

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
MUDr. David Skorunka, PhD.
PhDr. Ludmila Trapková
Mgr. Pavla Loucká
Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 150 Kč, roční předplatné 500 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 3-4/2019 dne 31.11.2019, recenzní řízení bylo uzavřeno 31.11.2019
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. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor webu Web7master s.r.o., www.web7master.com

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 zařadila Psychosom do [Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)

Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

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

Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Hnízdo zdraví, Praha
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
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PřF UK
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D. Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha
MUDr. Alena Večeřová-Procházková, psychiatrická ambulance Gynicare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

OBSAH 3-4/2019

Editorial	204
<i>Mluvit spolu a vzájemně se slyšet.....</i>	204
Pro praxi	206
<i>Krystyna Kultánová: Život zachraňující vztah lékař - pacient</i>	206
<i>Zuzana Vlčínská: Nebanovala bych</i>	219
Teorie	228
<i>Radkin Honzák: Amitriptylin a dosulepin v psycho-somatických indikacích.....</i>	228
Výzkum	237
<i>Daniela Stackeová, Gabriela Kočí: Diskriminační čítí u adolescentních pacientek hospitalizovaných s mentální anorexií</i>	237
Reflexe.....	265
<i>Radkin Honzák: Několik poznámek ke spiritualitě.....</i>	265
Věda krátce	268
<i>Novinky ze světa vědy.....</i>	268
Recenze	272
<i>Vladislav Chvála: Útěcha z gynekologie (nebo hoře z rozumu?).....</i>	272
Akce	279
<i>Spiritualita a láska v psychosomatice (konference)</i>	279
<i>18.celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci</i>	282
Vychází	283
<i>Anatomie a fyziologie lidského těla.....</i>	283
Literární koutek	284
<i>Marek Orko Vácha: Bůh je divoký</i>	284



EDITORIAL



MLUVIT SPOLU A VZÁJEMNĚ SE SLYŠET

Mohlo by to vypadat, že Psychosom už vychází jen 2× ročně jako dvojčíslo. Ano, i tentokrát jsme čekali na naplnění obsahu, ale hlavní potíž je v nedostatku času. Ten jsme v psychosomatice pocívali vždy: více času na pacienta, více času na studium, více času na supervizi, intervizi a semináře! Samozřejmě stojíme o to, aby sami pacienti byli ochotní aktivně spolupracovat na své úzdravě. Jenže čím více pacientů se dožaduje komplexnější léčby, která by více odpovídala jejich jedinečné bio-psycho-sociální realitě a životní situaci, tím méně máme času. A čím jsou pacienti složitější, tím více času potřebujeme na interdisciplinární komunikaci. Není ani tak problém, aby se domluvil lékař s lékařem, protože zastávají stejné paradigma, vidí zhruba totéž, jen se liší podle specializace. Mnohem obtížnější to může být napříč tak odlišnými obory, jako je medicína a psychoterapie

na psychologickém základě. Pokud jsme totiž zvyklí se pohybovat především ve světě biologických systémů a máme v rukou nástroje na jejich zkoumání a verifikaci, můžeme být naprosto slepí k odlišnému světu psychických a sociálních systémů, kde jsou nejen naše nástroje slepé.

Výborným příkladem může být i v minulém čísle probíraný problém transsexuality, který z nepochopitelných důvodů tolik zajímá média. Na to, jak je skutečných transsexuálů, lidí, kteří se necítí ve svém těle doma, málo, dostává toto téma v médiích příliš velký prostor. LGBT aktivisté prosazují na nejvyšších místech většiny západních zemí podmínky pro snadnou a rychlou změnu genderu, takže radikálně mění podmínky pro 99 % občanů, kterým se v jejich těle daří jakž takž dobře. A když ne, přemýšlí o tom. Co nevidět bude možné zajít na matriku a prohlásit se za



ženu nebo muže, podle momentální nálady. Zákon na to je už připraven. Sexuologická společnost se odmítla pod taková unáhlená rozhodnutí nejistých a třeba jen momentálně zmatených jedinců podepsat. Je tedy možné, že to půjde i bez lékařského dobrozdání. Jaké to bude mít důsledky pro drtivou většinu obyvatel, která se bude chtít i nadále chodit koupat do ženských sprch, zajít na ženské záchody, do ženské sauny, a potkají tam muže, kteří se prohlásili bez dalšího za ženu, to připravovaný zákon neřeší. A co teprve až budou ženy sdílet ženský pokoj v nemocnici s ženou, které každou chvíli vykoukne zpod košile penis, nebo ještě hůř sdílet vězeňskou celu, kde bude umístěn i muž, který se prohlásil za ženu? To LGBT aktivisté, a bohužel už ani zákonodárci neřeší. Ale taková už je společnost. Horší je, že ani my odborníci se na takovém tématu nemůžeme shodnout, pokud spolu nebudeme mluvit. Pokud si neuděláme čas a nebudeme mít dost důvěry, abychom věřili těm, kdo v dané oblasti nejsou slepí a mohou nám proto napovědět. Věřit, že sexuologové nejsou aktivisté LGBT komunity jen proto, že prosazují lepší podmínky pro pacienty, kteří jsou rozhodnutí změnit své tělesné sexuální znaky a zařadit se k druhé polovině lidstva. Důvěřovat kolegům, že jim jde jen o těch několik pacientů, které provázejí nelehkou proměnou. A z druhé strany uvěřit, že kolegové, kteří nic jiného nedělají, než že se pohybují se svými pacienty v jejich intrapsychické realitě, že vidí (a někdy i rozumějí), jak složitě se utváří sexuální identita v raném vývoji dítěte a později ve složitě komunikaci s rodiči a vrstevníky na základě svých vrozených předpokladů. Doufáme, že nad příběhy pacientů bude možné se setkávat s lidmi z obou táborů a hledat společnou řeč.

V tomto čísle je zase kazuistika, která byla u atestace z nástavbového oboru psychosomatika. Napsala ji kolegyně neuroložka a je to dobrý příklad, k čemu může být psychosomatické vzdělání dobré třeba v neurologii. A neříkejte, že to tak přece všichni děláme. Není to pravda. Paní doktorka o své proměně skrze vzdělání v psychosomatice svědčí v doslovu ke své práci.

Velké zdržení (a tím se vracím k faktu, že vychází zase dvojčíslo) nám způsobilo to, že jsme se původně rozhodli otisknout jinou, také velmi zajímavou kazuistiku, pocházející z ordinace praktického lékaře. Jenže případ je to dosud živý, a tak jsme se nakonec po velkém váhání a konzultacích rozhodli jeho uveřejnění odložit.

Pro ty z vás, na které tu bylo moc medicíny, zařazujeme krásnou stať z muzikoterapeutické praxe Zuzany Vlčínské, abychom vyvážili příliš rácia, které samo o sobě jistě neškodí, ale škodí, je-li ho moc.

V oblasti výzkumu se většina projektů teprve připravuje, ale některé práce můžeme uveřejnit dnes. Už proto, abychom si zvykali na štábní kulturu výzkumných prací. Přestože jsme nezávislí na farmaceutických firmách, uvědomujeme si, že i léky jsou někdy pro psychosomatické pacienty dobré. K tomu se vrací Radkin Honzák. I jeho úvaha o spiritualitě v naší medicíně a v našem českém světě stojí za čtení.

Přejeme za celou redakci krásné a klidné Vánoce a dobrý rok 2020.

MUDr. Vladislav Chvála



PRO PRAXI



KRYSTYNA KULTANOVÁ: ŽIVOT ZACHRAŇUJÍCÍ VZTAH LÉKAŘ - PACIENT

SOUHRN: KULTANOVÁ K.: ŽIVOT ZACHRAŇUJÍCÍ VZTAH LÉKAŘ-PACIENT. PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4) S. 206-2018. *Terapeutický vztah lékař – pacient patří vedle komunikačních dovedností k základům psychoterapeutického přístupu v medicíně. V kazuistice jsem sepsala příběh pacienta s primární somatickou problematikou, u kterého došlo k výrazné psychosociální dekompenzaci, kterou se nakonec podařilo úspěšně zvládnout či stabilizovat právě díky nosnému vztahu lékař – pacient, založenému na vzájemné důvěře. Dále jsem chtěla kazuistikou poukázat na to, jak se dá s bio-psycho-sociálním přístupem pracovat v běžné neurologické praxi, v akutní péči i na lůžkovém oddělení.*

SUMMARY: KULTANOVA K.: LIFE-SAVING PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP, PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4) PP. 206-218: *Therapeutic relation between the physician and the patient is crucial for the psychotherapeutic approach in medicine, along with communicative skills. In this case report I described a story of a patient suffering from somatic disorder primarily, who developed severe psychosocial decompensation, which was successfully stabilised and treated thanks to solid physician – patient relation based on bilateral confidence. Furthermore, I wanted to emphasize biopsychosocial approach in acute neurological out and inpatient care.*



ANAMNÉZA A PRVNÍ SETKÁNÍ

Tomáš je 52letý pacient, který přichází koncem října 2016 akutně do neurologické ambulance. K neurologickému vyšetření je odeslán z chirurgické ambulance, aby bylo možno vyloučit poškození nervových struktur v rámci úrazu.

Hodnotí se jako dosud zdravý, před rokem měl vředy na žaludku, nyní je již bez potíží. Před několika lety podstoupil operaci perforovaného apendixu s následnou peritonitidou, je ale bez následků. Užívá příležitostně léky na žaludek a nyní nimesulid pomáhající od bolesti, který je však zcela bez efektu. Alergie nemá. Je ženatý, má dva dospělé syny, pracuje jako řidič z povolání a má čerstvě vystavenou DPN. Je kuřákem, alkohol pije příležitostně – málo, protože většinou řídí automobil. V rodinné anamnéze sděluje smrt matky na rakovinu prsu ve 48 letech věku.

Popisuje, že během jedné ze směn cca před třemi týdny se snažil upevnit náklad, v tom se mu jeden z popruhů utřhl a on při prudkém škubnutí pravou horní končetinou upadl na zem na pravou stranu hrudníku a rameno, v tom ucítil silnou bolest v oblasti hrudní a ramenní krajiny vpravo. Směnu dokončil, myslel, že potíže postupně odeznějí, proto vyčkával tři týdny, než se rozhodl jít k lékaři, dodává, že nechtěl otravovat. Bolest se však stupňuje, je silná, svíravá a šíří se již do celé pravé horní končetiny, postupně

ztrácí cit od prostředníku k malíku pravé ruky, léky od bolesti nezabírají.

Na první pohled na mě působí velmi příjemným a sympatickým dojmem, potíže nijak neagruje, spíše potlačuje, hovoří málo, má tendenci se omlouvat, že obtěžuje. Je mnou opakovaně ujišťován, že jeho stav vyžaduje lékařské vyšetření a že je dobře, že se nakonec k vyšetření rozhodl přijít. Během vyšetření si všímám útrpného výrazu obličeje a algického držení těla. Vypadá, jak by se chtěl schoulit do klubíčka – levou horní končetinou si prakticky drží a objímá pravou horní končetinu. Klinicky neurologický náález při distribuci šíření bolesti, nevýbavnosti příslušných reflexů a hypotonii určitých svalových skupin svědčí pro možnou parciální lézi plexus brachialis vpravo (kořenů C7 a C8) následkem kontuze pravého ramene při pádu.

Pacienta urychleně objednávám k EMG vyšetření. Vzhledem k intenzitě bolesti a nemožnosti podat silnějších nesteroidní analgetika pro anamnézu žaludečních vředů volím jako analgetikum slabý opiát – tramadol s postupným navýšením, doporučuji vitaminy skupiny B jako podporu regenerace nervů. Ramenní ortéza byla naložena na chirurgické ambulanci, kde je i v plánu kontrola. RTG pravého hemithoraxu a ramenní krajiny provedené na chirurgické ambulanci jsou bez průkazu traumatických změn.

VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ A KLINICKÉ KONTROLY

EMG vyšetření po telefonickém urgování se daří realizovat až za měsíc s výsledkem obrazu recentní léze kořene C7 vpravo, s vedlejším nálezem lehké fokální neuropatie n. medianus vpravo v karpálním tunelu. Lékař provádějící EMG náález

doplňuje o diferenciální diagnostiku ve smyslu – neúplná avulze kořene event. traumatem vyvolána distorze páteře s výhřezem disku? Již v mezidobí rezervuji termín k MR vyšetření, které je realizováno za dva týdny po EMG. Vzhledem



k EMG nálezu je nakonec provedeno MR krční páteře místo MR brachiálního plexu, jak původně plánováno. V MR vyšetření jsou patrné běžné degenerativní změny, mezi nimi je popisována dorzoparameidiální protruze disku C7/Th1 vpravo a foraminostenóza C6/7 bilaterálně více vpravo při dorzální osteoprodukcii. Zde nacházím event. klinicky korelát iritačně-zánikové kořenové léze C7 vpravo, v MR však nejsou zřetelné známky poškození kořene nervu.

Při kontrole pacient sděluje, že bolesti trvají, bolest se šíří do pravé horní končetiny, popisuje již vyhraněnou distribuci bolesti v dermatomu kořene C7, charakter popisuje jako píchavý, brnící, „jak po kousnutí psem“, bolest je tak intenzivní, že se až bolestmi potí, trvá po celé dny již dva měsíce, v noci se však bolestmi nebudí, spí dobře. Z předepsaného tramadolu mu bylo špatně, proto se vrátil k nimesulidu 2× denně. Klinicky neurologický nálezu je typicky pro kořenovou lézi C7 vpravo. Vzhledem k charakteru bolesti nabízím terapii neuropatické bolesti, nasazuji pregabalín v postupné titraci. Indikaci k neurochirurgické konzultaci neshledávám. Vystavuji žádanku k rehabilitaci.

Intenzita bolesti a nelepšící se stav mě znepokojuje, již dříve stav konzultuji s kolegy, snímky MR prohlížíme na radiodiagnostické schůzce. Vzhledem k chudému nálezu na MR krční páteře se přeci jenom rozhoduji o doplnění MR brachiálního plexu vpravo.

Pacient je následně vyšetřen rehabilitačním lékařem a fyzioterapeutem, je popisována porucha statiky páteře, předsun hlavy a ramen, zvýšený tonus a palpační bolestivost trapézů více vpravo, porucha dynamiky krční páteře difuzní a omezená hybnost v oblasti pravého ramene, dále hypotonie a hypotrofie svalů pravého ramenního pletence. Probíhá rehabilitace,

efekt je minimální, proto je rehabilitace lékařem prodloužena.

MR brachiálního plexu neprokazuje případnou avulzi kořene či jiné patologické změny. Pacient při kontrole nadále popisuje silnou bolest, pregabalín užívá v malé úvodní dávce, nezkoušel navýšit, efekt léků posoudit nedokáže. Rehabilitace nemá zatím efekt. Pacienta podrobně seznamuji s výsledky vyšetření, předpokládám poranění kořene nervu během pádu vlivem degenerativních změn. Při negativních MR nálezech a pozitivním EMG nálezu je plně indikována další rehabilitace a navrhuji následnou balneoterapii. Vzhledem k neuropatickému charakteru bolesti doporučuji další navýšení pregabalínu do účinné a tolerovatelné dávky. Pokud to nebude mít efekt, navrhuji vzhledem k intenzitě bolesti vyzkoušet opiátový preparát, upozorňuji ale na možné riziko závislosti.

Dvuměsíční rehabilitace je nakonec přerušena pro nelepšící se stav či spíše jeho zhoršování, bolest a brnění se nyní šíří i do levé horní končetiny. Celkově pacient ale hodnotí, že je bolest přece jenom tak o 10 % mírnější, užívá pregabalín v dávce 300 mg pro die, nezkoušel ho vysadit, protože se bojí, že by se opět vrátila nesnesitelná bolest. Je překvapen, že mu byla pojišťovnou schválena lázeňská léčba, má již datum nástupu, a to dokonce do lázní, kam ani nepředpokládal, že by se mohl dostat. Těší se, pojedí s manželkou, která si lázně zaplatí. Celkově působí klidnějším a méně algickým dojmem. Poprvé po půl roce vyšetřování a léčby cítím i já částečnou úlevu.

V mezidobí pacient ke mně na vyšetření objednává svoji manželku pro chronické bolesti bederní páteře, má o ni starost, protože je po rakovině prsu a on má obavy, aby bolesti páteře nebyly v rámci



metastáz. Manželku pacienta vyšetřuji, metastázy neprokazujeme.

Přelom července a srpna 2017 pacient tráví spolu s manželkou v lázních. Při kontrole v září sděluje, jak se měl v lázních dobře, jak se minimalizovala bolest,

jak si odpočal, jak příjemně strávil čas i s manželkou, protože lázně se nacházely právě v místě jejího rodiště, je to město, kde společně půl roku po svatbě žili. Ptá se na možnost opakování lázeňské terapie.

VYNOŘUJÍCÍ SE SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Také sdílí další radost, a to přiznání invalidního důchodu 1. stupně. Z důvodu úrazu přišel o zaměstnání, protože měl smlouvu pouze na dobu určitou. Je však zklamán, že mu byl důchod přiznán pouze na jeden rok, sděluje své obavy, že pak o důchod přijde a nebude schopen nastoupit znova do zaměstnání, trvalá bolest ho totiž limituje ve vykonávání povolání řidiče. Všimá si, že nyní po návratu domů se bolest postupně vrací.

S pacientem hovoříme o jiných možnostech práce, také poprvé narazíme na téma „udržování se“ symptomu bolesti při životní nejistotě stran zaměstnání. Vnímám pacientovou úzkost a nejistotu při ztrátě zaměstnání, také riziko návratu intenzivní bolesti. Opět lehce navýšuji pregabalín pro jeho přídatný anxiolytický efekt. Objednávám kontrolní EMG vyšetření. Jelikož je to již téměř jeden rok od úrazu, sděluji pacientovi, že pokud bude v EMG chronický nálezn, lze stav považovat jako trvalý následek úrazu, což by přispělo k udržení invalidního důchodu 1. st. Přitom to neznamená, že by musela být trvalá i intenzivní bolest, poukazují na

lázeňský pobyt, kdy pacient v souvislosti s příjemnými zážitky a při celkové spokojenosti bolest vnímal minimálně. Spíše bych výhodu udržení invalidního důchodu viděla v tom, že si najde povolání na částečný, tedy zvládatelný úvazek a nebude tolik finančně strádat. Ptám se na odškodnění v rámci pracovního úrazu, pacient sděluje, že mu pracovní úraz nebyl uznán, jelikož ho nenahlásil včas a dál pracoval. Taky mu nebyla vyplacena úrazová pojistka, protože není veden pod diagnózou „S“ dle MKN klasifikace. Zjišťuji, že pacient měl DPN vedenou u praktického lékaře, na chirurgii byl ošetřen vstupně, a pak 1× na kontrole, pak již ponechán v mé neurologické péči, kde zprvu veden pod dg G56.8 (jiné mononeuropatie horní končetiny), pak při nálezu kořenové léze pod dg M50.1 (onemocnění krční meziobratlové ploténky s radikulopatií). Navrhuji napsat odvolání. Pacient říká, že mě tím nechtěl zatěžovat, již tak pro něj dělám moc. Přesto sepisují lékařskou zprávu k odvolání. Pacient mi později sděluje, že mu bylo následně přiděleno pouhých 800 Kč.

NEROZPOZNANÝ KOMPLIKUJÍCÍ SE STAV

V mezidobí přichází manželka pacienta a ptá se na nutnost užívání tak vysoké dávky léků, po kterých pacient celé dny doma spí, vystává totiž riziko, že byt podpálí, když např. usne a nevypne sporák. Doporučuji tedy snížení dávky

pregabalínu, brzká kontrola pacienta je v plánu. Nicméně dochází k jejímu neplánovanému oddálení z důvodu přesunutí termínu EMG vyšetření z technických důvodů. Na kontrolu pacient přichází až v březnu 2018, kdy v EMG je potvrzen



předpokládaný nález radikulopatie C7 vpravo (dokonce i C6) starého data, s již ukončenou reinervací. Pacient sděluje, že má nadále intenzivní bolesti, jsou stejně jak před lázněmi, našel si úlevovou polohu – uklání hlavu, pregabalin snížil, aby tolik nespál.

Opět sděluje obavy ze ztráty invalidního důchodu a nemožnosti pracovat při bolestech, doma ho to nebaví, rád by chodil do práce, zkoušel pracovat na PC, ale ani to nesvede pro bolesti. Snažím se pacienta utěšit, že při daném EMG nálezů o invalidní důchod nepřijde, nicméně upozorňuji, že intenzita bolesti, kterou cítí, nebude mít pouze tělesný podklad. Připomínám spokojený pobyt v lázních. Pacient připouští souvislost ztráty

zaměstnání s přetrváváním bolesti. Snažím se ho motivovat, aby dále hledal zaměstnání, při invalidním důchodu poukazují na možnost práce v chráněných dílnách. Pacient má zájem o opakování balneoterapie, kterou vřele doporučuji, stejně tak trvalé kondiční cvičení. Vybízáím k hledání aktivit, které bolest mírní či pomůžou se na ni tolik nesoustředit. Nabízím analgetika, která pacient pro bolesti žaludku odmítá, sděluje, že vystačí s pregabalinem. Sama ale cítím zoufalství, nejistotu, úzkost, zpětně si uvědomuji, že tyto pocity špatně vyhodnocuji. Při neko-relujícím nálezů EMG a MR mě má nejistota vede k provedení kontrolního MR vyšetření krční páteře po jednom roce. Výsledek je nakonec samozřejmě bez vývoje.

STAV OHROŽUJÍCÍ ŽIVOT

V den další plánované kontroly v červnu 2018 ráno do ordinace telefonuje zoufalá pacientova manželka. Má o manžela velkou starost, bojí se vracet z práce domů, aby ho tam nenašla mrtvého, manžel má divné řeči o tom, že život nemá smysl. Prosí mě o pomoc, zároveň žádá, aby se pacient o tomto telefonátu nedozvěděl. Dopředu přemýšlím, jak budu stav řešit. Mám plán se aktivně pacienta zeptat na jeho psychický stav a nabídnout odbornou psychologickou a psychiatrickou pomoc při chronické bolesti. Uvědomuji si, že jsem tuto možnost dosud zcela pomínila.

Odpoledne vchází do ordinace zcela zhroucený pacient. Posturou těla je schoulen v klubíčku, podobně jak při našem prvním setkání má ruce v sevření na hrudi a celým trupem se uklání vpřed. Na otázku „Co se děje?“ odpovídá „Tady máte drsného kamionáka“ a rozpláče se. Nabídnou místo, podám kapesník a vybízím k odpovědi na otázku. Pacient

pláče, že bolest je intenzivní, bodavá, zničující, nedokáže nic dělat, není schopen normálně fungovat, chtěl by do práce, ale není schopen při žádné činnosti při práci vydržet. Při navýšení léků celý den prospí. Takový život pro něj nemá smysl, nejraději by ho ukončil. Ptám se, zdali má myšlenky na sebevraždu, případně zdali již něco reálně plánoval. Sděluje, že myšlenky má, ale nemá sílu je realizovat, tak je nemožný.

Co nejšetrněji se snažím sdělit, že tento stav vyžaduje okamžité psychiatrické vyšetření, popřípadě i hospitalizaci. Obdržím stručnou a ráznou odpověď: „Tam mě nikdo nedostane, s tou bolestí mi stejně nepomůžou.“ Riziko sebevraždy vnímám jako reálné. Přemýšlím jak dál, zdali trvat na vyšetření pro pacienta neznámým psychiatrem, nebo využít důvěru pacienta, kterou ve mně vkládá. S vědomím, že riskuji, nabízím přijetí do naší nemocnice na neurologické oddělení k podání analgetických infuzí, zároveň



ale zdůrazňuji nutnost přizvání psychiatrického konziliáře. Pacient souhlasí, domlouváme se na nástupu druhý den ráno, vyžadují ale protisuidální kontrakt – do rána se nezabije a nesáhne si na život ani během pobytu na neurologii. Upozornuji, že pokud se bude stav po psychické stránce komplikovat, bude nutno ho na psychiatrické oddělení přeložit. Pacient

opět souhlasí. Stvrzujeme dohodu podáním ruky. Nakonec pacientovi slibuji, že za ním na oddělení zítra přijdu a zařídím vše potřebné včetně psychiatrického vyšetření. To stejné sděluji kolegům na oddělení, o sebevražedných myšlenkách se nezmiňuji, neboť by ho nepřijali. Naši dohodu ponechávám v tajnosti a pacient to ví.

HOSPITALIZACE

Druhý den ráno pacient nastupuje do nemocnice. Odkládám popisování EEG záznamu, mám až dvě hodiny času, které jsem si pro pacienta vyhradila. Jak jsem slíbila, tyto dvě hodiny rozhovoru s pacientem věnuji. Probíráme sociální problematiku, znovu vypráví, jak přišel o zaměstnání a není schopen pracovat a jak se z toho psychicky zhroutil. Říká ale, že po včerejší ambulanti kontrolě se cítí lépe, v tuto chvíli již odhodil myšlenky na sebevraždu, protože mu svitla touto hospitalizační naděje. Je rád, že dostane infuze od bolesti, věří, že mu pomůžou. Poukazuji na dvojí složku bolesti – tělesnou a emocionální. Snažím se posílit pacienta ve smyslu hesla „Co tě nezabije, to tě posílí“. Bavíme se o smyslu života, jeho propadech jakožto odrazových můstcích. Snažím se posílit sebevědomí pacienta, má totiž pocit, že selhal jako živitel rodiny. Má výčitky, že trápí manželku tím, jak se zhroutil, taky proto, že jeho nemocná manželka musí chodit do práce, protože by jinak ani nezaplatili nájem.

Telefonicky kontaktuji konziliární psychiatryni, ta nevidí stav pacienta až tak urgentní, slibuje přijít, až bude mít prostor, tj. nakonec, jak se ukazuje, za čtyři dny. Již u přijetí nastavuji terapii SSRI, pro částečný analgetický účinek volím venlafaxin. Podávám „light infuze“, kde kombinuji metamizol, guajacuran a magnesium. V klinickém neurologickém

nálezu je patrná radikulopatie C7 starého data, nově dominuje výrazná statodynamická porucha C/Th přechodu. Proto kontaktuji fyzioterapeuta, jednak k posouzení klinického nálezu, jednak k postupnému rozcvičování patrného napjatého a ztuhlého svalstva horního kvadrantu. Po dohodě s pacientem již u vstupu objednávám uspíšený ambulantní termín k psychoterapii.

V psychiatrickém konziliu je stav pacient popisován takto: orientovaný, lucidní, afektivní labilita, depresivní prožívání, vysoká stresová zátěž, chronické bolesti výrazně limitující v denním životě, apsychoický, bez TS ideací, PM tempo v normě, myšlení koherentní, anticipační tíseň, úzkost. Diagnosticky uzavřeno jako anxiózně depresivní syndrom, v doporučení venlafaxin s pregabalinem jak zavedeno, systemická psychoterapeutická péče, kontrola dle potřeby nebo cestou neurologické ambulance.

Další péči ponechávám na ošetřujícím lékařovi – mladším neurologovi pracujícím u lůžka. Stručně mu popisuji komplexní problematiku. Jsem ráda, že bude mít na starost pacienta právě tento empatický, vstřícný kolega, kterému důvěřuji. Při pracovním vyřízení se za pacientem jen párkrát letmo stavím zeptat se, jak se cítí. Z hospitalizace je pacient propuštěn po 8 dnech. Cítí se mnohem lépe, nemá



torpidní bolesti. Již během hospitalizace se spojil s chráněnou dílnou, je na úspěšné cestě od září začít pracovat. Celkově se cítí posílený po fyzické i psychické stránce, myšlenek na sebevraždu se zbavil, má novou naději. Ambulantně bude

DALŠÍ AMBULANTNÍ PÉČE

Dva měsíce od hospitalizace přichází na kontrolu. Bolesti má, ale jsou snesitelné. Je spokojený, byl již dvakrát na psychoterapii, dokonce i s manželkou, učí se žít s bolestí, sám se podivuje nad tím, na co vše si přichází, je pozitivně naladěný a motivován. Rýsuje se práce v chráněné dílně. Psychiatrickou kontrolu nevyhledal, myšlenky na sebevraždu zcela pominuly. Celkový stav pacienta uklidňuje i mě samotnou, jsem spokojená, že se stav takto vyvinul. V mezidobí mám i telefonickou informaci od pacientovy manželky, která děkuje za rychlé jednání a pomoc. Tím, jak se mi jeví pacient stabilní, a tím, jak přeplněnou mám ambulanci, objednávám kontrolu až za půl roku, s odkazem na pokračování v psychoterapii a při depresivních příznacích vyhledání psychiatrické péče. Také doporučuji opakování balneoterapie. Mám pocit malého zázraku.

Půl roku nemám o pacientovi žádné informace, předpokládám úspěšnost

ČASOVÁ OSA: PŘÍBĚH

Pacient přichází na dohodnuté setkání, nabízím provedení časové osy, abych se blíže dostala k problematice jeho příběhu. Souhlasí, ale omlouvá se, že informace zřejmě nebudou přesné, protože si je vědom, že mu alkohol narušuje paměť. Sama trochu váhám, zdali je tato metoda v tuto chvíli ještě vhodná a přínosná, nicméně rozhoduji se to alespoň zkusit a

pokračovat v rehabilitaci, začne docházet na psychoterapie. Psychiatrická kontrola byla během konzilia doporučena jen dle potřeby s odkazem na možnost předpisu SSRI v neurologické ambulanci.

psychoterapie. V den kontroly napjatě čekám, s čím pacient Tomáš přijde. Již přemýšlím, že bych jeho příběh jakožto propojení bio-psycho-sociální problematiky využila k sepsání atestační kazuistiky, což mu při kontrole nabízím.

