoumávání těchto aspektů můžeme narazit na určité pacientovy pohledy, které mu brání v uzdravení (např.: *„S těmito bolestmi se nemůžu vrátit do svého zaměstnání“ nebo „Můj známý měl podobné potíže a nikdy se z toho nedostal“*). Nebo narazíme na pacientovy obavy týkající se symptomů (*„Když mám takové bolesti, musí to znamenat nějaké vážné poškození“*). Jindy je velmi užitečné zeptat se na způsob stonání v jeho rodině, případně v minoritní kultuře. Jak se u nich stoná, co na to obvykle pomáhá. Můžeme objevit kolize se zdravotnictvím v minulosti jako zdroj nedůvěry. (*„Mamince napíchli žloutenku už v porodnici“ nebo „Bratr málem zemřel na prasklý apendix, když to doktor nepoznal…“).*

B) EMOCIONÁLNÍ OBLAST:

Pozorujeme, jaké emoce a pocity doprovázejí rozhovor o obtížích jak na straně pacienta, tak na straně lékaře. Emoční reakce empatického lékaře bývají diagnosticky cenné. Někteří pacienti můžou pociťovat úzkost nebo můžou být smutní, jiní naopak mohou mít spíše zlost a chovat se vzdorovitě, a lékař tyto emoce zrcadlí a s pacientem prožívá. Existuje rozšířená představa, že

svým emocím každý rozumí a jsou-li na něm vidět, musí o nich taky vědět. Není tomu tak. O tělesných projevech emocí (zlosti, smutku, strachu…) nemusí pacient vědět, nenaučil se jim rozumět nebo je má z různých důvodů potlačené. Můžeme se ptát následovně:

- Jaké pocity a emoce v něm jeho obtíže vyvolávají?
- Má z příznaků obavy a úzkosti a čeho přesně se obává? Co je přesně důvodem pro tyto starosti?
- Jak často si během dne na svoje obtíže vzpomene a jak se přitom cítí?
- Jaká situace (případně emoční doprovod té situace) jeho příznaky zhoršuje?
- Co jeho symptomy a jejich prožívání zlepšuje?

Pokud narazíme na pacienta, který je v této oblasti málo sdílný, můžeme se snažit využít i non-verbální komunikaci, která paradoxně bývá leckdy výmluvnější (sděluje např. *„Vidím, že vás to pořádně zatěžuje. Jako by vám ti všichni ještě viseli na krku…“*). Samotné překlady významu uváděných symptomů (*„Asi toho máte plné zuby.“ „Jako by se to nedalo všechno strávit, že?“ „Nejspíš vám to leze krkem.“)* nepomáhají, pokud má sám pacient k náhledu daleko.

U některých pacientů může být výhodou využít jednoduchý dotazník, ve kterém se mapují hlavní oblasti psychického rozpoložení. Honzák doporučuje jako nejjednodušší využití dvou otázek: (1) Z čeho máte radost? (2) Máte něco, na co se těšíte? Pokud zazní dvakrát Ne, je třeba zpozornět. Symptomy a pacientovy obavy s nimi spojené mohou způsobit úzkosti, deprese, které pak mylně považujeme za „příčinu“ potíží. Jsou však spíše pochopitelným důsledkem dlouhodobě nepříznivé situace.

6.3.3 SOCIÁLNÍ DIMENZE

Za pozorovatelným chováním bývá ukryt význam, který pacient symptomu připisuje, a toto chování má obvykle sociální důsledky. Proto otázky na sociální dimenzi zahrnují jednak oblast behaviorální, jednak oblast transpersonální, vztahovou. Umět se vyptat na tuto oblast je často pro úspěšné ošetřování MUS klíčové.

A) BEHAVIORÁLNÍ OBLAST

Ptáme se na změny v chování související se symptomy a zjišťujeme:

- V jakých činnostech mu symptomy brání, nebo k čemu by se rád vrátil po uzdravení?
- Vyžaduje nebo potřebuje dlouhodobou pracovní neschopnost?
- Ignoruje symptomy a pokračuje v činnosti, která mu škodí, což může způsobovat další přetížení?
- Uměl před onemocněním odpočívat? Bral si dovolenou? Jak se bránil přetížení?
- Je tady něco jiného, co může bránit uzdravení (nesnáší imobilizaci, samotu, nesnáší péči, je přesvědčen, že bez něho se v práci neobejdou, …)?
- Jak se chovají ostatní v jeho okolí, když má své obtíže?
- Kde se jeho obtíže vyskytují nejčastěji? (To může poukázat na klíčové vztahy – doma, v práci, ve škole, na návštěvě u rodičů…)

Zaměřujeme se také na způsoby hledání pomoci

- Vyhledává pacient zdravotní služby brzy, nebo se dlouho snaží řešit problémy sám?
- Navštěvuje pacient mnoho různých odborníků se stejným problémem?
- Co udělal pacient pro to, aby problém vyřešil?
- Našel pacient vlastní postupy nebo chování, které mu od příznaků uleví?

B) VZTAHOVÁ, TRANSPERSONÁLNÍ OBLAST

Obecně platí, že tento typ symptomů vždy patří do nějakého vztahu a v něm se jednak udržuje, jednak léčí. (Trapková & Chvála, 2004) Tato oblast patří k nejcitlivějším údajům, a proto se ptáme, až když máme pacientovu důvěru, také na jeho intimní život. Vita sexualis je citlivý ukazatel stavu partnerství, pokud ne přímo zdrojem četných symptomů. Zdroj problémů může ležet také v minulosti. Měli bychom myslet na traumata, jako je zneužívání, domácí násilí, závislost. Pokud se k takovým tématům dostaneme, neměla by nás svádět k vysvětlování příčinných souvislostí, ale k hledání zdrojů odolnosti při překonávání těžkostí v pacientově příběhu. Sledujeme sociální dopady symptomů a ptáme se neobviňujícím způsobem. Bezpečnější je vyslovovat své hypotézy otevřenými otázkami[1] než direktivními tvrzeními.

- Jaké jsou dopady symptomů na rodinu, partnera, děti, rodiče, spolupracovníky?
- Co si pacient myslí o tom, jak na to reagují oni? Starají se podle něj přiměřeně, moc, nebo málo? Jsou nepřístupní? Podporují pacienta?
- Jaký mají symptomy dopad na fungování pacienta doma a v práci?
- V jaké vývojové fázi je rodina nemocného a jaké je jeho místo v rodině? (dítě, dospívající, svobodný mladý dospělý, otec či matka jak starých dětí)? Stará se o své nemocné nebo náročné rodiče?
- Jak prožívá intimitu v partnerském vztahu? Jaký je jeho/její sexuální život?
- Jaká je ekonomická situace nemocného, dluhy, hypotéky, hrozba exekuce?
- Kdo se o pacienta stará, když má potíže?
- O koho se naopak musí pacient sám starat?
- Kdo má na symptomy jaký vliv a jak to dělá?

Někdy se i stává, že se s pacientem do naší ordinace dostaví třeba matka nebo manželka, aby nám jeho stav a potíže vysvětlila. Se souhlasem pacienta lze takovou situaci přirozeně využít k získání dalších poznatků z pacientovy sociální oblasti. Spolupráce s rodinou je velmi užitečná. Míra jejího zapojení jde od pouhého informování, přes podporu rodiny až po rodinnou terapii.(20)

Lékař pacienta s MUS musí být také otevřen případným odlišnostem pacientovy kultury v širokém smyslu

[1] Otevřené otázky (reflexivní, cirkulární) dávají prostor pro hledání a sebereflexi, na rozdíl od lineárních (uzavřených) otázek, které mají zpravidla jednu správnou odpověď (Kolik vážíte? Kdy jste se narodil?). Položíme-li reflexivní otázku (Jaké by to bylo, kdyby se…? Umíte si představit, že…? A nemůže to být třeba tak, že…?), dáváme prostor pacientovi a jeho pátrání. Ještě jiné otázky, tzv. cirkulární, se staly významným nástrojem rodinných terapeutů. Umožňují vyptávat se přímo na vztahy v sociálních systémech. (Co by tomu řekl váš…? Co udělá vaše žena, když…?) Otevřené otázky rozvíjejí rozhovor.

slova (národnost, věk, pohlaví, socioekonomický status, náboženské vyznání). Např. u imigrantů musíme brát v úvahu specifické stresující faktory, např. jazykovou bariéru, kulturní odlišnosti a celkové podmínky migrantského života.(3)

TABULKA 5: RŮZNÉ OTÁZKY OTVÍRAJÍ POHLEDY NA RŮZNOU ČÁST REALITY.

6.4 SOUBĚŽNÁ PSYCHICKÁ PORUCHA

Ačkoli tělesné příznaky doprovázející depresivní nebo úzkostnou poruchu mohou být vysvětleny jako součást psychiatrické diagnózy, někdy jsou způsobeny dvěma koexistujícími problémy. Stanovení dvojí diagnózy MUS v kombinaci s depresí nebo úzkostnou poruchou může být užitečné pokud:

- somatické potíže jsou více vyjádřené, než by odpovídalo depresivní nebo úzkostné poruše,
- somatický symptom se projevil dříve, než začala depresivní nebo úzkostná porucha,
- obojí má závažnost vyžadující samostatné léčení.

Na základě prozkoumání symptomů určí všeobecný praktický lékař, zda je u pacienta podezření na souběžné psychické onemocnění, které ovlivňuje somatické příznaky – např. depresivní nebo úzkostné poruchy. V tomto případě je možné diagnostikovat a léčit lehkou a

středně těžkou poruchu v ordinaci praktického lékaře nejlépe v kombinaci s psychoterapií u psychoterapeuta (nejčastěji psychologa), nebo odeslat pacienta k psychiatrovi ke stanovení diagnózy.

6.5 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ, DALŠÍ SPECIALIZOVANÁ VYŠETŘENÍ

Fyzikální vyšetření je indikováno vždy, pokud zjistíme, že příznaky změnily charakter, nebo když se objeví nové alarmující příznaky. Ze stejných důvodů mohou být indikována další specializovaná vyšetření nebo odeslání ke specialistům. Pokud všeobecný praktický lékař začne pochybovat o hypotéze MUS a indikuje z těchto důvodů dodatečná vyšetření, je potřeba vše pacientovi řádně vysvětlit. Stejně to platí pro odesílání ke specialistům.

Pokud pacient sám žádá dodatečná vyšetření, aniž je k tomu opodstatnění, lékař pacientovi vysvětlí, že v tuto chvíli nejsou další vyšetření potřeba, protože neočekává, že by přinesla nějaké nálezy. Zároveň je vhodné si s pacientem zopakovat povahu MUS a zdůraznit, že i když jsou všechna vyšetření negativní, lidé přesto mohou trpět různými tělesnými příznaky. Důležité také je, aby pacient věděl, že lékař mu i přes chybějící somatický nález jeho potíže věří. Proto je třeba v některých případech přání pacienta vyhovět. Je důležité předem vysvětlit pacientovi, co budou znamenat případné negativní výsledky a jaký bude další postup. Ten lékař stanoví společně s pacientem v rámci diagnosticko-terapeutického plánu. Takový plán je vhodný u všech chronických průběhů MUS a vedle jasně daných limitů přístrojového vyšetřování by měl obsahovat i formy diagnostiky či terapie z psycho-sociálního okruhu. V případě odesílání pacienta ke specialistovi na pacientovu žádost je důležité formulovat jasnou otázku v doporučení, ideálně formulovanou společně s pacientem, a žádat, aby byl pacient v případě negativních nálezů odeslán zpět k praktickému lékaři. Můžeme tím zabránit bezúčelnému kolování pacienta po specialistech.

Na základě prozkoumání symptomů a dalších možných psychických potíží určí všeobecný praktický lékař stupeň závažnosti MUS s přihlédnutím k prognostickým faktorům.

6.6 MUS A FARMAKA

V zásadě není důvod k nějakému zákazu farmakoterapie jen proto, že zdroje somatických obtíží mohou ležet v psychosociální oblasti. Je třeba jenom vědět, že nejde o řešení, jen o (často žádanou) symptomatickou úlevu. Základem je podrobná léková anamnéza s aktivním pátráním po všech přípravcích, které pacient užívá. Zajímáme se i o léčiva, která si nechává předepisovat, ale neužívá je. Vlivem mnoha okolností hrozí pacientům s MUS vznik různých závislostí (např. na benzodiazepinech či na analytikách), navíc v možné kombinaci s alkoholem.

U čerstvých případů se proto v anxiolytické indikaci doporučují jiné farmakologické postupy než benzodiazepiny. Na somatické projevy úzkosti jsou vhodné betablokátory, guajacuran, hydroxizin, nebo nízké dávky tricyklických antidepresiv, v případě manifestní úzkosti SSRI

(=Serotonin-Selective Reuptake Inhibitor) alprazolam adjuvantně jen do šesti týdnů. V analgetických indikacích jsou vhodná tricyklika v nízkých dávkách (25–50 mg), lze využít anticholinergního (spasmolytického) a také tlumivého účinku amitriptylinu. Jako adjuvancia anticholinergika, nízké dávky antipsychotik v kombinaci s NSA. (21)

Rozhodně je třeba varovat před opioidy či kombinací analgetik s kodeinem u somatizované úzkosti. Nevhodná jsou stimulancia u neurastenie, stejně jako oblíbené benzodiazepiny u bolestivých stavů a úzkosti.

6.7 STUPŇOVITÝ MODEL LÉČBY

Léčba je postupný proces, který začíná u praktického lékaře pomocí nejmírnější možné účinné terapie. Pokud první stupeň léčby nepřinese požadované výsledky, přecházíme na stupeň 2 eventuálně 3. V případě závažnějšího obrazu MUS můžeme přistoupit rovnou ke stupni 2 či 3. Ve všech krocích bychom měli brát v úvahu pacientovo socio-kulturní zázemí.

PRVNÍ STUPEŇ LÉČBY: VPL PRACUJE SÁM

První stupeň léčby zahrnuje řadu aktivit, které může všeobecný praktický lékař rozložit do několika konzultací:

- Využití vyšetřování pacientových obtíží a jejich psycho-sociálních souvislostí k identifikaci a diskutování faktorů, které mohou bránit v zotavení.
- Poučení o povaze obtíží a poradenství (např. ohledně užívání léků).
- Stanovení realistických cílů léčby.
- Formulace časově definovaného plánu léčby, který vytvoří praktický lékař společně s pacientem.
- Naplánování pravidelných kontrol v ordinaci, během kterých bude praktický lékař sledovat dodržování léčebného plánu a pacientovo fungování v běžném životě.
- Věnujeme pozornost všem třem vrstvám, tělesné, psychické i sociální (viz 5.3.)

Sledování pacienta s mírným stupněm MUS:
Při kontrolách vždy hodnotíme současný stav v relevanci se známými nálezy, pátráme ve všech třech dimenzích, proč se symptomy nelepší. Zveme už za 1 týden, a pak za 2–4 týdny, pokud symptomy přetrvávají.

Společně s pacientem zformulujeme sdílený časově podmíněný plán léčby s jasnými realistickými cíly. Dáváme přednost postupnému zvyšování aktivity v závislosti na čase a ne na vývoji symptomů (např. *„pohyb až když to bolest dovolí“* nebo *„obnovení běžných činností až když zmizí únava“*). Je výhodné sledovat výskyt a kolísání symptomů pomocí sebehodnotících škál, podle kterých pacient denně zaznamenává vývoj stavu, popřípadě přidává další pozorování souvislostí (*„když nepřišla dcera večer domů, velmi se zhoršilo motání hlavy“*). Ještě výhodnější než sledovat zhoršení symptomu je zaměřit pozornost naopak

na jeho zlepšování, zvláště v případě úporných každodenních obtíží. (*„Zaznamenejte jakékoli zlepšení oproti normálnímu stavu.“)* Některé obtíže mají tendenci se právě pouhým pozorováním zesilovat, např. tinitus (šelest v uších), balbuties (koktavost). Pak je lepší otázka: „Stalo se od minulé návštěvy někdy, že jste na svůj symptom zapomněl? Podstatné samozřejmě je probrat při další návštěvě s pacientem jeho záznamy. Proto je výhodné, když mají podobu grafu. (Tress W. K., 2004)

Druhý stupeň léčby: VPL + další odborníci (psycholog, fyzioterapeut…)

K druhému stupni léčby je třeba přistoupit, když první stupeň nepřináší výsledky, když pacient pociťuje vážnější funkční omezení, např. jeho pracovní neschopnost trvá déle než 4–6 týdnů, a také když jsou příznaky četnější, z více tělesných systémů, a mají delší trvání.

Druhý stupeň léčby spočívá v pokračování léčebných postupů prvního stupně samotným praktickým lékařem, navíc praktický lékař zapojuje do péče o pacienta psychologa, fyzioterapeuta, sociální pracovníky, psychiatra či psychoterapeuta, eventuálně specialisty zabývající se psychosomatikou, dle konkrétní potřeby. Spolupracující odborníci by měli mít zkušenosti s psychosomatickými pacienty, měli by být zvyklí pracovat se všemi rozměry pacientových potíží a měli by být schopni poskytnout pacientovi bezpečný a podpůrný vztah. Nejvíce důkazů v léčbě MUS bylo prokázáno u *kognitivně-behaviorální terapie*, která je dobře kompatibilní s klasickým lékařským myšlením, a proto má nejvíce studií. Stejně účinné jsou i další směry psychoterapie, které lze indikovat podle typu pacienta a druhu problematiky.(23)

Na procesu odeslání k dalším odborníkům by se měl podílet i pacient, aby taková spolupráce odpovídala také jeho přáním, momentálním potřebám a schopnostem. Víme, že pacienti často akceptují lépe, jsou-li odesláni k psychologovi pouze na podpůrnou psychoterapii či poradenství, než aby šli na psychoterapii či psychiatrii, protože „léčit se z duševní choroby“ je stále pokládáno za stigma.