Je překvapen a říká, že to asi nepůjde, protože pije, stal se z něj alkoholik. Ví, že ničí sebe a hlavně rodinu, nechce v 54 letech takto skončit. Rozhodl se nastoupit na protialkoholní léčbu, má již stanovený termín nástupu. Na bolest si zvykl, učí se s ní žít. Jsem překvapená, ale neodsuzuji ho. Sděluji pochopení, že je to jen další vyústění sociální problematiky, do které se dostal. Taky zjišťuji, že nový problém alkoholismu mi vlastně v sepsání kazuistiky nebrání, je jen nedokončeným pokračováním příběhu. Než pacient nastoupí do léčebny, ještě se domlouváme na jednom delším mimořádném setkání. Prosím, aby dorazil střízlivý. Mám v plánu dle možností provést časovou osu a taky se dozvědět, jak propadl alkoholu.

získat dosud pro mě skryté informace o Tomášově životě.

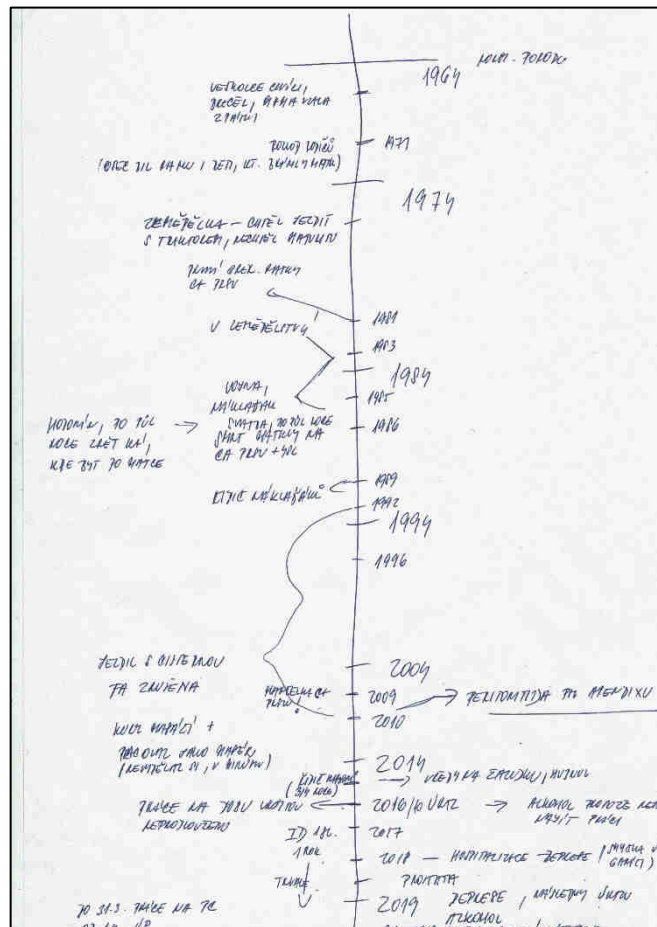
Časovou osu pro přehlednost shrnu od narození do současnosti.

Tomáš se narodil z normálního těhotenství spontánní cestou jako druhorozený, má o rok staršího bratra. Není si vědom, že by byl v dětství vážněji nemocen. Do



školky chodil, ale jen chvíli, ví, že ve školce plakal, tak pak zůstal s mámou doma. Říká, že dětství má jak vymazané. Pamatuje si jen scénu, kdy matka chtěla vymalovat obývací a otec razantně řekl, že se malovat nebude a začal mámu mlátit, bouchal jí hlavou o zeď. On se ji snažil bránit, skočil na otce, a vtom letěl přes celý pokoj, jak ho otec odhodil. Pro násilí v rodině se rodiče rozvedli, bylo mu tehdy sedm let. Na otce si vzpomíná jen matně, od rozvodu ho pak neviděl, dnes neví, jestli vůbec žije. Na základní škole neměl zdravotní ani jiné potíže. Rozhodl se nastoupit na zemědělskou školu, a to na tříletý obor, aby mohl jezdit s traktorem. Byl to jeho klíčící sen. Vzpomíná na prázdniny u rodiny na vesnici, kde celé dny pozoroval traktory jezdící po poli. Aby si tento sen splnil, rozhodl se oželet maturitu – čtyřletý obor neumožňoval řízení traktoru. Když školu dokončil, matka onemocněla rakovinou prsu a začala podstupovat léčbu. On začal hned pracovat, uchytil se v zemědělství, jezdil na vysněném traktoru. Pak byl na vojně, kde celou dobu řídil nákladník, vzpomínky na vojnu jsou příjemné. Našel si první lásku, se kterou se ve svých 22 letech oženil. Manželka taky byla vychovávána bez otce, zemřel, když jí byly pouhé tři roky. Půl roku po svatbě však pacientova matka rakovině prsu v pouhých 48 letech podlehla. Matčina smrt ho zasáhla, ale měl manželku, byl zamilovaný. Nicméně okolnosti přispěly k tomu, aby se s manželkou vrátil zpět do bytu po matce. Ten však nalezl prázdný. Bratr kvůli své ženě si vše z bytu vzal. Od té doby spolu bratři nekomunikují. Pacient vzpomíná, že tehdy po svatbě byli s manželkou chudí, nic neměli, v holém bytě spávali na podlaze, neměli si kde uvařit. Nicméně oba nastoupili do práce a postupně se z tíživé situace dostali. Pak se jim narodili dva zdraví synové. Živil se dál jako řidič

nákladních vozidel, pak 18 let jezdil s cisternou do doby, než firmu zrušili a on zůstal bez práce. Ve stejnou dobu přišla ta strašná diagnóza jeho ženy – rakovina



prsu, stejná nemoc, na kterou zemřela matka. Pacient myslel, že zešílí, začal se o manželku hrozně bát. Ve stejnou dobu ho začalo bolet břicho, až po čtyřech dnech bolesti se rozhodl vyhledat lékaře, byl zjištěn zánět pobřišnice při prasklém apendixu, pacient byl operován, dostával antibiotika a několik dnů strávil v nemocnici. Byl bez práce. Jelikož sám občas chodil na masáže pro bolesti zad, nabídl mu kamarád-masér práci maséra. Dodělal si masérský kurz a začal pracovat, náklady ale převyšovaly výdělek, doplácel za nájem, hrozil mu již dluh, tak raději podnikání nechal. Podařilo se mu najít krátkou brigádu jako řidič. Manželka při nemoci dostala invalidní důchod 1. st., který jí byl po roce odebrán. V tuto dobu ho začal bolet žaludek, bolest ale trpělivě



snášel, pak již nemohl jíst a čím dál více hubnul a slábl, proto se nakonec rozhodl jít k lékaři. V rámci váhového úbytku byl podrobně vyšetřen, nakonec podstoupil i vyšetření žaludku, kde byl průkaz několika (dle pacienta 15) vředů žaludku i duodena. Gastroenterolog pacientovi sdělil, že tak hrozný nález ještě neviděl. Byl zalečen, ulevilo se mu, začal opět jíst a přibírat, na kontroly dochází doteď pravidelně, kontrolní vyšetření jsou v pořádku. V době, kdy měl konečně zase práci jako řidič a manželka začala pracovat, se mu stal ten úraz. O práci přišel, pak dostal invalidní důchod, měl ale obavy, že stejně jako dříve manželka i on o důchod přijde. Při poslední posudkové kontrole mu byl již invalidní důchod 1. st. přiznán natrvalo, navíc pracuje v chráněné dílně. Příjem je ale malý, manželka je nevyživí, a navíc má výčitky, že jako živitel rodiny selhal, z toho má ty deprese. Nemyslí již na sebevraždu, ale potvrzuje, že v době před hospitalizací na neurologii měl uvázanou smyčku v garáži, neuděl to kvůli rodině, která je mu největší oporou. A taky kvůli mně lékařce, v tom vyzdvihuje splněný slib, že jsem za ním přišla na

oddělení, říká, že za to si mě bude dokonce života vážit. Jelikož je registrován na úřadu práce, chodil opakovaně po pracovních nabídkách, pokaždé mu řekli, že se ozvou, a nikdy se neozvali – „a vy jste slíbila a přišla“ – dodává. Je na slovo „ozvu se“ již alergický. Právě to vedlo k tomu, že se uchýlil k alkoholu. Po každé neúspěšné schůzce ohledně zaměstnání se napil, zjistil, že mu to pomáhá. Taky nedávno bylo u manželky podezření na recidivu nádoru, naštěstí se to nepotvrdilo. Jeho to ale tak vyděsilo, že začal ještě více pít. Vzpomíná na kruté první oznámení diagnózy rakoviny manželce lékařem, byl u toho, dodnes má na toho lékaře zlost. Nyní ale ví, že se alkoholem může zničit, ničí již rodinu, a proto je odhodlán k protialkoholní léčbě. Jen ho mrzí, že v době, kterou bude trávit v léčebně, se budou jeho dva synové ženit.

Ptám se ještě na psychoterapie, na které jsem ho před půl rokem odkázala. Pacient mi průběh léčby podrobně vypráví, se souhlasem pacienta získávám i písemné záznamy psychiatrické a psychologické péče.

PSYCHOTERAPEUTICKÁ PÉČE

Dle sdělení psycholožky první setkání bylo ve smyslu krizové intervence. Pacient po celou dobu sezení pláče, do popředí dává strach o manželku, která má rakovinu prsu, stejnou nemoc, na kterou zemřela matka. On sám nemůže chodit, má bolesti, úzkosti, deprese, je paralyzován životem, v poznámce psycholožky – existenční starosti. Objevují se i pocity křivdy vůči systému sociální podpory – manželka i přes svou nemoc přišla o invalidní důchod, opět evokuje obrovské starosti, že manželka musí pracovat i přesto, že trpí bolestmi (pozn.: u mě vyšetřena pro chronické bolesti lumbální krajiny). Dle záznamu psycholožky, pacient

hodnotí velice kladně přístup ošetřující neuroložky – její lidský přístup a profesionalitu – zohlednila psychosomatické souvislosti jeho stavu, odhadla situaci. Je zahájena psychoterapie.

K druhému sezení je přizvána jako rodinný příslušník a podpora v rámci psychoterapeutických aktivit pacientova manželka. Psycholožka použije metodu „dopis lásky“ – emoce lásky, pochopení, sdílení, vzájemná podpora. Objevuje se otázka důvěry jeho ženy, zda přestane pít. Poprvé se tedy vynořuje problematika pití, z kterého je manželka zoufalá, pacient si schovává alkohol. Je stanovena



domluva, že v psychoterapii možno pokračovat pouze pod podmínkou abstinence. Pokud se mu abstinovat nepodaří, nutno vyhledat psychiatrickou léčbu. Znázorněn začarovaný bludný kruh deprese-alkohol-úzkost-deprese. Pacient dostává úkol zapisovat dny bez alkoholu a čím alkohol nahradil. Probíhá mapování zdrojů podpory – cvičení SMS systém na bolesti, jóga, procházky do přírody, hlídání vnuků, jiná pozitivní závislost, která by nahradila tu alkoholickou. Vynořuje se otázka jeho motivace, je konfrontován s tím, že mu nikdo nepomůže, pokud sám neučiní rozhodnutí.

K třetímu setkání přichází dobře naladěný, přestal popíjet, byl na wellness víkendy s manželkou, kde si to užili. Pečuje o vnuky, dochází na masáže, chodí do přírody. Je naladěný na manželku – má s ním již intimní zkušenost a on s ní, pivo mu nestojí za to, aby o ni přišel. Ventiluje období, kdy se manželka léčila s rakovinou, dostávala silnou chemoterapii, zvládli to spolu, zvládnou to i teď. Má předsevzetí zcela abstinovat. Nadále se objevují

PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Vzhledem k přerušení psychoterapie se pacient opět uchýlil k alkoholu. Pítí mu ale vadí, za manželčiny podpory se rozhoduje vyhledat pomoc cestou psychiatrie. V říjnu 2018 přichází do psychiatrické ambulance s plánem podstoupit léčbu antabusem. Léčba je zahájena. Pacient sděluje, že ze zvědavosti se přeci jenom na antabus napil, „chtěl jen prostě vědět, co to s ním udělá“. Tuto skutečnost, ale v dobré víře ohlásil pacientův syn psychiatryni, ta ho dle pacienta nedůstojným způsobem před ostatními pacienty v čekárně vyhodila slovy „a ven“.

Cítil se ponížen, ztratil důvěru, jen díky podpoře synů a manželky se rozhodl to zkusit jinde na psychiatrii. U další

občasné pocity bezcennosti, těžce nese stav nezaměstnanosti, „celý život nosil domů peníze“. Manželka mu ale řekla, že má jiné priority. Pro něj je prioritou ona. Dle psychologičky se pacient chová jak znovu zamilovaný.

Během čtvrtého sezení provedena imaginace, relaxace. Pacient pokračuje v abstinenci, daří se mu dobře.

Další sezení je zrušeno psychologičkou, volá pacientovi, že uvízla sama u lékaře a nestihne sezení. Dle psychologičky domluva zněla, že se pacient ozve. Dle pacienta mu bylo řečeno, že se ozve psychologička. Nevolal, jako vždy nechtěl otravovat, navíc telefon vyhodnotil, že má psychologička sama zdravotní potíže. Čekal, opět pocítil zklamání ze slov „ozvu se“. Toto nedorozumění vedlo tedy k přerušení psychoterapeutického procesu, sama psychologička sděluje, že na pacienta myslela, neuvědomila si, proč se terapie přerušila, není zvyklá klientům volat, tak vyčkávala, zdali nepřijde sám.

psychiatryně spokojen nebyl, již při prvním sezení si on vyslechl příběh lékařky, dle pacienta neměl šanci říci ten svůj. V mezidobí vyhledal pomoc v Modrém kříži – organizaci poskytující služby osobám závislým na návykových látkách (celý text v příloze č. 2.). Na základě poradenské práce a motivujících rozhovorů se rozhodl nastoupit k protialkoholní léčbě v Bílé Vodě.

Potřeboval psychiatrické doporučení, nakonec se mu podařilo najít i psychiatryni, ke které našel důvěru. V psychiatrické zprávě lékařka píše: pacient přichází dobrovolně pro potíže s abúzem alkoholu, jež byly iniciovány pracovním úrazem, který měl dopad na celkový život jak pracovní,



tak soukromý. V rámci depresivní symptomatiky nasedající na zmíněnou traumatickou událost není schopnost se adaptovat a přijmout novou životní skutečnost a sebe sama. Objevuje se beznaděj, ztráta chuti snažit se to jakkoli řešit, pasivita, hypobulie, dochází k úlevové konzumaci alkoholu redukující frustraci, nespokojenost. Řeší pak tímto

mechanismem všechny stresové situace, jelikož kapacita zvládnání zátěžových situací a frustrační tolerance se výrazně snížila. Zmíněný abúzus alkoholu pomáhá tedy přežít, do pozadí se dostávají jiné zdrojové věci v jeho životě, na něž by se mohl napojit, toto je pak vhodný materiál k práci v rámci psychoterapie na posílení sebeúcty.

REFLEXE

Snažím se poohlédnou zpět na začátek tohoto zdlouhavého komplikovaného příběhu. Role somatického lékaře mě nutí se zamyslet, zdali byl pacient opravdu důkladně vyšetřen. Co bylo zdrojem, tak intenzivní bolesti? Nepřehlédla jsem něco? Neměla jsem dál vyšetřovat a navyšovat analgetika, neměla jsem natvrdo předepsat opiáty? To jsou pocity, které důvěrně znám z doby, než jsem svůj lékařský biologický pohled rozšířila o vědomý psycho-sociální. I tentokrát jsem prvního půl roku léčby navyšovala léky a pátrala po zdroji bolesti o to víc, že byl podpořen klinickým nálezem a EMG vyšetřením. Nicméně ze zkušeností, které mám, vím, že i chronická radikulopatie je zvládnutelná, mám pacienty bez nutnosti chronické medikace či na minimální dávce léků, pacienty žijící plnohodnotný život. Zde bylo zřetelné, že se na bolesti spolupodílí něco víc. Varovné signály úzkostí, které jsem z pacienta cítila, jsem zprvu špatně vyhodnotila, znejistěla jsem, zopakovala jsem zobrazovací vyšetření. Dnes již vím, že to byl čas pro jinou intervenci – tu psychosomatickou. Ta přišla až opožděně, v době, kdy byl pacient reálně v ohrožení života. Tehdy ale zafungovala vzájemná důvěra díky kvalitnímu vztahu lékař-pacient, který se nám podařilo během kontrol vytvořit. Jak jsem riskovala a jak vážný byl tehdy tento stav – skutečně plánovaná sebevražda oběšením –

jsem se dozvěděla až zpětně během časové osy.

Nyní si uvědomuji, že od prvního setkání s pacientem jsem jakby musela pacientovi dokazovat, že mi může věřit, a snažila jsem se vytvářet vstřícnou a pacienta přijímající atmosféru. Měl totiž od začátku pocit, že všechny obtěžuje, že není tak důležitý, aby si zasloužil pozornost. Když kouknu zpět na jeho dosud prodělané nemoci, vidím, jak podceňuje příznaky nemoci tělesné i psychické, pokaždé přichází k lékaři až na poslední chvíli, a to již v komplikovaném stavu (perforovaný appendix, těžká vředová choroba gastroduodena, tři týdny trvající úraz, depresivní stav se suicidiálními ideacemi a taky alkoholismus – toto téma otevírá po téměř dvou letech rodící se problematiky). Mám zkušenost, že někteří pacienti tento můj otevřený vztahový prostor, jak by otevřenou náruč, začnou zneužívat – přicházejí pak s každým problémem, mimo objednání, telefonují apd. Musím pak vstřícně nastavit hranice. Pacient Tomáš toto nikdy neudělal, vždy přišel pouze tehdy, kdy byl objednán, zřejmě aby měl jistotu, že neobtěžuje. Mám pocit, že jsem se snažila své hranice pro něj sama rozšiřovat. Vztah byl bohužel částečně o mé aktivitě a jeho pasivitě, kterou omlouvám strachem z obtěžování, možno i obavami z odmítnutí či primární nedůvěrou.



Když kouknu na Tomášův příběh a na časovou osu, otevírá se tedy otázka zacházení s vlastním tělem a sebou samým, otázka sebelásky a sebeúcty. Další otázkou je mužská role, ve které ve vlastních očích selhal. Mám hypotézu, že roli muže v rodině vykonával již od svých sedmi let, kdy byl vychováván bez otce. Taky vidím roli ochránce, tehdy matky, nyní manželky, navíc se stejnou nemocí. V této roli opět selhává, matka zemřela, manželka musí pracovat, a navíc on jí dělá starosti svou nemocí a nyní alkoholismem. Mám fantazii o tom, jak musel rychle po rozvodu rodičů dospět, být mužem v domácnosti a ochráncem bité nešťastné ženy, přitom chtěl být klukem, hrát si, jezdit traktorem. Nyní o ten klučí sen ztrátou zaměstnání přišel. Ztrátou zaměstnání a nemocí nejdůležitější vztahové osoby se šířal již dříve, kdy jeho tělo postihla vředová choroba, onemocnění, ve kterém

ZÁVĚR

Tímto příběhem jsem chtěla nastínit jak komplikovaná a psychosociálně se komplikující může být léčba primárně somatického pacienta. Co vše může hrát roli v tom, jak se bude pacient uzdravovat. Taky jsem chtěla po vzoru Balinta poukázat na to, jak důležitý je vztah mezi lékařem a pacientem, a nemocí. Jak důležité

hraje psychosomatika důležitou roli. Takto již oslaben dostává další ránu osudu, která mu bere poslední šanci zachovat si mužskost. Přemýšlím, zdali je náhodou, že vyhledává pomoc u žen – lékařek a psychologek? Jak velká je závislost na manželce a dříve matce? Vnímám potlačenou zlobu na „špatného“ tátu, na mámu, která tak brzy odešla, na sociální systém, na úraz, který přišel v nevhodnou dobu, na sebe, že selhal. Jak těžké musí být vyjádřit zlobu, aby se neidentifikoval s otcem agresorem?

Bylo by zajímavé se k těmto tématům dostat do hloubky, aktuálně to není možné, ale nějak tajně doufám, že pacient Tomáš protialkoholní léčbu zvládne a bude schopen dál pokračovat v individuální či skupinové psychoterapii, která může tato témata otevřít, posílit sebevědomí, pomoci nastolit zase kvalitní život.

je dynamiku vztahu budovat směrem k důvěře s ohledem na pacientovo primární osobnostní nastavení. Taky jsem chtěla poukázat na to, že se s bio-psychosociálním přístupem dá pracovat i v běžné neurologické praxi, v akutní péči i na lůžkovém oddělení.

LITERATURA:

1. BALINT, Michael. Lékař, jeho pacient a nemoc. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 1999, 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
2. BERAN, Jiří. Základy psychoterapie pro lékaře. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 155 s. ISBN 80-7169-932-2.
3. KLIMPL, Petr. Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 167 s. ISBN 80-7169-324-3.
4. RUDOLF Gerd, HENNINGSEN, Peter. Psychoterapeutická medicína a psychosomatika. Slovenské vydanie, 2018. Vyd. F, Bratislava, 403 s. ISBN: 978-80-88952-95-4.
5. TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes a OTT, Jurgen. Základní psychosomatická péče. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.



O AUTORCE: MUDR. KRYSYNA KULTANOVÁ



Neurologické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku
Specializovaná způsobilost v oboru neurologie (2010), nadstavbová atestace v oboru psychosomatická medicína (2019). Probíhající studium psychosomatiky v rámci ČŽV - Institut sociálního zdraví Cyrilometodějské teologické fakulty UP v Olomouci. Práce odevzdána jako kazuistika k atestaci z nástavbového oboru psychosomatika.

KRÁTKÁ REFLEXE NA ZÁVĚR:

S psychosomatikou jsem se setkala náhodou koncem roku 2012, a to při četbě jednoho „ženského“ časopisu ve vlaku. Během studia medicíny ani během již tehdy 7leté praxe na neurologii jsem o ní téměř neslyšela. Jelikož to bylo to, co mi po celou dobu práce s pacienty chybělo, začala jsem vyhledávat informace a našla kurzy základní psychosomatické péče na IPVZ. I přes obrovské nadšení, které ve mně přednášky vzbuzovaly, mi ze začátku přišlo nemožné si vzdělání v psychosomatice doplnit - do Prahy jsem to měla 380 km, zrovna jsme založili rodinu. Nicméně psychosomatika mě vtáhla natolik, že jsem postupně - jak to jen bylo trochu možné - absolvovala povinné kurzy, chyběla praxe. Tu se mi podařilo zrealizovat nedávno na psychosomatickém oddělení ve Šternberku u primáře Kryla. Stáž v neuvěřitelně

ustřícném kolektivu psychosomatického oddělení mě přesvědčila o tom, že takto pojatá práce s pacienty má smysl. Rozhodla jsem se nadále bio-psycho-sociální-(spirituální) přístup šířit jakožto nemocniční lékař u lůžka, v rámci ÚPS, v nemocniční ambulanci, a hlavně mezi kolegy lékaře v nemocnici, kteří jako já dříve o psychosomatice mnohdy ani netuší. Ne všichni lékaři sdílejí mé nadšení, někdy si vysloužím i posměšek, ale mnozí se zamyslí a psychosomatikou se „nakazí“. Jedině tak je možno alespoň částečně zabránit chronifikaci a iatrogenizaci pacientů, což se právě v nemocnicích tak často děje. A tak jsem chtěla povzbudit všechny ty, kteří o psychosomatice uvažují, aby se nebáli a začali překonávat překážky i vzdálenosti, obohatí tak svou práci s pacienty, ale hlavně taky sami sebe.

Krystyna Kultanová

krysia@email.cz

Do redakce přišlo 5. 11. 20

Do tisku zařazeno 25. 11. 2019

Konflikt zájmů není znám, pacient s uveřejněním souhlasí.



ZUZANA VLČINSKÁ: NEBANOVALA BYCH



SOUHRN: VLČINSKÁ Z.: NEBANOVALA BYCH. PŘÍKLAD TERAPEUTICKÉ PRÁCE S PÍSNÍ. PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4), s. 219-228: *Naši předkové si uměli v těžkých chvílích pomoci zpěvem, ošetřit tak své pocity i tělo. Písň vzniklé tímto způsobem můžeme dnes použít jako psychosomatickou techniku podporující léčení traumatu. Melodický tvar lze vidět jako tvar pocitu. Zpíváme-li, dáváme svým pocitům dobrý tvar a zároveň je můžeme tělesně kotvit a celkově integrovat. Dnes nepreferovaný hlasitý nářek měl u našich předků estetickou kvalitu. Nářikavá píseň může pomoci zbavit se psychické bolesti a zároveň spočinout ve svém středu.*

SUMMARY: I WOULDN'T BAN. EXAMPLE OF TERAPEUTIC WORK WITH SONG. PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4) PP. 219-228: *Our ancestors were able to help themselves with singing. They could nourish their feelings and body sensations. Some songs have taken their origin in such moments. We can see such songs as a psychosomatic technique supporting healing traumas: a previously prepared structures able to influence feelings and experiencing of individual in a specific and desired way. The shape of a melody can be seen as a sounding shape of a process of a feeling. We can give our feelings a good shape while singing and we can ground them and integrate them with our body. Loud lamenting, not preferred nowadays, used to have an esthetic quality. Lamenting song can help us to release from psychical pain and dwell in our very centre in the same time.*



PŘÍKLAD TERAPEUTICKÉ PRÁCE S PÍSNÍ

Ve folkloru najdeme mnoho písní, které pravděpodobně vznikly v situaci, jež původního zpěváka či zpěvačku nějak bolela či psychicky zatěžovala. Tito lidé se v těžké chvíli o sebe postarali tak, že si zazpívali. Tvořivě našli melodický tvar pro svou bolest, smutek či jinou zátěž. Právě takové písně sloužily našim předkům k celostnímu ošetření vlastní duše a nervové soustavy. Takové písně i dnes mohou hojit individuální trauma v různých jeho fázích a podobách, či zpracovávat každodenní pocity. Tyto písně pomáhají za určitých okolností rituálně projít místy životního přechodu či zpěváky zpevnit v jejich životaschopných postojích. Nebo „jen“ nesou obecně lidskou zkušenost ve fyzicky i emocionálně neobyčejně přesné podobě.

Ve zvukovém a hudebním předivu těchto písní je zakódován jejich účinek na prožívání posluchače, ale především zpěváka, který při zpěvu aktivně hmatá svůj hlas v těle, opírá se o sebe dechem i hlasem zevnitř, intenzivně prožívá každou slabiku i frázi. Dalo by se říci, že **taková píseň je vlastně technika**: předem připravený scénář, který specifickým žádoucím způsobem ovlivňuje prožívání zpívajícího. Pokud pracujeme s písní jako s psychosomatickou technikou, nezáleží na jejím stáří (často více než 300 let) ani na nářečí či archaičnosti slovníku. Poetika celého aktu, obraznost písní a náznak rituálnosti v tom, že místo řeči použijeme zpěv, naopak pomáhají uchopit pocit celistvěji, je možné dotknout se sebe ve větší hloubce.

Téměř vždy je způsob, jakým píseň účinkuje, zakódován ve tvaru melodie, kterou pak lze chápat jako **znějící tvar pocitu** včetně jeho časového průběhu. Zpíváme-li, dáváme svým pocitům a emocím, jakkoli těžkým, dobrý a často i krásný tvar. Ve zpěvu je možné zůstat se svým hlubokým žalem, křivdou nebo vztekem,

neskrývat je ani neodmítat, nespojovat si je se selháním. Čím silnější emoce, tím hudebně sofistikovanější bude její melodický tvar, tím větší úcta bude zpěvákem dané emoci vzdána.

Svou roli hraje také fakt, že při zpěvu jdeme hlasem více do prostoru než při mluvené řeči. Nejde o sílu hlasu, ale o intenzitu proudu energie, který takto posíláme ven či jehož jsme součástí: i velmi tichý zpěv jde v prostoru dále než mluvný projev obvyklé síly. Zpěv tak umožňuje zpracovat mocnější emocionální vlnu, stará se o její průběh a pouští ji prostorem ven. Úkolem terapeuta je vést zpívajícího klienta k sebepečujícímu a k tělesnému prožívání pozornému způsobu zpěvu, který koreluje se zdravým (hlasivky nepřetěžujícím) použitím hlasu.

Píseň *Nebanovala bych* (Nelitovala bych) jsem ve sbírce Slovenské spevy 4 našla před půl rokem a od té doby ji zpívám se všemi pravidelnými skupinami a s některými individuálními klienty. Čtyři krátké kazuistiky z tohoto „prozpívávání se písní“ následují níže.