Sledování pacienta se středně závažnými MUS

Jestliže příznaky a funkční omezení přetrvávají, zveme si pacienta pravidelně na kontroly, např. po 4–6 týdnech. Průběh komplexní léčby hodnotíme společně s pacientem, popřípadě korigujeme cíle, kterých chceme dosáhnout v konkrétním časovém období. Snažíme se pacienta vést k aktivnímu podílu na léčbě (např. aktivní fyzioterapie, kondiční cvičení, psychoterapie vs. injekce, operace, pasivní formy fyzioterapie).

TABULKA 6: U PACIENTŮ S MUS ZVÁŽIT MOŽNOSTI AKTIVNĚJŠÍCH FOREM LÉČBY

TŘETÍ STUPEŇ LÉČBY: VPL+ SPECIALIZOVANÁ CENTRA

Zintenzivníme léčbu kontaktováním vhodného pracoviště, nejlépe multidisciplinárního centra zabývajícího se péčí o psychosomatické pacienty a pacienty s MUS. Péče v těchto centrech je určena pacientům, kteří nedosáhli uspokojivého zlepšení potíží pomocí kroků 1 a 2. Jsou to pacienti s těžkými MUS (několik funkčních omezení, velké množství různých MUS nebo trvání déle než 3 měsíce, pracovní neschopnost delší než 3 měsíce).

V tomto stadiu je nutné, aby existoval jeden poskytovatel péče, který celý proces garantuje. V mnoha případech je pro tento úkol nejvhodnější praktický lékař. Je důležité nedat se neúspěchy léčby odradit!

I ve třetím stupni léčby je role všeobecného praktického lékaře důležitá:

- V trvalé podpoře pacienta při zlepšování funkcí i případném zhoršení.
- V omezování protahující se léčby a vyšetření, která nejsou přínosná a nejsou bez rizika.
- V případě, že několik dlouhodobých specifických a intenzivních léčebných procesů nepřineslo zlepšení, podporujeme pacienta v přijetí stávajícího stavu.

Sledování pacienta

Pacienta zveme k pravidelným kontrolám např. jednou za 4–6 týdnů. V případě, že trvají dysfunkce a neprobíhá aktivní léčba, doporučujeme zhodnotit situaci nejméně jednou za rok a navrhnout nějaké další léčebné možnosti.

6.8 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Znovu je třeba vidět specifickou problematiku pacientů s MUS. Ani odesílání na další pracoviště nejde provést automaticky, tak jako u řady jiných běžných nemocných. V prvním kroku je nejvhodnější s vědomím pacienta konzultovat jeho případ s dalšími odborníky, kteří se problematikou MUS, psychologickými problémy nebo rodinnou problematikou zabývají. V současnosti není dobudována síť takových pracovišť, proto záleží především na lokálních podmínkách, ochotě a dobrých vztazích praktického lékaře s dalšími kolegy při vytváření

podpůrných týmů, které se mohou pravidelně scházet. To usnadňuje rozšíření o další specializovanou péči. V žádném případě nelze pacienta k přechodu na další stupeň péče a k předání nutit. Záleží na dovednosti lékaře, aby se odeslání nestalo předčasnou interpretací (nevhodné způsoby komunikace: *„Musíte jít na psychiatrii“, „Nemá smysl řešit neustále vaše problémy s kvasinkami, to vám vysvětlí v manželské poradně“ nebo „Dokud si v sobě neuděláte pořádek, nemůžete se uzdravit, pošlu vás k psychologovi“).*

V dobrém vztahu lékaře s pacientem by předání mělo vyvstat postupně. Zvláště u bolestivých syndromů nedoporučujeme odesílání k úzce specializovaným kolegům, kteří se věnují lokálním invazivním analgetickým metodám, protože tyto metody samotné nejsou dlouhodobě účinné. Naopak je vhodné odesílat do zařízení, které aplikuje multidisciplinární přístup, v rámci kterého mohou být účinné i výše zmiňované metody. Integrace somatických, psychologických a sociálních aspektů v léčbě nabízí možnost funkčního zlepšení v různých oblastech. Intenzivní rehabilitace podporuje návrat do původních aktivit. U nás existují zařízení poskytující dlouhodobé specifické léčby s multidisciplinárním přístupem formou ambulantní, stacionární a zatím jen ojediněle lůžkovou. (pracoviště lze najít na www.psychosomatika-cls.cz)

6.9 PSYCHOSOMATIKA VERSUS ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA

V českém prostředí považujeme za nezbytné vyjasnit vztah mezi psychosomatikou a alternativními praktikami, které užívá i řada lékařů, jak uvádí sociologická studie na toto téma. (24) Bio-psycho-sociálním přístupem jasně vymezená psychosomatika není žádnou alternativou k běžné školské medicíně, ale jejím naplněním. Sama klinická praxe a především pacienti s MUS přiměli lékaře k hledání alternativních postupů i v kulturně odlišných tradicích. Starobylé postupy umožňují zabývat se (nezřídka spíše metakomunikačně) i psychosociálními aspekty stonání, aniž by přímo na ně byla zaměřena pozornost. (25) .

V poslední době se rychle rozvíjí trh se zcela novými léčebnými technologiemi, založenými často na nejasných fyzikálních principech. Většina z těchto praktik se hlásí k celostní medicíně, což však nemusí vůbec znamenat bio-psycho-sociální realitu pacienta. Celostnost zde je chápána jako souhrn řady dalších vlivů. Bez ohledu na to, že i tyto metody mohou být v jednotlivých případech léčby pacienta s MUS užitečné, vzdělaný lékař by měl vystačit s porozuměním a s vědecky zakotveným bio-psycho-sociálním přístupem. Takto lze totiž chápat třeba i komplikovanou teorii akupunktury

7. PRŮBĚH A PROGNÓZA

U 50–75 % pacientů s MUS se příznaky během 12–15 měsíců zmírní, ale u 10–30 % se příznaky během času zhorší. Asi 2 % jsou zcela rezistentní. (6) Podobné to

je také u jinak definovaných psychosomatických poruch. Příznivý vliv na prognózu MUS má aktivní přístup pacienta k léčbě, propojení tělesných potíží s psychosociálními souvislostmi a úzký, na vzájemné důvěře založený vztah mezi ním a praktickým lékařem.

7.1 PROGNOSTICKÉ FAKTORY

PŘÍZNIVÉ:

Krátké trvání příznaků, málo příznaků, málo funkčních omezení. Náhled pacienta na bio-psycho-sociální souvislosti a jeho aktivní spolupráce s lékařem.

NEPŘÍZNIVÉ:

Dlouhé trvání příznaků a mnoho různých příznaků bez náhledu na možné psychosociální souvislosti, popřípadě aktivní obranné jednání, jakmile na ně lékař upozorní. Hypotéza, že snášení těchto příznaků je pro pacienta přijatelnější než stav, který by nastal, kdyby došlo k vyléčení. Prognosticky nepříznivá znamení jsou také vícečetná funkční omezení (např. neschopnost pracovat, ztráta sociálních kontaktů, neschopnost plnit domácí povinnosti, výrazná úzkost pacienta i členů rodiny, trvání na organické příčině). Nemusí jít přímo o účelové jednání, pacient se však může náhledu na souvislosti nevědomě bránit. Proto není šťastné takového pacienta obviňovat.

7.2 POSUDKOVÁ HLEDISKA

Svízelná je situace pacientů s MUS také z hlediska posudkového. Na jedné straně nemají dost objektivních nálezů, které by obtíže vysvětlovaly a opravňovaly osvobození z pracovních povinností. Tak se snadno strhne boj o získání důkazů a roztáčí se kolotoč vyšetření už jen z posudkových důvodů. Na druhé straně je známo, že vysazení z obvyklého pracovního režimu, úlevy ve škole nebo v práci, finanční náhrada, to vše může zhoršovat vyhlídky na uzdravení. (18) Tak se bude VPL vždy pohybovat mezi Skyllou a Charybdou a rozhodnout se nebude snadné. Problematika je o to složitější, že existují i pacienti, kteří si vůbec volno a odpočinek neumějí dopřát, a u takových je naopak třeba je k odpočinku a pracovní neschopnosti doslova přinutit. To vše dělá z pacientů s MUS tvrdý oříšek také pro posudkového lékaře.

8. DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ

Vyhláška MZ č. 286/2013, kterou byl nástavbový obor Psychosomatika přijat, a Věstník MZ 2015, částka 5, z 20. 5. 2015 s náplní oboru, umožňují lékařům každé specializace žádat Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Institutu postgraduálního vzdělávání (IPVZ) o zařazení do specializační přípravy. Takové úplné vzdělání v psychosomatice může být doplněno ještě vzděláním v psychoterapii (www.psychoterapeuti.cz), ale to není

pro většinu všeobecných praktických lékařů nebo pro specialisty, kteří se nejčastěji setkávají s pacienty s MUS, nezbytná výbava. Těm postačí kurzy v základní psychosomatické péči organizované IPVZ. (Tress W. K., 2004)

Cílem vzdělávání v nástavbovém oboru psychosomatika je získání zvláštní odborné způsobilosti osvojením potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v problematice psychosomatické medicíny. Absolvent musí být schopen diagnosticky zařadit pacienta s psychosomatickým onemocněním (somatické onemocnění s významnou psycho-sociální složkou), navrhnout terapeutický postup a samostatně jej léčit nebo se v rámci týmové spolupráce podílet na jeho léčbě.

S postupným uváděním prováděcích předpisů MZ do praxe bude přibývat pracovišť, která splní podmínku akreditace, a tím také bude postupně narůstat počet lékařů, kteří budou moci splnit podmínky vzdělávání. Lze očekávat, že se do oboru budou hlásit především ti lékaři, kteří již mají dobrou zkušenost s bio-psycho-sociálním přístupem a nestačí jim v rámci jejich vlastní odborné praxe jen biologický pohled na pacienta, a proto se častěji ujímají komplikovaných, ale zajímavých psychosomatických pacientů. Odborná společnost dbá o rovnováhu všech složek bio-psycho-sociálního přístupu tak, aby byla zajištěna dobrá spolupráce lékařů i psychologů, psychoterapeutů i fyzioterapeutů nejlépe v rámci týmů. (www.psychosomatika-cls.cz)

Literatura

1. **Rosendal, M. (Eds).** Functional disorders. *Clinical guideline for general practice.* DSAM's clinical guidelines, 2013.

2. **Baudiš P., Mudra M., Škoda C., Tomášek L., Kožený J., Traugottová D.** *Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře.* Kroměříž : vydala Psychiatrická léčebna, 1986.

3. **Olde Hartman, T. C. a další.** NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS). *Huisarts Wet.* 56, 2013, Sv. 5, stránky 222-30.

4. **Honzák, R., Chvála, V.** Psychosomatická medicína. [autor knihy] Hrdlička M, Libiger J Hosák L. *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Praha : Karolinum, 2015, stránky 555-655.

5. **Fink, P. a další.** Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics.* 40 , 1999, Sv. 4, stránky 330-338.

6. **Van der Weijden, T. a další.** Unexplained complaints in general practice: prevelence, pacients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making.* 23 2003, stránky 226-31.

7. **Peveler, R., Kilkenny, L., Kinmonth, A. l.** Medically unexplained physical symptoms in primary care; a comparasion of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res.* 42 1997, stránky 245-52.

8. **Pilowsky, I., Smith, Q. P., Katsikits, M.** Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective stdudy. . *J Psychosom Res.* 31 1987, stránky 177-83.

9. **Chromý, K., Honzák, R. (eds.).** *Somatizace a funkční poruchy.* Praha : Grada, 2005.

10. **Weber, J. G.** *Individual and Family Stress and Crises.* London : Sage Pub.,Inc., 2011. ISBN 978-1-4129-3691-0 (Pbk).

11. **Honzák, R.** *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření, 2.vydání.* Praha : Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.

12. **Holmes, T. H.** Life situations, emotions and dinase. . *Psychosomatics, 19.* 1978, stránky 747-754.

13. **Engel, G.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science 196 (4286).* 1977, stránky 129-136.

14. **Rief, W. a Broadbent, E.** Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev.* 27 2007, stránky 821-41.

15. **Chvála, V.** Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *PSYCHOSOM.* 2 2009, stránky 93-103.

16. **Chvála, V.** Časová osa - nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext, XI, č.2,.* 1995, stránky str.26-31.

17. **Poněšický, J.** *Neurózy, psychosomatická onemocnění, psychoterapie.* Praha : Triton, 1999.

18. **Porcelli, P., Rafanelli, C.** Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports.* 12(3) 2010, stránky 246-254.

19. **Balint, M.** *Lékař, jeho pacient a nemoc.* Psyché. Praha : Grada Publishing, 1999.

20. **Trapková, L., Chvála, V.** *Rodinná terapie psychosomatických poruch.* Praha : Portál, 2004.

21. **Klainstäuber, M., Witthöft, M., Steffanowski, A.** Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Sys Rev.* [Online] PubMed.gov, 7. Nov 2013. [Citace: 7. Červenec 2015.] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25379990. CD010628. doi: 10.1002/14651858.CD010628.pub2..

22. **Tress, W., Krusse, J., Ott, J.** *Základní psychosomatická péče.* Praha : Portál, 2004.

23. **Vybíral, Z., Roubal, J.** *Současná psychoterapie.* Praha : Portál, 2010.

24. **Křížová, E.** *Alternativní medicína v České republice.* Praha : Karolinum, 2015. str. 150. ISBN 9788024624983.

25. **Chvála, V., Trapková, L.** *Rodinná terapie a teorie jin-jangu.* Praha : Portál, 2008.

PŘÍLOHY

Dotazník životních událostí dle Holmse a Raheho	Bodové hodnocení
• smrt partnera	100
• rozvod	73
• rozvrat manželství/dočasný rozchod	65
• uvěznění	63
• úmrtí blízkého člena rodiny	63
• vážný úraz nebo onemocnění	53
• sňatek	50
• ztráta zaměstnání	47
• usmíření nebo jiné závažné změny v manželství	45
• odchod do důchodu	45
• změna zdravotního stavu člena rodiny	44
• těhotenství	40
• sexuální obtíže	39
• přírůstek nového člena rodiny	39
• změna zaměstnání	39
• změna finančního stavu	38
• smrt blízkého přítele	37
• přeřazení na jinou práci	36
• závažné neshody s partnerem	35
• půjčka vyšší než 50 tisíc Kč	31
• termín splatnosti půjčky	30
• změna odpovědnosti v zaměstnání	29
• syn nebo dcera opouští domov	29
• konflikty s tchánem, tchýní, snachou, zetěm	29
• mimořádný osobní čin či výkon	28
• manželka nastupuje nebo končí zaměstnání	26
• vstup do školy nebo její ukončení	26
• změna životních podmínek	25
• změna vlastních zvyklostí	24
• problémy a konflikt s nadřízeným	23
• změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
• změna bydliště	20
• změna školy	20
• změna rekreačních aktivit	19
• změna církve	19
• změna sociálních aktivit	18
• půjčka menší než 50 tisíc	17
• změna spánkových zvyklostí a režimu dne	16
• změny v širší rodině (úmrtí, sňatky,	15

odchody)
- změny stravovacích zvyklostí 15
- dovolené 13
- Vánoce 12
- přestupek (např. dopravní, pokuta) 11

Holmese a Raheho škálu životních událostí, kterou zde uvádíme hlavně pro ilustraci, revidovali trochu o třicet let později jiní viz odkaz: https://www.researchgate.net/publication/226937027_Stressful_Life_Events_A_Revision_and_Update_of_the_Social_Readjustment_Rating_Scale

Jednoduchý skreening SASA (na depresi)
S = spánek; probouzení po půlnoci a nad ránem
A = anhedonie; nic ji/ho netěší, život nemá šťávu
S = sebehodnocení; snížené až autoakusace
A = apetit; snížený, pokles hmotnosti bez redukčních tendencí

Pokud jsou přítomny 3 ze 4, na 95 % jde o depresi, která zasluhuje léčení.

TABULKA 7: DOTAZNÍK SASA NA DEPRESI (HONZÁK)

Vydalo vlastním nákladem Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

K tisku v Psychosomu zařazeno se svolením redakce 15.12.2015

VÝZKUM

ILUSTRAČNÍ FOTO 3: Z 30. PSYCHOTERAPEUTICKÉ KONFERENCE V JESENÍKU

MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., MARKUSOVÁ K.: INFORMOVANOSŤ ŽIEN O NEŽIADUCICH ÚČINKOCH A RIZIKÁCH HORMONÁLNEJ ANTIKONCEPCIE

Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Slovenská republika

ABSTRAKT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., MARKUSOVÁ K.: INFORMOVANOSŤ ŽIEN O NEŽIADUCICH ÚČINKOCH A RIZIKÁCH HORMONÁLNEJ ANTIKONCEPCIE, PSYCHOSOM 2015; 13(4) S. 266-275

Hormonálna antikoncepcia je dnes ponúkaná ako niečo prospešné pre zdravie ženy, avšak nové vedecké poznatky poukazujú aj na výskyt jej nežiaducich účinkov a rizík.