Tato píseň představuje stylizovaný nářek. Do začátku dvacátého století bylo i na našem území hlasité naříkání v případě tragédie (např. úmrtí nebo odchodu člena komunity) ritualizovanou, tedy také oceňovanou, součástí truchlení. Oplakávání mrtvého bylo u mnoha národů obvyklé již v předkřesťanské době. Původně mělo zřejmě odhánět zlé duchy a demony, později sloužilo k vyjádření emocí. Rituální pláče byly posuzovány i z estetického hlediska – naříkání si žádalo nějaký druh krásy a uspokojivosti. Například „na Slovácku učily matky naříkat již mladé dívky, aby to uměly. Byly případy, že se vdova den před pohřbem někde v ústraní učila nářku, aby neplakala u hrobu *na lidskou haňbu*... Která to neuměla, požádala



některou známou, aby za ni nařikala“, píše Alexandra Navrátilová ve své knize *Narození a smrt v české lidové kultuře* (Vyšehrad 2004). Plačky nebo nařikačky svým hlasitým pláčem pomáhaly pozůstalým vyjádřit jejich těžké pocity, zintenzivnit proces truchlení a projít jím.

Podobné situace zažívám ve své praxi, kdy zpěv můj nebo skupiny pomáhá klientovi, který cítí akutní psychickou bolest a nemá pro ni hlas, projít mocnou emocionální vlnou k úlevě a také jeho vlastnímu hlasu.

[Larghetto] E. Vansa, [1867—73, Gemermalohontská]

Ne - ba - no - va - la bych, ke - bych ne - mu - se - la,
ke - bych řa, šu - haj - ko, ra - da ne - vi - de - la.

Píseň *Nebanova bych*, jak si snadno přečteme v jejím textu, se pravděpodobně netýká smrti, ale možná zrady, opuštění nebo nějakého konfliktu v mileneckém vztahu. Vznikla a fungovala však právě v kontextu legitimního hlasitého projevení hluboce intimního smutku. Možná vznikla jako součást výše zmíněného nácviku nařikání.

Kdykoli se při práci s touto písní zeptám žen, kterou z nich jejich matka učila nařikat nebo je aspoň podpořila ve vyjádření smutku či bolesti, ženy si s lítostí vybavují věty jako: „Nebřeč!“, „To dáš!“, „Už seš velká!“, „Nemáš proč brečet!“, které snad byly matkami myšleny jako podpora a zpevnění, ale zároveň působily jako odmítnutí prožívané bolesti a zraněné části dcer a pravděpodobně měly vliv i na jejich vnímání vlastní identity (přidejme k těmto větám jejich rodné sestry: „Nehekej“, „Nevzdychej“, „Bud' zticha“). Výuka písně pak působí jako korektivní zkušenost, jako návrat o sto let zpět, kdy ženy ještě uměly zacházet s tragičností života a se smutkem beze studu a potlačení a předávaly si tuto dovednost z matky na dceru.

Hlasovým nástrojem je celé tělo společně s psychikou i duchovní stránkou člověka. „Zpěv může propojit tyto jednotlivé úrovně – tělo, mysl, duši a emoce – skrze integrativní proces směřující k celistvosti. Hlas přemosťuje a spojuje tyto roviny“ píše muzikoterapeutka specializující se na práci s hlasem Sylka Uhlig (2006). Hlas proto působí jako účinný nástroj integrace: známe-li dobře, tedy s pozorností k tělu a emocím, všechny tělesné a duševní systémy se lépe propojí a zkoordinují. Pokud chceme zpívat tak, aby na nás píseň měla takové celostní působení, musíme zapojit celé tělo, zejména jeho spodní část, aby hlas vyjadřující emoce měl dostatečnou podporu.

Melodie písně *Nebanova bych* nám jasně ukazuje, jak si tuto podporu zajistila její původní zpěvačka. Mám na mysli dva spodní melodické vrcholy: ve druhém taktu na slovo „bych“ a v sedmém taktu na slabiku „ko“. Pro prožitek zpěvu platí, že čím vyšší je tón, tím více je v prostoru, s tím větší energií a dále ze zpívajícího vychází, tím mocnější emocionální vlna jím může projít. Naopak hlubokými tóny se zpěváci mohou za určitých podmínek dotknout svého nitra, hloubky svého těla i



duše. Oba zmíněné tóny jsou někde hluboko uvnitř, a zejména první z nich zpěvačce slouží k tomu, aby se ve svém žalu dotkla toho, co je v ní živé, pružné a stabilní, svého středu (nejlépe v oblasti pánve). Druhá fráze na verš, „kebych nemusela“, je totiž stylizací skutečného nářku, je to pronikavý výkřik plný bolesti. Zpívat bez přípravy rovnou toto nářikání by mohlo mít na zpěvačku destruktivní účinek v podobě zaplavení emocí, ztráty uzemnění, disociace či poškození hlasivek v přetíženém hrdle. Píseň ale napřed umožňuje dotknout se svého středu, spočinout tam, ukotvit se, a potom naříkat přímo z centra, z místa své síly. První fráze zakončená hlubokým tónem na „bych“ připravuje mysl i tělo zpěvačky na velkou emocionální vlnu, jejíž melodická křivka odpovídá intenzitě psychické bolesti. (Fyzicky může být takový nářek blízko zvracení, pouze při zpěvu je tento pohyb příjemný a z úst nevychází nic hmotného.) Třetí fráze na slova „kebych ťa, šuhajko“ organismus opět zklidňuje, vede do hloubky nitra na krátké spočinutí, má charakter „pooperační péče“. Závěrečná fráze na slova „rada nevidela“ spojuje střed zpěvačky s tonálním středem písně, umožňuje jistou katarzi s odstíny smířeného smutku při fyzickém pocitu útulnosti někde v sobě.

Píseň tedy nejprve připraví vyjádření emocionální bolesti, podpoří jeho uskutečnění a následně vede k ukotvení v sobě a jisté úlevě. Tvar písně vede k citlivé práci s vlastním středem. To vše v reálných 15–20 vteřinách velmi bezpečným a krásným způsobem.

Podle Petera Levina není příčinou „vzniku traumatických symptomů spouštěcí událost sama o sobě. Symptomy pocházejí ze zmrzlého zbytku energie, která se nezpracovala a nevybila“ (Levine s. 37). Píseň *Nebanovala bych* a jí podobné jsou v podstatě vzorcem, komplexní stavou pro tělo, mysl i emoce, jež

umožňuje aktivní vybití zmrzlé energie. Zpěv sám o sobě představuje proudění energie v těle, ale také vnitřní fyzický pohyb naprosto opačný zamrznutí: vibrace hlasu i pružnost tkání podílejících se na hlasotvorbě vytvářejí v celém těle, jeho pevných částech i tekutinách (srv. B. B. Cohen) pohyb umožňující oživení a rozproudění energie zatuhlé následkem traumatu. Tento pohyb uvnitř těla se při zpěvu zároveň projevuje i jako mocný proud energie ven do prostoru. Jako hlas toho, co opravdu cítíme a kým jsme.

Melodický tvar této písně můžeme použít jako „ambulantní“ ošetření emocionální bolesti. Nevytváří prostor pro hlubší proces, jako to umí složitější melodie např. obřadných písní nebo balad. Její vícenásobné opakování se ale může stát součástí hlubšího procesu právě čištěním a hojením těžké emoce i opakovaným spočíváním v bytostném centru zpěváka. Opakování také vytváří možnost velké pulzace celého těla dovnitř-ven (do nitra – do prostoru – do nitra – do prostoru), které ještě zesiluje hojivý účinek písně a navozuje změněný stav vědomí příznivý nejen uvolňování zamrzlých energií, ale celostnímu ošetření a integraci všech tělesných a psychických systémů (S. Emor ve svém článku zmiňuje knihu amerického kardiologa H. Bensona „The Relaxation Response“, kde autor uvádí výsledky svého výzkumu repetitivních činností. Opakování slova, pohybu či melodie vede po 10–20 minutách do stavu hluboké relaxace, v němž se v těle odehrávají měřitelné pozitivní změny).

V následujících kazuistikách jsou všechna jména změněna v zájmu zachování anonymity klientů.

Naříkání s Annou

Paní Anna se léta úspěšně psychoterapeuticky léčí z diagnózy vícečetné poruchy osobnosti. Poslední čtyři roky přidala



k psychoterapii zpívání se mnou a po celou dobu úžasle konstatuje účinnost citlivého zpěvu na její vnitřní integraci a hojení (srv. S. Uhlig: *Symbolic voices – kazuistics*, v S. Uhlig 2006). Je to silná, umělecky nadaná bytost. Před půl rokem došlo u Anny k zásadnímu sjednocení jejích osobností a od té doby „se učí, jak to mají normální lidé“. S celkovým zpevněním a vyhojením hlavního traumatu pocházejícího z dětství, se vynořilo pozdější trauma, dosud pevně zapouzdřené v její psychice: v rané dospělosti na ni a jejího přítele spadla lavina. Přítele už nenašli.

Anna, ačkoli ji v životě potkalo mnoho zlého, pláče zcela výjimečně, dříve pláč a smutek odmítala („já nejsem smutná“), truchlení se vyhýbá. Po Vánocích byla nemocná, teklo jí z očí. „Desítky let jsem neplakala, tak teď začínám“, směje se. V hlavě jí jede hodně myšlenek, špatně kvůli tomu spí. Navrhuji nejdřív glissy (hlasové klouzačky) od hlavy dolů, aby přebytečná energie mohla z její hlavy odtéct do nižších partií (při práci s hlasem je výhodné zacházet s proudem hlasu jako s vodou). Anna, jejíž normální hlas je spíše řezavý, přechází do jemného, chvějivého naříkání. S patrnou chutí a zaujetím tak sténá a nařiká celkem dlouho. Potom vypráví o lavině a o smrti přítele, za kterou cítí vinu. Bojí se, že jedna její část zůstala pod lavinou a ona by se zase mohla rozpadnout na více osobností.

Zbytek sesse jsem stála za Annou, držela ji za ramena, která se cyklicky zatínala a uvolňovala, a zpívala ukolébavku *Letěla bělouška holubička*, která jí už dříve pomohla spojit se s její nejobávanější osobností a s níž mám i s jinými klienty vícenásobnou dobrou zkušenost v případě truchlení či potřeby velmi jemné péče. Anna částečně pláče (což je výjimečné) a částečně zpívá se mnou. Cítím po nezmatelných krůčcích probíhající loučení, pouštění, odpouštění.

Na dalším setkání za dva týdny Anna mluví o truchlení po příteli. Nabízím píseň *Nebanovała bych*. Další půl hodinu Anna píseň zpívá pro svou část, která zůstala pod lavinou. (Celou dobu zpívám s ní, aby nebyla sama a abych podpořila melodicko-emocionální proces). Měla jsem pocit velké užitečnosti a jemnosti, jakoby každé opakování písně odnášelo nepatrnou vrstvičku ledového příkrovu. Půlhodinové opakování patnáctivteřinové melodické vlny písně mělo i v celku tvar velké, ale ne příliš vysoké vlny, kterou bylo možné se prozpívat.

V dalších sessích truchlení a kontakt se starou bolestí pokračovalo i jinými písníčkami. Naříkání s *Nebanovała bych* však jednoznačně otevřelo prostor pro bolest doširoka a umožnilo další pokrok v hojení a Annině vnitřní integraci.

Naříkání s Terezkou

Tereška je mladá žena, kterou za mnou poslala kolegyně, její terapeutka. Používám zdrobněliny jména, protože Tereška nepůsobí dojmem dospělé ženy. Její zjev mi připomíná Malého prince, éterická, levitující, věčně dětská. Tereška chodila od mala do ZUŠ na sólový zpěv a byla vedena k operní technice a cítění. Podobným způsobem vychovaní zpěváci a zpěvačky se někdy vyznačují vybudovaným nepravým Self v oblasti zacházení s hlasem: nemají kontakt se svými pocity ani tělem, neumí přes své velké hlasové možnosti hlas použít k sebevyjádření a sebeděči, často ani přesně neintonují, protože neladí sami se sebou. Přes zřejmou oduševnělost a nadání působí takoví lidé, jakoby přišli o kontakt s vlastní duší. Nemají přístup ke svému hlasu jako ke své znějící ose, k nástroji vlastní integrace. Výše popsané příznaky by v jemné podobě odpovídaly většině populace v naší civilizaci. V případě Terešky byl tlak na to, aby vyjadřovala svým hlasem cizí, přemrštěné a



pro mladou dívku možná i nepochopitelné emoce, zřejmě mimořádně velký.

Terezka po odchodu ze ZUŠ dlouho nepívala. Zpívat se bojí, ale chybí jí to. Terezka působí, že je odpojená od svého těla od pasu dolů. Nejsnáze prožívá přetíženou hlavu, hrdlo a ještě hrudník.

Začínáme čimkoli, co nepřipomíná zpěv a co je hodně tělesné. Terezka chce vydávat jakékoli zvuky a být při tom sama sebou, být vědomě v některé části těla. Vedu ji ke vzdychání, hmatání vnitřku těla hláskami, zkoušíme, hrajeme si. Terezka odvázně všechno ochutnává, jen občas zkonstatuje, jak je to pro ni těžké, protože obrovský nárok na její vokální dokonalost je stále přítomný.

Na další sessi Terezka říká, že měla po minulém setkání několikadenní dojezd, kdy se jí různě střídaly emoce a mimořádně se vyrazila akné. Nabízím jí přes hlas možnost útulna a bezpečí někde v těle, vytváříme měkkými hláskami č, d, ť a ň pelíšek v podbřišku. Terezce je to příjemné. Pak nabízím píseň *Nebanovala bych* s vrácením se do pelíšku na hluboké tóny. Píseň přinesla i její smutek, „že musí“. Instalujeme v představě řeku, která odnáší pramínek jejího smutku, který vytéká z podbřišku během zpěvu. Tento a další obraz Terezce pomáhají píseň prožít k vlastní úlevě a hlubšímu kontaktu se sebou, namísto mechanického plnění tónů. V případě Terezky zafungovala právě tato píseň svou prostotou, silou, autenticitou a fyzičností. Umožnila jí zpívat a přitom nepustit empatický vztah k sobě. Složitější píseň by pravděpodobně více vedla do naučeného užití hlasu.

Naříkání s Vojtou

Vojta je sportovní mladík kolem třicítky trpící úzkostmi. V současné době na sobě intenzivně pracuje v terapiích a kurzech. Do mé praxe téměř před rokem vstoupil

se slovy: „Na světě se nejvíc bojím zpívat, tak jsem tady.“ Vypadá to, že Vojtovy úzkosti pramení ze vztahu s otcem, který chtěl mít z citlivého synka chlapáka, měl vysoké nároky na výkon, kdežto citlivost nebo ženy, kterých se zřejmě obával, devalvoval. Vojta žije v konfliktu mezi svou citlivostí a zvnitřnějším obrazem otce, jemuž se stále snaží zavděčit. V tomto kontextu oceňuji jeho odvalu zpívat, protože to je přesně ta činnost, kterou by jeho otec určitě neschválil a potřeboval by ji shodit. Vojtův sytý, ale málo modulovaný hlas prozrazuje jeho slabý kontakt s vlastní citlivostí jako s hodnotou. Během pravidelného setkávání Vojtovy spazmy v hrudníku způsobené úzkostí dobře reagují na hlasová cvičení a explorační. Zpíváme spolu jednu mužskou písničku. Někdy je jeho vnitřní konflikt silný a sám sebe po vzoru otce devaluje, jindy je více v kontaktu se svou silou, a pak připomíná spíše nějakého zralého učitele.

Na popisovanou sessi dorazil ve svém lepším (úzkostí nezablokovaném) rozpoložení: má novou slečnu, přihlásil se na kurz abstraktní malby, protože má rád barvy. Mluvíme o kultivaci jeho ženské stránky. Vojta přijímá mé zprávy ze ženského světa jako novinky, které poctivě zařazuje do katalogu použitelných informací. Navrhuji zkusit zpívat holčičí píseň (to bych si dříve ani netroufla). Zpíváme *Nebanovala bych*, Vojtu píseň baví svou živostí, časem trochu vnímá i její smutek, ale moc to neřeší. Při zpěvu se soustředíme na fascii (vazivový obal), která kryje páteř, později zpíváme osrdečníkem. (Je pravděpodobné, že tkáň, po níž v těle klouže hlas, jsou právě fascie, jak říká německá hlasová pedagožka Imke McMurtrie. To odpovídá i mé zkušenosti.) Vojta zpívá naplno, intonuje jen chvílemi, ale zpěv si užívá a nechává jej proudit. V tomto případě nejde tolik o kotvení hlubokých tónů v těle, ale o možnost nezadržovat mohutnou vlnu melodie



(nezadržovat energii autocenzurou), a hlavně zpívat se soucitem k sobě. Právě empatie se sebou Vojtovi přinesla nový, měkčí hlas bez ostrých okrajů. Vojta si toho všiml a je mu to příjemné. Baví mě, kolik zakázaných věcí naráz dnes Vojta dělá: zpívá naplno ženskou píseň, citlivě, se soucitem k sobě, naříká. Každopádně Vojta poznává více svou ženskou stránku a nachází v ní vitalitu.

Společné naříkání s pondělní skupinou

Skupina má 15 členů, tedy 14 žen a jednoho muže. Skupina má dlouhou historii, někteří členové chodí pátým nebo šestým rokem, většina dva roky. V práci se sebou přes hlas a zpěv je tedy tato skupina pokročilá a máme spolu dlouhý intenzivní vztah.

Při hlasové práci se skupinou zachovávám v co největší míře intimitu, kterou dotýkání se svého nitra a hmatání vnitřku těla hlasem potřebuje: účastníci jsou. V první části sesse vedeni k tomu, aby se starali o sebe, druzí jsou v tu chvíli životním prostředím. Práce s hlasem vede přímo do preverbálního období, do doby, kdy jsme sebe hodně vnímali a instinktivně opečovávali vokalizací. Účastníci využívají možnost dotýkat se sebe v hloubce mimo konvenci, nechat přijít své bytostné impulzy a následovat je tělem a hlasem. (Izraelská hlasová terapeutka Smadar Emor považuje první projevy dítěte za hudební. Je to naše „organic music“, prvotní projev naší živosti, základ kreativity.) Přímý kontakt mezi frekventy a různá kvalita vztahu přicházejí většinou až s vícehlasem ve druhé části sesse, dříve by mohl být rušivou zátěží. Interpersonální vztahy, jejichž dynamika je v ohnisku pozornosti skupinové psychoterapie, je v práci s hlasem až ve druhém nebo třetím plánu. Je-li zaostřeno na hlas, soustředíme se na vztah k sobě, na jeho kvalitu, protože hlas můžeme do

velké chápat jako míry znějící Self. Skupina optimálně funguje tak, že si každý může pracovat ve své hloubce za současné podpory skupiny: každý si zvučí tak, aby se sebe dotýkal, dával hlas svým pocitům, nechal znít, vzdychat či jinak zvučet různé tkáně a místa svého těla nebo pocity. Zároveň tímto zvučením podporuje podobné zkoumání u svých kolegů ve skupině, aniž by do této podpory jakkoli vědomě investoval. Sebepečující hlasy snadno vytvoří jakousi plodovou vodu (opět je při díle vodní kvalita hlasu), v níž je intimní sebedotýkání každého účastníka méně osamělé a opečovávané zvnějšku. Spojené hlasy pomáhají energii a pocitům proudit. Často, když se skupinami toto zažívám, mám pocit pravěké jeskyně, kde každý dělá pro sebe, co potřebuje, a zároveň je to dobré pro ostatní. Podobným způsobem se zřejmě primitivní národy vzájemně vyladují, propojují a ošetřují společným zpěvem či zvučením.

Popisovaná sesse je z prvního setkání letního semestru. Ke konci zimního ze skupiny odešly živější a zpěvavější členky z různých zdravotních důvodů. To a zřejmě i celkový vývoj skupiny vedl do těžkých, depresivních oblastí kontaminovaných studem a odporem. Již několik setkání zpět jsem vnímala tíhu ve skupině, nutnost neustále do společného pole investovat a velkou únavu a někdy frustraci cestou domů. Společné občerstvující proudění nebylo možné vytvořit, protože členové nedávali skoro žádný hlas ven. Přesto bylo zřejmé, že se někde v hloubce, pod nečitelným povrchem, děje něco živého a důležitého a bylo možno věřit, že skupina prochází jen takovým obdobím. I tak jsem na zvládnutí tíhy skupiny potřebovala veškerou svou zkušenost a zdroje.

Hledala jsem pro ten hluboký smutek a tíhu skupiny dobrý melodický tvar, který by umožnil stojaté vody opět rozproudit a vytáhnout je na povrch. V neposlední



řadě bylo zřejmé, že bezdotyková ochrana intimity členů skupiny v této fázi vývoje nefunguje a je nutné vyvést je z retraumatizující osamělosti kontaktem s druhými. Před popisovanou sessí bylo jedno setkání, kde jsem oproti zvyku malou, ale přesně definovanou míru fyzického kontaktu určila direktivně, skupina se oživila pohybem i projevenou zlostí a proces se jevil terapeuticky efektivní.

Na první setkání letního semestru, které zde chci hlavně popsat, jsem přinesla výše otištěnou píseň s nadějí, že skupině nabídnu silně proudící a krásný tvar pro jejich tíhu. Na sessi přišlo 9 žen. Hlasově tělesně ukotvující a ohmatávající část procesu jsem vedla do vztahu s těžištěm v podbřišku jako středem bytosti. (Za střed těla je možné určit v podstatě jakékoli místo, zejména pokud je v ose. Často také zpíváme ze srdce, solaru a dalších míst na těle. Podbříšek, jako těžiště, tedy místo největší fyzické síly spojené s uzemněním, se jevil v tomto případě jako výhodnější a bezpečnější pro vyjádření těžkých emocí než vyšší centra). Ohmatávaly a zpřítomňovaly jsme toto místo dechem a různými hláskami. (Každá konsonanta představuje v těle jinou kvalitu dotyku, který je možno fyzicky cítit.) Na dlouhé „ň“, jež měkce způsobí velký tlak v podbřišku a pánevním dnu a zároveň příjemně rozezní dutiny v lebce, jsme se učily píseň *Nebanovala bych*. Později jsme ji zpívaly s textem, tedy s mnohem větší škálou kvality vnitřního dotyku než při jedné hlásce. Ženy se zpřítomněným středem snadno kotvily hluboké, uzemňující a vystředující tóny písně v podbřišku a nářek tak mohl znít silně a zároveň bezpečně. Vnímala jsem osamělost členek při zpěvu, tak jak ji přinesla dlouhodobá energie skupiny.

Ženy potom ve dvojicích pokládaly jedna druhé ruku na křížovou kost, do místa, kde by mohl pociťovaný střed těla ústít na povrch. Ženy stály vedle sebe a obě

zároveň dávaly i přijímaly dotyk, který nemanipuloval, jen byl aktivně přítomný. Při tom jsme zpívaly píseň a dvojice se postupně třikrát obměnily, takže se skupina více provázala. Ženy vypovídaly, že jim bylo spolubytí příjemné, dotyk vnímaly podpůrně. Jejich naříkající střed bytosti přestal být sám, dostal péči a pozornost. Píseň získala z individuální výpovědi posvátnost společného nářku. Nakonec jsme zpívaly v těsném kroužku s dlaněmi vzájemně umístěnými na našich křížových kostech. Uvědomila jsem si limity společnosti, která považuje naříkání za projev slabosti. Společné sdílení hlubokého smutku nás všechny občerstvilo, nabilo a přineslo nám i pocit důstojnosti, posvátnosti a vděčnosti.

Skupina se v dalších týdnech probudila k aktivitě a silným hlasům v intenzivním spoluzněním členové skupiny později reflektovali (vedle mnoha dalších uvědomění) výrazně menší míru úzkosti při zpěvu než jak to cítili před zanořením celé skupiny do míst tíhy bez hlasu. Píseň *Nebanovala bych* tvořila pouze jeden důležitý krok v celkovém procesu a zůstala i dále vhodným nástrojem, který lze použít, kdykoli je třeba umožnit členům skupiny hlubší kontakt se sebou či ulevit aktuální psychické bolesti.

Zároveň se ve skupině odkryla síla a posvátnost společného naříkání. Zůstal ve mně intenzivní dojem, později potvrzený vícenásobným naříkáním s dalšími ženskými skupinami, že společný nářek je nesmírně důležitá a moudrá činnost, kterou ženy dříve nějak pečovaly o bolesti světa, a která dnes poněkud chybí. Tato zkušenost má pro mě velkou hodnotu profesně i osobně, ačkoli pro ni nemám racionální vysvětlení.

Píseň *Nebanovala bych* mi v tomto článku posloužila k drobné ukázce možností terapeutické práce s písní. Jsem přesvědčena, že minimálně část lidových



písní, které se nám dochovaly, instinktivně vznikly za tímto účelem a i dnes se nabízejí k použití. Chtěla jsem na příkladu ukázat, jak je možné takový písňový tvar uchopit. Jiná písnička by

umožnila jiné prožitky a zpřítomnila odlišný typ energie. Ale empatie se sebou, kotvení a hmatání hlasu a emocí v těle a jejich postupné zpracování hlasem by zůstaly u jakékoli jiné písně či skladby.

ZÁVĚR:

Píseň *Nebanovala bych* umožnila konkrétně tyto postupy a procesy:

- Nahmatat vlastní střed v oblasti těžiště a být s ním v živém kontaktu.
- Způsobem, který je soucitný se sebou, se dotýkat bolesti a smutku.
- Cítit smutek a naříkat společně s druhými lidmi, aniž hrozilo nebezpečí ztráty opravdovosti např. směrem k hysterii nebo sentimentu. Ve skutečnosti takový nářek zpěvačky posílil.
- Spojit se v nářku s ostatními hlasy do nějak nadosobního, posvátného a energií nabitého proudění.
- Pro muže ochutnat svou ženskou stránku, citlivou a zraněnou.
- Píseň vytvářela prostor pro spočinutí v sobě během truchlení.
- Sebevymáčení naplno.

- Opakované zpívání krátké písničky také vyvolává pulzační pohyb, jenž mění hladinu vědomí.

Jsem původním vzděláním muzikoložka a můj hudebně-analytický smysl v každé takové silné nebo hojivé písni hledá, kde se ve struktuře její melodie, textu a dalších hudebních parametrů skrývá ta zkušenost, ten otisk léčebného procesu, to laskavé a krásné dotýkání bolavých míst v nitru. Konkrétní odpověď většinou naleznou jen částečně. Takové písně jsou ale vždy krásné, zajímavé a dobře se zpívají i hudebně nezkušeným klientům. Z tohoto pohledu to vypadá, že krása je ve zpěvu funkcí životnosti či přímo hojivosti, protože zpřístupňuje dotýkání se traumatizovaných míst a zbavuje je jejich zatěžující nepřijatelnosti.

LITERATURA:

1. Navrátilová: *Narození a smrt v české lidové kultuře*, Vyšehrad 2004
2. Levine P.: *Probouzení Tygra*, Maitreia 2011
3. Emor S.: *Voice in movement as a potential space: voice in movement integration meets D.W.Winnicott's theory*, přednáška z konference
4. Uhlig S.: *Authentic voices, authentic singing: a multicultural approach to vocal music*, Barcelona Publishers 2006
5. Cohen B.: *The dynamics of flow. The fluid system of the body*. 1991

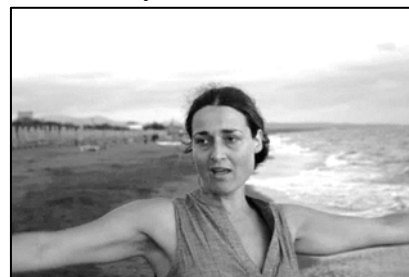
Mgr. Zuzana Vlčinská

Psychoterapeutka (Instep, Bodyvoice), hlasová terapeutka, tvůrkyně metody Prožitkové zpívání.
www.prozitkovezpivani.cz

Do redakce přišlo 4. 3. 2019

Po recenzi a redakční práci zařazeno k tisku 25. 11. 2019

Konflikt zájmů není znám.



TEORIE



RADKIN HONZÁK: AMITRIPTYLIN A DOSULEPIN V PSYCHOSOMATICKÝCH INDIKACÍCH

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze, přednosta doc. MUDr. B. Seifert, Ph.D.,
Nefrologická klinika IKEM, přednosta prof. MUDr. O. Viklický, CSc.

SOUHRN: HONZÁK R.: AMITRIPTYLIN A DOSULEPIN V PSYCHOSOMATICKÝCH INDIKACÍCH, PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4) S. 228-236 Přehled terapeutických možností amitriptylinu a dosulepinu v psychosomatických indikacích mimo oblast deprese. Antidepressiva – zejména 1. generace – mají kromě cílového účinku řadu dalších, z nichž významný je účinek analgetický a paradoxně anticholinergní, uváděný coby nežádoucí, který může být využit jako spasmolytický.

KLÍČOVÁ SLOVA: amitriptylin – dosulepin – analgezie – spasmolytikum – bolest – bolest dolních zad – dráždivý tračník – psychosomatika – funkční poruchy

SUMMARY: HONZÁK R.: AMITRIPTYLINE AND DOTHIPIEN IN PSYCHOSOMATIC INDICATIONS. PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4) PP. 228-236 Review of therapeutic possibilities of amitriptyline and dothiepin in psychosomatic indications outside the area of depression. Antidepressants - especially the 1st generation - have in addition to the target effect a number of others, of which significant is the analgesic and paradoxically anticholinergic effect reported as undesirable, which can be used as spasmolytic.