Cieľom štúdie bolo zistiť úroveň informovanosti žien o nežiaducich účinkoch a rizikách antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek. Ako výskumný nástroj bol vytvorený neštandardizovaný dotazník. Celkovo bolo v gynekologických ambulanciách distribuovaných 130 dotazníkov, vrátilo sa 108 (responzibilita: 83,07 %), pričom 8 dotazníkov bolo vyradených pre nesplnenie kritérií. Výskumu sa zúčastnilo 100 respondentiek s vekovým priemerom 28,7 (±5,28) rokov, ktoré užívali hormonálnu antikoncepciu, a podpísali informovaný súhlas so zapojením do výskumnej štúdie. Najčastejšími dôvodmi užívania hormonálnej antikoncepcie u respondentiek nášho súboru boli: zamedzenie plodnosti (66%) a zdravotné dôvody (34%). Zistili sme, že 54 % respondentiek bolo informovaných zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek o nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie avšak 51,85 % z nich bolo informovaných nedostatočne. O rizikách zvyšujúcich nežiaduce účinky HAK bolo informovaných 64 % respondentiek. Najčastejšie nežiaduce účinky HAK u respondentiek sa zaznamenali bolesť hlavy, emočná labilita, zníženie libida. Úroveň informovanosti žien o nežiaducich účinkoch antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek môžeme hodnotiť ako neuspokojivú, preto by bolo potrebné zlepšiť a skvalitniť edukáciu žien o hormonálnej antikoncepcii .

ABSTRACT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., MARKUSOVÁ K.: THE AWARENESS OF WOMEN ABOUT THE UNDESIRABLE EFFECTS AND RISKS OF HORMONAL CONTRACEPTION, PSYCHOSOM 2015; 13(4), PP. 266-275

Hormonal contraception is nowadays offered as something beneficial for the woman´s health, but the new scientific knowledge is showing us its undesirable effects as well. The objective of the study was to find out the awareness level of women about the undesirable effects and risks of hormonal contraception from the side of doctors/ midwives. As a research tool, we have created a non- standardized questionnaire. Overall we have distributed 130 questionnaires in the gynaecological centres, 108 questionnaires have been returned (recoverability: 83.07 %). 8 questionnaires have been excluded from the research due to the incomplete information. 100 respondents, with the average age of 28.7 (±5.28) years, that have used hormonal contraception have participated in this research and signed the written agreement about their participation in this research study. The most frequent reasons for using the hormonal contraception by our respondents were the following ones: fertility prevention (66 %) and healthy reasons (34 %). We have found out that 54 % of respondents were informed from the side of doctors/midwives about the undesirable effect of hormonal contraception, however 51.85 % from them have been informed insufficiently. 64 % of respondents have been informed about the risks of increased effects of hormonal contraception. The most frequent effects of hormonal contraception by our respondents were headache, emotional instability, and decrease of libido. The awareness level of women about the undesirable effects of hormonal contraception from the side of doctors/midwives has been evaluated as unsatisfactory. So it would be necessary to improve the education of women in the area of hormonal contraception.

Kľúčové slová

hormonálna antikoncepcia, nežiaduce účinky, riziká, informovanosť žien, pôrodná asistentka

Key words

hormonal contraception, undesirable effects, risks, awareness of women, midwife

ÚVOD

Hormonálna antikoncepcia je dnes najpoužívanejšia forma antikoncepcie a v súčasnosti je ponúkaná ako niečo samozrejmé, neškodné alebo dokonca prospešné pre zdravie modernej ženy, či dospievajúceho dievčaťa. Skúsenosti z minulých rokov, ako aj nové vedecké poznatky však poukazujú okrem pozitívnych účinkov aj na výskyt nežiaducich účinkov a zdravotných problémov u užívateliek tohto druhu antikoncepcie (Van Hylckama, 2009; Hutchinson, 2009; Schultz, Major, 2006).

Na Slovenku podľa štatistiky do roku 2012 užívalo antikoncepciu 304 277 žien, čo predstavuje 22,4 % žien fertilného veku. Podiel žien užívajúcich hormonálnu antikoncepciu predstavoval 81,8 % a vnútromaternicovú antikoncepciu 16,5 % žien vo veku 15 – 49 rokov. V posledných rokoch má užívanie hormonálnej antikoncepcie klesajúcu tendenciu (Laurinec, 2009).

Hlavným cieľom štúdie bolo zistiť úroveň informovanosti žien o nežiaducich účinkoch antikoncepcie. zo strany lekárov a pôrodných asistentiek. Čiastkovými cieľmi štúdie bolo zistiť z akých dôvodov užívajú ženy hormonálnu antikoncepciu a aká je ich informovanosť o jej nežiaducich účinkoch, o rizikách zvyšujúcich nežiaduce účinky zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek a zistiť aké nežiaduce účinky sa u žien pri užívaní hormonálnej antikoncepcie vyskytli.

METODIKA

Na zber relevantných údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Položky dotazníka vlastnej konštrukcie boli koncipované na základe štúdia odbornej, domácej a zahraničnej literatúry v danej téme. V úvode dotazníka boli respondentky oboznámené so zámerom výskumu a bol im predložený informovaný súhlas. Výber respondentiek bol zámerný. Do súboru respondentiek boli zaradené ženy, ktoré spĺňali vopred určené ***inkluzívne kritériá:*** ženy užívajúce hormonálnu antikoncepciu, ochota ženy vyplniť dotazník a písomný informovaný súhlas so zapojením do výskumnej štúdie. Dotazník sme najskôr overili ***pilotnou štúdiou*** so 6 respondentkami, ktoré vyplnili dotazník a následne sme modifikovali problematické formulácie otázok dotazníka. Skonštruovaný dotazník sme

v jeho definitívnej verzii distribuovali v období september 2012 – január 2013 osobne v gynekologických ambulanciách ženám. Celkovo sme rozdali 130 dotazníkov, vrátilo sa 108, čím sme dosiahli 83,07 % responzibilitu, pričom 8 dotazníkov sme vylúčili pre nesplnenie kritérií. Výskumný súbor tvorilo 100 respondentiek s vekovým priemerom 28,7 (±5,28) rokov, vo vekovom rozpätí 18 až 50 rokov. Výskumu sa zúčastnilo 53 % žien s ukončeným stredoškolským vzdelaním, 45 % s vysokoškolským vzdelaním. V našej štúdií respondentky užívali hormonálnu antikoncepciu v priemere 3,95 rokov. Empirické údaje z dotazníka boli okódované a následne prevedené do elektronickej podoby v programe MS Excel 2000. Získané údaje boli spracované metódami deskriptívnej štatistiky.

VÝSLEDKY

Tabuľka 1 Dôvody užívania hormonálnej antikoncepcie

odpovede	**relatívna početnosť**	**absolútna početnosť**
kvôli zamedzeniu plodnosti	66	66 %
zo zdravotných dôvodov:	34	34 %
iné	0	0 %
∑	100	100 %

U väčšiny respondentiek (66 %) dôvodom užívania hormonálnej antikoncepcie bolo zamedzenie plodnosti a u 34 % respondentiek to boli zdravotné dôvody.

Tabuľka 2 Informovanosť o nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek

odpovede	**relatívna početnosť**	**absolútna početnosť**
áno	54	54 %
nie	46	46 %
∑	100	100 %

O nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie bolo informovaných lekárom/ pôrodnou asistentkou 54 % respondentiek a 46 % respondentiek informovaných nebolo.

Tabuľka 3 Miera informovanosti o nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek

odpovede	relatívna početnosť	absolútna početnosť
dostatočne	26	48,15
nedostatočne	28	51,85
∑	54	100

Zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek bolo informovaných o nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie dostatočne 48,15 % respondentiek a 51,85 % nedostatočne.

Tabuľka 4 Informovanosť o rizikách zvyšujúcich nežiaduce účinky hormonálnej antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek

odpovede	relatívna početnosť	absolútna početnosť
áno	64	64 %
nie	36	36 %
∑	100	100 %

O rizikách zvyšujúcich nežiaduce účinky hormonálnej antikoncepcie malo od lekárov/ pôrodných asistentiek vedomosť 64 % respondentiek a 36 % respondentiek túto vedomosť nemalo.

Tabuľka 5 Výskyt nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie

odpovede	relatívna početnosť	absolútna početnosť
bolesti hlavy	26	16,5 %
nevoľnosť až zvracanie	4	2,5 %
napätie v prsníkoch	21	13,3 %
bolesti brucha, či chrbta	4	2,5 %
emočná labilita	26	16,5 %
prírastok hmotnosti	19	12 %
zmena pošvového sekrétu	7	4,4 %
abnormálne krvácanie z maternice	2	1,35 %
neestetické pigmentové škvrny po interakcii s UV žiarením	2	1,35 %

zníženie libida	26	16,5 %
žiadne	21	13,3 %
∑	158	100 %

V tejto otázke bola možnosť označenia viac odpovedí, celkovo sa označilo 158 odpovedí. Najčastejšie nežiaduce účinky hormonálnej antikoncepcie u respondentiek boli: bolesť hlavy (16,5 %), emočná labilita (16,5 %) a zníženie libida (16,5 %), napätie v prsníkoch (13,3 %) a prírastok na hmotnosti (12%).

DISKUSIA

Predpisovanie hormonálnej antikoncepcie z tzv. liečebných indikácií je zo strany lekárov častokrát automatické, ako metóda prvej voľby. Môžeme konštatovať, že príbalové letáky, ktoré informujú užívateľky o účinkoch i nežiaducich účinkoch antikoncepčných tabliet sú tieto skutočnosti uvedené, avšak žiaľ spôsobom, ktorému laik sotva rozumie. Tiež je treba poukázať na skutočnosť, že príručky o antikoncepcii, nachádzajúce sa v čakárňach gynekologických ambulancií, prípadne informácie z časopisov či internetových stránok sú písané štýlom, že antikoncepcia má mnoho pozitívnych účinkov na organizmus ženy, ktoré sa nadmieru vychvália a pozorované nežiaduce účinky sa spomenú viac-menej okrajovo.

Jedným z cieľov našej štúdie bolo zistiť, z akých dôvodov ženy užívajú hormonálnu antikoncepciu. Ako dokumentuje tabuľka 1, väčšina užívateliek (66 %) odpovedalo, že hormonálnu antikoncepciu užíva kvôli zamedzeniu plodnosti a 34 % zo zdravotných dôvodov, z ktorých najčastejšie uvádzali akné, poruchy menštruačného cyklu alebo hormonálne poruchy. Naše výsledky o dôvodoch užívania antikoncepcie sú porovnateľné s inými výskumami u nás i v zahraničí. Podľa výskumu na Slovensku (Ipsos Pharma Target, 2008), ktorého sa zúčastnilo 1331 žien a dievčat vo veku od 15 do 40 rokov dôvody, pre ktoré sa ženy najčastejšie rozhodujú užívať antikoncepciu boli taktiež obavy z nechceného otehotnenia (70 %). Podľa výskumu v USA, ktorý zahrnul všetky užívateľky hormonálnej antikoncepcie v USA sa zistilo, že 86 % žien užíva hormonálnu antikoncepciu kvôli zamedzeniu tehotnosti a 14 % (1,5 milióna) žien ju užíva kvôli jej nekontraceptívnym účinkom, z toho 9 % žien (726 000) predstavuje ženy, ktoré nikdy nemali pohlavný styk a jediným dôvodom užívania hormonálnej antikoncepcie je nekontraceptívny účinok prípravkov (Guttmacher Institute, 2013). Archalousová (2014) uvádza, že v súčasnej dobe existuje vážne riziko ohrozenia sexuálno-reprodukčného zdravia žien súvisiace so skorým pohlavným stykom, so skorým užívaním hormonálnej antikoncepcie pred 18 rokom a menej, s dlhodobým užívaním hormonálnej antikoncepcie, s nízkym povedomým a informovanosťou mladých dievčat a žien o zdraví. Užívanie hormonálnej antikoncepcie v príliš mladom veku môže prispievať aj k znižovaniu morálnych hodnôt, môže poskytnúť slobodu a neviazanosť vzťahov

v sexuálnej oblasti bez zodpovednosti, čo môže mať negatívny dopad na psychický, duševný ale aj telesný vývoj mladých dievčat. Aj Bašková et al. (2009) uvádza, že predčasné sexuálne aktivity sa pokladajú za vysoko rizikové správanie, ktoré má negatívny vplyv na psychosexuálny a osobnostný vývin jedinca. Osobitne je potrebné pristupovať k edukácii mladých dievčat, a informovať ich, že sexuálna zdržanlivosť nepoškodzuje ich organizmus, ale naopak, že včasný sexuálny život môže mať pre nich nepriaznivé následky (Longauerová, 2005). Je potrebné pri informovaní zo strany pôrodnej asistentky viac upriamiť pozornosť na poznávanie ich plodnosti a starostlivosť o ňu. Ak sa rozhodnú pre antikoncepciu, je potrebné v edukácii sa zamerať na pochopenie jej významu, vysvetlenie mechanizmu jej pôsobenia, upozorniť na negatívne vplyvy, kontraindikácie, prípadné nespoľahlivosti. Pred zahájením liečby a voľbou prípravku, je v prvom rade dôležitá dôsledná anamnéza pacientky. Lekár v spolupráci s pôrodnou asistentkou spracováva anamnestické údaje, aby boli včas vylúčené možné kontraindikácie užívania antikoncepcie. Medzi dôležité údaje patrí vek pacientky, fajčenie, zaznamenáva sa výskyt hypertenzie, kardiovaskulárne ochorenie, diabetes mellitus a tiež obezita. V rodinnej anamnéze sa nesmie zabudnúť na výskyt infarktu myokardu a tromboembolických ochorení. Následné gynekologické vyšetrenie zahrňuje odber steru z krčka maternice na onkocytologické vyšetrenie, kontroluje sa krvný tlak, u indikovaných pacientiek sa vyšetruje biochémia z krvi (spektrum lipidov, glykémia a pečeňové testy). Riziko poškodenia funkcie pečene je indikácia na kontrolné hepatálne testy po 3 mesiacoch užívania hormonálnej antikoncepcie. Všetky užívateľky hormonálnej antikoncepcie musia podstúpiť raz za rok gynekologické vyšetrenie, ktoré je doplnené kontrolou krvného tlaku a onkocytológie (Šuška et al, 2013).

Naším ďalším cieľom bolo zistiť úroveň informovanosti žien o nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek. Zistili sme, že 54 % respondentiek bolo informovaných lekármi/ pôrodnými asistentkami o nežiaducich účinkoch antikoncepcie dostatočne (tab. 2). Aj keď ide o väčšinu respondentiek s výsledkom informovanosti o nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek sa nemožno uspokojiť, pretože viac ako polovica z nich (52 %) uviedlo, že bolo informovaných nedostatočne (tab. 3). Na základe našich zistení môžeme konštatovať, že celkovo informovanosť o nežiaducich účinkoch hormonálnej antikoncepcie zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek nie je dostatočná. Aj Maskalová (2010) uvádza, že edukácia, čiže informovanosť ženy má dôležitú úlohu pred začatím užívania antikoncepcie. Dôležitú úlohu zdravotníckych profesionálov v informovanosti o antikoncepcii potvrdzuje aj výskum (n = 1331 žien), v ktorom bolo zistené, že hlavným zdrojom pre získavanie informácií o antikoncepcii je stále na 1. mieste gynekológ (73 %), ďalej internet (32 %) a v neposlednom rade aj časopisy, noviny, denná tlač (26 %) (Hutchinson, 2009). Pôrodná asistentka by mala pri informovanosti žien o plánovaní rodičovstva tímovo spolupracovať s gynekológom, pretože zohráva dôležitú úlohu v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia ženy.

Niektoré užívateľky majú väčšie predispozície na nežiaduce účinky hormonálnej antikoncepcie. Podľa Glasu

(2013) n**ežiaduce účinky sa vyskytujú najmä u tých žien, ktoré majú určitý genetický predpoklad. Napríklad ženy, ktoré majú zvýšenú zrážanlivosť krvi. Výskyt genetických predpokladov je pomerne častý, približne od 5 do 10 %. Keď sa spoja s inými rizikovými faktormi ako fajčenie, obezita a sedavý spôsob života, riziko sa ešte znásobuje.** Cibula (2002) uvádza, že u užívateliek hormonálnej antikoncepcie, je riziko tromboembolických ochorení zvýšené 3 - 4 krát. Venózny tromboembolizmus ovplyvňujú v súvislosti s užívaním hormonálnej antikoncepcie aj genetické predispozície. Ide o závažnú komplikáciu, ktorá môže vyústiť až k úmrtiu pacientky. Taktiež na rozvinutie tromboembolických ochorení negatívne vplýva zvýšená hmotnosť, nedostatok pohybovej aktivity, vek a fajčenie. Užívateľky hormonálnej antikoncepcie, ktoré fajčia si zvyšujú riziko vzniku tromboembolických ochorení 3 - 5 násobne. Potvrdil sa aj karcinogénny účinok steroidných estrogénov (Hutchinson, 2009; Laurinec, 2009). Hutchinson (2009) zistil, že u žien, ktoré začínajú užívať hormonálnu antikoncepciu pred 18 rokom života, sa riziko rakoviny prsníka zvyšuje štvornásobne. Podľa štúdie, ktorá porovnávala výskumy z celého sveta z rokov 1980 - 2002 sa **užívaním orálnej antikoncepcie zvyšuje riziko rakoviny prsníka až o 44 %** (Schultz, 2006). Cibula (2002) uvádza, že riziko infarktu myokardu je užívaním hormonálnej antikoncepcie spojené s fajčením zvýšené. U žien mladších ako 35 rokov je to 10 - krát a u žien starších ako 35 rokov sa spolu pôsobením cigariet, toto riziko zvyšuje na 100 násobok. Našou štúdiou sme tiež zisťovali informovanosť respondentiek zo strany lekárov/ pôrodných asistentiek o rizikách, ktoré významne zvyšujú nežiaduce účinky hormonálnej antikoncepcie. Ako dokumentuje tabuľka 4, väčšina respondentiek (64 %) bolo informovaných o takýchto rizikách a medzi najčastejšie uvádzali: fajčenie, vek nad 35 rokov, obezitu, hypertenziu, ochorenia pečene a požívanie alkoholu. O rizikách užívania hormonálnej antikoncepcie nemalo vedomosti 36 % respondentiek. Aj keď ide o menšinu neinformovaných respondentiek, treba venovať tomu pozornosť, pretože ide o vážnu nevedomosť, ktorá môže tieto respondentky ohroziť na zdraví. Bolo by vhodné, aby všetky užívateľky mali dostatočné informácie nielen o pozitívnych účinkoch hormonálnej antikoncepcie, ale aj o jej rizikách a nežiaducich účinkoch a aby lekári a pôrodné asistentky ich o tom profesionálne informovali.