KEY WORDS: amitriptyline – dothiepin – analgetic – spasmolytic – pain – low back pain – irritable bowel syndrome – psychosomatics – MUS



Lékař je člověk, který podává lék, o němž neví nic, pacientovi, o kterém toho ví ještě méně.
Voltaire

Hlavním rysem je opakované uvádění tělesných symptomů se stálými žádostmi o lékařské vyšetření navzdory opakovaným negativním nálezům a ujišťování lékaře, že příznaky nemají žádný tělesný podklad. Jestliže existují nějaké tělesné poruchy, pak nevysvětlují povahu a rozsah symptomů nebo tíseň a starost pacienta. I když začátek a trvání symptomů mají úzkou souvislost s nepříjemnými životními událostmi, obtížemi nebo konflikty, pokusy diskutovat o možnosti psychologických příčin pacient obvykle odmítá. Může to platit, i když jsou

přítomny zřejmé depresivní a úzkostné symptomy. Míra porozumění ať už fyzickým, nebo psychologickým příčinám, jíž lze dosáhnout, je často pro pacienta i lékaře frustrující a přináší jim zklamání.

U těchto poruch bývá často určitý stupeň snahy získat pozornost (histrionské chování), zvláště u pacientů, kteří jsou rozmrzeli, že se jim nedaří přesvědčit lékaře o tom, že jejich onemocnění je v podstatě fyzického rázu a že potřebují další vyšetřování nebo zkoumání.

DEFINICE SOMATOMORFNÍ PORUCHY

Tak jako válka je politika pokračujícími jinými prostředky, je nemoc stav, kdy člověk – chceme-li, organismus – se standardními mechanismy nevyrovnal s nepříznivými faktory a bojuje s nimi jinak. Heslem dnešní medicíny je zánět, který začíná, jak jasnozřivě řekl Hippokrates, ve střevech. Zánětem je dnes i obezita, zánět je diabetes mellitus II. typu. Celsovy znaky platí dodnes, a tak tu máme dolor, rubor, calor a tumor. Takže i bolest, která je nejčastější souputnicí všech chorobných stavů, je podmnožinou zánětu. A jak bystře soudí většina slovanských jazyků, odvozující pojem nemoci od ruského болезнь, nacházíme ji často i samostatně. Bolest je natolik svébytný fenomén, že ji někteří vedle žízně chtěli

zařadit mezi takzvané základní homeostatické emoce.

Pozornost je třeba věnovat také stresu jako patogenetickému momentu; definujme ho jako odpověď na nadměrnou zátěž, ať už biologickou nebo psychosociální¹. Brusel doporučuje členění stresu na organizační (česky řečeno: bordel), psychický (tedy zmatek v myšlení) a fyziologický, o který nám v tomto případě jde. Ten postupuje od adrenergně řízené poplachové fáze směrem k fázi rezistence (Selyeho GAS – všeobecný adaptační syndrom) až do fáze vyčerpání, kdy se řídicí systémy chaoticky přetahují o vládu. V biologické úrovni byl stres adaptivní reakcí zachraňující život, spuštění celé

¹ Přední světový badatel v oblasti emocí a stresu, Jaak Panksepp na otázku, zda pod stresem rozumí stres psychický nebo stres fyziologický, odpověděl: Je často obtížné rozlišit tyto dvě situace, je mnohem obtížnější definovat stres psychologický a celkem

jednoduché definovat ten fyziologický. Biologický stres je cokoliv, co aktivuje osu hypothalamus-hypofýza-nadledviny a tento stres v některých životních etapách může mít trvalé následky.



stresové kaskády na základě nepodstatného a vitálně nevýznamného podnětu je maladaptivní. Jednak se zbytečně přetěžují některé systémy a naopak vypínají či podstatně omezují jiné, z řídicích je to imunita, jednak je to reakce energeticky nesmírně náročná, protože při stresu organismus energií doslova plýtvá.

Než se posuneme k dalším dějům, zůstaňme chvíli u bolesti a u toho, co o ní víme. Jak je z její definice patrné, vychází prožitek bolesti z poškození tkáně, nebo se mu podobá. Vrátková neboli hradlová teorie pak o nociceptivních signálech říká, že jsou vedeny rychlými a pomalými vlákny k zadním kořenům míšním a že rychlá vlákna vedoucí ostrou bolest zavřou vrátka (přehodí hradlo), aby tupá bolest přiváděná pomalými vlákny už do míchy nedosáhla. Odtud vzruchy pokračují většinou spinotalamickými drahami vzhůru, přepínají se do podkorových emočních center a nakonec do kůry, kde si bolest včetně její komplexní psychosomatické kvality uvědomujeme. Vrátka v zadních kořenech ale jsou také ovlivňována descendními drahami, a zejména dráhy noradrenergní a dráhy serotoninergní je pomáhají zavírat. Antidepressiva I. generace, tricyklika neboli RUI (Re-Uptake Inhibitors), působí analgeticky, a to v mnohem nižších dávkách než antidepressivních a podstatně dříve, než se objevuje účinek antidepressivní, v řádu několika dnů. Již od konce minulého století byla proto zařazena jako součást

doporučeného postupu WHO pro tlumení nádorové bolesti (analgetikum+slabý opioid+antidepressivum). Jsou použitelná i v dalších indikacích, například v revmatologii² a při dalších bolestech v ambulantní praxi³, u psychogenní fatální bolesti⁴. Tricyklika jsou velmi účinná, analgetické působení SSRI je mnohem slabší, a teprve SNRI z IV. generace, patrně v důsledku působení jak na 5-HT, tak NA, mají v léčbě bolesti klinický význam. Také anxiolytika a antipsychotika mohou pomáhat tlumit bolest, obojí ale působí na její emocionální komponentu, zatímco antidepressiva posílením descendčních drah do zadních rohů působí antinociceptivně. Navíc aktivují endogenní ovoidní systém⁵. U amitriptylinu se navíc uplatňují účinky anticholinergní, které při antidepressivní léčbě jsou považovány za nežádoucí. Částečně blokuje i nociceptivní centripetální přenos⁶.

V devadesátých letech minulého století se antidepressiva už do léčby bolesti dostávají^{7,8} a zásadní pravdy uvedené ve Vinařově přehledu⁹ jsou platné dodnes. Autor píše: *„Z RUI má nejlépe prokázanou analgetickou účinnost amitriptylin. Jeho obliba souvisí i s tím, že na rozdíl od SSRI a imipraminu potencuje účinek opiátů (kodein, morfin, fentanyl), které aktivují opioidní receptory. Podobný účinek jako amitriptylin má dosulepin, který je spojen s menšími nežádoucími účinky. Léčbu amitriptylinem a dosulepinem*

² Pavelka K: Novinky v léčbě ankylozující spondylitidy. *Čes Revmatol*, 2003;11(1):3-9

³ Vondráčková D: Současné trendy léčení chronické bolesti v ambulantní praxi. *Causa subita*, 2003;6(9):424-428

⁴ Feinmann C, et al.: Psychogenic facial pain: presentation and treatment. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1984;288(6415):436-438

⁵ Gray AM, et al.: The involvement of the opioid system in the antinociceptive mechanism of action of antidepressant compound. *Br J Pharmacol*, 1998;124(4):669-674

⁶ Honda M, Nishida T, Ono H. Tricyclic analogs cyclobenzaprine, amitriptyline and cyproheptadine inhibit the spinal reflex transmission through 5-HT₂ receptors. *Eur J Pharmacol*. 2003;458:91-99

⁷ Honzák R. Adjuvantní analgetická léčba. *Remedia*, 1995; 5(1):39-46

⁸ Kršiak M. Antidepressiva a bolest. *Bolest* 1999; 3:116-118

⁹Vinař O: Psychofarmaka v léčbě bolesti. *Čes Geriat Rev*, 2004;4(1):33-38



začínáme zpravidla 25 mg na noc a dávky podle tolerance po několika dnech zvyšujeme vždy po 25 mg až do dávek kolem 100 až 150 mg/den. Ve zvyšování dávek ovšem nepokračujeme, jakmile dosáhneme dobré analgetické účinnosti.“

Bolest může být spuštěna jak somatogenními faktory, tak psychogenně. Deprese sama o sobě je psychická bolest. Akutní

bolest má význam signální, chronická bolest pak je často už jen trýznivým symptomem. Deprese a úzkost ve smyslu latentní nebo vyjádřené psychické poruchy jsou častou komorbiditou somatických obtíží a obě tyto emoční poruchy zvyšují vnímavost k bolesti. Naopak některé prvky poplachové fáze stresu, například zvýšený krevní tlak, vnímavost k bolesti snižují.

ÚČINNOST ANTIDEPRESIV U PACIENTŮ TRPÍCÍCH BOLESTÍ DOLNÍCH ZAD (LOW BACK PAIN)

Bolest dolních zad bez organického nálezu na páteři je většinou výrazem nadměrné stresové zátěže doslova ve smyslu „naložil si toho na hřbet příliš mnoho“. S tímto příznakem se setká alespoň jednou za život okolo 90 % populace. Je jedním z předních důvodů krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti,

odchodu ze zaměstnání ze zdravotních důvodů, dokonce invalidních důvodů. Výrazně finančně zatěžuje celý zdravotnický systém. Diferenciální diagnostika je vcelku dobře rozpracovaná a na závažné případy upozorňuje systém „červených praporeků“ obsahující varovné příznaky¹.

Červené praporky

- Nedávno prodělané závažné nebo mírnější trauma
- Trauma při věku větším než 50 let
- Nevysvětlitelná ztráta hmotnosti
- Zvýšená teplota bez či s nočními poty
- Imunosupresovaný nemocný
- Nádorové onemocnění v anamnéze
- Drogy – zvláště intravenózní zneužívání
- Věk větší než 70 let
- Nově vzniklý nebo rhle vznikající neurologický deficit

¹ Kondrová D: Bolesti zad v lumbosakrální oblasti. Interní Med. 2012;14(2): 69–72



Léčebných doporučení je celá řada, od nesteroidních analgetik, přes pohybový a rehabilitační režim, lokální terapii, akupunkturu¹ až po antidepressiva v nízkých dávkách. Není doporučován klidový režim, ani opioidy^{2,3,4}. Naopak účinnost amitriptylinu v této indikaci potvrzuje řada terapeuticky orientovaných klinických studií, které jsou pak uváděny i v přehledech. Zde již citovaná studie (8) Kondrové uvádí verbatim amitriptylin a dosulepin jako vynikající nejen u bolesti dolních zad, ale také u neuropatických bolestí jako nejúčinnější z adjuvancií. Dosulepin je navíc velmi dobře tolerován. Ve francouzské terénní studii mezi 181 praktickými lékaři, kteří podávali celkem patnáct různých antidepressiv, nebyla ani jednou ukončena předčasně léčba dosulepinem pro jeho nesnášenlivost⁵. Prakticky neomezuje schopnosti řízení motorového vozidla⁶, jak dokládá britská studie sledující vliv uvedených látek na pozornost, psychomotorický výkon a ospalost po dobu tří týdnů, v nichž byl dosulepin (=dothiepin) podáván zdravým dobrovolníkům v dávce 75 – 150 mg

denně. Baštecký a Tondlová⁷ popsali jeho dobrý efekt u onkologické bolesti. Antidepressiva byla úspěšně aplikována také pacientům s fibromyalgií⁸

Už na počátku devadesátých let se objevují práce potvrzující analgetický potenciál antidepressiv a přehled⁹ z roku 1993 už shrnuje celkem 54 studií, v nichž amitriptylin vychází jako jednoznačně nejlepší a nejúčinnější. Dobrý efekt potvrzují i další práce¹⁰. Prestižní časopis *Psychosomatics* otiskl v roce 1996 studii¹¹ s výsledky léčení bolesti dolních zad jednak amitriptylinem, jednak klasickým analgetikem acetaminofenem, kde od druhého týdne léčby byl amitriptylin účinnější. Vzhledem k tomu, že část pacientů trpěla lehčí depresí, byly dávky amitriptylinu u některých až 150 mg, zatímco u analgeticky zaměřených studií se pohybují od 10 mg do 75 mg. Izraelská studie¹² z počátku tohoto tisíciletí porovnávala dvě skupiny (n=40, dropout 5) nemocných s bolestí dolních zad a bolestí vycházející z oblasti C-páteře a došla k závěru, že jak amitriptylin (14 ze 17 zlepšeno), tak

¹ Vas J, et al.: Efficacy and safety of acupuncture for the treatment of non-specific acute low back pain: a randomised controlled multicentre trial protocol [ISRCTN65814467]. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2006, 6:14

² Gottlieb M, Njie A: Comparison of naproxen with cyclobenzaprine, oxycodone-acetaminophen, and placebo for the treatment of acute low back pain. *CJEM* 2016;18(6):491-494

³ Friedman BW, Dym AA, Davitt M, et al.: Naproxen with cyclobenzaprine, oxycodone/acetaminophen, or placebo for treating acute low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;314:1572-80.

⁴ Frazer K, et al.: More isn't better with acute low back pain treatment. *J Family Pract*, 2016;65(6):404-406

⁵ Rambelomanana S, et al.: Antidepressants: general practitioners' opinions and clinical practice. *Acta Psychiatr Scand*, 2006;113(6):460-467

⁶ Ramackers JG, et al.: A komparative study of acute and subchronic effects of dothiepin,

fluoxetine and placebo on psychomotor and achal driving performance. *Br J Clin Pharmacol*, 1995;30(4):397-404

⁷ Baštecký J., Tondlová-Lieblová H.: Citalopram a dosulepin v adjuvantním léčení onkologické bolesti. *Psychiatrie*, 2003; 7(Suppl. 1):13-14

⁸ Häuser W., et al.: The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systemic review and meta-analysis. *CNS Drugs*, 2012;26(4):297-307

⁹ Turner J. A.; Denny MC: Do antidepressant medications relieve chronic low back pain?. [Review]. *J. FAM PRACT*, 1993;37(6):545-53

¹⁰ Lexchin J.: Low back pain. *J Emerg Med*, 1995;13(6):820

¹¹ Stein D., et al.: The efficacy of amitriptyline and acetaminophen in the management of acute low back pain. *Psychosomatics*, 1966;37(1):63-70

¹² Schreiber S., et al.: A randomized trial of fluoxetine versus amitriptyline in musculoskeletal pain. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2001;38(2):88-94, 2001



fluoxetin (14 z 18 zlepšeno) jsou vhodnými přípravky k léčení těchto bolestí.

Indická studie¹³ zahrnující celkem 200 nemocných randomizovaně rozdělených do skupin léčených amitriptylinem a pregabalinem. Účinnost byla hodnocena jednak v ústupu bolesti (VAS), jednak ve funkčním zlepšení standardizovanou škálou disability. V obou případech byl výrazně úspěšnější amitriptylin, a to jak v ústupu bolesti (57.3% versus 39.2%; $P = 0.01$), tak ve funkčním zlepšení (65% versus 49.5%; $P = 0.03$).

Poměrně nedávná australská studie vedená Donnou Urquhart(ovou)¹⁴ se cíleně zaměřila na otázku, zda jsou malé dávky amitriptylinu skutečně analgeticky účinné, a proto do souboru zařadila pouze pacienty bez jakékoliv psychopatie, tedy netrpící ani lehčí formou deprese. Soubor 150 pacientů byl randomizovaně rozdělen do skupiny léčené 25 mg amitriptylinu a skupiny placebové. Výsledky byly posuzovány po dvou týdnech,

a pak po měsících až do 5 měsíců, a to s ohledem na bolest, funkční zdatnost, pracovní (ne)schopnost, celkový zdravotní stav, tělesnou aktivitu, psychologické faktory a nežádoucí účinky. Studie jasně prokázala efektivitu nízké dávky amitriptylinu na všechny sledované ukazatele a stává se základem pro doporučení této léčby v Austrálii a na Novém Zélandu.

Že je amitriptylin v analgetických indikacích neustále v centru pozornosti dokazuje přehledová práce z roku 2017¹⁵ shrnující závěry sedmi publikovaných studií, v nichž amitriptylin se jeví jako účinné a bezpečné analgetikum u nemocných s muskuloskeletálními bolestmi, ať už šlo o low back pain nebo jiné lokalizace. Jeví se proto žádoucí, aby v této indikaci zůstal i nadále k dispozici a bylo by vhodné upravit gramáž i tak, aby byly dostupné tablety po 10mg, protože zde již může být patrný analgetický účinek, aniž se projeví účinky sedativní.

ÚČINEK ANTIDEPRESIV U NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH DRÁŽDIVÝM TRAČNÍKEM

Syndrom dráždivého tračníku (IBS – irritable bowel syndrome) patří mezi nejčastější gastrointestinální obtíže, a kromě výrazných problémů, které přináší postiženým, odčerpává značnou část financí ze zdravotnického systému, nejen primárně, ale též pro častou komorbiditu emočních poruch – úzkostí a depresí a symptomů s nimi spojených. Vyznačuje se poruchou vyprazdňování spojenou s diskomfortem až bolestmi břicha. Je charakterizován průjmy (IBS-D), zácpou (IBS-C) nebo střídáním těchto

kontrénních potíží (IBS-A), imperativními stolicemi, odbrzděným gastrokolickým reflexem, nadýmáním, pocitem nedokonalého vyprázdnění, hypersenzitivitou trávicího systému, nesnášenlivostí některých potravin, a různě intenzivními obavami plus významně sníženou kvalitou života. Nacházíme často střevní dysmikrobii, změnu stavby i funkce střevní sliznice ve smyslu ne plně vyjádřeného zánětu, výraznější u postinfekční formy po proběhlé gastroenteritidě

¹³ Kalita J., et al.: An open labeled randomized controlled trial of pregabalin versus amitriptyline in chronic low backache. *J Neurol Sci*, 2014;342:127–132

¹⁴ Urquhart D. M., et al.: Is low-dose amitriptyline effective in the management of chronic

low back pain? Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2016;17:514

¹⁵ van den Driest, et al.: Amitriptyline for musculoskeletal complaints: a systematic review. [Review]. *Fam Pract*, 2017; 34(2):138-146



(bottom-up) než u většinového typu (up-down)¹.

Údaje o komorbiditě psychických poruch z oblasti emočního spektra jsou rozporné, což je patrně způsobeno rozličnou skladbou pacientů, jak se vyskytují na jednotlivých pracovištích podle závažnosti onemocnění, průměr ale lze odhadnout asi na 40 %. Co se ale zjišťuje u značné části pacientů, jsou osobnostní trendy. Z charakteristik uváděných ve Velké pětce je to především neuroticismus vyznačující se negativními emocemi, jako je úzkostnost, hostilita, depresivita, emoční labilita, sklon k impulzivité a snadná zranitelnost stresem². Toto emoční nastavení, negativní afektivita (NA), je dále v souvislosti s některými změnami imunity i nastavením vegetativního tonusu. Je to vzestup některých prozánětlivých cytokinů a dalších působků (IL-1 β , IL-6, TNF, CRP) a pokles protizánětlivého IL-10, zrychlení střevní peristaltiky pod vlivem agrese a úzkosti, aj.

Farmakodynamický účinek antidepressiv tak můžeme vidět na několika úrovních: antistresový, analgetický³, sedativní a spolupůsobit může i anticholinergní efekt, který je při antidepressivní terapii považován za nežádoucí. Naše první experimenty s amitriptylinem v 60. letech byly inspirovány varovným sdělením v zahraniční literatuře, že po vyšších dávkách se u starších osob vyskytl ileus. První u nás publikoval své léčebné

úspěchy Boleloucký⁴ a Baštecký. Naše pracovní skupina z Ústavu pro výzkum výživy otiskla studii⁵, do níž bylo zahrnuto celkem 30 pacientek a pacientů, z nichž se 27 výrazně zlepšilo. U deseti byla rentgenem kontrolovaná rychlost střevní pasáže před nasazením léků a po druhé po 3 týdnech podávání. Výsledky nebyly jednoznačné, u jedné osoby se dokonce pasáž zrychlila, ale subjektivně pacient cítil výrazné zlepšení.

Dodatečně oceňuji mohutný vliv placebo efektu na celkový výsledek (vliv placebo na tyto klinické obtíže je všeobecně vyšší než u mnoha jiných). Pacientům v naší studii byl věnován všestranný intenzivní zájem, zaměřený na psychologii, dietu, další potíže, věnovala se jim řada spolupracovníků a spolupracovnic a byli po celou dobu v centru pozornosti. Několik let poté podnikli plzeňští kolegové⁶ podobnou studii s Frisiem, což bylo anxiolytikum, které se na scéně příliš dlouho neudrželo a amitriptylin zvolili pro kontrolní skupinu. Úspěšnost nového preparátu byla 80%, zatímco úspěšnost amitriptylinu pouze 60%, což ale už odpovídalo výsledkům, které jsem ve své rutinní ambulantní práci dosahoval s touto molekulou.

Z psychiatrické oblasti se dostává amitriptylin ke gastroenterologům až s delším zpožděním, je ale uvítán vřele⁷ a oceňován jak u nás, tak ve světě. Japonský souborný referát⁸ už přináší souhrn z deseti prací, které příznivě oceňují účinky

¹ Lukáš M.: Syndrom dráždivého tračníku. *Int Med pro Praxi*, 2007; 9(12):544-548

² Muscatello MRA, et al.: Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World J gastroenterol*, 2014; 20(24):7570-7586

³ Morgan V: Amitriptyline reduces rectal pain related activation of the anterior cingulate cortex in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 2005; 54(5):601-607

⁴ Boleloucký Z., Stránská R.: Amitriptylin u psychosomatických poruch zažívacího traktu.

Activitas nervosa superior, 1967; 9(4):362-363

⁵ Honzák R., et al.: Léčebné použití amitriptylinu u dráždivého tračníku. *Čs Gastroenterol Výž*, 1978; 32(6):379-385

⁶ Žižka V., et al.: Srovnání léčebného účinku trankvilitik a amitriptylinu u dráždivého tračníku. *Čs Psychiat*, 1985; 81(2):100-102

⁷ Hep A.: Novinky v léčbě funkčních poruch. *Bulletin HPB*, 2002; 10(Suppl 1):103-105

⁸ Sato M., Murakami M.: Treatment for irritable bowel syndrome--psychotropic drugs,



amitriptylinu a dalších antidepresiv u gastrointestinálních funkčních poruch a jmenovitě u dráždivého tračníku. V tom, že amitriptylin je v malé dávce bezpečný a úspěšný se shoduje řada dalších autorů^{9,10,11}, přestože Trinkley a Nahata v metaanalýze z roku 2014 ho řadí až do méně účinné skupiny na druhé místo za skupinu zahrnující rifaximin, lubiprostone, linaclotide, mátový olej a doplnění diety vlákninou¹². Co se týká využití amitriptylinu u dětí, údaje nejsou jednotné. Zatímco studie z Cochran Database neshledává námitek proti jeho použití¹³, a jsou také studie o příznivém účinku při jeho dlouhodobém podávání¹⁴, materiály FDA sice doporučují amitriptylin i v pediatrii, současně ale nabádají k opatrnosti¹⁵. Vycházejí zřejmě z předchozího varování o možné kardiotoxicitě a doporučení EKG před jeho nasazením¹⁶

Některé studie vyzdvihují význam komorbidní psychopatologie a kauzální (?) vliv antidepresiv na její souběžnou léčbu¹⁷, některé se zaměřují jen na ovlivnění stresové odpovědi amitriptylinem¹⁸, metaanalýza pak záhy potvrzuje účinnost a bezpečnost tricyklických antidepresiv v těchto indikacích včetně amitriptylinu¹⁹. Rovněž další metaanalýze prací publikovaných od roku 1966 do uzávěru této studie 2017²⁰ uvádí verbatim: Amitriptylin vykazuje statisticky signifikantně účinnou klinickou kontrolu nad příznaky dráždivého tračníku. Současnou situaci a doporučení shrnuje pozitivně další souhrnný příspěvek z pera českých autorů²¹ doporučující amitriptylin jako dobrý standard a krátká kasuistika popisující výrazné zlepšení symptomů dráždivého tračníku u muže bez psychiatrické komorbidity během tří týdnů²². Můj

antidepressants and so on. [Review]. *Nippon Rinsho*,2006;64(8):1495-500

⁹ Rajagopalan M., Kurian G., John J.: Symptom relief with amitriptyline in the irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 1998; 13:738-741

¹⁰ Vahedi H., et al.: Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27:678-684

¹¹ Bahar R. J., et al: Double-blind, placebo-controlled trial of amitriptyline for the treatment of irritable bowel syndrome in adolescents. *J Pediatr* 2008; 152:685-689

¹² Trinkley K. E., Nahata M. C.: Medication management of irritable bowel syndrome. [Review] *Digestion*. 89(4):253-67, 2014

¹³ Cooper T. E.. et al.; Antidepressants for chronic non-cancer pain in children and adolescents. [Review] *Cochrane Database Syst Rev*. 8:CD012535, 2017 08 05

¹⁴ Teitelbaum J. E., Arora R.: Long-term efficacy of low-dose tricyclic antidepressants for children with functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*,2011;53(3):260-264

¹⁵ Saps M., Lavigne J. V.: Abdominal pain endpoints currently recommended by the FDA and EMA for adult patients with irritable

bowel syndrome may not be reliable in children. *Neurogastroenterol Motil*. 27(6):849-55, 2015 Jun.

¹⁶ Patra K. P., et al.: Significance of screening electrocardiogram before the initiation of amitriptyline therapy in children with functional abdominal pain. *Clin Pediatr (Phila)*,2012;51(9):848-51

¹⁷ Kapoor S.: Psychological associations of irritable bowel syndrome besides panic disorder: an often overlooked reality. *Scand J Gastroenterol*,2009;44(1):121-2

¹⁸ Thoua N. M., et al.: Amitriptyline modifies the visceral hypersensitivity response to acute stress in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*,2009;29(5):552-60

¹⁹ Rahimi R., et al.: Efficacy of tricyclic antidepressants in irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*,2009;15(13):1548-53

²⁰ Chao G. Q., Zhang S.: A meta-analysis of the therapeutic effects of amitriptyline for treating irritable bowel syndrome. *Intern Med*,2013;52(4):419-24

²¹ Juřica J., Kroupa R.: Farmakoterapie dráždivého tračníku. *Medicína pro praxi*. 2017,14(3):115-122

²² Honzák R.: Dráždivý tračník a emocionální. *Psychosom*,2019 v tisku



přehled²³ byl otištěn čerstvě v Honzák R.:
Biomed J Sci & Tech Res.

Do redakce přišlo 22. 9. 2019
Do tisku zařazeno 25. 11. 2019
Konflikt zájmů není znám.

²³ Honzák R.: Therapeutic effect of amitriptyline in patients suffering from IBS. Biomed J Sci & Tech Res, 2019:14957-14959



VÝZKUM



DANIELA STACKEOVÁ, GABRIELA KOČÍ: DISKRIMINAČNÍ ČITÍ U ADOLESCENTNÍCH PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

ABSTRAKT: STACKEOVÁ D., KOČÍ G.: DISKRIMINAČNÍ ČITÍ U ADOLESCENTNÍCH PACIENTEK HOSPITALIZOVANÝCH S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ. PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4) S.237- 264: *Mentální anorexie je duševní onemocnění vyznačující se poruchou tělesného schématu, odmítáním potravy a dalšími znaky. Dle zahraničních autorů se u pacientek s mentální anorexií setkáváme s neurofyzilogickými aspekty, jako je disociace, zvýšený práh bolestivosti a změna diskriminačního, taktilního, tlakového a interoceptivního čítí. U pacientek s mentální anorexií byly zjištěny signifikantní odchylky při měření taktilního čítí oproti zdravé populaci. V rámci této práce byl u adolescentních pacientek hospitalizovaných s mentální anorexií zjišťován práh dvoubodové diskriminace na třech lokalitách – paži, břichu, mezi lopatkami. Dále byla zjišťována schopnost vyhodnocování sensorických vjemů testem dle Petrie a tělesného sebepojetí s využitím BAT dotazníku. Výsledky byly porovnány s kontrolní skupinou. Signifikantně významná se ukázala odlišnost dvoubodové diskriminace v oblasti mezi lopatkami. Taktéž se prokázala statisticky významná odchylka v tělesném sebepojetí.*

Klíčová slova: mentální anorexie, diskriminační čítí, dvoubodová diskriminace, test dle Petrie, BAT dotazník, body image, tělesné schéma



ABSTRACT: STACKEOVÁ D., KOČÍ G.: TWO-POINT DISCRIMINATION IN ADOLESCENT PATIENTS HOSPITALIZED WITH ANOREXIA NERVOSA PSYCHOSOM 2019; 17 (3-4), PP. 237-264: *Anorexia nervosa (AN) is a mental illness manifesting itself, among other signs, with impaired body schema and rejection of food. According to foreign authors we encounter neurophysiological aspects such as dissociation, increased pain threshold, change in discriminatory, tactile, pressure and interoceptive sensation. Compared to healthy population, significant deviations have been observed in tactile sensitivity in AN. In this study we examined the threshold of two-point discrimination in three areas - arm, belly and between shoulder blades, in adolescent patients hospitalized with AN. Furthermore, we assessed the ability to evaluate sensory perception using the Petrie test and physical Self using the BAT questionnaire. The results were compared with the control group. The results showed significant difference in two-point discrimination in the area between the shoulder blades. Patients with AN also showed statistically significant deviation in physical Self.*

Keywords: anorexia nervosa, discriminative sensation, two-point discrimination, Petrie test, body attitude test, body image, body scheme

ÚVOD

Mentální anorexii (dále MA) je věnována velká pozornost v psychiatrii a klinické psychologii, primárně je řazena mezi psychiatrická onemocnění. MA ovšem není pouze psychiatrické onemocnění, literatura poukazuje na endokrinní, interní, gynekologické, neurologické, srdeční, sexuální a další komplikace. U pacientek se typicky vyskytuje narušené vnímání vlastního těla („body image distortion“). Vidáme u nich specifické neurofyziologické aspekty, jako je disociace, změna prahu bolestivosti, změna zpracování senzitivně-senzorických vjemů, např. prahu diskriminačního čítí.

Za původ této nemoci je považována kombinace biopsychosociálních faktorů.

NEUROFYZIOLOGICKÉ ASPEKTY MA

U pacientek s MA se mohou na rozdíl od zdravé populace objevovat následující jevy: disociace, odlišné vnímání bolesti a odlišné integrace vizuálních a proprioceptivních stimulů. Zásadní je odlišné,

Patofyziologický podklad mentální anorexie není zatím zcela objasněn, proto je stále předmětem zkoumání. Tato práce je věnována některým neurofyziologickým projevům tohoto onemocnění. Nevěnujeme se tedy v úvodu již popisu mentální anorexie jako takové a možnostem její terapie, ale již čistě danému úzkému tématu. Cílem práce je zjistit, zda u pacientek s mentální anorexií nacházíme změněný práh diskriminačního čítí, změněnou schopnost vyhodnocování senzorních podnětů a změnu tělesného sebepojetí, a dále zda jsou tyto modalitě vzájemně v jisté korelaci. Konečným naším cílem je napomoci k objasnění neurofyziologických aspektů nemoci.

resp. tzv. narušené vnímání vlastního těla.

Často je v kontextu pacientek s MA zmiňován termín disociace (Paulyniová a kol., 2011; Guardia a kol., 2012; Tobin a



kol., 1995). Vysvětlení disociace je různé, blíží se mu termín diskonektivita, odpojení. Může se jednat o odpojení od bolesti, ale i od tělesných vjemů, jako je například hlad, žízeň apod. Můžeme ji považovat za obranný mechanismus, který se aktivuje v mezní situaci. Percepční komponenta chrání před bolestí, afektivní chrání před negativními emocemi a kognitivní před vzpomínkami na traumatickou událost (Yamamotová & Papežová, 2002). Vyhýbání se jídlu může být forma toho, jak zvládat posttraumatické příznaky (Tobin a kol., 1995).

Někteří autoři tvrdí, že pacientky s poruchou příjmu potravy jsou méně vnímavé vůči bolesti (Yamamotová & Papežová, 2002; Lautenbacher, 1991; Papežová, 2010). Studie Yamamotové z roku 2017 ovšem neprokázala signifikantně změněný práh bolestivosti. Dodává, že by bylo třeba udělat dlouhotrvající studii na tento fenomén a objasnit jeho neurofyzilogickou podstatu (Yamamotová a kol., 2017).

Nedávné studie prokázaly taktéž nesprávnou integraci vizuálně-taktilních a vizuálně-proprioceptivních podnětů (Guardia a kol., 2012). Keizer (Keizer a kol., 2012) přichází s tím, že pacientky s MA mají odlišnou kvalitu

diskriminačního čítí. Pracují taktéž s konceptem tělesné reprezentace jakožto místem, kde se uchovávají informace o tělesné velikosti a tvaru, stejně jako jeho částí. Pacientky s MA mají tělesnou reprezentaci patologickou jak ve smyslu příjmu informací, tak v následné akci. Ve studii z roku 2012 se snažili Keizer a kol. prokázat patologii v základním somatosenzorickém vnímání pacientek s MA a prokázali, že pacientky s MA mají vyšší práh diskriminačního čítí než kontrolní skupina. Vykládají si to na základě odlišnosti ve zpracování podnětů. V porovnání s kontrolní skupinou byly tyto pacientky znepokojovány mnohem více myšlenky na vlastní břicho než na jiné části vlastního těla. Jejich obavy byly spojeny se zvýšenou pozorností zaměřenou na tuto část těla a starostmi o její velikost a tvar. Tato zvýšená pozornost ovšem nevedla k nižšímu práhu diskriminačního čítí, jak by se dalo očekávat. Tato práce dokazuje, že porucha tělesné reprezentace není spjata pouze se zrakem, ale je to taktéž doména percepce čítí. Zároveň podtrhuje odlišnost tělesné reprezentace pacientů s MA od kontrolní skupiny. Skupina pacientů s MA se od kontrolní skupiny odlišuje nejen v somatosenzorickém zpracování na vyšší kortikální úrovni, ale také na úrovni čítí (Keizer a kol., 2012).

SEBEPOJETÍ, TĚLESNÉ SCHÉMA, BODY IMAGE

V kontextu vnímání vlastního těla bývají užívány různé termíny, můžeme hovořit o tělesném sebepojetí, tělesném schématu, body image, představě o vlastním těle, tělesném schématu, zakoušení vlastního těla, sebepojetí, tělesné zkušenosti, jejich interpretace se různí podle toho, zda jde o chápání pojmu z neurologického, psychoanalytického, fenomenologického či psychologického pohledu. Pro lepší orientaci dává Probst (Probst in Krch, 2005) rovnítko mezi zažíváním vlastního těla,

tělesným sebepojetím, tělesným schématem, představou o vlastním těle, zakoušení vlastního těla a body image (Probst in Krch, 2005).

Tělové schéma má svoji krátkodobou i dlouhodobou složku. Jako příklad uvádí de Vignemont situaci, kdy chce člověk rozsvítit světlo. Na to musí znát délku své končetiny, aby věděl, jak moc musí horní končetinu pokrčit, tím pádem musí znát, jaké rozsahy pohybu je v potřebných



kloubech schopný provést. Je energeticky velice náročné pokaždé vypočítávat délku vlastní končetiny a její možné rozsahy, proto jsou některé části tělesného schématu dlouhodobě uloženy (de Vignemont, 2010).

Kolář spojuje termín tělesné schéma se stereognostickými funkcemi (Kolář, 2009). Oproti tomu Pitron a de Vignemont (2017) přicházejí s tím, že tělesné schéma se skládá ze senzomotorické reprezentace a vede tělo k akci (de Vignemont, 2010), zatímco body image koreponduje s tím, jak svoje tělo vnímáme bez další akce. Člověk nemůže provést žádnou úspěšnou motorickou akci, aniž by měl správnou představu o reprezentaci vlastního těla. Příkladem je třeba správná představa o velikosti, síle a hmotnosti končetiny, když s ní chceme pohybovat. Tento postoj vychází z předpokladu, že percepce a motorický projev vyžadují odlišné nervové spoje. Každý tento jev využívá jiné aferentní a eferentní dráhy a je zprostředkován jinými strukturami v mozkové kůře i podkoří. Ve své práci autoři zkoumali pojetí obou termínů, jejich propojení a zároveň disociaci těchto dvou pojmů. Navrhli následující tři modely:

- a) Model splynutí – existuje jednotná představa o těle, přičemž oba termíny označují jak tělové zkušenosti a vlastní uvědomění a smýšlení o těle, tak následné provádění jakýchkoli akcí tělem.
- b) Model nezávislosti – existují dvě odlišně definované představy o těle, tělesné schéma sloužící k akci těla a body image sloužící k vnímání těla, s tím, že pracují nezávisle na sobě.
- c) Model spoluvystavění – existují dvě odlišně definované představy o těle, tělesné schéma sloužící k akci těla a body image sloužící k vnímání těla, s tím, že spolu interagují a navzájem se ovlivňují.

Výsledkem práce Pitrona a de Vignemonta bylo, že lidem je s největší pravděpodobností pro vlastní sebepojetí přístupný model c) – model spoluvystavění, kdy body image i tělesné schéma jsou od sebe odlišené, fungují vedle sebe, každé k vlastní funkci, ale neustále se prolínají, doplňují, ovlivňují se. To vše vede k tomu, že je tělesné sebepojetí neustále aktualizováno. Je co nejpřesnější a vylepšuje se, aby byla minimalizována chyba. Pitron a de Vignemont došli mimo jiné k tomu, že u některých typů halucinací, případně u specifických diagnóz, může být porušeno pouze body image bez problému s aktivitou, na rozdíl od jiných, kde jsou porušeny obě složky (Pitron & de Vignemont, 2017).

Zpracování body image probíhá dle výzkumu Ehrssona (Ehrsson a kol., 2005) v parietální kůře. Konkrétně autoři sledovali mozkovou aktivitu funkční magnetickou rezonancí při vibrační stimulaci horních končetin za vzniku tzv. Pinocchio iluze. Při Pinocchio iluzi účastníci subjektivně hodnotí, že části jejich těla mění velikost a tvar, i přesto, že jsou jen vibračně stimulovány. Tato iluze bývá vyvolána tím, že vibrace kůže nad šlachou extenzorů daného kloubu vzbužuje živou kinestetickou iluzi, že je daný kloub pasivně ohýbán (a naopak při vibraci kůže nad šlachou flexorů, má proband pocit, že je kloub extendován).

Výsledky těchto a dalších studií podporují obecně přijímanou hypotézu hierarchického zpracování body image v somatosenzorickém systému. Aferentní podněty z kůže, svalů, kloubních receptorů putují převážně do primární somatosenzorické a primární motorické oblasti mozkové kůry. Z těchto oblastí potom putují přesné somatotypicky organizované reprezentace do vyšších somatosenzorických regionů. Ve vyšších regionech jsou informace spojeny se somatickými signály právě z jiných částí, což ve výsledku



umožní neustálé (znovu)kalibrování velikostí částí těla – zpracování body image. Nervové spoje ležící v postcentrálním sulku a přední části intraparietálního laloku mají kapacitu na to integrovat taktilní a proprioreceptivní informace z různých částí těla. Vzhledem k tomu, že zkracující iluze závisí na integraci a interpretaci somatosenzorických vstupů z různých částí, může aktivita postcentrální a intraparietální aktivity reflektovat právě

danou integraci a proces kalibrace. Autoři proto označují místo poscentrálního a intraparietálního sulku jako místo vyššího regionu, kde dochází k neuronálním výpočtům nezbytným pro kalibraci informací o tělesných částech (Ehrsson a kol., 2005). S tím souhlasí i Žáková, která ve své práci označuje pravou parietální kůru a proximální frontální kortex jako místo zpracování a reprezentace tělesného schématu (Žáková, 2013).

PATOLOGIE V OBLASTI VNÍMÁNÍ TĚLA

Na poruchu tělesného schématu dle Probsty je nutné nahlížet s vědomím, že obsahuje dvě komponenty. První, definovanou jako smyslovou, objektivní, procentuální. Druhou, subjektivní, zahrnující kognitivní a emocionální aspekty. Porušení může být jedna z nich, ale stejně tak obě. Porušení procentuální komponenty souvisí s diskrepancí mezi schopností vnímat skutečné rozměry a tvary svého těla s tím, jak je tělo jedince vnímáno okolím. V této souvislosti můžeme mluvit o zkreslené představě těla. Subjektivní komponenta vypovídá o stupni spokojenosti s vlastním tělem, respektive u patologie se stupněm nespokojnosti, jejíž výraznější formou je odmítání či znechucení nad ním (Probst in Krch, 2005). Nespokojenost s vlastním tělem a výhrady k němu se lehce přenesou do všech oblastí jedince, do jeho osobního života, vztahů i profese, kterou vykonává, což cyklicky vede ke snížení kvality vlastního prožívání se snížením psychického i tělesného zdraví (Vašina & Vychodilová, 2002).

Nosný fakt pro naši práci je, že nespokojenost s vlastním tělem a distorze body image je signifikantním faktorem pro vznik poruchy příjmu potravy a deprese (Lawler & Nixon, 2011). S tím souhlasí i tvrzení Gaudia, který za klíčový symptom

mentální anorexie taktéž považuje distorzi body image (Gaudio a kol., 2012).

S tím, že u pacientek s mentální anorexií vidáme specifické projevy zakoušení vlastního těla, souhlasí i Bruch. Již v roce 1962 pojmenovala trojici vzájemně propojených poruch percepce a kognice (Bruch, 1962):

- Narušený obraz vlastního těla.
- Interoreceptivní porucha. Neschopnost identifikace vlastních vnitřních pocitů, například hlad, nasycenost, afektivnost.
- Paralyzující pocit vlastní neschopnosti.

Pro pacientky s MA je charakteristické nerealistické hodnocení proporcí těla, fixace na imaginární defekt vlastního těla. Pacientky věří, že jsou abnormálně neatraktivní a tlusté. Je pro ně typická jistá forma depersonalizace, kdy je tělo vnímáno jako cizí a pasivní objekt (Léblová, 2010). Je u nich porušeno tělesné schéma tím, že chybí zdravý pocit zneklidnění z vlastní hubenosti. Pacientky jsou často velice urputné a stojí si za tím, že jejich stav a vzhled je v normě. Často tento specifický vzhled vnímají jako své jediné ujištění. Je třeba zdůraznit, že se u každé pacientky nevyskytují všechny příznaky a



že některé z níže uvedených se vyskytují častěji než jiné (Krch, 2005):

- Nerealistické hodnocení velikosti a proporcí vlastního těla.
- Diskrepance mezi zažíváním a senzoryckým zpracováním. Pacientky vědí, že jsou hubené, ale necítí se tak.
- Diskrepance mezi hodnocením vlastního těla a hodnocením cizích těl. Pacientky s MA jsou schopné poměrně přesně hodnotit proporce někoho jiného, na rozdíl od svých vlastních.
- Používání rozhodujících norem pro hodnocení vlastního těla a jeho velikosti, které pacientky nezdědaly samy vymýšlejí. Například, že vnitřní okraje stehů nesmí být v kontaktu, když stojí.
- Fixace na imaginární patologii vlastního těla či jeho části. Pacienti skutečně věří tomu, že jsou nepřirozeně obézní, neatraktivní apod.
- Vyhýbavost vůči odhalování vlastního těla i jeho částí.

DISKRIMINAČNÍ ČITÍ

Dvoubodová diskriminace je schopnost rozpoznat dva současné taktilní podněty od jednoho. Jde o modalitu citlivosti (Kobesová in Kolář, 2009). Diskriminační práh popisuje Weberova definice z roku 1835 jako vzdálenost mezi dvěma body, které jsou od sebe v nejmenším možném rozsahu potřebném pro pocit dvou kontaktů (Lundborg & Rosen, 2004). Luedtke popisuje práh dvoubodové diskriminace jako tu nejmenší vzdálenost, kterou člověk ještě stále dokáže rozeznat jako dva nezávislé body (Luedtke a kol., 2018).

Nejvyšší schopnost dvoubodové diskriminace se udává v oblasti jazyka a rtů (2–3 mm) a na konečcích prstů (3–5 mm). Ve dlani činí schopnost diskriminace asi jeden centimetr, na dolních končetinách a zádech se diskriminační modalita

- Vyhýbavost vůči tělesnosti, kontaktu a konfrontaci s tělem. Pacientkám není příjemné ani sledování jiných těl.
- Nerealistické představy o důsledcích racionální stravy, diet.
- Následování iracionálního ideálu, posedlost vyhublostí.
- Přehnaně negativistický přístup k vlastnímu tělu a vzhledu.
- Depersonalizace – tělo vnímají jako cizí, pasivní, necitlivý objekt.
- Ztráta důvěry ve vlastní tělo, spojené s negativním sebehodnocením.
- Abnormální představy o tom, co si myslí ostatní lidé.
- Velká snaha vyhnout se situacím, kde by byly nuceny vystavit se sociálnímu, a i fyzickému kontaktu.

Distorze body image a negativní vztah sám k sobě zvyšuje tendenci k sebepoškozování. Existuje zde propojení mezi poruchou sebevnímání a tendencemi k sebevraždě (Latzer & Hocdorf, 2005).

zhoršuje a diskriminační práh zvyšuje až několikanásobně (Lepšíková a kol., 2013).

Odlíšné hodnoty na různých částech těla souvisí mimo jiné i s hustotou inervace dané lokality. Dellon popisuje tento vztah tak, že čím bohatěji je kožní area inervovaná, tím rychleji reaguje na senzitivní podráždění, a tím zřetelnější a jasnější je schopnost diferencovat dva přikládání body. Taktilní diskriminace je založena na systému pomalu adaptujících se vláken v kůži. SA1 aferentní vlákna zakončená v Merkelových discích mají vysokou kapacitu prostorového rozlišení a jsou selektivně citlivé na prostorové nespojitosti (Lundborg & Rosen, 2004).

Měření dvoubodové diskriminace je kvantitativní vyšetření taktilní ostrosti



(Cashin & McAuley, 2017; Lenzenweger, 2000; Adamczyk a kol., 2016). Lenzenweger uvažuje měření dvoubodové diskriminace jakožto projev exteroceptivní funkce (Lenzenweger, 2000).

Práh diskriminačního čítí se měří esteziometrem, doporučované bývá Weberovo kružítko. Vzhledem k jeho nedostupnosti je možné nahradit ho modifikovaným esteziometrem ze strojního posuvného měřidla, které jsme použili v naší práci i my, inspirováni pracemi Keizera a kol. (Keizer a kol., 2012) a Homolky (Homolka, 2010).

Schopnost vyšetření čítí obecně je úzce spojena s koncentrací a spoluprací pacienta (Lundborg & Rosen, 2004). Je proto třeba vést v patrnosti, že čítí je subjektivní vjem, a proto je při vyšetřování pacientova spolupráce nutná. Bylo

BODY ATTITUDE TEST

V České republice, oproti například Polsku nebo Japonsku (Brytek-Matera & Probst, 2014; Kashima a kol., 2003), zatím nebyl standardizován žádný dotazník pro hodnocení tělesného sebepojetí (body image) u pacientů s poruchou příjmu potravy. Používá se více různých validovaných dotazníků pro účel prokázání efektu léčby, dále také pro studie a výzkumy (Žáková, 2013). Například BAT dotazník je používán jako vhodný testovací prostředek k zjištění tělesného sebepojetí u lidí s poruchou příjmu potravy i bez ní (Brytek-Matera & Probst, 2014).

Originální BAT dotazník vytvořený Probstem v roce 1984 v Holandsku byl určen ženským pacientkám s poruchami příjmu potravy. Byl testován na velkém množství probandů (441 žen s diagnózou poruchy příjmu potravy) a odpovídající kontrolní skupině (581 zdravých žen z různých sociálních skupin). Opakované analýzy určily stabilní čtyřdílnou strukturu

popsáno, že to, co pacient cítí, nejsou vždy jeden či dva body. Jeho odpověď je často založena na zkušenosti z předchozí aplikace. Důležité je mít na paměti, že výsledek měření dvoubodové diskriminace není výsledkem pouze inervace segmentu, ale také kognitivních funkcí (Lundborg & Rosen, 2004).

Ve studii z roku 2012 se snažili Keizera kol. prokázat patologii v základním somatosenzorickém vnímání pacientek s MA a prokázali, že pacientky s MA mají vyšší práh diskriminačního čítí než kontrolní skupina. Vykládají si to na základě odlišnosti ve zpracování podnětů, převážně v kontralaterální primární somatosenzorické korové oblasti či následném předání a zpracování informace v sekundární somatosenzorické korové oblasti a posteriorní parietální oblasti mozkové kůry (Keizer a kol., 2012).

dotazníku, testující negativní zhodnocení tělesných velikostí (BAT-1), nedostatek důvěrnosti s vlastním tělem (BAT-2), celkovou nespokojenost s vlastním tělem (BAT-3) a zbytkový faktor (BAT-4) (Probst a kol., 1995). Dotazník se skládá z 20 položek, které jsou hodnoceny na 6bodové škále 0–5. Maximální skór činí 100 bodů a platí poučka, že čím vyšší skór jedinec získá, tím horší sebepojetí má (Kashima a kol., 2003), přičemž kritický skór pro odlišení jedince s normálním postojem k vlastnímu tělu a patologií činí 36. Čili osoba skórující 37 a víc již neproказuje normální sebepojetí. Čím vyššího skóru dosáhne, tím je tato distorze větší (Probst a kol., 1995).

BAT dotazník prokazuje vysokou spolehlivost. V polském výzkumu, vedeném Brytkem-Materou, prokázal téměř 90% spolehlivost. V originálním testování Probsta byla reliabilita spočítána na 88 % pro BAT-1. část, 90 % pro BAT-2. část,



88 % pro BAT-3. část a 55 % pro BAT-4. část (Probst a kol., 1995). Výsledky BAT testu silně korespondovaly s výsledky z dalších dotazníků pro poruchu příjmu potravy – s „drivem“ (touhou) po hubenosti, s nespokojeností s vlastním tělem, s neúctou k sobě.

Výsledky prokázaly validitu BAT testu a jeho schopnost diferencovat klinické případy poruchy příjmu potravy od

zdravých. Vedle BAT dotazníku existují i další dotazníky pro testování poruchy příjmu potravy, například EAT – Eating Attitude Test (Brytek-Matera & Probst, 2014). Dotazník byl vytvořen v němčině a prozatím byl přeložen do angličtiny, francouzštiny, španělštiny, italštiny a češtiny (Probst a kol., 1995), dále přibyl překlad a standardizace do japonštiny a polštiny (Brytek-Matera & Probst, 2014; Kashima a kol., 2003).

TEST DLE PETRIE

Pro vyhodnocování sensorických podnětů probanda jsme ve výzkumu vybrali test dle Petrie, posuzující probandovu schopnost vnímat bez zrakové kontroly šířku testovacího dřevěného hranolu, který má standardizované parametry (Véle, 2012). Testovací set se skládá z dřevěného hranolu aneb testovacího bloku, který má po celé délce stejnou šířku (63 mm), a z dřevěného jehlanu. Dřevěný jehlan neboli vyhodnocovací blok se postupně zešikmuje a jeho šířka se v průběhu testu odlišuje (Kolář, 2009).

Proband je požádán, aby zavřel oči, a na 30 sekund mu je ponechán k palpaci pravou horní končetinou testovací blok ve tvaru hranolu. Jeho šířku si má zafixovat v paměti, a poté je mu testovací blok ve tvaru hranolu odebrán. Následně má proband za úkol, aby druhostrannou horní končetinou (při stále zavřených očích) našel na vyhodnocovacím bloku ve tvaru jehlanu stejnou šíři, jakou si zapamatoval z předchozí palpce (Véle, 2012). Na vyhodnocovacím bloku je označeno toleranční pole v rozsahu 12 mm, které když proband označí, je hodnocení považováno za normální; také může proband rukou označit menší nebo větší rozměr. Test se opakuje do doby, kdy proband třikrát neoznačí stejné pole, tedy nejméně třikrát. Aby byl test validní, je nutné, aby

pacient neznal výsledek předchozí palpce (Véle, 2006). Vyhodnocení je následující:

1. Při udání menšího rozměru proband podhodnocuje intenzitu vnímání, vnímání se označuje tzv. R (z anglického „reducer“).
2. Při udání stejného rozměru, tedy v tolerančním poli šířky 57–69 mm (šířka hranolu 63 mm \pm 6 mm), proband hodnotí normálně a jeho vnímání se označuje tzv. N (z anglického „normal“).
3. Při udání vyššího rozměru proband nadhodnocuje intenzitu vnímání, vnímání se označuje tzv. A (z anglického „augment“).

Testováním dle Petrie u poruch příjmu potravy se zabývala Žáková (Žáková, 2013) ve své disertační práci, kdy zjišťovala efekt kinezioterapie u patientek s touto diagnózou. Jejím výsledkem při hodnocení testu dle Petrie bylo, že 75 % patientek s mentální anorexií podněty nadhodnocovalo. Šlo ovšem o velmi malou skupinu patientek, proto výsledek není signifikantní. V průběhu kinezioterapie nenastala ve vnímání podle testu dle Petrie signifikantní změna (Žáková, 2013). Žáková odkazuje na předchozí studii Křikavové (Křikavová, 2010), která ve



své práci uvádí, že výsledek u testování dle Petrie může prokazovat výpověď jak z oblasti stereognozie, tak z hlediska tělesného schématu.

CÍLE STUDIE

Cílem studie bylo změřit vhodnou formou stereognostické a somatognostické modality u adolescentních pacientek hospitalizovaných s mentální anorexií a výsledky porovnat s kontrolní skupinou. Práce zjišťuje, zda existují korelace mezi diagnózou MA, modalitou dvoubodové diskriminace, schopností vyhodnotit senzorické podněty a vnímáním vlastního těla. Výsledkem by mělo být zhodnocení případných rozdílů a převzetí těchto skutečností do léčebného procesu a celkového přístupu k těmto pacientům. Dosud není znám přesný patofyziologický podklad tohoto onemocnění, který je stále předmětem mnoha zkoumání a naše měření by mohlo přispět k objasnění neurofyziologických aspektů nemoci.

Hypotézy

H01: Modalita dvoubodové diskriminace se u adolescentních pacientek hospitalizovaných s MA nebude signifikantně lišit od kontrolní skupiny.

HA1: Modalita dvoubodové diskriminace se u adolescentních pacientek hospitalizovaných s MA bude signifikantně lišit od kontrolní skupiny.

H02: Modalita dvoubodové diskriminace se nebude signifikantně lišit na různých částech těla.

HA2: Modalita dvoubodové diskriminace bude signifikantně vyšší na částech těla, které pacientky subjektivně vnímají jako tlustší.

H03: Pacientky s MA budou skórovat stejnými hodnotami v BAT dotazníku jako kontrolní skupina.

Stejně jako Žáková (Žáková, 2013) jsme z dosavadní literatury předjímalí, že pacientky s mentální anorexií mají tendence porporce svého těla nadhodnocovat.

HA3: Pacientky s MA budou skórovat signifikantně vyššími hodnotami v BAT dotazníku v porovnání s kontrolní skupinou.

H04: Hodnota skór v BAT dotazníku pacientek s MA je přímo úměrná modalitě dvoubodové diskriminace.

HA4: Čím vyšší bude skór pacientky s MA v BAT dotazníku, tím horší bude mít modalitu dvoubodové diskriminace.

H05: Pacientky s MA budou v somatognostické schopnosti vyhodnotit senzorické podněty v testu dle Petrie uvádět adekvátní vjem.

HA5: Pacientky s MA budou v somatognostické schopnosti vyhodnotit senzorické podněty v testu dle Petrie vjem nadhodnocovat.

H06: Korelace mezi skórem v BAT dotazníku a hodnocením senzorických vjemů v testu dle Petrie je statisticky bezvýznamná.

HA6: Čím vyšší bude skór pacientky s MA v BAT dotazníku, tím více bude nadhodnocovat senzorické vjemy v testu dle Petrie.

H07: Práh dvoubodové diskriminace vzhledem k subjektivnímu vnímání dané části těla bude vždy stejný.

HA7: Práh dvoubodové diskriminace bude na negativně vnímané části těla vyšší.



METODIKA VÝZKUMU

Výzkum probíhal od května 2018 do ledna 2019 a zúčastnilo se ho 18 dětských pacientek hospitalizovaných s diagnózou mentální anorexie a 18 dívek v kontrolní skupině.

Vstupním kritériem pro experimentální skupinu bylo ženské pohlaví, diagnóza F50.0, vyžadující hospitalizaci na oddělení dětské psychiatrie. Vstupním kritériem pro kontrolní skupinu bylo ženské pohlaví, nepřítomnost poruchy příjmu poruchy, tedy diagnóza F50.0-9, korelující věk s experimentální skupinou a zároveň hodnota BMI, která se pohybovala mezi 18–25. Zároveň bylo nutné, aby probandky byly kognitivně v pořádku, schopny komunikace, spolupráce a byly bez poruchy čítí.

Po podepsání informovaného souhlasu probandem a jeho zákonným zástupcem byl proband osobně seznámen s cílem výzkumné práce, byl mu podrobně popsán průběh měření a konkrétně vysvětlena všechna vyšetření. Měření se skládalo z odebrání anamnestických údajů, změřením dvoubodové diskriminace modifikovanou šuplérkou, změřením schopnosti vyhodnotit sensorické podněty testem dle Petrie, vyplnění dotazníku BAT.

a) Měření dvoubodové diskriminace:

Metodika pro měření prahu diskriminačního čítí byla inspirována Keizerem a kol. (2012) z toho důvodu, že ve svém výzkumu měřili diskriminační čítí u stejné diagnózy a ve stejných lokalitách jako naše výzkumná práce. Nezbytným zařízením pro měření byl esteziometr, u nás modifikovaná šupléra.

Keizer a kol. postupovali descendentně, od předem dané hodnoty snižováním

rozponu ke zjištění první hodnoty, kdy proband cítí jeden bod – descendentně.

Na rozdíl od Keizera jsme postupovali od nulového rozponu k dosažení prvního vjemu dvou bodů – ascendentní metodou – inspirováni diplomovou prací Homolky (Homolka, 2010). Před samotným měřením examinátor trénoval po dobu jednoho měsíce přikládání modifikované šupléry, aby při samotném testování docházelo k přiložení obou hrotů ve stejný moment a vždy se stejnou silou.

Naše měření probíhalo jednorázově, ve třech předem určených lokacích – předloktí nedominantní končetiny, oblast mezi páteří a lopatkou na straně nedominantní horní končetiny a oblast vedle pupku na straně nedominantní horní končetiny. Měření prahu dvoubodové diskriminace probíhalo se zavřenýma očima, vždy seřazené v tomto pořadí za sebou. Prvně byly vyšetřujícím napalčovány referenční body, které byly označeny tělovým fixem.