V literatúre sú rôzne, niekedy až protichodné názory na hormonálnu antikoncepciu. Niektorí autori vyzdvihujú význam hormonálnej antikoncepcie pre zdravie ženy a jej nežiaduce účinky antikoncepcie vyvracajú a považujú ich za mýty. V našom výskume sme zisťovali, či sa nežiaduce účinky u žien užívajúcich hormonálnu antikoncepciu vyskytli a aké najčastejšie sa vyskytujú. Žiadny nežiaduci účinok nezaregistrovalo 13,3 % respondentiek, 16,5 % označilo výskyt bolestí hlavy, 16,5 % emočnú labilitu, 16,5 % zníženie libida, 13,3 % pociťovalo napätie v prsníkoch, 12 % zaznamenalo prírastok na hmotnosti, 4,4 % zmenu pošvového sekrétu spojenú s nepríjemnými pocitmi, 2 % nevoľnosť až zvracanie, 2,5 % bolesti brucha či chrbta, 1,35 % abnormálne krvácanie z maternice a 1,35 % neestetické pigmentové škvrny po interakcii s UV žiarením (tab. 5). Je pozitívne, že nežiadúce účinky závažnejšieho

charakteru sa u našich užívateliek hormonálnej antikoncepcie neprejavili, čo však môže súvisieť aj s kratšou dobou užívania hormonálnej antikoncepcie (priemerná doba užívania hormonálnej antikoncepcie u našich respondentiek bola 3,95 rokov), to však nemusí znamenať, že neexistuje ich riziko. Naše výsledky možno porovnať so štúdiou, podľa ktorej negatívna skúsenosť s užívaním hormonálnej antikoncepcie u žien (študentiek) najčastejšie súvisela s nárastom telesnej hmotnosti (31,5 %), so zmenami nálad či depresiami (15,3 %), s poklesom libida (7,3 %), s trombózou (1,6 %) (Kikalová, 2014). **Je známe, že hlásenie o nežiaducich účinkov je u nás veľmi nedokonalé, hoci to vyžaduje zákon. To, že Štátny ústav pre kontrolu liečiv nemá dostatok hlásení, neznamená, že takéto prípady neexistujú (**Longauerová**, 2005).** Kolařík (2011) uvádza, že steroidy užívané v kombinovanej antikoncepcii sú metabolizované v pečeni z toho vyplýva, že môžu ovplyvňovať prakticky všetky systémy v tele. Ľahké zmeny nálad a správania sú vyvolávané estrogénmi v kombinovanej orálnej kontraceptíve, ktoré zvyšujú excitabilitu, nepokoj mozgu a gestagénmi, ho naopak tlmia. Gestagény v hormonálnej antikoncepcii spôsobujú zvýšenie teploty tela a užívateľky neraz zaznamenávajú kvasinkové ochorenia pohlavných orgánov. Je dokázané, že estrogény tiež zapríčiňujú naberanie telesnej hmotnosti, zadržujú vodu a spôsobujú vznik edémov (Šuška et al., 2013). Zníženie libida, strata sexuálnej túžby, spôsobuje každá hormonálna antikoncepcia. Je vyvolaná syntetickými - chemickými látkami, ktoré sa líšia vlastnosťami a ich hladinami v krvi od hormónov produkovaných v tele ženy. Podávanie antikoncepčných hormónov zabraňuje tvorbe vlastných estrogénov a androgénov, ktoré sú rozhodujúcimi hormónmi ženskej sexuality. V dôsledku týchto menej závažných nežiaducich účinkov prestane v priebehu prvého roka užívať hormonálnu antikoncepciu 30-50 % nových užívateliek. Nezáujem o sexualitu pod vplyvom hormonálnej antikoncepcie nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu milostného života a má negatívny dopad na manželské spolunažívanie ako aj na reprodukčné a sexuálne zdravie (Cibula et al, 2002).

ZÁVER

Našim príspevkom sme nechceli poprieť význam hormonálnej antikoncepcie, ktorej terapeutické účinky sú v prevahe oproti jej vedľajším nežiaducim účinkom, ale chceli sme poukázať na potrebu objektívnej informovanosti aj o možných nežiaducich účinkoch a rizikách pri jej užívaní. Táto skutočnosť môže významne ovplyvniť postoj k preventívnemu zdravotnému správaniu v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia. Z našich výsledkov výskumu vyplýva, že je potrebné zvýšiť a skvalitniť edukáciu žien o hormonálnej antikoncepcii, o jej nežiaducich účinkoch zvlášť u mladých dievčat. Úlohou pôrodnej asistentky z hľadiska reprodukčného zdravia ženy je vzdelávať sa v problematike antikoncepcie, nepodľahnúť marketingovým vplyvom a objektívne, nezaujato a profesionálne informovať ženy v každom veku o hormonálnej antikoncepcii, o jej žiaducich i nežiaducich účinkoch, o kontraindikáciách užívania

antikoncepcie, o spoľahlivosti a taktiež o mechanizme pôsobenia antikoncepcie.

LITERATÚRA

1. Archalousová, A. 2014. Risks of women's and girl's reproductive an sexual health. In *International Symposium: Science* and *Research* in *Nursing*. Brno: Masarykova univerzita, 2014.p. 5-12. ISBN 978-80-7013-574-7

2. Bašková, M. et al. 2009. *Výchova k zdraviu.* Martin : Osveta, 2009, 227 s. ISBN 978-80-8063-320-2.

3.Cibula, D. et al. 2002. *Základy gynekologické endokrinológie*, Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-0236-3.

4. Glasa, J. 2013. *Lekári hovoria pacientom aj štátu málo o nežiaducich účinkoch antikoncepcie- tvrdí predseda Slovenskej spoločnosti klinickej farmakológie.* [online]. [cit. 2014-12-03]. Dostupné na internete: http://www.lpp.sk/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=420:glasa&catid=16051&Itemid=461.

5. Guttmacher Institute. 2013. *Contraceptive Use in the United States.* [online]. [cit. 2013-01-24]. Dostupné na internete: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contr_use.html.

6. Hutchinson, F. 2009. *Surgeon: birth control pill a 'molotov cocktail' for breast cancer. Contraception.* [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné na internete: http://www.lifesitenews.com/news/surgeon-birth-control-pill-a-molotov-cocktail-for-breast-cancer/ Fred Hutchinson Cancer Research Center.

7. Ipsos Pharma Target. 2008. *Aký vzťah majú Slovenky k hormonálnej antikoncepcii?* [online]. [cit. 2013-02-20]. Dostupné na internete: http://www.bayer.sk/showdoc.do?docid=762.

8. Kikalová, K. et al. 2014. Vybrané aspekty sexuálního chování a užívání antikoncepčních metod u studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. In *Hygiena*, 2014, roč. 59, č. 3, s. 104-109.

9. Kolařík, D. et al. 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2.vyd. Praha: Maxdorf Jessenius; 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.

10. Laurinec, J. 2009. *HA. Nežiadúce účinky.* [online]. [cit. 2013-03-19]. Dostupné na internete: http://www.rodinka.sk/zdravie/plodnost-zeny/ha-neziaduce-ucinky3.

11. Longauerová, A. et al. 2005. Vedomosti a postoje adolescentov k problematike antikoncepcie. In *Molisa 2:* Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša. Prešov: Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity; 2005, s. 48-51.

12. Maskalová, E. 2010. Plánované rodičovstvo. In: Urbanová E,. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie.* Martin: Osveta; 2010. ISBN 978-80-8063-343-1.

13. Schultz, G. 2006. *Major U.S. Study Shows Oral Contraceptives Increase Breast Cancer Risk 44 %.* [online]. [cit. 2014-04-24]. Dostupné na internete: https://www.lifesitenews.com/news/major-us-study-shows-oral-contraceptives-increase-breast-cancer-risk-44.

14. Šuška, P. et al. 2013 *Vybrané kapitoly z gynekológie.* 2 vyd. Bratislava: Univerzita Komenského; 2013. ISBN 978-80-223-3367-2.

15. Van Hylckama, V.A. et al. 2009. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. In *British medical*

Journal. [online]. [cit. 2014-02-24]. Dostupné na internete: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726929/

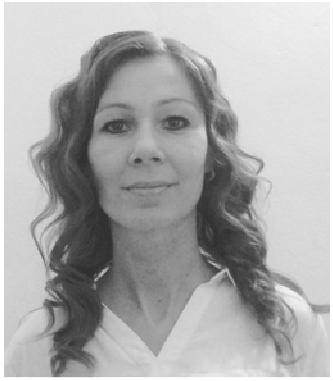
Autorka:

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD. – odborná asistentka Ústavu pôrodnej asistencie Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine v SR.

Korešpodenčná adresa:

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.
Malá Hora 5, 036 52 Martin
SLOVENSKO
mazuchova@jfmed.uniba.sk

Do redakce přišlo 14.9.2015
K tisku zařazeno 15.12. 2015
Střet zájmů není.



REFLEXE

OBRÁZEK 1: PHDR. L. ZATLOUKAL NA KONFERENCI V BRNĚ

ZATLOUKAL L.: KONEC KOMPLEXŮ Z KOMPLEXNÍ MEDICÍNY?

Nedávno jsem měl příležitost se setkat s MUDr. Janem Hnízdilem, jednak na besedě a jednak při výzkumném rozhovoru druhý den. Jedna z inspirací, kterou jsem si odnesl, byl nový pohled na tzv. „komplexní medicínu“. Nejsem sice lékař, ale jako psychoterapeut se setkávám s mnoha klienty, jejichž potíže by se daly s určitou nepřesností označit zažitým pojmem jako „psychosomatické“. Proto se s medicínou – s tou komplexní i s tou méně komplexní či zcela úplně ne-komplexní – nějakým způsobem při práci s klienty setkávám také. A napadlo mě k tomu pár podnětů, které bych rád sdílel.

PSYCHOSOMATICKÉ POTÍŽE

Když jsem zmínil klienty s psychosomatickými potížemi, pak – jednoduše řečeno – jde o lidi, u kterých se psychologické, vztahové a spirituální aspekty jejich života projevují i tělesně (somaticky). Jinými slovy řečeno, jejich celkový způsob života se projevuje i v různých medicínských symptomech.

Především chci podotknout, že podle mého soudu se tělesně projevují všechny psychologické, vztahové i spirituální aspekty života člověka (a platí to i naopak). Člověk prostě tvoří jeden celek (můžeme říci „systém“) nezávisle na tom, že jsme jej pomyslně rozdělili na nějaké „části“ a ty jsme různě pojmenovali, a dokonce k nim vytvořili různé specializované profese. Když si to vezmeme: o tělo se nám stará lékař – a na každou část těla dokonce jiný specialista (!), o duši pečuje psycholog či psychoterapeut, o vztah ke společnosti se stará sociální pracovník či socioterapeut, o duchovní rozměr pečuje kněz, guru nebo duchovní doprovázející, o jídle lze konzultovat s výživovým poradcem, ohledně pohybových aktivit se lze obrátit na trenéra, fitness instruktora či specialistu na konkrétní sportovní disciplínu, ohledně odpočinku se lze s důvěrou obrátit maséra či wellness centra… Zdá se, že kolik je oblastí života člověka, tolik specialistů je k dispozici, aby nám s nimi pomáhali.

Když se vrátíme zpět k psychosomatice, lze říci, že se někdy určité oblasti života člověka (psychika, vztahy…) projevují natolik výrazně a natolik negativně i na tělesné (somatické) rovině, že se takoví lidé dostávají do péče lékařů. Jsou to právě ti pacienti, se kterými si lékaři nevědí v rámci standardních medicínských postupů příliš rady, protože navzdory všem moderním diagnostickým metodám nelze stanovit objektivní příčinu nemoci. Přitom nejde o zanedbatelný počet pacientů. Hnízdil ve své knize „Zaříkávač nemocí“ (2015) uvádí: „V roce 2001 zveřejnil časopis British Medical Journal závěry studie, během níž vědci zkoumali zdravotnickou dokumentaci 60 tisíc pacientů, vyšetřených ambulantními specialisty v letech 1993 až 2001. Vybrali 361 těch, kteří stáli zdravotnický systém nejvíc peněz. Ve studii se poprvé objevil termín ‚nevysvětlené choroby‘. Jde o situaci, kdy se do ordinace dostaví člověk s typickým tělesným problémem – bolestí hlavy nebo zad, bušením srdce, svíráním žaludku, únavou, závratěmi, nevolností – a je pro něj opakovaně vyšetřován za použití nejmodernější techniky. U téměř 40 % pacientů se ale nepodařilo objektivně zjistit, co jim vlastně je. Tyto obtíže jsou totiž somatizací neboli ztělesňováním složité, neřešené životní situace. Člověk je bezradný, žije ve stresu a tělo časem začne problém řešit po svém – nemocí. Pro biologicky vzdělaného lékaře je to hypochondr, simulant nebo případ pro psychiatra. On ale skutečně trpí. Jenom to nemůže objektivně dokázat.“

Může v takových případech komplexní medicína propagovaná Hnízdilem a mnoha dalšími lékaři z „psychosomatického proudu“ pomoci?

a) Komplexní vs. redukcionistické

Slovo komplex pochází podle wikipedie (https://cs.wikipedia.org/wiki/Komplex) z latinského complexus, což znamená objetí, shrnutí, celek (od plectere, plexus = spletenec). Lze jej tedy chápat jako celek složený z částí nebo témat, která k sobě patří, souvisejí spolu a často se vyskytují pohromadě.

Slovo komplexní se v odborné literatuře často používá k tomu, aby se dalo najevo, že určité pojetí bere v úvahu různé související významné faktory. Opakem, který je v odborných kruzích vnímán skoro jako sprosté slovo, je označení nějakého přístupu jako redukcionistického. Pokud někdo o vašem přístupu k čemukoli tvrdí, že je redukcionistický, má tím většinou na mysli, že opomíjíte něco důležitého (v lidové mluvě se prostě říká, že je to blbost, že to nebude fungovat, anebo že si to dotyčný představuje jak Hurvínek válku). V medicíně (tak jako asi v každém oboru lidské činnosti) lze být velmi snadno redukcionistický. Když stavíme na louce stan a nevezmeme v úvahu blízko tekoucí říčku a pravděpodobnost dešťů, pak nás noční záplava snadno usvědčí z toho, že jsme něco důležitého nevzali v potaz. Když usilovně cvičíme, ale neupravíme stravovací návyky, přistupujeme k věci příliš redukcionisticky a nedosahujeme kýženého výsledku. V medicínském systému máme specialisty na různé části těla. Úzká specializace představuje obrovskou výhodu, protože umožňuje do velké hloubky porozumět funkci dané části těla a osvojit si vysoce specializované dovednosti. Na druhou stranu je rovněž velkým omezením, pokud je pro řešení pacientovy situace potřeba dohlédnout i za úzkou oblast specializace. Pěkně to ukazuje příběh pacienta se syndromem dráždivého tračníku (chronická funkční porucha pohyblivosti střev, která se projevuje bolestmi břicha, nadýmáním, průjmy, zácpou…) z Hnízdilovy knihy „Zaříkávač nemocí“:

„Prvního pacienta se syndromem dráždivého tračníku mi před mnoha lety demonstroval zakladatel české psychosomatiky Jirka Šavlík. Přišel k němu tehdy asi šestadvacetiletý pan Karel. Tři roky se neúspěšně léčil se záchvaty průjmu, pálením žáhy, bolestmi hlavy a zad, nervozitou, vysokým tlakem a poruchou štítné žlázy. Byl v péči šesti specialistů. Každý léčil jeden jeho orgán. Disciplinovaně užívat Loperamid na průjem, Lozap na tlak, Helicid na žáhu, Cipralex na nervy, Ibalgin na hlavu a záda, Letrox na štítnou žlázu a jako třešničku na dortu Simgal na cholesterol. Vyšetření žádnou objektivní příčinu potíží neprokázalo. Léky nepomáhaly. Co se nenajde ve stolici, je potřeba hledat v životě. Jirka Šavlík tehdy zvolil diagnózu z fotografie. Mladíka požádal, aby do příští návštěvy na jeden list papíru sepsal vznik a vývoj zdravotních potíží: kdy začaly, jak se vyvíjely, jakými prošel vyšetřeními a jak se léčil. Na druhý list papíru aby zaznamenal významná životní období a přiložil k nim pár fotek. Chorobopis a životopis do sebe zapadly jako puzzle. Fotky přinesl tři. Na té první, z gymnázia, byl se dvěma kamarády. Ve sportovním, plný energie a chuti do života. Zdravě a spokojeně vypadal i na fotce z vojny. Třetí byla ze svatby a dominovala na ní tchýně. Postavou i uspořádáním svatebčanů. Karel na ní už nestál tak vzpřímeně. Měl trochu svěšenou hlavu a ramena, trochu vyhaslý pohled. Od té doby začal stonat. Ukázalo se, že rodiče manželky postavili mladým nádhernou vilu. Nechali si v ní ale dolní patro. Matka, dominantní nejen postavou, začala mladým, v dobrém, organizovat život. Když nám Karel vyprávěl, jak to ve vile chodí, s Jirkou Šavlíkem jsme se shodli, že bychom se z toho posrali taky. Karel, citlivý a neprůbojný, se nedokázal tchýni ani postavit, ani neměl odvahu z vily odejít. To, co nebyl schopen řešit vědomě, řešilo tělo za něj: průjmy, vysokým tlakem – žil pod tlakem, pálením žáhy – lezla mu krkem, bolestí hlavy a zad – měl ji plnou hlavu,

byla nesnesitelná. Depresí – lezla mu na nervy, takže i poruchou štítné žlázy – rozbila jeho emoční štít. Mladí manželé s vysvětlením ochotně souhlasili. Karla jsem si vzal do péče po stránce tělesné. K Jirkovi Šavlíkovi chodili s manželkou půl roku na partnerskou terapii. Bezvýsledně. Ukázalo se, že jedinou možností, jak se uzdravit, je z vily odejít. Tak to udělali. Pronajali si malý byt a začali žít vlastním životem. Karel se během roku zbavil většiny potíží i většiny léků, s výjimkou Letroxu na štítnou žlázu. Točením hlavy, bolestí šíje a brněním rukou ale začala novou situaci ztělesňovat tchýně. Opratě, kterými mladé manžele ovládala, se jí vymkly z rukou. Přitom to byla ona, kdo Karla objednal do psychosomatické poradny.“

V tomto příběhu je poměrně zřejmé, kde byl přístup redukcionistický a kde dostatečně komplexní – poznávacím znamením z mého pohledu je, že daný přístup otevírá prostor pro účinné řešení situace. Pokud se snažíme problém řešit na úrovni střev, výsledek našeho snažení bohužel nápadně připomíná to, co je jejich náplní.

Zdálo by se tedy, že komplexní přístup znamená zajímat se o vše, vzít v úvahu všechny faktory, které mohou být ve hře a nikdy, za žádných okolností nic neredukovat. Obávám se, že tak jednoduché to ale není.

b) Komplexní vs. komplikované

Pokud bychom komplexní přístup chtěli vzít úplně doslova a zabývat se v medicíně celkem, ve kterém spolu jednotlivé prvky souvisí, dostali bychom se za chvíli do slepé uličky, protože – jak praví stará moudrost – všechno souvisí se vším. Důsledně komplexní přístup by musel vzít v úvahu úplně všechny faktory, což by nás akorát zaplavilo informacemi a znemožnilo by to jakoukoli účinnou akci. Malcolm Gladwell ve své knize „Mžik“ na mnoha příkladech názorně popisuje, jak je důležité umět vybrat ze složité a komplexní situace jen ty opravdu důležité informace. Asi nejnázorněji je to vidět na simulované cvičené bitvě americké armády s teroristy, kterou uskutečnili v Pentagonu: ukázalo se, že daleko početnější, lépe vyzbrojená, a především díky nejmodernější technice (dronům, satelitním snímkům, odposlechům atd.) skvěle informovaná armáda byla nakonec méně akceschopná než simulovaná teroristická organizace, která má sice omezené zdroje informací, ale dokáže s nimi efektivně pracovat.

Jeden z důvodů mého „komplexu“ z komplexní medicíny byla právě obava z přílišné složitosti, komplikovanosti. Vždycky když někde zaslechnu něco o komplexním přístupu, jsem dvojnásob opatrný. Pokud by výdobytkem komplexního pojetí medicíny měla být záplava informací, ve které se pacienti i lékaři utopí, pak bychom si patrně příliš nepomohli.

Pokud nemůžeme být úplně komplexní v tom smyslu, že bychom dokázali sledovat všechno, pak se vracíme k tomu, že je třeba komplexitu redukovat. Jsem přesvědčený o tom, že pokud mají věci opravdu fungovat (včetně medicíny), pak to musí být jednoduché. Jak redukovat komplexitu a nebýt přitom redukcionističtí, ale jen prostě dělat věci jednoduše a účinně?

c) Ockhamova (též Occamova) břitva

Významný středověký filosof William Ockham je spojován s několika principy, které jsou známé jako „Ockhamova břitva“ (Kenny, 2000). Ockhamova

břitva je metafora, která popisuje velmi úsporný (ekonomický) přístup k porozumění věcem i k akci. Lze ji shrnout do následující trojice principů (in Neubauer, 2007, s. 227):

1. „Pluralitas non est ponenda sine necessitate.“ Neklást (nepostulovat, nezastávat) mnohost bez nutnosti.

2. „Principia non sunt multiplicanda praeter necessitatem.“ Nemnožit principy (počátky, východiska, základy, zásady) bez nutnosti.

3. „Frustra fit per plura quod potest fieri per pauciora.“ Je zbytečné činit skrze více, čeho lze učinit skrze méně.

Je třeba podotknout, že Ockham sám tyto principy „ekonomie myšlení“ nevynalezl (nalezneme je např. už u Platóna a Aristotela) a že je ve svém díle uvádí v různých obměnách a na různých místech (Heinzmann, 2000; Kenny, 2000). Přesto lze Ockhama považovat za výrazného představitele tohoto „ekonomického“ proudu myšlení a přiřknout mu zásluhu za další rozvoj těchto myšlenek (Heinzmann, 2000).

Jak ale principy Ockhamovy břitvy využít prakticky? Zde je několik nápadů:

- „zoomování“ – fotoaparáty a kamery jsou vybavené šikovným zařízením, které umožňuje přibližovat a oddalovat záběr podle toho, zda se chceme zaměřit na detail, nebo naopak sledovat širší kompozici; podobně lze v medicíně uvažovat o tom, že je škoda nechávat pomyslný „zoom“ zaostřený jen na maximální detail konkrétního symptomu, orgánu, specializace, ale že lze perspektivu měnit a pozorovat více souvislostí – někdy se najde užitečný moment pro změnu v detailním „zoomu“, jindy se objeví až v širším záběru. Určitými mistry „zoomování“ by měli být tzv. praktičtí lékaři, kteří by měli mít relativně široký přehled o životě pacienta a povědomí o dalších návazných službách a institucích. Určitá míra „zoomování“ je ale podle mého názoru užitečná i pro lékaře-specialisty.

- netrvat na jediném pohledu – s předchozím bodem souvisí schopnost zaujmout i jiný pohled než ten jediný (který je většinou shodou okolností náš oblíbený); potíž je v tom, že z psychologie víme, jak těžké je zaujmout jiný pohled a že naše mysl zná neuvěřitelné triky, jak udržet „ve hře“ naši oblíbenou teorii, i když je v rozporu se zjevnými fakty (nádhernou ukázkou je například Festingerovo zkoumání kognitivní disonance u členů sekty, která očekávala konec světa a příchod či přílet mimozemšťanů – ačkoli v očekávaný den k předpovězené události nedošlo, vírou většiny skalních příznivců sekty to neotřáslo, paradoxně ji to posílilo – podrobněji např. Hunt, 2000).

- spolupracovat s ostatními – v dávných dobách byl jeden člověk, šaman, a ten dělal lékaře, faráře, psychologa, farmaceuta, fyzioterapeuta i zábavní průmysl v jedné osobě; v současné době máme na všechno specialisty a má to svou logiku. Lékař nikdy nebude do hloubky rozumět jemným nuancím toho, jak vést uzdravující rozhovor (na to jsou specialisty psychoterapeuti) nebo jak přistupovat k duchovním otázkám (na to jsou specialisté faráři či duchovní v nejširším slova smyslu). Důležitější, než snažit se dělat všechno je možná umět spolupracovat s ostatními v zájmu pacientů.

- mluvit s pacienty, ale užitečně – i když lékaři nemusí být specialisty na jemné nuance terapeutického rozhovoru, měli by si být vždy vědomi, že slovo je velmi ostrý nástroj, který může velmi pomoci nebo také uškodit. Asi žádný

lékař by neriskoval neopatrnou manipulací s ostrým skalpelem nebo nějakou chemickou látkou poškození pacienta. Dokonce existují přísné předpisy, jak s chirurgickými nástroji či chemikáliemi zacházet, aby nedošlo k ublížení pacientům. Přesto k trojlístku prastarých a mocných forem léčení patří vedle nože a byliny také slovo. Jak píše již Freud: *„Slova byla původně kouzlem a ještě dnes si slovo zachovalo mnoho ze své kouzelné síly. Slovy může jeden člověk druhého učinit blaženým, anebo ho vehnat do zoufalství… Slova vyvolávají afekty a jsou všeobecně používaným prostředkem k vzájemnému ovlivňování lidí.“* (Freud, 1991, s. 16 -17) V jednom experimentu, o němž mi vyprávěl finský kolega, psychiatr Ben Furman, dával jeden lékař antidepresiva pacientům trpícím depresí, kteří byli náhodně rozděleni do dvou skupin. První skupina dostávala jen léky (chemickou látku, která má údajně působit na příznaky deprese), druhá skupina kromě naprosto stejných léků absolvovala i krátký rozhovor s psychiatrem. Výsledky ukázaly, že pacienti v druhé skupině si vedli výrazně lépe než v první ve všech ukazatelích (délka léčby, úroveň symptomů, fungování v běžném životě…). Slova jsou opravdu velmi mocná – dosud si vzpomínám, jak mi jeden člověk vyprávěl, že když ležel v nemocnici s poraněným kolenem, tak mu lékař – vynikající ortoped – řekl: „To vás bude ještě tak pět let bolet.“ A opravdu, přesně pět let ho koleno bolelo – a pak po pěti letech jako když utne. Může být velmi zajímavé si všimnout, co lékař během dne říká pacientům, jakým způsobem je – často nereflektovaně – ovlivňuje.

• zvolit nejjednodušší cestu – jak pacientům prakticky pomoci? Především vnímám jako užitečné při „zoomování“ hledat místo, kde lze šikovně začít s konstruktivní změnou. Častým nástrojem osvícených lékařů v ordinacích, kteří si s klienty povídají o jejich životě, je přesvědčování. Většinou jde o věty začínající „Měl byste…“, „Je potřeba…“ nebo „Pokud nebudete…, pak se vaše potíže nezlepší, ba naopak.“ (na místo tří teček lze doplnit změnu jídelníčku, omezení kouření, zařazení tělesných cvičení, snížení pracovní zátěže, změny ve vztazích s nejbližšími apod.). Domnívám se, že přesvědčování je někdy užitečný, ale určitě ne jediný a už vůbec ne univerzálně účinný způsob, jak vést rozhovor s pacienty o tom, co je vhodné změnit. Užitečné může být ptát se klienta, přizvat ho do rozhovoru, který vůbec nemusí být dlouhý. Lze se ptát například:

- Co vy sám vnímáte v tuto chvíli jako nejdůležitější? Na jaké změně byste chtěl pracovat?
- Jaký život chcete vést? Jak chcete pracovat (fungovat ve vztazích, trávit volný čas…) za rok?
- Podle čeho prvního poznáte, že jste na dobré cestě?
- Nakolik je pro vás důležité se uzdravit? Jak moc si to přejete?
- Nakolik věříte, že se to podaří? Co vám dává naději?
- Kdo vás může podpořit?
- Co bude to úplně nejmenší, čím začnete v nejbližších hodinách nebo dnech?

• ušít léčbu pacientům na míru – pořád se mluví o individuálním přístupu, ale v praxi se v pomáhajících profesích včetně medicíny setkáváme spíše se standardizovanými postupy. Jako by všichni lidé byli stejní, stejným způsobem stonali a stejným způsobem se uzdravovali! Pokud bychom chtěli šít léčbu pacientům na míru, jeví se mi jako užitečné všímat si jejich jedinečných

zdrojů, tedy jakýchkoli schopností, dovedností, znalostí, podpory druhých lidí apod. Na jedinečných zdrojích lze šikovně a jednoduše postavit i léčbu. Jan Hnízdil mi vyprávěl, že ve spolupráci s jedním člověkem rozdává pacientům sazeničky stromků, o které se pacienti starají. Myslím, že je to skvělý nápad, zvlášť u pacientů, kteří mají k pěstování rostlin vztah. Ale pořád to má nádech standardizované intervence. Zkusme jít ještě o krůček dál. V práci virtuosního psychiatra a psychoterapeuta Miltona H. Ericksona najdeme také případ, kde bylo využito pěstování květin (podle Zeig, Munion, 2008): Jeden Ericksonův pacient měl tetu, která bydlela v Milwaukee. Byla to velmi depresivní žena a měla množství s tím souvisejících zdravotních potíží, žila velmi osamocený život. Každý týden sice navštěvovala kostel, vytratila se však hned po bohoslužbě, aniž by s někým prohodila jediné slovo. Na přání pacienta ji Erickson při příležitosti své přednášky v Milwaukee navštívil. Představil se jako lékař a přiměl ji, aby ho provedla po domě. Během této prohlídky si povšiml několika rostlin afrických fialek a jednoho samostatně naklíčeného lístečku připraveného k zasazení. Erickson věděl, že africké fialky vyžadují značnou péči. Před svým odchodem jí tedy dal „lékařský předpis“. Měla si nakoupit malé květináče, a potom také dárkové květináče. Kdykoliv někdo z místní farnosti slavil křest, narození dítěte, svatbu, zasnoubení, když někdo onemocněl a podobně, měla za úkol poslat mu květinu. Uvedená intervence měla úspěch; v den její smrti byla v širokém okolí známá pod přezdívkou „Africká fialková královna z Milwaukee“ a na jejím pohřbu se sešly stovky lidí. Sama zbývající roky prožila ve výrazně lepší zdravotní kondici. Tolik příběh z praxe Miltona H. Ericksona. Napadá mě malý myšlenkový experiment: Dalo by se vymyslet něco pro člověka, který místo pěstování rostlin zbožňuje jízdu autem, hraní her na tabletu, luštění sudoku nebo rybaření? Pokud by se podařilo ke každému najít alespoň tři různé nápady, mohlo by jít o první krůček k individuálnímu přístupu k pacientům.

Citovaná literatura k dispozici u autora.

Autor: Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D. je psycholog a psychoterapeut

Do redakce přišlo 6. 12. 2015
Zařazeno k tisku: 15. 12. 2015
Střet zájmů: není znám.

HONZÁK R.: THERSITŮV KOMPLEX

„Oni" si nás neoškliví; jsme to my, kdo nás odsuzuje.

Římskou vědu zajímala jen válka a pohodlí, kdežto řeckou pravda a krása.
L. Mlodinow: Život je jen náhoda

Thersités byl nejošklivější muž před Trójou. Byl křivonohý, měl vpadlý hrudník a šišatou hlavu. Navíc nepatřil k urozeným. To by mu vše bylo asi tolik nevadilo, protože Homér se nezmiňuje o žádných ženách, s nimiž by se byli bojovníci rozptylovali (i když deset let je dlouhá doba), ale on byl taky ve vojenském ležení Řeků největší drbna, pomlouvač a rozeštvávač. Odysseus ho musel na nějakém sezení seřezat, když tam vystoupil se svým projevem a nakonec ho zabil Achilles za to, že zhanobil mrtvolu královny Amazonek Penthesiley. Thersites měl tedy navíc v hnusném těle odpornou a hnusnou duši.

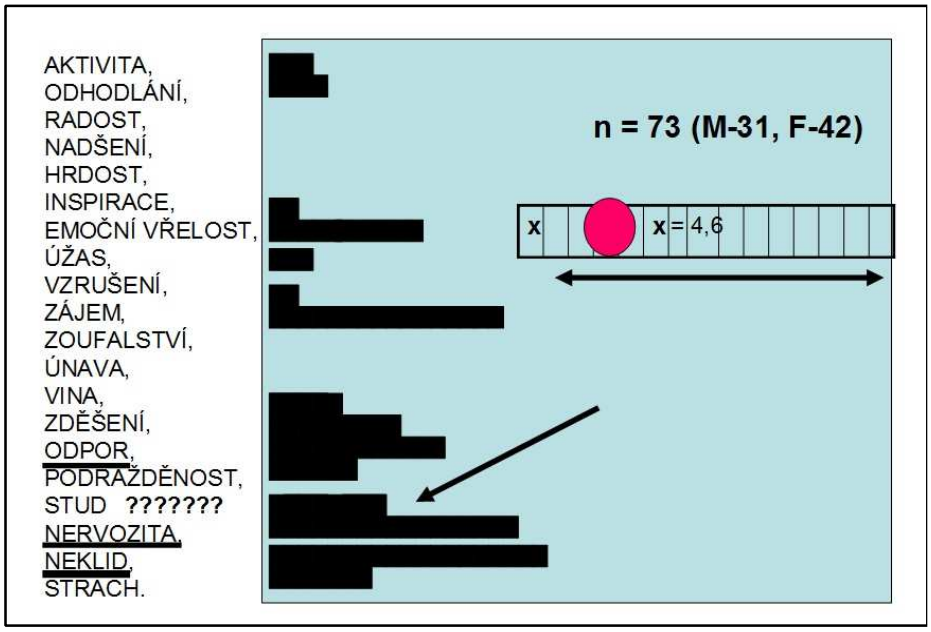
Pročež se za trest dostal do psychopatologie a jako jeho komplex je označována obava z vlastní ošklivosti. Na rozdíl od komplexu Cyranovského, jehož hrdý nositel je o svých vadách na kráse přesvědčen a pyšní se jimi, majitel Thersitovského komplexu se za svou odchylku stydí a byl by rád, kdyby ji někdo napravil. Ve velkoskladu lékařské literatury nazvaném PubMed je sice pro pojem „komplex" několik desítek tisíc odkazů, zúženo na jméno řeckého krasavce je jich plných pět a čtyři z nich nesou dodatek či upřesnění: „noční můra plastických chirurgů".