Určení referenčních bodů

1. Na předloktí

- Proband seděl na židli čelem k vyšetřujícímu, relaxované horní končetiny v supinaci měl položené na stehnech.
- *Výchozí bod*: distální $\frac{1}{3}$ předloktí nedominantní horní končetiny z ventrální strany, střed spojnice processis tyloidei radii a ulnae, druhý bod přikládán proximálně v pravém úhlu na tuto spojnici.

2. Mezi lopatkami

- Proband seděl na židli zády k vyšetřujícímu, relaxované horní končetiny měl položené na stehnech.
- *Výchozí bod*: 2 cm mediálně od spodního úhlu lopatky na straně nedominantní horní končetiny, druhý bod přikládán kraniálně.



3. Na břicho

- Proband ležel v lehu na zádech na lehátku, měřenou stranou k experimentátorovi, končetiny byly uvolněné.
- *Výchozí bod:* 2 cm laterálně od pupíku na straně nedominantní horní končetiny, druhý bod přikládán laterálně.

Vlastní měření prahu diskriminačního čítí bylo prováděno tzv. up down staircase metodou. Měření probíhalo tak, že se estéziometr nastavil tak, aby vyvolal vjem jednoho bodu (nulový rozpon). Poté se rozpon se stejnou přítlačovou silou, takovou, aby došlo jen k minimální deformaci kůže, zvětšoval z místa výchozího bodu maximálně o 2 mm do té doby, než proband rozpoznal dvoubodový vjem. V případě, kdy proband zaznamenal dvoubodový vjem, přiložil se stejný rozpon znovu. Když proband znovu zaznamenal dvoubodový rozpon, byl tento rozpon označen jako tzv. první „turning point“, pokud proband zahlásil vjem jednoho bodu, bylo pokračováno v navyšování rozponu o 1 mm a opakování daného rozponu stejným způsobem do dosažení tzv. prvního „turning point“.

Po dosažení tzv. prvního „turning point“ se rozpon o 1 mm snížil a estéziometr byl přiložen probandovi. Pokud byla tato vzdálenost vnímána jako jeden bod, přiložil se stejný rozpon znovu, pokud i při opakovaném rozponu proband hlásil vjem jednoho bodu, byla tato vzdálenost označena jako tzv. druhý „turning point“. Pokud při opakovaném přiložení hlásil proband vjem dvou bodů, postupovalo se obdobně jako při nahlášení vjemu dvou bodů při prvním přiložení rozponu tzv. „prvního turning point“ s odečtením 1 mm – viz níže. Pokud proband vnímal hodnotu tzv. prvního „turning point“ sníženou o 1 mm jako dva body, přiložil se stejný rozpon znovu, pokud v tom případě proband opakoval vjem dvou bodů, snížil se rozpon opět o 1 mm a tento proces probíhal stejným způsobem do

nalezení tzv. druhého „turning point“. Pokud při druhém přiložení hlásil proband vjem jednoho bodu, bylo postupováno obdobně jako při nahlášení jednoho bodu při přiložení rozponu tzv. prvního „turning point“ s odečtením 1 mm – viz výše, tedy dosažení druhého „turning point“.

Po dosažení tzv. druhého „turning point“ se rozpon zvýšil o 1 mm a byl přiložen probandovi. Pokud proband zahlásil vjem dvou bodů při dvou přiložení za sebou, byla tato hodnota zaznamenána jako tzv. třetí „turning point“. Pokud proband při druhém přiložení stejného rozponu hlásil jeden bod, bylo postupováno jako při nahlášení jednoho bodu – viz níže. Pokud proband při prvním přiložení tzv. druhého „turning point“ zvýšeného o 1 mm, hlásil dvakrát za sebou vjem jednoho bodu, byl rozpon zvýšen o 1 mm a stejným způsobem bylo postupováno do nalezení tzv. třetího „turning point“. V případě hlášení dvoubodového vjemu při druhém přiložení stejného rozponu, bylo postupováno, jako by proband zahlásil dvoubodový vjem napoprvé.

Po dosažení tzv. třetího „turning point“ byl rozpon snížen o 1 mm a stejným způsobem, jak bylo výše popsáno, byl nalezen poslední, tzv. „čtvrtý turning point“.

Měření skončilo po dosažení tzv. čtvrtého „turning point“, hodnota dvoubodové diskriminace byla stanovena jako průměr posledních 3. otáček, tedy jako průměr tzv. druhého, třetího a čtvrtého turning pointu.

Daná místa byla vybrána s cílem ověřit, zda se diskriminační čítí liší v závislosti na subjektivním pocitu probanda k místu těla, kde se měří. Vycházeli jsme z empiricky dosažené zkušenosti, že probandky s diagnózou MA mají ke svému břichu subjektivně horší vztah než k jiným částem těla, jako je například předloktí nebo



bérce. Oblast mezi lopatkami byla vybrána jako možná lokalita tělesné projekce emočního stavu. Předloktí bylo vybráno jako kontrolní místo.

b) Test dle Petrie

Pro testování senzorických podnětů jsme vybrali test dle Petrie, více o testu bylo popsáno výše. Probandovi byl vysvětlen princip vyšetření, ukázán celý testovací set, který ležel na stole. Následně byl požádán o zavření očí a na 30 sekund mu byl ponechán k ohmatání nedominantní horní končetinou testovací blok ve tvaru hranolu, jehož šířku si měl zafixovat v paměti. Po přerušení palpce mu byl testovací blok ve tvaru hranolu odebrán (Véle, 2012). Proband měl následně za úkol, při stále zavřených očích, nalézt na vyhodnocovacím bloku ve tvaru jehlanu, dominantní horní končetinou, stejnou šířku, kterou si zapamatoval z předchozí

palpce. Jeho výsledek si examinátor zapamatoval a celý proces opakoval do té doby, dokud proband třikrát neoznačil stejné pásmo. Toto pásmo examinátor znamenal do výsledků (Véle, 2006). Následně mohl proband otevřít oči.

c) BAT dotazník

Pro hodnocení poruchy tělesného sebepečení u poruch příjmu potravy jsme použili dotazník Body attitude test (BAT) popsaný výše. Probandovi byl vysvětlen způsob zaznamenávání odpovědi křížkem. BAT dotazník obsahuje 20 položek hodnocených na šestibodové škále od 0 do 5:

- 0= nikdy
- 1= zřídka kdy
- 2= někdy
- 3= často
- 4= většinou
- 5= vždy

VÝSLEDKY

Po ukončení vyšetření jsme získané hodnoty uspořádali, zpracovali a vyhodnotili v programu Microsoft Excel 2007, analýza byla zpracována pomocí statistického balíku R verze 3.5.1, R Core Team. Hladinu významnosti jsme stanovili na $\alpha = 5\%$.

Charakteristika výzkumného souboru

Do experimentální skupiny byly zařazeny pacientky hospitalizované na oddělení dětské psychiatrie v Motole, které splňovaly výše popsaná vstupní kritéria. Věk probandek byl od 13 do 16 let. Průměrný věk probandek činil $14,7 \pm 0,71$ let. BMI u experimentální skupiny bylo v rozsahu od 13,4 do 18,7, průměrně dosahovalo $16,7 \pm 0,74$.

U kontrolní skupiny byl věk probandek byl od 14 do 16 let. Průměrný věk činil $15,3 \pm 0,71$ let. BMI u experimentální skupiny bylo v rozsahu od 18,1 do 23,5, průměrně dosahovalo $20,7 \pm 0,01$.

Diskriminační čítí

Testován byl rozdíl v prahu dvoubodové diskriminace modifikovaným esteziometrem mezi kontrolní a experimentální skupinou na třech místech: na paži, mezi lopatkami a na bříše. Na každém místě byl práh dvoubodové diskriminace měřen jedenkrát.

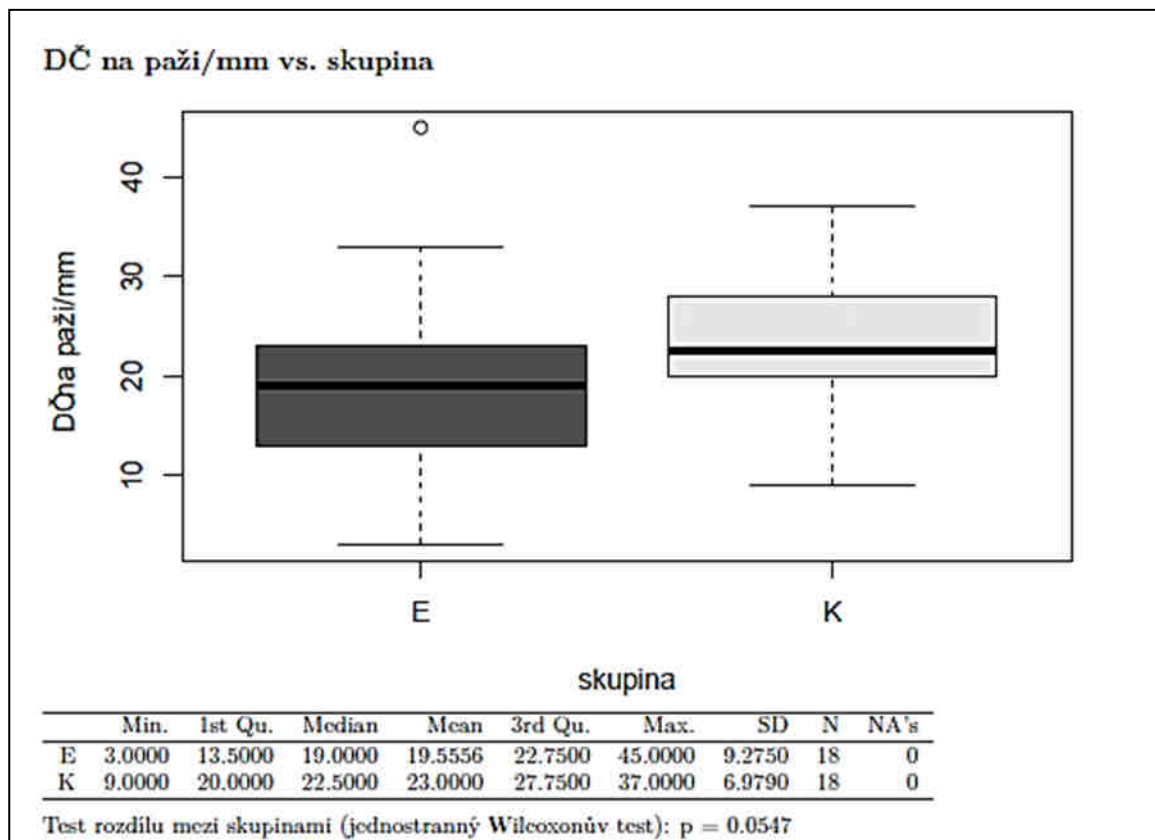
Paže

Experimentální skupina vykazovala při měření dvoubodové diskriminace na paži nižší hodnoty (průměrná hodnota = 19,6 mm) než skupina kontrolní (průměrná



hodnota = 23 mm). Jednostranným Wilcoxonovým testem s výsledkem p-hodnoty $p = 0,055$ jsme se přiblížili hladině významnosti $\alpha = 5 \%$. Rozdíl mezi

kontrolní a experimentální skupinou však nemůžeme považovat za statisticky významný (viz graf 1).



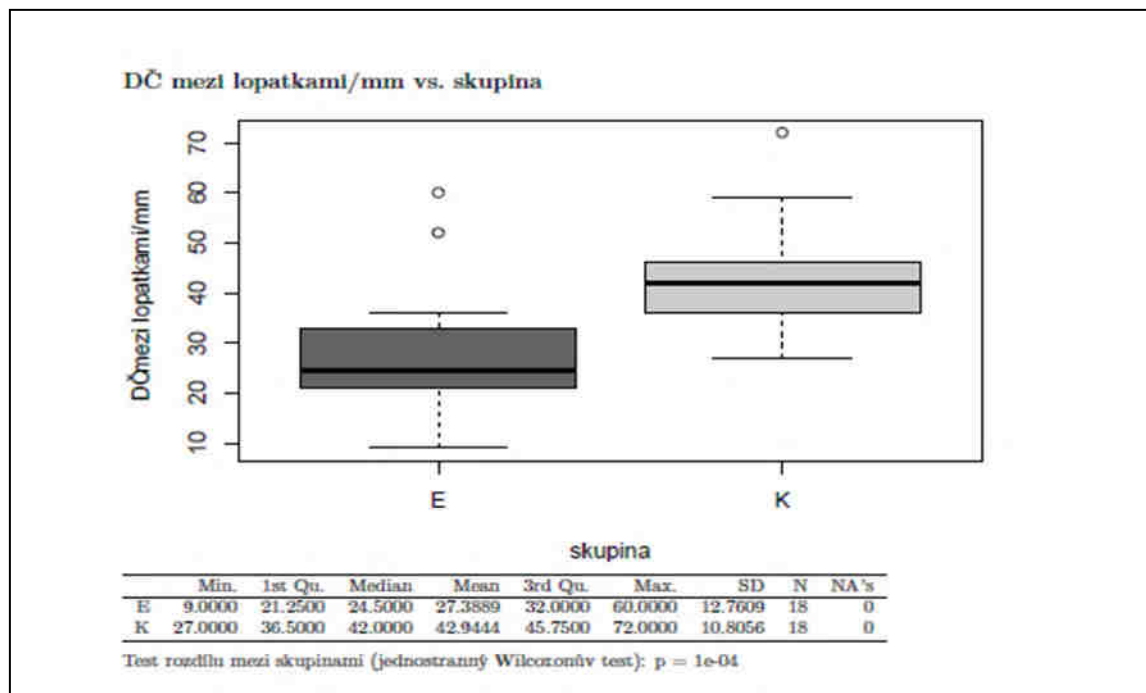
GRAF 1: DISKRIMINAČNÍ ČITÍ NA PAŽI V MM



Mezi lopatkami

Experimentální skupina vykazovala při měření dvoubodové diskriminace mezi lopatkami nižší hodnoty (průměrná hodnota = 27,4 mm) než skupina kontrolní

(průměrná hodnota = 42,9 mm). Jednostranným Wilcoxonovým testem s výslednou p-hodnotou $p=0,0001$ jsme prokázali tento výsledek jako statisticky významný (viz graf 2).



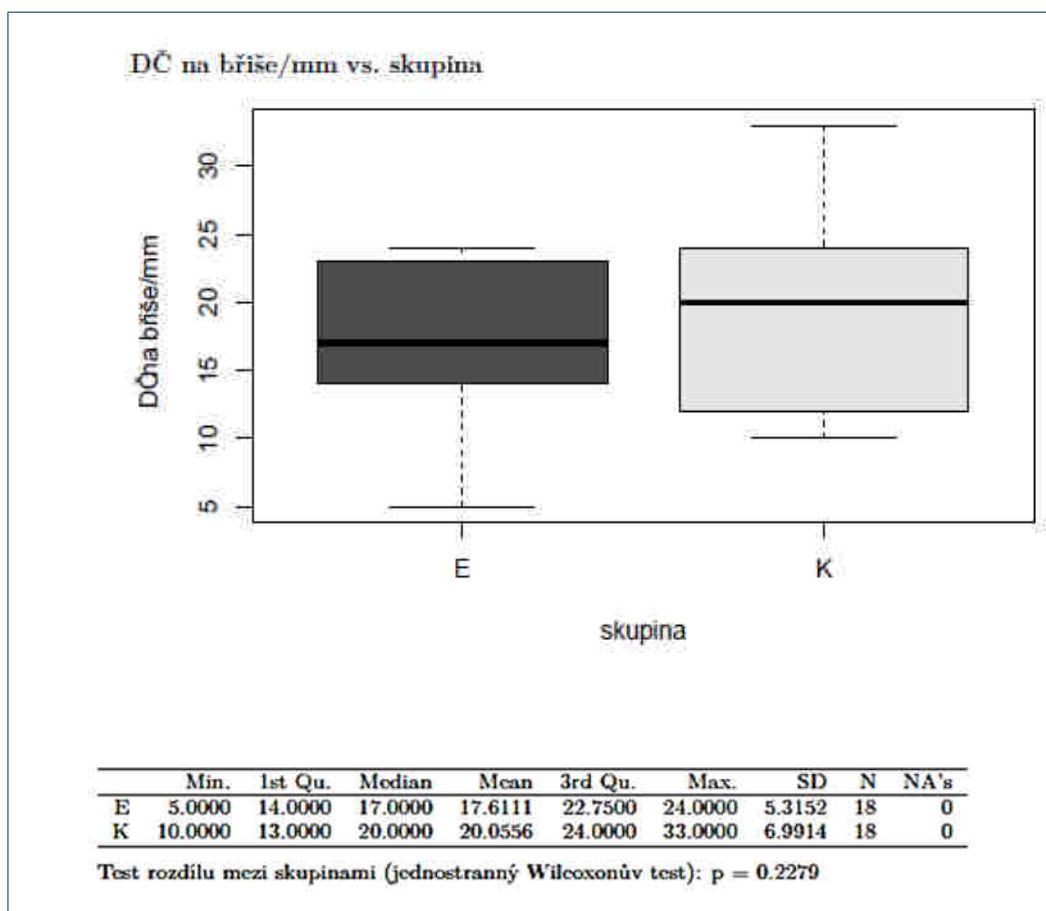
GRAF 2: DISKRIMINAČNÍ ČITÍ MEZI LOPATKAMI V MM

Na bříše

Experimentální skupina vykazovala při měření dvoubodové diskriminace na bříše nižší hodnoty (průměrná hodnota = 17,6 mm) než skupina kontrolní

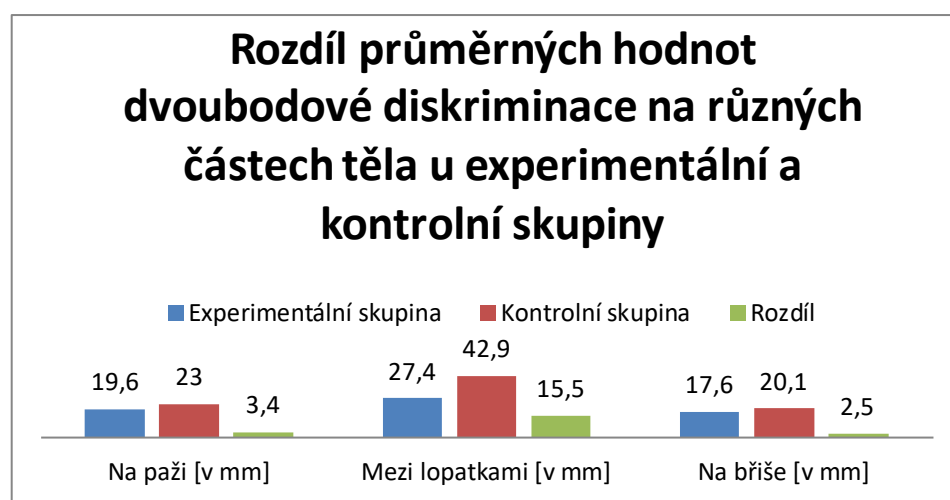
(průměrná hodnota = 20,1 mm). Výsledek $p = 0,228$ měřený jednostranným Wilcoxonovým testem však nebyl statisticky významný (viz graf 3).





GRAF 3: DISKRIMINAČNÍ ČITÍ NA BŘÍŠE V MM

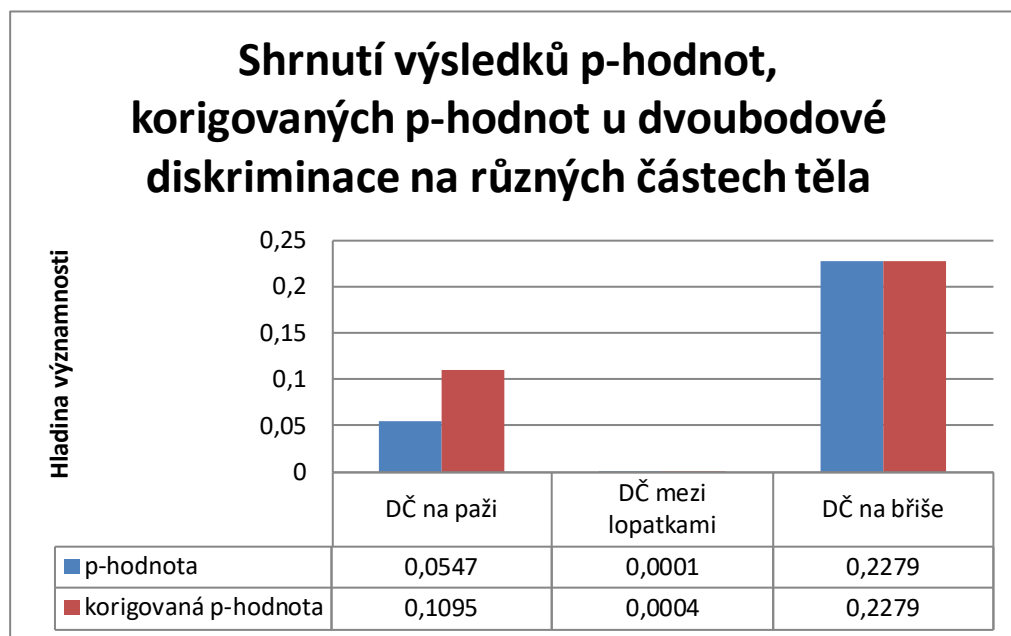
Na grafu 4 vidíme porovnání průměrných hodnot dvoubodové diskriminace u experimentální a kontrolní skupiny a rozdíl mezi nimi v milimetrech.



GRAF 4: SHRUTÍ MĚŘENÍ DISKRIMINAČNÍCH ČITÍ

Na grafu 5 potom vidíme porovnání významnosti těchto rozdílů pomocí p-hodnot a korigovaných p-hodnot. Hodnoty

byly stanoveny testem rozdílu mezi skupinami, konkrétně jednostranným Wilcoxonovým testem.



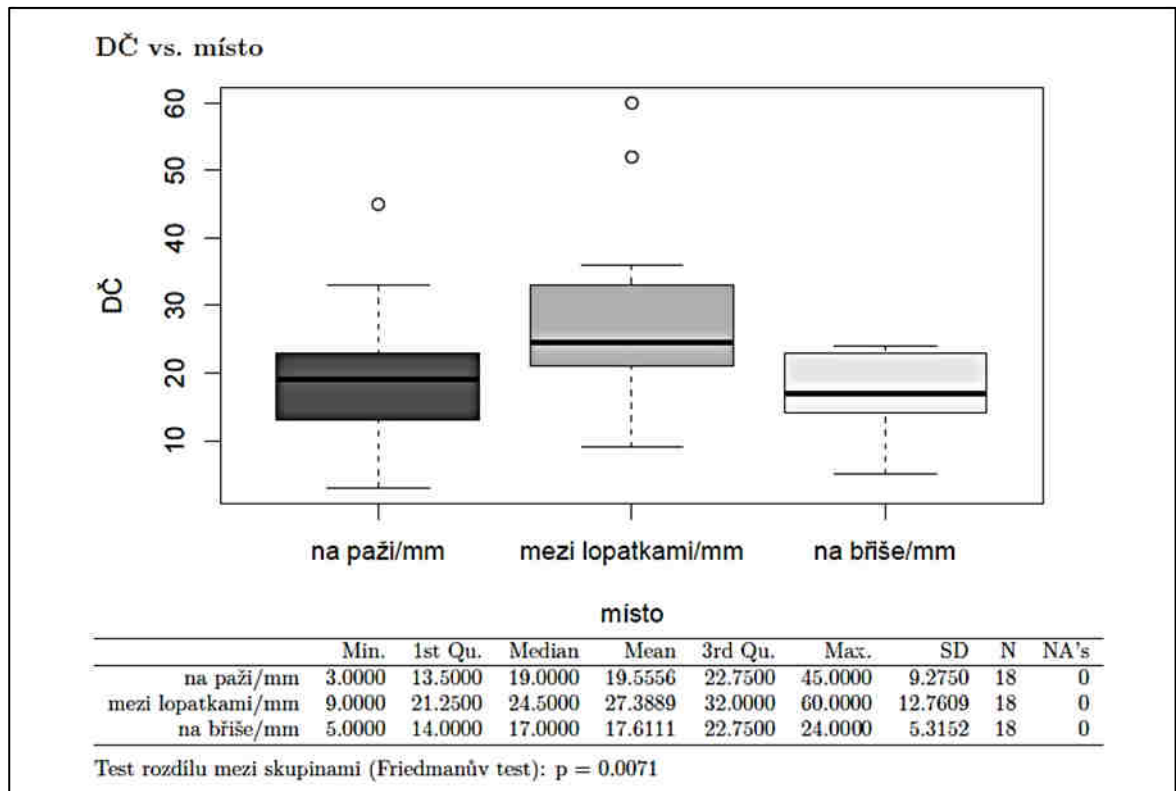
GRAF 5: SHRUTÍ DISKRIMINAČNÍHO ČITÍ

Změna dvoubodové diskriminace vzhledem k lokalitě měření

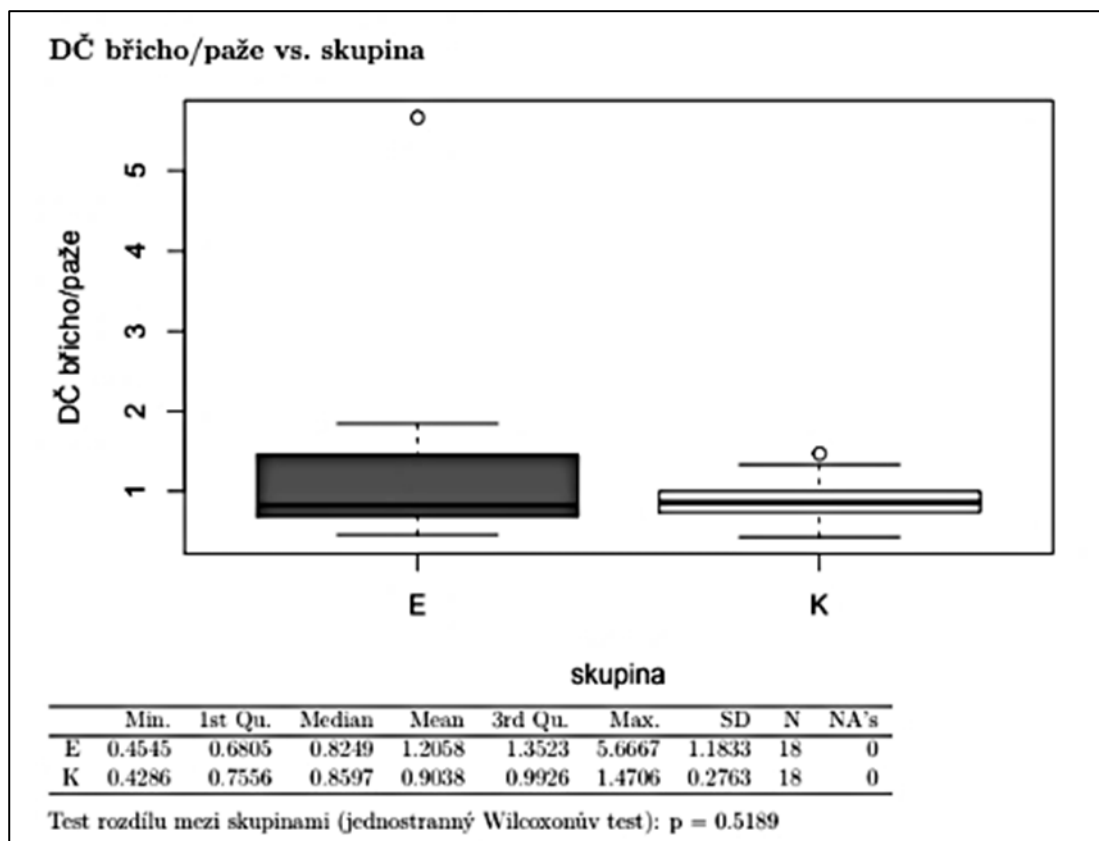
Práh dvoubodové diskriminace se mění v závislosti na místě měření, to jsme prokázali p-hodnotou, která je rovna 0,007, měřeno Friedmanovým testem. Tento statisticky významný výsledek je znázorněn na grafu 6. Na grafu 7 vidíme porovnání poměrů výsledků hodnot dvoubodové diskriminace na břicho vůči hodnotám dvoubodové diskriminace na paži u experimentální i kontrolní skupiny.

Tímto měřením jsme zjišťovali vztah mezi negativním subjektivním vztahem k určité části těla oproti kontrolní části těla, ke které byl subjektivní vztah fyziologický. Experimentální skupina projevila subjektivně negativní vztah k břišní oblasti, avšak souvislost mezi tímto negativním vztahem a změnou diskriminačního čítí nebyla statisticky prokázána na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ s p-hodnotou $p = 0,017$. K vyhodnocení jsme použili test rozdílu mezi skupinami, jednostranný Wilcoxonův test.