Co je to krása, není jednoduché, byť bychom měli Ecovy eseje. Řekové ji viděli jako zjevení dobra a duchovna, křesťanský středověk jako splendor Dei, záři Boží nádhery. Renesance objevuje ideu krásy a Dostojevský je přesvědčen, že krása spasí svět. Já se domnívám, že to nebude cestou, jíž kráčí postmodernismus, ale dlouhá životní zkušenost mě přesvědčuje, že může být ještě hůř. Možná nejlepší definice, kterou jsem našel, říká, že je to souhrn částí, které spolupracují tak, že není třeba nic přidávat. S přitažlivostí ošklivosti je to ještě složitější.

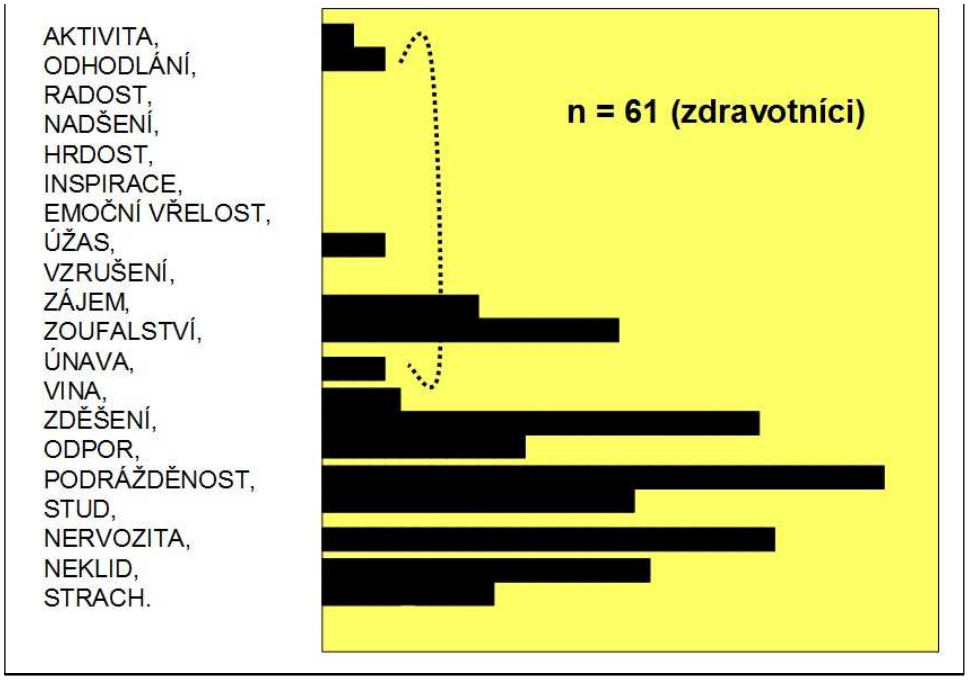
Kožní onemocnění je kromě estetického defektu pro mnoho lidí spojeno s rizikem nákazy. Je to nepochybně stigma v pravém slova smyslu, otázkou však zůstává, jak velká stigmatizace je s takovýmto postižením objektivně spojena a nakolik negativní postoje okolí jsou více v představách postižených, než v realitě.

Pro výroční konferenci dermatologů konanou letos v listopadu v Praze jsem připravil sdělení o negativních emocích spojených s postižením kůže, které je navenek a patrné a o možnostech podpůrné psychoterapie, kterou může poskytnout ošetřující dermatolog. Myslím, že nejvýhodnější je racionálně emotivní terapie, kterou může nabídnout po krátkém výcviku každý empatický zdravotník. Součástí mé přednášky byly také výsledky pilotního (mini)průzkumu pořízeného s pomocí metodiky PANAS (zde je):

Sledoval jsem u malého vzorku (n=73) respondentů jejich uvažované emoční reakce při setkání s člověkem trpícím viditelným kožním onemocněním včetně úvahy, jak daleko od něj by si sedli v řadě sedadel a u jiného vzorku (n=61) složeného převážně z lékařek a lékařů přítomných na postgraduálním kurzu, s otázkou, jak by emočně reagovali na zjištění, že trpí kožním onemocněním. V obou případech jsem kladné odpovědi zanášel vždy jako jeden bod do sloupcového grafu k jednotlivým položkám. Výsledky předkládám zde:



OBRÁZEK 1: POCITY PŘI PŘEDPOKLÁDANÉM POHLEDU NA POSTIŽENÉHO



OBRÁZEK 2: PŘEDSTAVA EXANTÉMU NA VLASTNÍM OBLIČEJI

To, co postižení málokdy berou v úvahu, je skutečnost, že lidé v jejich blízkosti, a

respondenti nebyli jen zdravotníci, projevují častěji empatii (emoční vřelost) a zájem, než odpor. Nejčastější reakcí je nervozita a neklid, což vyplývá jak z vnímání rizika (byť většinou neopodstatněného, ale prožívaného) a z nejistoty, jak se chovat. O té svědčí i zastoupení studu mezi častějšími odpověďmi. Zato představa exantému na vlastním obličeji vyvolává mnohem větší poplach a negativní moce jsou zastoupeny mnohem častěji. Zajímavé je, že všichni, kdo odpověděli, že by projevili odhodlání, okamžitě skórovali také únavu, takže je otázkou, jak dlouho by takové odhodlání vydrželo.

Vzhledem k tomu, že se jedná o první nepatrnou sondu, by bylo ukvapené, dělat z dosažených odpovědí nějaké vážnější závěry. Je zde ale náznak toho, že pocit ostrakizace je více problémem nositele stigmatu, než jeho okolí. Za podrobnější analýzu by nepochybně stály pocity postižených.

Praha – 15. listopadu 2015

RECENZE

ILUSTRAČNÍ FOTO 4: Z KONFERENCE V LÁZNÍCH JESENÍK 2015

CHVÁLA V.: JAK (NE)ODRADIT LÉKAŘE OD PSYCHOSOMATIKY?

Recenze knihy Klímová J., Fialová M.: Proč (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě? Progressive consulting, v.o.s., 2015, ISBN 978-260-8208-8, 246 stran

S prvotinou dvou autorek, které osobně znám, jsem se seznámil až poté, co mi přišel rozhořčený dopis od lékaře, který reagoval na televizní rozhovor Daniely Drtinové s Jarmilou Klímovou na téma psychosomatiky (DVTV 2. 11. 2015). Kolega byl některými výroky tak popuzen, že nelenil a obrátil se na mě jako na předsedu výboru odborné Společnosti psychosomatické medicíny s dotazem, zda trpíme našim členům takové názory… („*Zajímalo by mě, zda podporujete ve své společnosti lidi, kteří sami sebe veřejně utvrzují z absolutní neznalosti základní biochemie, proteosyntézy a celkově buněčné a molekulární biologie…*“). Pořad jsem si vyhledal, abych zjistil, co dávno vím: Není radno se v médiích pouštět do složitých témat v přímém přenosu. Hrozí, že se dopustíme zjednodušení nebo i vyložených chyb, které někoho zvednou ze židle, zvlášť když chceme za každou cenu svou věc obhájit. Proč

bychom nemohli říci, že tohle nebo tamto nevíme? A v psychosomatice toho přeci stále víc nevíme, než víme. Má to dost dobrý důvod, za který se nemusíme stydět. Bio-psycho-somatický pohled, ke kterému se psychosomatická medicína hlásí, vyžaduje dobrou orientaci v mnoha oborech lidské činnosti. A k tomu si autorky přidávají ještě oblast duchovní a oblast nejasných energií. Kdo z lidí by mohl vědět podrobnosti, o kterých vědí specialisté ve všech těchto oborech? Zastáncům psychosomatiky (s výjimkou prof. Komárka) nezbývá než surfovat po povrchu, ne proto, že jsou či chtějí být nevzdělaní, ale proto, že není v běžných lidských silách mít tak rozsáhlé znalosti z řady oborů. Jde však o to, jak specialisty na detaily v oblasti biologie, psychologie či sociologie neurazit přílišným zjednodušováním, když máme v úmyslu na pouhých 246 stránkách načrtnout celek lidského života s jeho proměnami, do kterých patří také nemoc. To jsem si uvědomoval stále naléhavěji při čtení jednotlivých kapitol. Tam, kde se autorky věnují biologii, volal jsem na pomoc přátele biology, při četbě kapitoly o psychologii jsem potřeboval znát názor psychologa, u sociální problematiky jsem pátral po vhodném sociologovi, duchovní kapitolu bych nejraději diskutoval s přáteli, kteří jsou kněží. Lidové léčitele, numerology a šamany mezi svými přáteli nemám. Naštěstí mám jistou erudici v klasické medicíně i v akupunktuře a rodinné terapii, takže aspoň tam jsem se cítil jako zčásti kompetentní čtenář. Protože co já vím, co je dnes už vyzkoumáno v oblasti biologie buňky? Je to dávno, co jsem skládal zkoušky z biologie. Proč by dnes už nemohlo být prokázáno a opakovaně ověřeno, co autorky s jistotou tvrdí, že … *„DNA se chová jako holografický počítač a využívá vlastní laserové vysílání. Tímto vysíláním se napojuje na vesmírnou informační databázi – plazma. DNA je za jistých podmínek schopná vyzařovat velmi masivní svazky elektromagnetického záření.“*… Anebo jsme se najednou z vědecko-populární četby ocitli ve sci-fi? Ve světě, kde lze už těžko rozeznat, co je skutečnost a co jen dokonalá filmová fikce, může být přebírání informací z webu riskantní. Ani odkazy na zaručené kapacity, na vědecky prokázaná fakta, nemusí být spolehlivé. (*„Je tomu již několik let, kdy ruský vědec dr. Piotr Garjajev uspěl v modelu komunikace s molekulou DNA, a to prostřednictvím ultrafialových fotonů (světla). Navíc tvrdil, že díky této komunikaci pomocí laserového paprsku se mu podařilo přenést data z prostředí DNA embrya žáby do jiného organismu, konkrétně do embrya mloka. Po tomto světelném přenosu nastalo cosi neuvěřitelného. Zárodek mloka se začal měnit v žábu. Ovšem ani toto nebylo všechno….“* Cituji z webu matrix-2001 spisovatele, publicisty a badatele Jaroslava Chvátala.) Všimněte si, že v původním zdroji je přeci jen stín pochybnosti při citování nevídaného efektu ve slovech: *„Navíc tvrdil, že…“*. Obávám se, že v podání autorek je již tvrzení o laserovém paprsku lehce posunuto (v duchu narativní terapie) do podoby nezpochybnitelného faktu. Takto bychom své hypotézy ovšem obhajovat neměli, chceme-li, aby nás ostatní lékaři brali vážně. Světová síť obsahuje všechno, a proto se o ni – paradoxně – nedá opřít. Lze-li existenci jevu stejně tak jako jeho neexistenci dokázat přesvědčivými argumenty, jakou pak mají tyto informace hodnotu? Třeba taková ufologie má tolik zastánců a tolik spolehlivých odkazů, že sotva kdo může existenci neidentifikovatelných kosmických strojů popřít. V současné filmové produkci je možné velmi přesvědčivě (na vlastní oči) vidět všechno dosud nepředstavitelné, včetně

cestování jinými dimenzemi a kontakt s dávno zemřelými v relativistickém čase (viz *Interstellar*). Ani svět vědy není už bezpečný. I v přísně kontrolované metodologii pozitivistických věd se objevují skandály při falšování výsledků. Domnívám se, že v naší situaci, kdy je obtížné přesvědčit většinu našich lékařů i jen o vlivu emocí a sociálních vazeb na vznik a udržování nejběžnějších nemocí, sotva uvěří vlivu „kosmické inteligence" na každou jednotlivou buňku.

Vypadá to, že knihu hodlám jen kritizovat. Není to tak, autorky lze v mnohém pochválit a rád to učiním. Zatím jen popisuji kontext, v jakém jsem knihu dostal do ruky, a důvody, proč jsem ji četl s napětím a v obavách, co všechno se dozvím. Brzy se mi ale ulevilo, když se ukázalo, že je napsána se zaujetím a láskou, kterou v mnoha lékařských spisech postrádám. Láska k člověku, nezměrný obdiv k přírodě a k neuvěřitelným schopnostem lidského těla jako celku, nebo i jen k úžasným výkonům každé naší buňky, jsou v knize nepřehlédnutelné. Pochopení člověka v širším sociálním kontextu, v souvislostech s jeho prostředím, porozumění jeho příběhu, to všechno je na této knize přínosné. Dokonce i stručnost a zjednodušení, bez kterého by nutně vznikla kniha obřích rozměrů, jsou chvályhodné. To však není důvod, abychom mlčeli o vadách, které text ke své škodě má. Tím spíš, že se obě autorky hlásí k liberecké škole rodinné terapie. Právě proto, že umožňují čtenářům nahlédnout do systemicky pojaté komplexní psychosomatické léčby, která je ve skutečnosti náročná jak pro lékaře, tak pro pacienta, je škoda, že přebíráním problematických argumentů mohou odrazovat solidní lékaře. Nejspíš by stačilo, kdyby se autorky otevřeně stavěly na pozice narativní terapie, ve které se čtyři roky školily (aniž vzdělání dokončily následnou supervizí). Tatáž fakta podaná jako narativní metafora by nemusela zvedat úzce specializované odborníky ze židlí. Kdyby autorky formulovaly problematická místa jako otázky („*A co když buňka je schopná vysílat..., jak prý tvrdí ruský vědec...*"), mohly se potížím vyhnout. V době, kdy je psychosomatická medicína uznána jako samostatný nástavbový lékařský obor, musíme rozlišovat komplexně bio-psycho-sociálně pojatou psychosomatickou medicínu od jiných celostních, holistických léčitelských systémů, které zahrnují i další, pro vědu nezkoumatelné dimenze a energie v nejširším, často metaforickém smyslu. Jde o dva rozdílné světy.

To, co je pro mě v knize přesvědčivé, jsou kazuistiky, kterými autorky celý text prokládají. Pro lékaře, který není vyškolen v rodinné terapii psychosomatických poruch a v systemickém myšlení, mohou být neuvěřitelné. Právě takové případy ze své praxe však známe. Pozorný čtenář si může všimnout, že většinu z nich autorky řeší (a také jim tak rozumějí) z pozic rodinné terapie nebo psychoterapie. Z alternativních postupů občas přidají nějaké „regenerační" preparáty, které by asi ani nebyly nutné, pokud pacient dokázal udělat ve svém životě změny, o kterých autorky píší. I podle naší zkušenosti jsou některé alternativní techniky a léky či akupunktura výhodné právě pro psychosomatické pacienty, jako jakési adjuvans, prostředí, ve kterém se změna může stát jakkoli. Je mnohem snazší uvěřit, že nemoc vyvolal spíš nedostatek nějaké látky či „energie" než fakt, že jsem se špatně oženil. Člověk se nakonec uzdraví tím spíš, čím pravdivější (jasnější) je obraz jeho situace. Pokud si nemůže dovolit vidět reálný obraz své situace, ve které jeho tělo produkuje

symptomy, může léčebně zapůsobit symbol ukrytý v rituálu, v léku, v proceduře.

Právě tyto případy, kterými se v psychosomatických ordinacích denně zabýváme, nás na jedné straně přesvědčují o tom, že je nutné rozvíjet psychosomatiku v rámci celé naší medicíny, a na druhé straně nás mohou svádět ke kritice stávající medicínské praxe, která je vysoce specializovaná a vůči psychickým a sociálním jevům u pacientů prakticky slepá. Když přicházíme ve své praxi na nové souvislosti, chceme je předat i ostatním lékařům. Pokud to ostatní odmítají jako nevěrohodné nebo nepřijatelné, můžeme se dostat až na pozice protimedicínské. Chápu, z čeho tyto proudy v psychosomatice, živořící po léta na okraji tzv. seriózní medicíny, pocházejí. Snadno vznikne pocit, že jsme lepší, schopnější a jen ti ostatní to nevidí. Autorky se podobným nářkům ve svém nadšení povětšinou vyhýbají. Jen v místech, kde se věnují problematice onkologických nemocí, prosákne tato hořkost na povrch. V takových případech je však lékař vystaven příliš velkým tlakům. Soucit s nemocným a jeho rodinou, s jejich zoufalstvím, může převážit nad pocitem sounáležitosti s lékařským stavem. Když tady nám kolegové nevěří, nechtějí nebo nemohou rozšířit svůj pohled na člověka celistvým, tedy bio-psycho-sociálním pohledem, když se za každou cenu ohánějí doporučenými postupy, nelze se pocitu marnosti a zoufalství divit.

Možná je škoda, že autorky nezůstaly u bio-psycho-sociální definice psychosomatiky. Pro čtenáře může být sice přesah do tajemných vrstev spirituality a energií atraktivní, ale mohly by ukázat, že tři podstatné a v současnosti zkoumatelné vrstvy lidské existence a jejich vzájemné vylaďování v podání teorie systémů jsou samy o sobě už dost složité, a přitom poskytují dostatečné vysvětlení ke klinické praxi, kterou autorky výborně doložily. Duchovní dimenzi, kterou někteří autoři k bio-psycho-sociálnímu modelu přidávají, můžeme chápat jako nezbytnou stabilizující vrstvu sociálních systémů, které jsou ze všech tří vrstev z podstaty nejprchavější. Úvahy o energiích lze s výhodou rozdělit na skutečné energie biologických systémů, motivační energie psychických systémů a systémové síly sociálních systémů, aniž utrpí naše vědecká pověst. I tradiční vědy, biologie, epigenetika, neurovědy, informatika, psychologie i sociologie, kybernetika a další, poskytují novými výzkumy dostatek podivuhodných závěrů, které staví psychosomatiku znovu do středu medicínského myšlení. Smutná skutečnost, že lékařské fakulty ještě dlouho budou učit převážně v duchu mechanického materialismu, to je něco, s čím, je nutné počítat. Něco jako setrvačnost hmoty. Dávno je známo, že nové myšlenky se neprosazují tím, že je ostatní s obdivem převezmou, ale že postupně vymřou zastánci myšlenek starých. Dobře také víme, jak obtížný je přerod každého lékaře v rámci čtyřletého studia rodinné terapie psychosomatických poruch, jak ho obě autorky samy nepochybně na vlastní kůži zažily. Ztráta jistot, které mechanický svět lékařům poskytuje, je velmi nepříjemná, a jistoty systemického způsobu myšlení jsou relativní a ne tak snadno k dispozici. Psychosomatika neposkytuje ve skutečnosti návody a jistotu diagnózy, ale vhled a snášení nejistoty.