GRAF 6: DISKRIMINAČNÍ ČITÍ V ZÁVISLOSTI NA LOKALITĚ



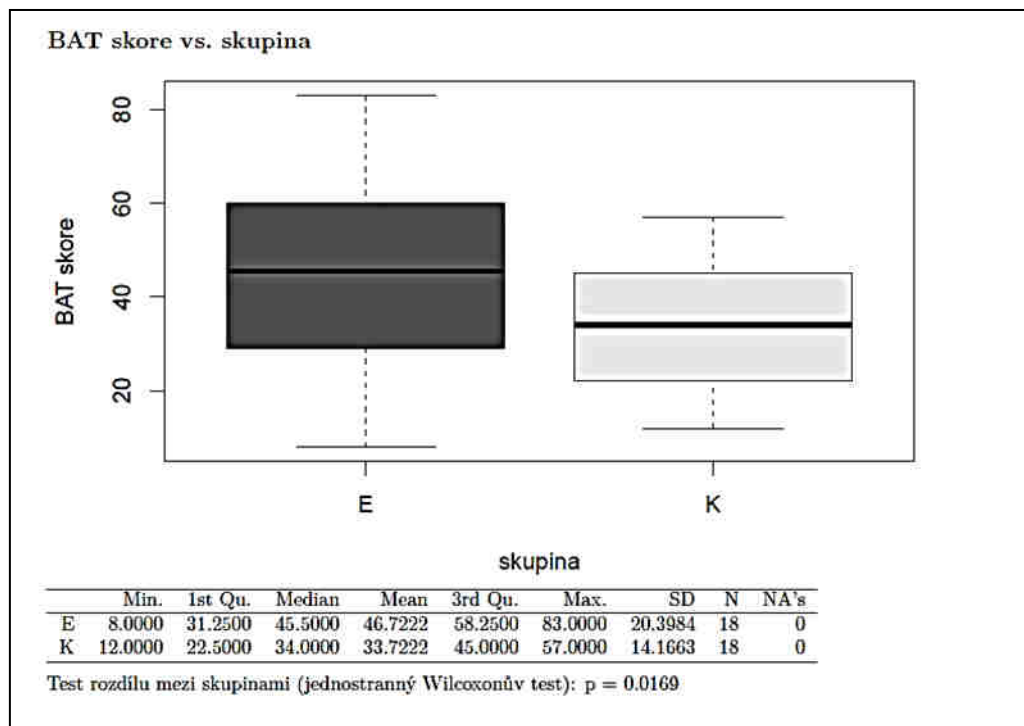
GRAF 7: DISKRIMINAČNÍ ČITÍ VZHEDEM K SUBJEKTIVNÍMU VZTAHU K MÍSTU MĚŘENÍ



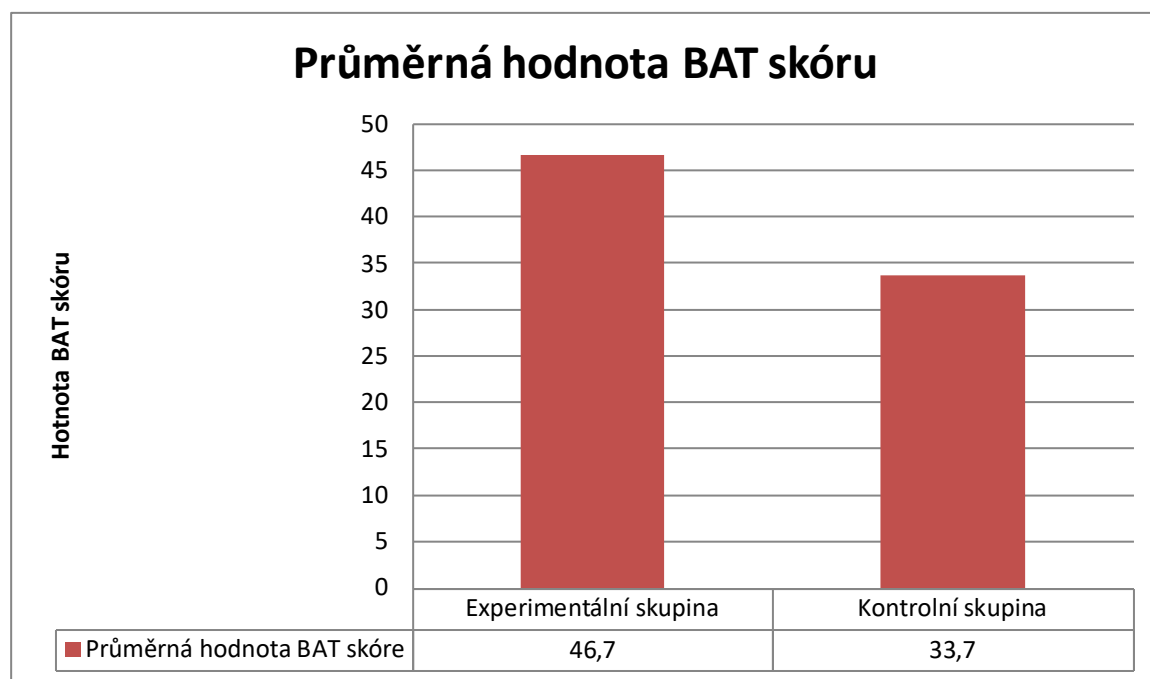
Sebepojetí

Experimentální skupina dosahovala vyššího skóru v BAT testu (průměrná hodnota skóru $46,7 \pm 4,95$) než skupina kontrolní (průměrná hodnota skóru $33,7 \pm 10,6$). Tento rozdíl je statisticky

významný na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ s p-hodnotou $p=0,017$. Hodnoty byly vyhodnocovány testem rozdílu mezi skupinami jednostranným Wilcoxonovým testem. Porovnat zjištěné výsledky u obou skupin můžeme na grafech 8 a 9.



GRAF 8: HODNOTY BAT SKÓRU

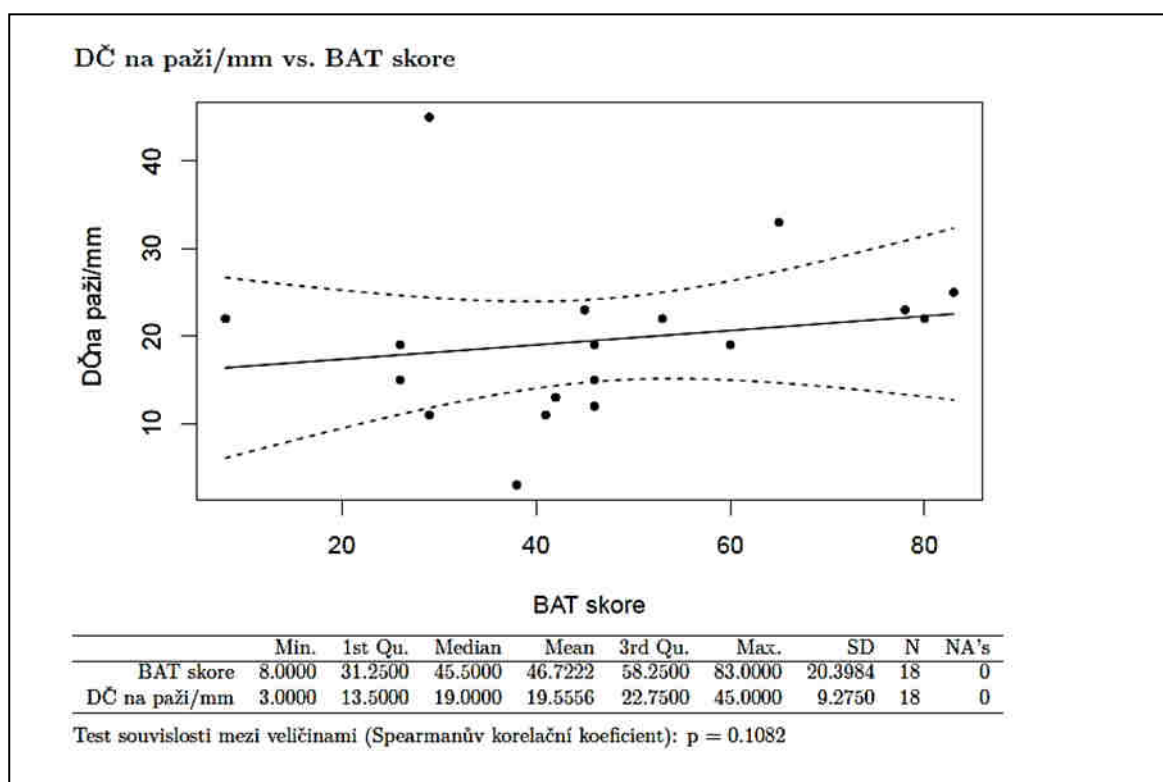


GRAF 9: PRŮMĚRNÁ HODNOTA DOSAŽENA V BAT DOTAZNÍKU U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY

Korelace mezi diskriminačním čítím a sebezpetím

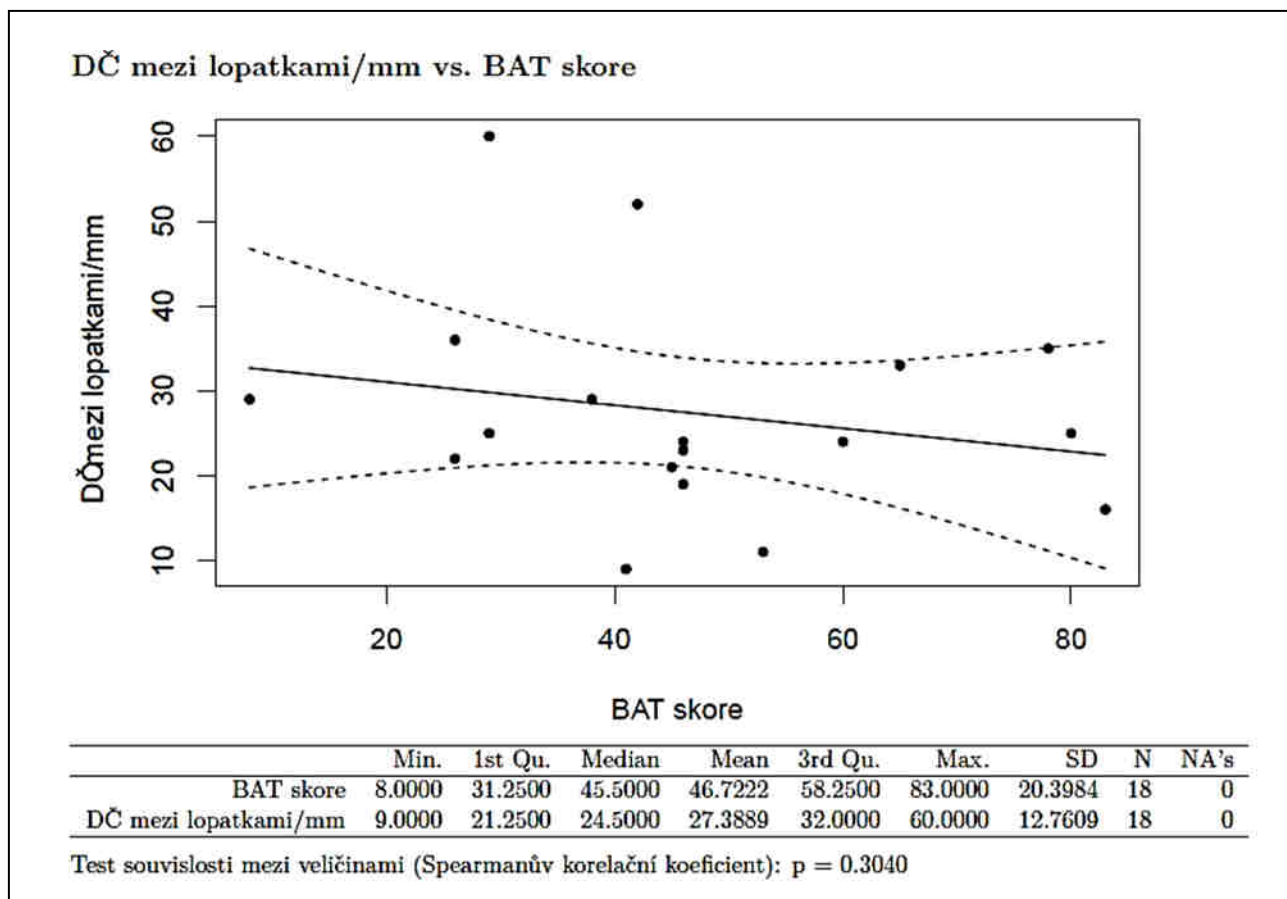
Korelaci mezi dosaženou hodnotou dvoubodové diskriminace a mezi hodnotou skóru v BAT dotazníku jsme hodnotili testem souvislosti mezi veličinami,

Spearmanovým korelačním koeficientem. Zhoršená modalita dvoubodové diskriminace v souvislosti s vyšší nespokojeností s vlastním tělem (vyšším skóru v BAT dotazníku) nebyla zjištěna na statisticky významné úrovni.



GRAF 10: HODNOTY DVOUBODOVÉ DISKRIMINACE NA PAŽI V ZÁVISLOSTI NA SKÓRU V BAT DOTAZNÍKU



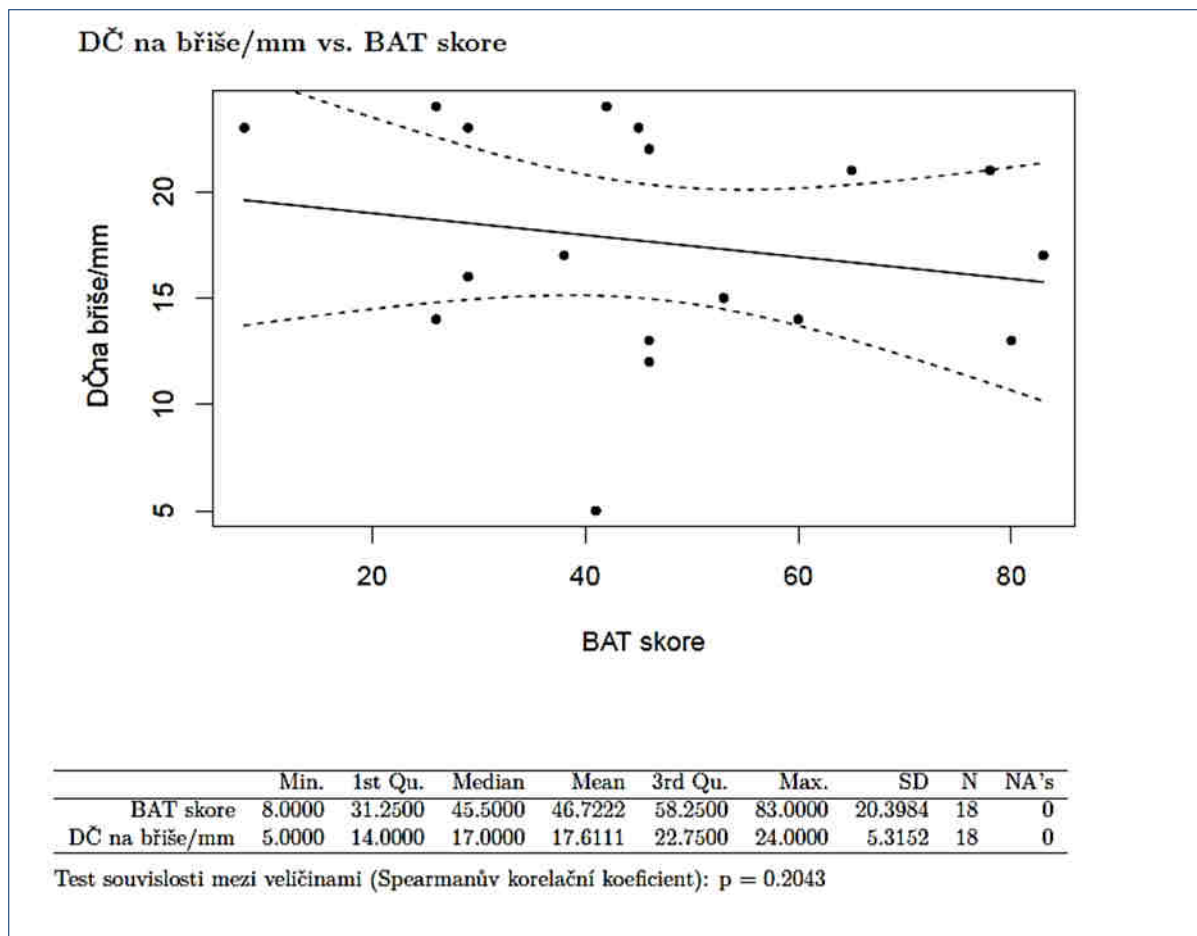


GRAF 11: HODNOTY DVOUBODOVÉ DISKRIMINACE MEZI LOPATKAMI V ZÁVISLOSTI NA SKÓRU V BAT DOTAZNÍKU

Korelace mezi hodnotou skóru v BAT dotazníku a dvoubodové diskriminace na paži dosahovala hodnoty $p = 0,108$, v mezilopatkové oblasti hodnoty $p = 0,304$ a na bříše hodnoty $p = 0,204$. Jednotlivě

vidíme výsledek pro paži na grafu 10, pro mezilopatkovou oblast na grafu 11, pro bříšní oblast na grafu 12. Shrnutí p-hodnot nabízíme v grafu 13.





GRAF 12: HODNOTY DVOUBODOVÉ DISKRIMINACE NA BŘÍŠE V ZÁVISLOSTI NA SKÓRU V BAT DOTAZNÍKU

Shrnutí

	p-value	adjusted p-value
DČ na paži/mm vs. BAT skóre	0.1082	0.3245
DČ mezi lopatkami/mm vs. BAT skóre	0.3040	0.4086
DČ na bříše/mm vs. BAT skóre	0.2043	0.4086

GRAF 13: SHRUTÍ HLADINY VÝZNAMNOSTI POMĚŘŮ DVOUBODOVÉ DISKRIMINACE A HODNOT BAT SKÓRU

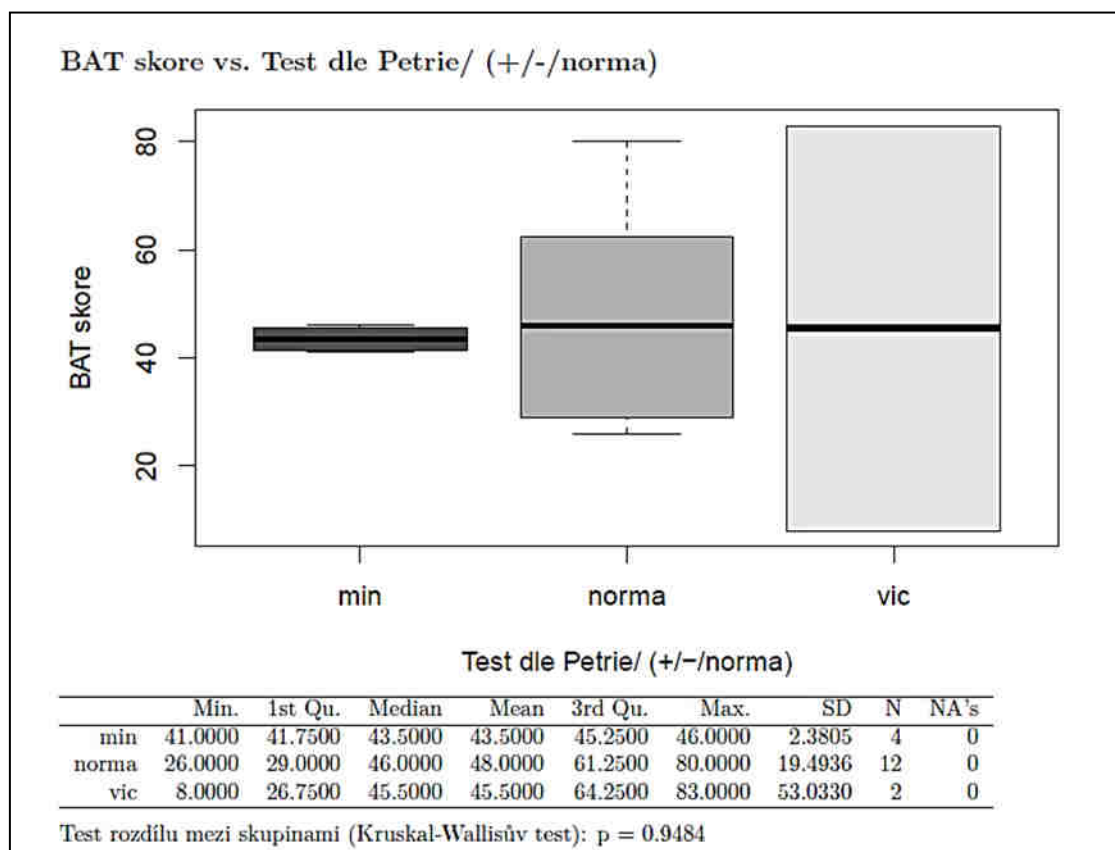


Vyhodnocování senzoričkových podnětů

Testováno dle Petrie. Měření schopnosti vyhodnocovat senzoričkové podněty testem dle Petrie prokázalo, že probandky experimentální skupiny v 67 % vyhodnocují podnět adekvátně, v 22 % podhodnocují a v 11 % podnět nadhodnocují. Kontrolní skupina prokázala 50 % schopnost vyhodnocovat podněty adekvátně, zatímco 50 % probandek z kontrolní skupiny vjem podhodnocovalo.

Vztah mezi diskriminačním čítím a sebepojetím

Závislost mezi hodnotou dosaženou v BAT skóru a schopností vyhodnotit senzoričkové podněty jsme vyhodnocovali testem rozdílu mezi skupinami, Kruskal-Wallisovým testem. Zjištěná p-hodnota byla $p = 0,948$, tedy na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nebyl výsledek statisticky významný.



GRAF 14: ZÁVISLOST MEZI HODNOTOU BAT SKÓRU A VÝSLEDKEM SCHOPNOSTI VYHODNOCOVAT SENZORIČKÉ PODNĚTY V TESTU DLE PETRIE

Vyhodnocení hypotéz

H01: *Modalita dvoubodové diskriminace se u adolescentních pacientek hospitalizovaných s mentální anorexií nebude signifikantně lišit od kontrolní skupiny.*

HA1: *Modalita dvoubodové diskriminace se u adolescentních pacientek*

hospitalizovaných s mentální anorexií bude signifikantně lišit od kontrolní skupiny.

Neprokázali jsme, že probandky v experimentální skupině dosahují vyššího prahu dvoubodové diskriminace globálně. Nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu pro měření prahu dvoubodové



diskriminace na paži a na břiše. Nulovou hypotézu zamítáme pro měření v oblasti mezi lopatkami, kde experimentální skupina prokazuje nižší hodnoty prahu dvoubodové diskriminace s p-hodnoty $p=0,0001$. Při měření prahu dvoubodové diskriminace na předloktí jsme se přiblížili kritické hodnotě s p-value $p=0,055$. Odlišnou modalitu dvoubodové diskriminace v oblasti břicha nemůžeme prokázat z důvodu dosažení p-hodnoty $p=0,228$.

HO2: Modalita dvoubodové diskriminace se nebude signifikantně lišit na různých částech těla.

HA2: Modalita dvoubodové diskriminace bude signifikantně vyšší na částech těla, které probandky subjektivně vnímají jako tlustší.

Vzhledem k zjištěné p-hodnotě $p=0,007$ zamítáme hypotézu HO2 na hladině spolehlivosti $\alpha = 5 \%$. P-hodnota korelace mezi negativním subjektivním vztahem k určité části těla oproti části těla, ke které byl subjektivní vztah fyziologický, je $p=0,519$. Na hladině spolehlivosti $\alpha = 5 \%$ se nejedná o signifikantní výsledek. Probandky nevykazovaly vyšší práh dvoubodové diskriminace na místech, které subjektivně hodnotily jako tlustší.

HO3: Pacientky s MA budou skórovat stejnými hodnotami v BAT dotazníku jako kontrolní skupina.

HA3: Pacientky s MA budou skórovat signifikantně vyššími hodnotami v BAT dotazníku v porovnání s kontrolní skupinou.

Zjištěná p-hodnota hypotézy je $p=0,017$ na hladině spolehlivosti $\alpha = 5 \%$. Tedy zamítáme hypotézu HO3 ve prospěch hypotézy HA3, probandky skórovaly signifikantně vyššími hodnotami v BAT dotazníku.

HO4: Hodnota skóru v BAT dotazníku pacientek s MA je přímo úměrná modalitě dvoubodové diskriminace.

HA4: Čím vyšší bude skór pacientek s MA v BAT dotazníku, tím horší bude mít modalitu dvoubodové diskriminace.

Ani pro jednu oblast nedosahovala p-hodnota kritické hodnoty (paže: $p=1,108$, mezilopatková oblast $p=0,304$, břicho $p=0,204$). Na hladině spolehlivosti $\alpha = 5 \%$ tedy nemůžeme vyvrátit hypotézu, že by hodnota skóru v BAT dotazníku přímo korelovala s modalitou dvoubodové diskriminace.

HO5: Pacientky s MA budou v somatognostické schopnosti vyhodnotit senzorní podněty v testu dle Petrie uvádět adekvátní ujem.

HA5: Pacientky s MA budou v somatognostické schopnosti vyhodnotit senzorní podněty v testu dle Petrie ujem nadhodnocovat.

Zjištěná p-hodnota pro hypotézu H5 je $p=0,825$. Na hladině spolehlivosti $\alpha = 5 \%$ tedy nemůžeme hypotézu HO5 vyvrátit. Probandky vyhodnocovaly podnět adekvátně v 67 % případů, v 22 % případů podnět podhodnocují a v 11 % nadhodnocují.

HO6: Korelace mezi skórem v BAT dotazníku a hodnocením senzorních vjemů v testu dle Petrie je statisticky bezvýznamná.

HA6: Čím vyšší bude skór pacientky s MA v BAT dotazníku, tím více bude nadhodnocovat senzorní vjemy v testu dle Petrie.

P-hodnota korelace vyšla $p=0,948$. Na hladině spolehlivosti $\alpha = 5 \%$ tedy nemůžeme hypotézu HO6 vyvrátit. Nepotvrdili jsme korelaci mezi vyšší skóru v BAT



dotazníku a nadhodnocováním vjemů v testu dle Petrie.

HO7: Práh dvoubodové diskriminace vzhledem k subjektivnímu vnímání dané části těla bude vždy stejný.

HA7: Práh dvoubodové diskriminace bude na negativně vnímané části těla vyšší.

DISKUSE A ZÁVĚR

Panuje všeobecná shoda nad tím, že incidence pacientů s mentální anorexií se snižuje, avšak obraz typické pacientky s mentální anorexií se mění (Krch, 2005). Průměrný věk počátku onemocnění se přesouvá do nižších let (Tichá a kol., 2016; Papežová, 2015), zvyšuje se riziko chronizace onemocnění s průměrnou délkou 5 let (Němečková, 2007). Zvyšuje se výskyt depresí u těchto pacientů, pozorujeme ji až v 60–95 % případů (Theiner, 2011), stejně jako výskyt sebevražedných sklónů, který pozorujeme u 3–20 % pacientek (Koutek a kol., 2016). Úmrtnost pacientek dosahuje až 20 % při dlouhodobém pozorování (Němečková, 2007). To vše dohromady spolu s tím, že jde o třetí nejčastější chronické onemocnění u mladých dívek, nutně vyžaduje hledání nových přístupů v léčbě, k čemuž by mohly napomoci nové poznatky o neurofyziologickém podkladu onemocnění.

Pro pacientky s MA je typická distorze body image a negativní vztah sám k sobě, což jsme v naší práci potvrdili i my. Pacientky dosahovaly statisticky signifikantně vyššího skóru v BAT dotazníku v porovnání s kontrolní skupinou na hladině významnosti $\alpha=5\%$ s p-hodnotou $p=0,017$. Zvýšený skór BAT dotazníku u pacientek s MA potvrzuje většina studií (Kashima a kol., 2003; Probst a kol. 1997; Brytek-Matera & Probst, 2014).

P-hodnota korelace mezi negativním subjektivním vztahem k určité části těla oproti části těla, ke které byl subjektivní vztah fyziologický, je $p=0,519$. Tedy na hladině spolehlivosti $\alpha=5\%$ nejde o signifikantní výsledek. Nepotvrdili jsme, že by se práh dvoubodové diskriminace lišil na místech, ke kterým mají pacientky s MA negativní vztah, v našem testování na bříše.

Tento aspekt má pravděpodobně svůj korelát ve změně aktivace mozkové kůry. Výsledky studií poukazují na změnu v aktivaci parietálního a prefrontálního laloku. Byla pozorována snížená aktivace u pacientek s MA v této oblasti, kde se fyziologicky podporuje mentální reprezentace sama sebe (Gaudio a kol., 2012).

Na nesprávnou integraci vizuálně-taktilních a vizuálně proprioceptivních podnětů poukazují Guardia, Keizer, Yamamotová s Papežovou (Guardia a kol. 2012; Keizer a kol., 2012; Yamamotová & Papežová, 2002). Keizer a kol. ve své práci představují výsledky dokazující změněnou schopnost zpracování diskriminačního čítí u pacientek s MA. Pacientky dosahovaly vyššího prahu dvoubodové diskriminace oproti kontrolní skupině. To bylo zdůvodněno abnormalitou v taktilní percepci a zhoršenou funkcí zpracovat somatosenzorické podněty na všech úrovních. Autor poukazuje na to, že zvýšený práh dvoubodové diskriminace může být znázorněním patologické tělesné reprezentace (Keizer a kol., 2012). Tuto skutečnost jsme v naší práci nepotvrdili. Oproti tomu jsme potvrdili statisticky významné snížení prahu dvoubodové diskriminace v oblasti mezi lopatkami. Snížený práh dvoubodové diskriminace jsme pozorovali i u lokality paže s p-hodnotou $p=0,055$, blížíci se statisticky významné hodnotě a hladině významnosti $\alpha=5\%$.