Knihu rámuje výborná předmluva Radkina Honzáka. Ten poskytuje autorkám záštitu serióznosti jako jeden z nejuznávanějších českých zastánců lékařské psychosomatiky. Přitom jako by

jen připravoval půdu odvážným tvrzením autorek. Věnuje se tématu placeba, jevu, který je neoprávněně současnou medicínou pokládán za synonymum podvodu či magie. Za něco, od čeho je třeba se distancovat. Možná je to však to podstatné, co při léčbě máme k dispozici, jakkoli to může lékařům memorujícím dlouhé seznamy léků znít hereticky. Co když my všichni lékaři jen lépe či hůře zacházíme se sebeúzdravnými mechanismy biologických systémů člověka, jehož psychické systémy hodnotí signály svého těla v kontextu sociálních systémů, jichž jsme všichni součástí? Honzák, a pak i obě autorky k takovému pojetí přinášejí pozoruhodné argumenty.

Mezitím kniha vzbudila mimořádný zájem čtenářů, prodej už přesáhl 6 tisíc. Něco na ní asi bude. Doufejme, že se mezi čtenáři najde i dost lékařů, kterým pochopení pro psychosomatické myšlení tolik schází. A že se nenechají od této disciplíny snadno odradit.

V Liberci 15. 12. 2015

HONZÁK R.: KNÍŽKA, KTERÁ NENÍ O PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ.

Blumenfeld M, Tiamson-Kassab M: Psychosomatic Medicine. A Practical Guide. 2nd Edition. 263 s. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia, 2008. ISBN: 13: 9780781772426

Pozor! Ta knížka není o psychosomatické medicíně, ale o práci konzultačního (liaison) psychiatra na somatických odděleních nemocnice. Abych přiblížil její charakter: o funkčních dyspepsiích je zde plných sedm řádků, přičemž ten sedmý obsahuje jen jedno slovo.

Pokud pomineme diskrepanci mezi názvem a náplní, je to kvalitní text postihující psychiatrickou problematiku somaticky nemocných, jak v obecné rovině (reakce na nemoc, léčba bolesti, thanatologická problematika, atd.), tak konkrétně, kde v podstatě kopíruje manuál DSM-IV s přídavky specifických situací v jednotlivých oborech (nefrologie, spáleniny, AIDS, atd.). V jedné stručné kapitole jsou probrány možnosti psychoterapie.

U každého oboru jsou popsány naléhavé situace somatické, jejich možná diferenciální diagnóza – např. panická ataka na kardiologickém pracovišti – návrh psychiatrické farmakoterapie, možné nežádoucí účinky a interakce. Je uvedena jedna nebo dvě typické kasuistiky, v úvodu vypíchnuta v rámečku nejčastější problematika a v závěru možnosti uplatnění psychiatra v rámci toho kterého oddělení.

Na konci kapitol je uváděna doporučená literatura, spolu s dobrým rejstříkem jsou uvedeny ke každé kapitole internetové odkazy na pracoviště, která se danou problematikou zabývají a na

stránky i zčásti populární (např. www.about.).

Nesouhlasím s úvodním doporučením, že psychiatr má nejprve posbírat od personálu co nejvíce informací o pacientovi, protože mám zkušenost, že tím může být ovlivněn ve smyslu předpojatosti (bias), protože vyžádání psychiatrického konzilia může mít též podhoubí interpersonálních neshod a být někdy doslova trestající strategií. Ale to je věc názoru. Pro konziliární (konzultační u nás prakticky nemáme) psychiatry je příručka velice cenná. Pro ty, kdo se domnívají, že se dozvědí něco o psychosomatice, bude text zklamáním.

Praha–6.11.2015
Radkin Honzák

HONZÁK R.: UPOZORNĚNÍ NA PÁR ZAJÍMAVÝCH KNIH

Nepatřím k těm, kteří si stěžují, že „nestíhají“, naopak myslím, že toho stíhám docela dost. Některé věci je proto nutné komprimovat. Neberte to tedy jako odfláknuté, když využiju příležitosti k inzerci několika zajímavých knih, které jsem letos četl a které mohu bez váhání nabídnout také čtenářům Psychosomu. Neurazí.

Leonard Mlodinow, kterého jsem v rozsáhlé recenzi doporučoval, vyšel česky pod názvem **Vědomí podvědomí** v nakladatelství Dokořán, takže není nutné se doprošovat Amazonu či zahraničních příbuzných. Od téhož autora zde ještě vyšla publikace **Život je jen náhoda** (nakladatel Slovart, 2009, originální titul zní The Drunkard's Walk: How Randomness Rules Our Lives), pojednávající sice velmi zábavným, současně však dost náročným způsobem o pravděpodobnosti.

Skromně přiznávám, že toho vím o spánku hodně, možná patřím mezi „horních 50 vyvolených“, kteří o tomto tématu mají přehled. Přesto jsem se v malé knížce, kterou napsal **Richard Wiseman** a která se jmenuje **Noční škola** (Emitos), dozvěděl plno nových drbů. Nejvíc mě vzala informace, že objevitel REM fáze (původně chtěl dát rychlým pohybům název „jerk“, ale rozmyslel si to, protože v té době to bylo také slangové označení masturbace) Eugene Aserinsky byl v této oblasti naprostý amatér a doktorandské místo u profesora Kleitmana vzal z nouze, když opustil místo v armádě, kde pracoval jako manipulátor s třaskavinami. Také tam dlouho nevydržel a šel dělat něco úplně jiného. Text se čte dobře a jsou zde i praktické návody pro ty, kdo se spánkem mají problémy, takže publikaci s dobrým svědomím můžete doporučit i svým pacientům.

Úzkost, nejstarší emoci, sice zachraňující život, ale dost protivnou, a když se vymkne, tak příšernou, zpracoval na základě hluboké osobní zkušenosti – sám je panikář – **Scott Stossel** v tlustosvazku **Můj život s úzkostí** (vydal Dybbuk). Je v ní o úzkosti úplně všechno, i to, co nikde nevygooglujete. Velice cenná je skutečnost, že autor popsal velmi přesně svoji „illness“ a doučasně byl schopen hledět na ni také jako na „disease“.

Do třetice je tu populární, což neznamená druhořadé, dílo **Paula Ekmana**, muže, kterému se podařilo nemožné, a to donutit psychology, aby se dohodli. Na čem? Na tom, že základních emocí je šest, že jsou univerzální a že je sdílíme se svými příbuznými, o nichž si myslíme, že jsou „nižší“. Ta doporučená kniha nese název **Odhalené emoce** a vydal ji Jan Melvil. Je psána v Ich formě a autor poctivě popisuje svou nesnadnou cestu od Wundtových dogmat o emocích k vlastním závěrům, shodným s Darwinovými poznatky. Kromě všeobecného odporu k představě, že lidé mají něco společného se zvířaty, zde stála celá armáda úctyhodných odborných protivníků v čele s uznávanou a obdivovanou (a nedotknutelnou) Margaret Mead, nebo s Gregory Batesonem.

Nicolas Carr mi promluvil z mé konzervativní duše již před léty, když publikoval esej o tom, že Google nás činí blbými (Is Google making us stupid? http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2008/07/is-google-making-us-stupid/306868/). Letos vyšla v nakladatelství Emitos jeho kniha **Skleněná klec**, která tuto myšlenku dotahuje perfektně do všech konců, které ze spoléhání na ty přístroje, „které nám tak šetří čas a práci“, vyplývají.

Biologie víry, kterou napsal **Bruce H. Lipton** (nakladatelství ANAG, 2011), ve mně zanechala rozporný dojem. Především si myslím, že by překladatel měl umět hantýrku oboru, a když ne, měla by tohle spravit dobrá redakční práce; zde se tak ale vždy nestalo. Není toho moc, přesto to praští do očí a znejistí: co když i některé jiné termíny nejsou přeloženy úplně správně?

Kritické zhodnocení DNA jako „programů, které jsou vloženy do počítače a které mohou, ale také nemusí být spuštěny“, je konečně rozumná odpověď deterministickým fanatikům dawsonovského typu. Konverze skeptického mechanického biologa v člověka, kterého osvítily spirituální principy, není dost přesvědčivě popsána (ono to asi ani nejde), a tak zůstává trochu nakřáplý dojem, že autor může být stejným fundamentlistou jako dřív, jen na druhé straně společenského a vědeckého spektra.

Editoři **Ladislav Hosák**, **Michal Hrdlička** a **Jan Libiger** vydali letos v Karolinu učebnici **Psychiatrie a pedopsychiatrie**, rozsáhlé dílo o více než šesti stech stranách, zakončené úvahou o budoucnosti psychiatrie, v níž se přiblížili dokonalosti Pýthie. Posuďte sami: *Je velmi obtížné předvídat budoucnost oboru psychiatrie, jelikož tuto není možné odtrhnout od budoucího vývoje celé společnosti. Směr společenského vývoje přitom není zcela jasný…* (s. 627). Mám pocit, že opatrnost je tu namístě, i kdybychom nakrásně vývoj společnosti znali; jen se obávám, že psychiatrie bude ještě nějaký čas, jehož konce se nedožiju, pod silným vlivem farmaceutického komplexu. Nicméně v této učebnici je také kapitola o deseti stranách, kterou jsme napsali spolu s Vladislavem Chválou, nazvaná Psychosomatická medicína a poměrně rozsáhlá stať Birgity (ano, Birgity je

správně) Slováčkové Psychiatrické poruchy u somaticky nemocných. Takže pro psychosomaticky orientované lékaře a terapeuty jistě čtení zajímavé.

Z každoroční etické konference pořádané Českou lékařskou komorou vychází i letos sborník v edici **Radka Ptáčka** a **Petra Bartůňka** s názvem **Lékař a pacient v moderní medicíně** (Grada). Přednášky – zde otištěné s možností rozšířit text nad požadovaný (časový) limit – jsou věnovány především vztahu lékaře a pacienta (včetně dětského) v proměnách času a zvyklostí. Za zmínku stojí úvaha profesorky Munzarové o osobách zařazených do výzkumných studií. Protože naše klinická práce je často na hraně zkoumání možností, doporučuju ji vřele. Z profláknutých řečníků se standardními tématy tam byli enfant terrible Pavel Pafko, Felix Irmiš, Helena Haškovcová a já.

Joshua Greene napsal tlustou (skoro 900 Kč) knihu **Moral Tribes** (Penguin Press), která pojednává o psychoneurologických základech morálky. Na tu se chystám, že ji zrecenzuji pořádně, protože krom upřímného obdivu k experimentální práci autora mám stejně upřímný odpor k představě, že by zde měla v zájmu lidstva zvítězit nad deontickou morálkou morálka utilitaristická, která vychází z cílové představy maximálního dobra pro všechny. Ta myšlenka mi připomíná utopie, následky jejichž realizací jsem si zatraceně užil, a co se týká posléze aplikovaných postupů, byly zhovadilé a strašlivé.

Zajímavé čtení slibuje titul **Marie Ociskové** a **Jána Praška**: **Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch** (Grada). Myslím, že kapitola věnovaná neurotickým poruchám, a tím potažmo také funkčním somatickým obtížím, by zasloužila širší rozprasení. Říká sice to, co všichni víme, že takový pacient raději oběhne deset specialistů, než aby zašel za jedním psycho-člověkem, který by mu pomohl, obávám se však, že titul i rozsah knihy nepovede k velkému čtenářskému zájmu tam, kde by si to text zasloužil. Třeba bychom pro jeho propagaci mohli něco udělat.

Knize **Jarmily Klímové** a **Michaely Fialové**: **Proč (a jak) psychosomatika funguje?** (Progressive Consulting) věnoval dostatek duševního úsilí, času a místa Vláďa Chvála. V zásadě s jeho recenzí souhlasím, a protože jako zrozenec v Beranu se s detaily moc nepárám, nekritizuji autorky za jejich vizionářský pohled, který podle všech skeptiků stojí na dost nejistých nožkách. Ano, je to tak. Nicméně mám za to, že psychosomatika potřebuje své „levičácké radikály“, zatímco my konzervativci napravo to budeme vyvažovat a dodávat tak celému hnutí nátěr serióznosti (v kontrastu s tím bláznovstvím nalevo).

V antikvariátu jsem narazil na (a okamžitě za pětku zakoupil) **Waltera Vogta**: **Wiesbadenský kongres** (Odeon, 1987). Ujišťuji všechny, že stav věcí je naprosto stejný jako před dávnými 40 roky a kdo na tuto knížku narazí, bude hýkat nadšením, stejně jako já tenkrát i teď. Třeba: *Nákladné projekty mají větší šanci, že budou financovány, než levné. Z vrozeného smyslu pro solidnost se levným věcem jaksi nedůvěřuje. Nejspíš si každý myslí, že co je drahé, je také velké – anebo když to není velké, tak aby to bylo aspoň drahé.*

A když jsem u retro, vyšel **George Mikes** (ano, ten co napsal Jak být cizincem) **Jak být chudý** (Dauphin). Ten už je dražší, ale stojí za to také. Petr

Bartůněk navazuje na dobré tradice založené Alarichem a jeho sbírka příběhů nazvaná Doktoři jsou taky lidi! se dožívá díky péči nakladatelsví Optio cz již šestého vydání.

Kdo sedí na vrbě, byl by blázen, kdyby si nevyřezal píšťalku. Tak nás nabádá v méně známém, avšak vynikajícím románu Muž se psem Zdeněk Jirotka.

Mně letos vyšlo ve Vyšehradu druhé vydání příručky **Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření** a v Galénu psychothriller pro sestřičky **Svépomocná příručka sestry**. Což jsou knihy moc pěkné, dobré, zábavné a poučné, pro školu i dům. Ceny mírné, tisíce dopisů, nejméně tři z nich děkovné. No nekup to!

AKCE

ILUSTRAČNÍ FOTO 5: Z KONFERENCE V LÁZNÍCH JESENÍK

ÚSPĚCH A NEÚSPĚCH V TERAPII (ZÁKLADY KOMPLEXNÍHO PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU VII) 16.1. 2016

Místo konání: Centrum komplexní péče Dobřichovice

Na Vyhlídce 582 - Dobřichovice

Vzdělávací akce je pořádaná dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

Přednášející: MUDr. Barbora Branná, Mgr. Klára Čížková, Mgr. Markéta Gerlichová, PhD., Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. Marta Lebedová, PhDr. Pavel Roubal, Mgr. et Mgr. Lenka Slavíková, MUDr. Jan Slovák, Mgr. Lucie Sušická, MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Mgr. Petr Zahradník

Cena:

- 1390,- Kč pro lékaře – NOVĚ AKREDITACE U České lékařské komory!!
- 1190,- Kč pro fyzioterapeuty a ostatní (platba všichni do 18. 12. 2015),

Ohodnocení akce: 6 kreditů pro lékaře (akreditace ČLK), 4 kredity pro fyzioterapeuty, psychology (akreditace UNIFY ČR a AKP)

Určeno pro: Fyzioterapeuty, lékaře, psychology a zájemce o komplexní medicínu.

Letošní téma: ÚSPĚCH A NEÚSPĚCH V TERAPII

Anotace konference:

Konference je koncipována jako teoreticko-praktický celek seznamující posluchače se základy komplexního (psychosomatického) přístupu, jenž je nejstarším, ale současně nejmodernějším způsobem medicínského myšlení. Samotný název psychosomatika pochází ze starořeckých slov psyché (duše) a soma (tělo), jejichž spojením zdůrazňuje nezbytnost celostního, komplexního nazírání na člověka ve zdraví a nemoci. Zabývá se vztahy mezi tělesnými a duševními ději, které nechápe jako dvě oddělené oblasti, nýbrž jako propojené a navzájem se neustále ovlivňující systémy. Komplexní přístup doplňuje a dále rozvíjí principy vědecké biologické medicíny a je základním předpokladem určení správné diagnózy i realizace účinné léčby.

TANEČNĚ POHYBOVÁ TERAPIE V PSYCHOSOMATICE (SEBEZKUŠENOSTNÍ WORKSHOP)

Lektorka: Mgr. Klára Čížková (taneční terapeutka, psycholožka)

Termín: Sobota 27. února 2016

Místo konání: CKP s.r.o., Na Vyhlídce 582

Objednání: ON LINE na www.ckp-dobrichovice.cz/kalendar

Akreditace: v jednání UNIFY ČR, AKP ČR, TANTER ČR

Cena: 1100,-Kč

Dotazy: seminare@ckp-dobrichovice.cz

Anotace

Cílem workshopu (školicí akce) je představit účastníkům využití taneční pohybové terapie (TPT) v rámci komplexní léčby u lidí s psychosomatickým onemocněním a zaměřit se na specifika práce TPT s touto populací. Taneční pohybová terapie zdůrazňuje

celostní pojetí člověka v jeho bio-psycho-sociální jednotě a důležitost propojení všech těchto složek pro duševní a tělesné zdraví. Workshop bude sebezkušenostní, prožitky budou sdíleny v rámci skupiny a teoreticky zarámovány. Součástí workshopu bude diskuse nad kazuistikami.

PSYCHOSOMATICKÁ DÍLNA 20. 4. 2016

Psychosomatická klinika Praha

Pro studenty medicíny, fyzioterapie, psychologie.

Vedou PhDr. Roubal, Mgr. Holubcová, MUDr. Kabát, MUDr. Hronová.

Více na stránkách Institutu psychosomatické supervize při Psychosomatické klinice

PSYCHOSOMATIKA V KLINICKÝCH OBORECH 9.-11. 6. 2016

16. konference psychosomatické medicíny v Liberci

Informační sever konference: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=1226

SEMINÁŘE PÉČE O DUŠI V R. 2016 (VLADIMÍR DVOŘÁČEK)

DUŠEVNÍ PRUŽNOST A ODOLNOST

Jednotlivé semináře vycházejí ze stoické tradice a jsou inspirovány podněty a návody

N.N. Taleba, které jsou uvedeny v knize Antifragilita. Jedná se především o prometheovskou strategii „*toho, kdo myslí dopředu*", kdy asymetrická práce s chybami je založena na postupném a nahodilém zdokonalování se. Osobní rozvoj a změna vycházejí ze strategie „*pokus a omyl*" a z ochoty přijímat/podstupovat riziko změny až tehdy, kdy nepřízeň osudu, okolnosti či aktuální životní scénář neškodí. Jinak řečeno, nejdříve jde o postupné prozkoumání a utváření vnějších podmínek a duševního dění tak, aby byla psychologická změna možná. Sledují, zkoumají a ověřují se praktické důsledky zvoleného dění, a to průběžně. *Strategie asymetrické činky* se zaměřuje na dílčí, aktuálně vhodné (možné, přístupné) emoční, vztahové, pracovní, partnerské, rodinné aj. zvyklosti, schémata, postupy, ale i nesnáze, obtíže, resp. poruchy. Jednotlivé semináře se týkají: Snů a jejich tělesnění. Vlídného a přívětivého vedení rozhovoru. Životního příběhu. Intenzivního dýchání. Životního osudu.

Snové tělesnění 1

Pátrá po tom, co lze „*vytěžit ze snových postav*". Postup je založen na identifikaci s jednotlivými postavami skrze tělesnění. Na imaginované komunikaci mezi nimi. Na prostorovém vnímání a lokalizaci postav. Jde o nalezení vhodného/žádoucího zástupce (snová postava) a identifikace s ním/s ní. Jinak řečeno, imaginované vnoření se do snové postavy/postav. Experimentování s „vnořením se". Jde o nahodilé zkoumání, pátrání, co to přináší a současně rozpoznávání jakým způsobem nastává tělesná, resp. duševní změna

Termín: 15. - 17.4. 16 *kód:* ***161*** *Místo: Brno, Dvořákova 13*

Snové tělesnění 2

Zaměření na interakce snových postav, zkoumá se kruhová linearita mezi nimi. Vytvoření plošných síti pro jednotlivé snové postavy a zkoumání jejich pohybu. Imaginované zkoumání vztahů a vazeb mezi snovými postavami. Vytváření plošných sítí a lokalizace snových postav a doprovodná imaginace. Pátrá po tom, co lze „vytěžit ze snových postav". Zkoumání je nahodilé, uplatňuje se postup *pokus omyl:* založeno prožitkové imaginaci, pátrání, co to přináší a současně rozpoznávání jakým způsobem nastává tělesná, resp. duševní změna u jednotlivých postav skrze tělesnění. Na imaginované komunikaci mezi nimi. Na prostorovém vnímání a lokalizaci postav. Týká se nalezení vhodného/žádoucího zástupce (snová postava) a identifikace s ním/s ní.

Termín: 14. - 16. 10. 16 ***kód 162*** *Místo: Brno, Dvořákova 13*

Respektující rozhovor

Způsob, jakým vedeme rozhovor, jak klademe otázky či jak odpovídáme, rozhoduje o výsledku jednání. Nabízené setkání vás seznámí s tzv. „***sokratovskou rozmluvou“***, která rozpouští to, „co je spojeno nebo sevřeno příliš „pevně“ a zkapalňuje naše otázky, závěry a úmysly.“ Vedení rozhovoru se týká toho, jak používáme svou mysl, tělo a smysly. Jak myslíme a využíváme metafory, čím komunikaci zušlechťujeme, jak zacházíme s otázkami a nakolik jsme při rozhovoru nepředpojatí. Cílem semináře je inspirace k nalezení vlastní, osobní skutečnosti toho, co pokládáme za pravdivé a správné. Respektující komunikace pomáhá rozlišit, které formy komunikace zhoršují naši přirozenou schopnost vcítit se. Učí odpovědnosti za své mluvené činy, pomáhá opustit klasifikování a souzení druhých lidí. Vede k odpovědnosti za naše způsoby vyjadřování a přispívá k rozpoznání a vyjádření pocitů. Učí nás odhadovat, co si druzí myslí, že bychom měli správně říci a udělat. Nabízí, jak rozlišovat mezi pocity a myšlenkami, rozšiřuje naši slovní zásobu. Pomůže nám odejít z emočního otroctví k emočnímu osvobození, k přijetí vlastní odpovědnosti za svůj život. Naučíme se rozlišovat mezi prosbou a příkazem. Stejně tak i diferenci mezi empatickým a neempatickým přijetím.

Termín: 20. - 22. 5. 16 ***kód 163*** *Místo: Brno, Dvořákova 13*

Na vlně dechu a rytmu

Program zaměřený na intenzivní zážitky, jež mohou souviset s individuální životní cestou, ale také se mohou týkat dějů nadosobních či světových. Přístup kombinuje různé způsoby dechové praxe, aktivní imaginaci, práci s tělem, spontánní tanec a další postupy. Přínosnější pro osoby starší 21 let. Místo konání: *Jevíčko, Penzion Eden.*

Termín: 4. 7. – 10. 7. 2016 ***Kód:164***
Místo: PENZION EDEN, 569 43 Jevíčko, tel.: 725 392 233, Barbora Fialová, Jevíčko

Životní příběh

Cesta životem a pružnost změny.

Rekonstrukce životního příběhu se týká osobitosti životní cesty. Souvisí s prolínáním individuálního osudu s rodovými a rodinnými ději, s jeho spjatostí se světem a dobou, ve které jste žili a žijete. Vychází se z: osobní biografie, pozornost je věnována především obdobím, kdy se vám dařilo, jak jste zvládal/a neobvyklé *události, resp. přechodová období.* Dětství, dospívání, dospělost. Pátrá se po zřetězení vnitřních a vnějších změn s událostmi rodinnými, osudovými, společenskými a světovými. *Mimetický přístup* vychází z předpokladu, že životní příhody mohou korespondovat, být ve shodě s příběhy, které zachycuje literatura, film, divadlo, případně i výtvarné umění. Pátrejte v uvedených oblastech po vyprávěních, scénách a dějích, které odpovídají i vašemu údělu, a to nejenom ve fázi problémové, ale také v etapách řešení a vyřešení nesnází, nemocí aj.

Termín: 7. – 11. 9. 2016 ***Kód: 165***
Místo: PENZION EDEN, 569 43 Jevíčko, tel.: 725 392 233, Barbora Fialová, Jevíčko

Životní osudy

V duchu evropské tradice chápeme **osud** jako pohyb duše v čase probíhajících a měnících se událostí a zvratů osobních, rodinných, společenských i přírodních. **Já** je redukcí duše, je zaměřením na jedinečnost, individuálnost (seberealizaci, sebenaplnění, sebevědomí, apod.). **Duše** je širší než individualita já, vždy je orientována na celek. Orientující částí duše je *daimon*, který vymezuje hranice či možnosti naší cesty životem a střetává se s vnějšími podmínkami i požadavky života. Osud obvykle popisujeme zpětně, vyprávíme příhody „jak to bylo“, sestavujeme „osu svého života“.

Termín: 2. 12. – 4. 12. 2016 ***Kód: 166*** *Místo: Brno, Dvořákova 13*

POKYNY K ZÁVAZNÉ PŘIHLÁŠCE

Programy kurzů *Duševní pružnost a odolnost* jsou určeny pro odborníky i obecnou veřejnost. Všechny nabízené akce byly uvedeny krátkou charakteristikou a doplněny datem konání. Další informace obdrží pouze ti, kteří se na kurzy přihlásí. *Respektujte*, prosím, *termín přihlášek.* Víkendové kurzy probíhají v Brně. Delší kurzy se konají v Jevíčku. Ubytování zajišťuji vždy, stravu pouze v Jevíčku. Cena víkendových seminářů je *1 200 Kč* a za kurzy v Jevíčku činí *1 600 Kč.* (*Zájemci, kteří se účastnili alespoň tří kurzů v roce 2015, budou mít u všech akcí v roce 2016 slevu 25 %.)* Ubytování a strava jsou účtovány samostatně. Nemáte-li zájem o uvedené kurzy, nabídněte prosím informace jiným lidem.

PhDr. Vladimír Dvořáček

Přihlášku pošlete do 15. 2. 2016 Na adresu: *PhDr. Vladimír Dvořáček, Botanická 50, 602 00 Brno,* nebo na ***e-mail: dvoracek.kurzy@centrum.cz***
Poznámka:

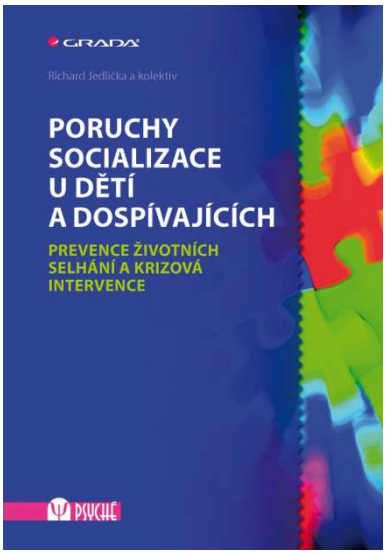
Kurzy probíhající v Brně: Obvyklým místem je *Doléčovací centrum Lotos, Dvořákova 13, 602 00 Brno*
Časování kurzu: 1. den 14.00 – 18.30, 2. den 9.00 – 12.00 a 14.00 – 18.30, 3. den 9.00 – 12.00

Kurzy v Jevíčku Edenu: 1. den v 19.00, začíná se večeří. Závěrečný den: ukončení ve 12.00. Konání, stravování a ubytování je v Penzionu Eden. Jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje.

VYCHÁZÍ

PORUCHY SOCIALIZACE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Prevence životních selhání a krizová intervence
autor: Jedlička Richard a kolektiv
ediční řada: Psyché
formát: B5
vazba: lepená
rozsah: 544 stran
prodejní cena včetně DPH: 559 Kč
ISBN: 978-80-247-5447-5



anotace:

Kolektiv renomovaných českých autorů se zaměřil na problematiku výchovy, projevy rizikového chování, zvládání obtížných životních situací a prevenci sociálně patologických jevů. Tato monografie bude přínosem nejen pro pedagogy a psychology, ale též pro studenty pedagogických a psychologických oborů na vysokých školách. Užitečné informace v ní mohou nalézt rovněž zdravotníci a sociální pracovníci pečující o děti a mládež se speciálními vzdělávacími potřebami.

Autoři analyzují faktory ovlivňující primární a sekundární socializaci. Soustřeďují pozornost na otázky norem a normality lidského chování, včetně kritického přehledu reprezentativních teorií sociálních deviací. Zabývají se však také zvládáním životních potíží a stresu u dětí a dospívajících a věnují se příčinám duševní krize, rozpoznání krizového vývoje a zásadám pomoci ohroženým mladým lidem. Na případových studiích ilustrují rizika zanedbání podpory jedinců v životní krizi, poukazují na časté příčiny závadového chování, psychických poruch, vzniku závislostí a suicidiálních projevů. Jedna z kapitol se zaměřuje i na pastorační péči o děti a mládež ve zlomových situacích. Čtenáři se seznamují s teorií a praxí arteterapie, artefiletiky, výchovné dramatiky, muzikoterapie a muzikofiletiky včetně jejich uplatnění v prevenci i při nápravě poruch sebepojetí či sociálního zařazení. Publikace nezapomíná ani na pedagogicko-psychologické poradenství, služby poskytované rodičům a dalším vychovatelům školními psychology, poradnami, speciálně-pedagogickými centry a středisky výchovné péče. Neopomíjí diskusi týkající se integrace dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do škol běžného vzdělávacího proudu, tvorby inkluzivního prostředí ani problémy institucionální péče o děti a mládež s vážnými výchovnými problémy. Pozornost je rovněž věnována sebezkušenostnímu výcviku psychosociálních dovedností u pracovníků pomáhajících profesí a poskytování supervizní podpory ve školství.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz

STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PSYCHICKÝCH PORUCH

Ocisková Marie, Praško Ján

ediční řada: Psyché

formát: B5
vazba: V2
rozsah: 376 stran
prodejní cena včetně DPH: 499 Kč
ISBN: 978-80-247-5199-3

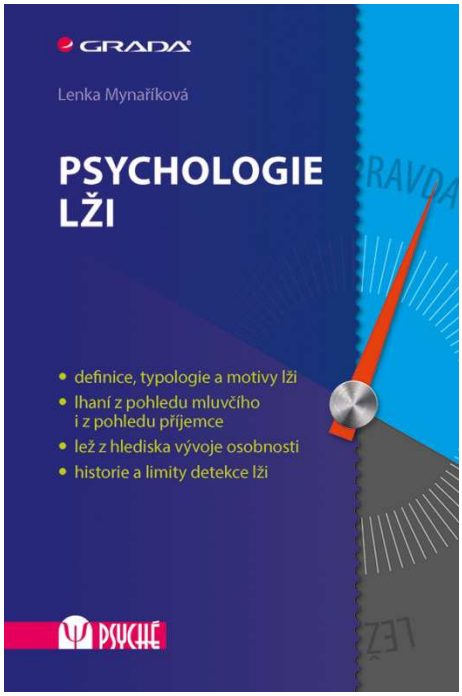
anotace:

Pacienti trpící psychickými poruchami se denně potýkají nejen s příznaky své nemoci, ale také s diskriminací, která souvisí se stigmatizujícími postoji a s chováním společnosti. Monografie je věnována důležitému psychosociálnímu aspektu utrpení těchto osob.

Další zátěž představuje internalizované stigma, které se podílí na horším psychickém stavu psychicky nemocných a na nižší účinnosti terapie, kterou procházejí. Publikace ukazuje, jak probíhá proces stigmatizace i proces internalizace stigmatu pacientů, probírá dopady těchto procesů na identifikaci a diagnostiku psychických problémů, na sociální situaci pacientů a léčebné a rehabilitační přístupy. Snaží se také ukázat cesty, kterými lze stigmatizaci či sebestigmatizaci snižovat na celospolečenské úrovni, v prevenci, při vzdělávání odborníků i přímo v léčbě. Publikace je určena odborníkům spolupracujícím s lidmi s psychickými poruchami, studentům oborů pomáhajících profesí a zájemcům z řad široké veřejnosti o téma stigmatu psychických poruch.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz

PSYCHOLOGIE LŽI



Mynaříková Lenka
ediční řada: Psyché

formát: A5
vazba: V2
rozsah: 200 stran
prodejní cena včetně DPH: 299 Kč
ISBN: 978-80-247-5472-7

anotace:

Lze najít obecnou a šířeji akceptovatelnou definici lži? Můžeme obelhat sami sebe? Jak lžou děti a jak lžou dospělí? Jaké jsou verbální a neverbální projevy lhaní? Jaké jsou limity a úskalí detekce lži? Na tyto a další otázky hledá odborně podložené odpovědi ojedinělá a komplexní monografie věnovaná fenoménu lži.

Publikace nahlíží problematiku lhaní v sociálním, filozofickém, ekonomickém a neuropsychologickém kontextu. Především však zpracovává lhaní jako sociální fenomén vystupující v situacích vyžadujících odborné psychologické působení - například v psychoterapii, forenzní a školněpsychologické praxi.
Autorka seznamuje čtenáře s jevem lži z hlediska typologie, motivů, frekvence lhaní, ale i z hlediska vývojových, genderových i kulturních souvislostí. Ukazuje, jak se komplexní povaha lhaní projevuje v řeči, v chování i v prožívání. Závěrečná kapitola je věnována pozoruhodným situacím, ve kterých jsou lži ve skutečnosti důsledkem sugestibility, falešných vzpomínek či poruch osobnosti.
Monografie jistě zaujme odborníky z vědních oblastí, jako je psychologie, pedagogika, sociologie, právo, ale přínosná bude také pro učitele, rodiče, speciální pedagogy a forenzní psychology.

Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: 234 264 401-2
fax: 234 264 400
www.grada.cz

LITERÁRNÍ KOUTEK

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 následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jediného autora: ... Lieb (1992) soudí, že... *nebo*: Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov. Lieb, 1992 *nebo* viz: Lieb, 1992)
Citace práce více autorů: Uexküll a kol. (2003) uvádějí... *nebo* Trapková a Chvála (2004) se domnívají...
Odkazy na více zdrojů: V literatuře se tento názor běžně vyskytuje (Glaeson, 1985; Šulová 2004)
Přímá citace autora (v přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): ...Je třeba zdůraznit, že „tento názor je nový, právě tak jako starý." (Lieb, 1992, s. 12)
Zvolte si jednu z více možností a tu pak držte v celém textu stejnou. Všechny citované práce uveďte na konci článku v oddílu LITERATURA abecedně seřazené. Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.