Rozdílného výsledku od Keizera a kol. mohlo být dosaženo z důvodu odlišnosti v metodice. Keizera kol. měřili dvoubodovou diskriminací na stejných lokalitách jako my – taktéž na paži a na břicho (my jsme ještě přidali mezilopatkovou oblast). Rozdíl byl v příkládání esteziometru. Keizera kol. postupovali descendentní metodou, konkrétně příkládali esteziometr z nastavené hodnoty 43 mm u břicha a 33 mm u paže a od toho postupně tzv. „one up two down staircase“ metodou ubírali na rozponu (Keizer a kol., 2012). Jde o podtyp tzv. „up down staircase“ metody, kterou jsme použili i my. V příkládání esteziometru jsme postupovali ascendentně. Od nulového rozponu k dosažení prvního vjemu dvou bodů, ascendentní metodou, inspirování diplomovou prací Homolky (Homolka, 2010).

Vyvstává zde otázka, proč se skutečnost změněné dvoubodové diskriminace prokázala pouze na oblasti mezi lopatkami. Mezi lopatkami jsme snížený práh dvoubodové diskriminace prokázali s p-hodnotou $p=0,0001$ na hladině významnosti $\alpha=5\%$. Jistě existuje více teorií, jak si tento fenomén vysvětlit. Dle více autorů jde o „psychosomatickou“ oblast. Sami jsme oblast mezi lopatkami vybrali jako možnou lokalitu tělesné projekce emočního stavu. Ze somatického hlediska u pacientek s MA vidáme zhoršený dechový vzor, výrazné navýšení svalového napětí, vadné držení těla, úzkostné dýchání a vysoké svalové napětí v této oblasti, inspirační postavení hrudníku (což úzce souvisí právě s jejich emočním stavem). Domníváme se, že tyto fenomény se mohou podílet na odlišném vnímání této části těla.

Co se týká testu dle Petrie, naše tři lokality měření dvoubodové diskriminace se nacházely v odlišných dermatomech, které jistě hrají roli v absolutních hodnotách prahu dvoubodové diskriminace.

Zůstává otázkou, zda se vůbec dají tyto prahy porovnávat, jako jsme to udělali my po vzoru Keizera (Keizer a kol., 2012), zda není potřeba znát přesné poměry a vzorce, kvocienty, aby se tato porovnání dala dělat. Toto jsme v našich hypotézách nebrali v úvahu.

Keizer dále podtrhuje odlišnost tělesné reprezentace pacientů s MA, což jsme komentovali výše (Keizer a kol., 2012). Jistotou výpovědní hodnotu o tělesném schématu a zároveň výpověď o stereognostické funkci přináší test dle Petrie (Žáková, 2013; Křikavová, 2010). Dle publikované literatury jsme předjímalí, že pacientky s MA, které své tělesné proporce nadhodnocují, budou nadhodnocovat i v testu dle Petrie. Dedukcí nás k této úvaze vedlo i tvrzení Véleho (Véle, 2006), že nadhodnocující jedinci mají tendenci věci přehánět, stejně jako tendenci cvičit k přetížení a svoje tělo vnímají se zvýšenou pozorností, což jsou typické znaky pro pacientky s MA. Tento fenomén potvrdila Žáková (Žáková, 2013) ve své práci, ve které 75 % pacientek s MA vykazovalo nadhodnocování v testu dle Petrie. Avšak počet probandek v její práci byl velice nízký, a proto není tento výsledek signifikantně významný. My jsme v naší práci tuto skutečnost taktéž nepotvrdili. Pacientky s MA vyhodnocovaly senzorní podněty adekvátně v 67 % oproti kontrolní skupině, která toho byla schopná pouze v polovině případů. K nadhodnocování docházelo u experimentální skupiny pouze v 11 % případů, ve 22 % případů pacientky podnět podhodnocovaly. Souvislost mezi změnou vyhodnocování jsme tedy neprokázali na hladině významnosti $\alpha=5\%$ s p-hodnotou $p=0,825$. Zůstává otázkou, do jaké míry test dle Petrie skutečně testuje výše zmíněné parametry, zda je pro toto testování vhodný. Popřípadě zda u pacientů nemusí být patologie somatosenzorické



integrace informací ještě mnohem vyšší, aby se prokázala na testu dle Petrie.

Bylo prokázáno, že po opakovaném tréninku formou měření diskriminačního čítí se práh diskriminačního čítí znatelně snížil a zároveň byla prokázána změna tělesné reprezentace v somatosenzorické kůře (Lundborg & Rosen, 2004). Pokud by se tedy obdobný přístup používal v terapii a byla zvyšována pozornost na vlastní tělo v tomto směru, mohlo by to vést ke změně zpracování v somatosenzorické kůře a snad i následně k lepším výsledkům v celkové léčbě MA.

Fyzioterapie bývá často opomíjenou součástí léčby poruch příjmu potravy. Avšak znalost těla a těla v pohybu, přičemž

tělesnost je jedna z důležitých komponent onemocnění MA, je doména právě fyzioterapeuta, a proto může napomoci v komplexní léčbě tohoto onemocnění (Probst, 2013; Vancampfort a kol., 2014; Kolnes, 2012).

V následujících letech bychom rádi pokračovali ve výzkumu většího počtu adolescentních pacientek s mentální anorexií a výsledky porovnali s adekvátně velkou kontrolní skupinou. Dále bychom rádi změřili dvoubodovou diskriminaci i u dospělých pacientek s mentální anorexií a obdobně porovnali s kontrolní skupinou. Ideálně bychom tímto výzkumem mohli porovnat vývoj onemocnění a případný vývoj neurofyziologických aspektů u těchto pacientů.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ADAMCZYK, W. a kol. The point-to-point test: A new diagnostic tool for measuring lumbar tactile acuity? Inter and intra-examiner reliability study of pain-free subjects. *Manual therapy*. 2016. 22: 220–226.
2. BRUCH, H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*. 1962. 24.2: 187–194.
3. BRYTEK-MATERA, A., PROBST, M. Psychometric properties of the Polish version of the Body Attitude Test. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2014. 1: 39–46.
4. CASHIN, A. G., MCAULEY, J. H. Measuring two-point discrimination threshold with a caliper. *Journal of physiotherapy*. 2017. 63.3: 186.
5. de VIGNEMONT, F. Body schema and body image-Pros and cons. *Neuropsychologia*. 2010. 48(3):669–80.
6. EHRSSON, H. a kol. Neural substrate of body size: illusory feeling of shrinking of the waist. *PLoS biology*. 2005. 3.12: e412.
7. GAUDIO, S., QUATTROCCHI, C. C. Neural basis of a multidimensional model of body image distortion in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2012. 36.8: 1839–1847.
8. GAUDIO, S., BROOKS, S.J., RIVA, G. Nonvisual multisensory impairment of body perception in anorexia nervosa: a systematic review of neuropsychological studies. *PLoS one*. 2014. 9.10: e110087.
9. GUARDIA, D. a kol. Imagining one's own and someone else's body actions: dissociation in anorexia nervosa. *PLoS one*. 2012. 7.8: e43241.
10. HOMOLKA, P. Lokální změna diskriminačního čítí nad myofasciálním trigger pointem. 2010.



11. KASHIMA, A. a kol. Japanese version of the Body Attitude Test: Its reliability and validity. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2003. 57.5: 511–516.
12. KEIZER, A. a kol. Aberrant somatosensory perception in Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*. 2012. 200.2-3: 530–537.
13. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
14. KOLNES, L. J. Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2012, 16.3: 281–288.
15. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., DUDOVA, I. Suicidal behavior and self-harm v girls with eating disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016. 12: 787.
16. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
17. KŘIKAVOVÁ, A. Somatognostické funkce a prostorová paměť u pacientů s FBSS. 2011. Diplomová práce. 2. LF UK v Praze.
18. LATZER, Y., HOCHDORF, Z. Dying to bethin: attachment to death in anorexia nervosa. *Scientific World Journal*. 2005. 5:820–7.
19. LAUTENBACHER, S., PAULS, A. M., STRIAN, F., PIRKE, K. M., KRIEG, J. C. Pain sensitivity v anorexia nervosa and bulimia nervosa. *BiolPsychiat*. 1991. 29: 1073–1078.
20. LAWLER, M., NIXON, E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of youth and adolescence*. 2011. 40.1: 59–71.
21. LÉBLOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy: Vztah k imaginaci a závislosti na poli. *E-psychologie*. 2010. 4.3.
22. LENZENWEGER, M. F. Two-point discrimination thresholds and schizotypy: illuminating a somatosensory dysfunction. *Schizophrenia research*. 2000. 42.2: 111–124.
23. LEPŠÍKOVÁ, M., ČECH, Z., KOLÁŘ, P. Změny somatognozie v klinickém obraze chronických bolestivých poruch pohybového aparátu. *Medicína po promoci*. 2013. 14(2).
24. LUEDTKE, K. a kol. Upper cervical two-point discrimination thresholds in migraine patients and headache-free controls. *The journal of headache and pain*. 2018, 19.1: 47.
25. LUNDBORG, G., ROSEN, B. The two-point discrimination test–time for a re-appraisal? *Journal of Hand Surgery*. 2004. 29.5: 418–422.
26. NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. 2007. 4: 156–158.
27. PAPEŽOVÁ, H. Poruchy příjmu potravy, vývoj epidemiologie, výzkumu a terapie. Co očekáváme od reformy psychiatrické péče? *Čes a slov Psychiat*. 2015. 111(1): 5–6
28. PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
29. PAULINYOVÁ, M., ŠUBA, J., HRADEČNÁ, Z. Poruchy příjmu potravy z pohledu pedopsychiatra. *Czecho-Slovak Pediatrics / Česko-Slovenská Pediatrie*. 2011. 66.3.
30. PITRON, V., de VIGNEMONT, F. Beyond differences between the body schema and the body image: insights from body hallucinations. *ConsciousCogn*, 2017;

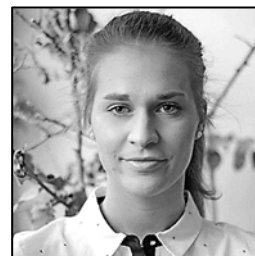


- 53(February):115–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.con-cog.2017.06.006>
31. PROBST, M. a kol. Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*. 2013. 1.3: 224–238.
 32. PROBST, M. a kol. The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders*. 1995. 3.2: 133–144.
 33. PROBST, M., VAN COPPENOLLE, H., VANDEREYCKEN, W. Further experience with the body attitude test. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 1997. 2.2: 100–104.
 34. THEINER, M.P. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatr. Praxi*, 2011; 12(3):105–7.
 35. TICHÁ, L., a kol. Porucha kostného metabolismu při mentálnej anorexii. *Czecho-Slovak Pediatrics / Česko-Slovenská Pediatrie*. 2016, 71.
 36. TOBIN, D. L., MOLTENI, A.L., ELIN, M.R. Early trauma, dissociation, and late onset v the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1995, 17.3: 305–308.
 37. VANCAMPFORT, D. a kol. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and rehabilitation*. 2014. 36.8: 628–634.
 38. VAŠINA, L., VYCHODILOVÁ, Z. Tělesné sebepojetí a somatická psychoterapie-sanoterapie. 2002.
 39. VÉLE, F. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Vyd. 2., Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9.
 40. VÉLE, F. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyziologie: příručka pro terapeutu pracující v neuror rehabilitaci*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-608-1.
 41. YAMAMOTOVA, A. a kol. Dissatisfaction with own body makes patients with eating disorders more sensitive to pain. *Journal of pain research*. 2017, 10: 1667.
 42. YAMAMOTOVÁ, A., PAPEŽOVÁ, H. Neurobiologické mechanismy disociace, bolesti a vnímání vlastního těla. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, 5: 213–218.
 43. ŽÁKOVÁ, H. Kinezioterapie v léčbě jedinců s poruchami příjmu potravy. 2013. Diplomová práce. FTVS UK v Praze

Do redakce přišlo 17. 8. 2019
 K tisku zařazeno po recenzi 25. 11. 2019
 Konflikt zájmů není znám.

AUTORKY: Mgr. Gabriela Kočí, absolventka mgr. studia fyzioterapie na 2. LF UK, v Praze, specializuje se na fyzioterapii v pediatrii a v neurologii. Momentální působiště: Greater Regional Hospital in Accra, Ghana
 Kontakt: koci.gabriela@gmail.com

Doc. PhDr. Daniela Stackeová, PhD.
 VŠTVS Palestra spol. s r.o.
 Pilská 9, 198 00 Praha 14 – Hostavice
stackeova@volny.cz



REFLEXE



RADKIN HONZÁK: NĚKOLIK POZNÁMEK KE SPIRITUALITĚ

Jestliže se k biopsychosociální koncepci značná část našich kolegů staví jako spolek nahluchlých, pokud jde o spirituální dimenzi, setkáváme se v diskusi o ní s rozsáhlou množinou hluchoslepých. Je to zčásti způsobeno tím, že pro řadu problémů z této oblasti nemáme jiný slovník než církevní. Sycení duchovních potřeb sice může probíhat i v jiných kontextech než církevních, ale tyto systémy měly dlouho téměř monopol a zapšklá česká nátura, stavějící se trucovitě vůči jakékoliv rozumné autoritě, pojem duchovní směšuje s karikaturami tlustých prelátů z Rudého práva (a dobře, že jim všechno sebrali!) a s papežem. Sice přesně neví s kterým, ale to je jedno, hlavně s tím, který prodával odpustky a nám upálil Mistra Jana Husa a na tom s tvrdošíjností hodnou lepších věcí neochvějně trvá.

Antiklerikální postoje a pubertácky chlubné výkřiky o tom, jak ateistický národ jsme, jsou v těsné souvislosti s

tragickou skutečností, že spirituální potřeby této společnosti jsou naplňovány špiritusem, jehož spotřeba je největší v Evropě, o trávě ani nemluvě. Na druhé straně někteří současní představitelé církví u nás dělají všechno, aby křesťanství ještě více zdiskreditovali, například vozí své tlusté zadky ve zlatém kočáře a přihrávají nejvyšším státním činitelům v téměř programové devastaci duchovních hodnot. Církev bohužel naprosto prošustrovaly šance, které po listopadu 1989 dostaly, ve veřejném prostoru zbylo jen nemnoho jejich zástupců, kteří jsou věrohodní!

Je ale také dluh na naší straně; jednak tuto oblast málo propagujeme, jednak jsem se neseťkal se slušnou srozumitelnou a nezjednodušující definicí, která by mohla dospět k uchu našich kolegů. Jak uvádí Zdeněk Neubauer, lépe než o náboženství, by bylo rozumné mluvit – jako to činí většina evropských jazyků – o



religiozitě. Náboženství implicitně v sobě skrývá boha nebo bohy, zatímco religiozita – re + legere – znovu svazuje a provazuje člověka se světem i s vesmírem. Nemusí se tedy vztahovat k žádným bohům, ať už v církevním nebo ve folklorním pojetí. Spiritualita je pak cosi, co dává člověku jednak potvrzení jeho existence, smyslu a trvání zde, jednak zkušenost transcendence, přesahu a pocitu jednoty směrem k něčemu vyššímu a dokonalejšímu, trochu ve smyslu instinktivně vnímané teorie systémů. Jsem si jist, že nejsme sami, kdo si je vědom své spirituální dimenze, určitě ji s námi sdílí šimpanzi se svými „posvátnými stromy“ a rituály kolem nich a nepochybně sloni vědomí si své smrtelnosti.

Newberg a Waldman v zajímavé publikaci *How God changes your brain* uvádějí: „Není úkolem neurověd zjišťovat, zda Bůh existuje nebo ne. Co ale můžeme odpovědně říci, je, že v lidském mozku má své místo. A záleží na každém, jakým bohem to místo zaplní, zda laskavým a milosrdným, nebo krvežíznivým a agresivním.“ Podíváme-li se do myšlenkového odkazu psychologie a psychiatrie minulého století, zjistíme, že víc než duchovním potřebám se naši psycho-velikáni věnovali náboženství jako takovému, tedy lidskému výtvaru, který na bázi spirituálních a duchovních potřeb vzniká na celém světě v nejrůznějších podobách. Podíváme-li se na přehled názorů, kterým je průměrně vzdělaný člověk vystaven, je z čeho vybírat.

William James viděl náboženství a jeho náplň jako „psychologické děje“, které nijak nehodnotil. Zato Sigmund Freud označil náboženství a víru za kolektivní neurózu. Jung upozornil na existenci archetypů jako součástí zdravé psychiky a náboženství viděl jako lidský výtvar na jejich základě různě dokonale vystavěný. Behavioristé Watson a Skinner označili náboženství za kontrolní chování.

Fromm je považoval za systém pomáhající orientaci a znovunavázání spojení se světem a jeho zhodnocení je dost podobné Newbergovu: „*The question is not religion or not, but which kind of religion.*“ Erik Erickson považoval víru za základní jistotu a naději umožňující přechod z jedné životní etapy do další. Frankl viděl v náboženství extenzi snahy hledat smysl, ale korunu všemu nasadil Dawkins, který prohlásil, že všichni věřící jsou psychicky nemocní a nenormální.

To je častá argumentace odpůrců a popíračů spirituality: čelní představitelé velkých hnutí trpěli temporální epilepsií: Mohamed, svatý Pavel, Jana z Arku a jejich zážitky se řadí do psychopatologie. To je možné, ale mezi trpícími temporální epilepsií je jen 5 % těch, kteří mají spirituální prožitky, a mezi zdravými lidmi se jich najde dost, kteří tyto prožitky mají a netrpí žádnou poruchou. Extáze se řadí v psychiatrii a psychologii mezi jevy, které nejsou hodnoceny jako patologické. Pacienti trpící schizofrenií nebyli nikdy tvůrci velkých hnutí a jejich religiózní psychopatologie je stejně druhotná jako psychopatologie erbovní, mimozemská či napoleonská. Další námitkou proti spiritualitě je násilí a vedení válek v jejím jménu – od křížáckých tažení, přes čarodějnické procesy, po Islámský stát. Je nutné zdůraznit, že to není podstatou spirituality a že zneužití některých myšlenek pro agresivní cíle se netýká jen duchovních hodnot. Žižka byl sadistický psychopat, který by byl vraždil pod jakýmkoliv praporem, duchovní osobností té doby je Petr Chelčický, na kterého ale nikdo v této souvislosti nevzpomene.

Rozdíl mezi patologií a projevem zdravé psychiky je možné sledovat v míře užitečnosti, kterou daný jev člověku přináší. Religiozita se v tomto dělení jeví jako pozitivní, zlepšující adaptaci, zdravotní stav i kvalitu života, k čemuž existují desítky klinických studií. Pocit sjednocení s



vyšším celkem s sebou nese zdravé umenšení našeho ega a rozšíření prosociálních postojů, jak prokazují zobrazovací metody využití během různých meditací a podobných rituálů. Pocit sounáležitosti ve spirituálně zaměřených společenstvích a sdílení vyšších etických hodnot přináší jednotlivcům pocity celkové harmonie, klidu a vnitřní radosti. Spiritualita ale zdaleka nemusí být organizovaná, aby poskytovala lidem toto dobro. V tomto kontextu se naléhavě nabízí otázka: Co je hudba? Zejména hudba společně sdílená?

V poslední své knize nazvané *Neurotheology* cituje Andrew Newberg zajímavou studii o vlivu víry na stav mozku. Osmítýdenní provozování Kirtan Kriya rituálu sa-ta-na-ma dvanáct minut denně mělo za následek zlepšení prokrvení frontálních laloků u starších osob, které se experimentu zúčastnily, protože si stěžovaly na zhoršení paměti. Zlepšené prokrvení bylo patrné nejen během rituálu, ale i v klidu, takže šlo o zlepšení stavu CNS. U kontrolní skupiny, která po stejnou dobu poslouchala Mozartovu hudbu, se tyhle příznivé změny neobjevily. Co je ale mnohem zajímavější, neobjevily se individuálně ani u těch členů aktivně cvičící skupiny, kteří na počátku uvedli, že tomu nevěří, a přitom cvičili poctivě jako ti ostatní. Autor z toho uzavírá, že růženec, který může v mnohém prospět věřícímu katolíkově, bude asi úplně k ničemu, ne-li ke škodě, pro pohana či mohamedána. Dáme-li tyto nesporné skutečnosti do souvislosti s účinky placebo, emotivitou (anticipace), Hawthorne efektem a vlivem autority, dostaneme zajímavý pohled na možné terapeutické působení mnoha faktorů.

Věřím, že spiritualita je účinnou pomocí pro svobodného člověka. Homo sapiens sapiens jako tvor sociální je ovládán mnoha instinkty charakteristickým pro sociální druhy. Jedním z nich je instinkt

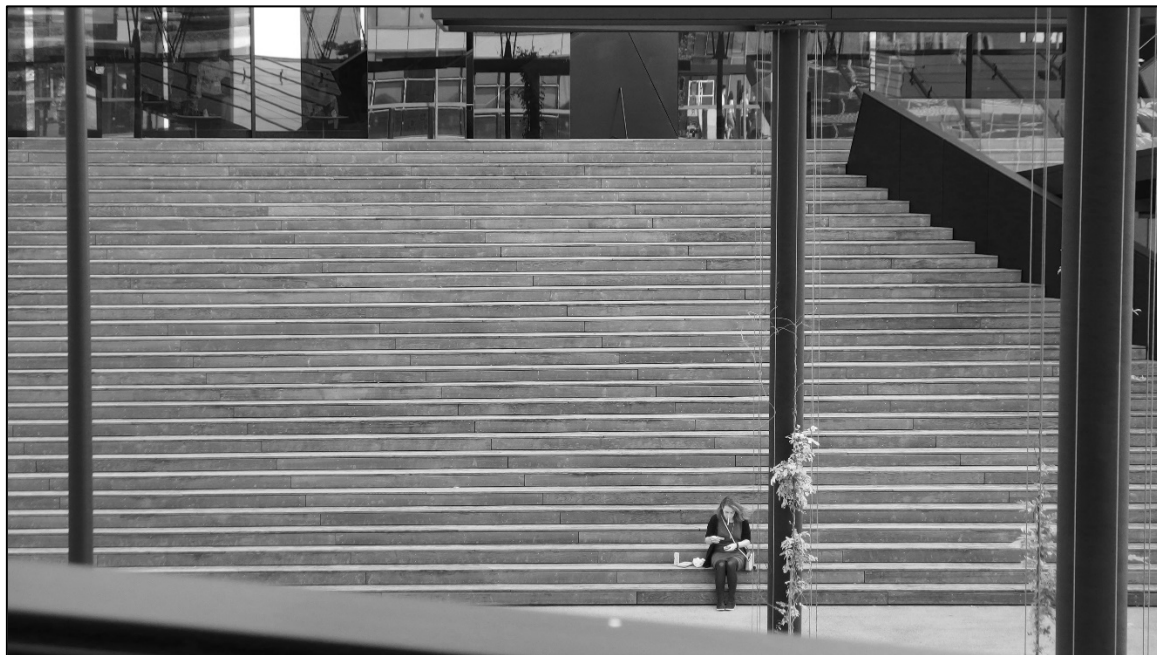
stádní, ochota následovat jakéhokoliv vůdce, instinkt, který je vlastní dvěma třetinám našich bližních, jak prokázal po celém světě replikovaný Milgramův pokus. S výjimkou Německa, kde těch poslušných bylo 80 %. Zbývající třetina neposlušných má na vybranou: přiklonit se k vůdci a riskovat ztrátu svobody a otroctví nebo zůstat samostatně a riskovat nejistotu. Může-li takový člověk říci s Antigonou: Jsou tu vyšší zákony než zákony lidské, může s vírou v ně a s úctou k nim vzdorovat nejružnějším nepřízním i rozmarům pozemských tyranů se subjektivním pocitem většího bezpečí a menšího stresu.

Na závěr mě napadá přirovnání vycházející z poznatku, že to, co sytí naše potřeby nemusí být viditelné našim očím, podobně jako vzduch nevidím, přesto se bez něj neobejdu. Pověstná londýnská mlha byla ve skutečnosti hustý smog, který nepropouštěl (neviditelné) ultrafialové paprsky, což biologicky mělo za následek sníženou tvorbu vitamínu D, důsledkem čehož v klinice byla nemoc zvaná křivice, které se tehdy říkalo anglická nemoc. Mám pocit, že amorální rozmlžování rozdílu mezi dobrem a zlem a většinová orientace na technologie namísto mezilidských vztahů, konzumní styl a hulvátské mravy, nedovoluje sycení duchovních potřeb u velké části našich bližních a že v důsledku toho naše společnost trpí jakousi morální křivicí. Když církev, které měly v péči tuto agendu, na ni evidentně nestačí a náhradní spolky se zamýšlenou duchovní orientací (např. zednáři, ateistické církve) neuspěly, je tu někdo, kdo by uměl nasytit ty, kteří navzdory hmotnému dostatku trpí, protože nevědí, že nevědí? Nebo nám bude dopřáno čekat na splnění Heideggerova prorockého výroku, že už jen nějaký bůh to může zachránit?

radkinh@seznam.cz 9. 7. 2019



VĚDA KRÁTCE



NOVINKY ZE SVĚTA VĚDY

(SCIDAILY) 19-6-19 AŽ 28-6-19 [HTTPS://WWW.SCIENCEDAILY.COM/](https://www.sciencedaily.com/)

Nabízíme čtenářům pokusně velmi stručné zprávy z vědy, jak je ze serveru Sci-Daily excerptoval Radkin Honzák. Není to jen proto, abychom ukázali, že vědecké výzkumy sledujeme, ale víme, že všichni máme málo času a výsledků vědeckých výzkumů je tolik! (Red.)

- Pro úspěšné udržení remise u pacientů se závažným psychickým onemocněním stačí jeden den v týdnu, kdy docházejí do nějakého zaměstnání.
- Léčebné použití marihuany v USA stoupá a současně klesá její nelegální prodej. To vše od roku 2014 tam, kde byla uvolněna pro léčebné účely.
- Když se u japonských břehů objeví ryby z hlubin, NEZNAMENÁ to blížící se zemětřesení.
- Mořské vydry mají velmi malou genetickou diverzitu, což je řadí mezi ohrožené druhy.



- Když holubi letí spolu, mávají rychleji křídly, a to o jedno mávnutí za sekundu navíc.
- Ženy po prodělané rakovině prsu jsou ve větším riziku kardiovaskulárních onemocnění.
- Ve frontálním mozku byl objeven nový neuronální okruh, který reguluje příjem potravy na základě čichových vjemů.
- Plod v děloze není úplně ve sterilním prostředí a další výzkumy ukazují přítomnost různých mikrobů v placentě.
- Archeologové zjišťují, jakým způsobem zásadní změny podnebí ovlivnily vývoj či úpadek civilizací v posledních 10 000 letech. Například v roce 536 po Kr. a dalších to byly tři výbuchy velkých sopek během deseti let, které vedly k poklesu evropské populace na polovinu a k hladomoru ve střední Americe.
- Protizánětlivé postupy při zátěžových situacích mají protektivní preventivní vliv na ochranu před nádorovým onemocněním.
- Více než 1000 lidí ročně zemře v epileptickém záchvatu náhlou smrtí (sudden unexpected death in epilepsy – SUDEP) zástavou dechu. Za tuto fatální komplikaci je odpovědná mutace jednoho genu, který je odpovědný za problémy na dvou funkčně nesouvisejících místech: jak za záchvaty (mozková kůra), tak za poškození dechového centra (mozkový kmen).
- Fenoly z kakaových slupek příznivě ovlivňují obezitu i inzulinovou rezistenci v experimentu na obézních myších,
- Aspirace a náročné cíle jsou chvályhodným motivačním faktorem, nedosažení cílů je frustrující a vyvolává stres. Nové studie ale ukazují, že podstatné není samo nedosažení cílů, ale zaměření se na tento aspekt s následným negativním sebehodnocením.
- Mořský slimák *Elysia rufescens* bojuje s predátory vypouštěním toxických chemikálií, které získává z konzumovaných řas. Tým zjistil, že tyto chemikálie jsou vyrobeny bakteriemi žijícími uvnitř řas, což zvyrazňuje překvapivou trojcestnou závislost mezi mořskými slimáky, řasami a bakteriemi.
- Psi během tisíciletí domestikace vyvinuli nové svaly kolem očí, aby lépe komunikovat s lidmi. Nový výzkum porovnávající anatomii a



chování psů a vlků naznačuje, že anatomie orbitálních svalů psů se v průběhu tisíciletí změnila, aby jim umožnila „psí pohled“ a s jeho pomocí lépe komunikovat s lidmi. Řekl bych spíš: lépe je ovládat.

- Výzkumníci objevili bakteriofágy, viry, které infikují bakterie a žijí v běžných domácnostech v kuchyňských houbách. Vzhledem k tomu, že hrozba antibiotické rezistence vzrůstá, bakteriofágy nebo fágy se mohou ukázat jako užitečné v boji proti bakteriím, které nemohou být zabity samotnými antibiotiky.
- Vědci objevili nový mechanismus bránící shromažďování beta amyloidu v nervových buňkách a bránící tak rozvoji Alzheimerovy demence (AD). Jde o proces související s „LC3-associated endocytosis or LANDO“ (=proces endofytózy, neboli pronikání zvenčí do buňky pomocí proteinu LC3). Malé imunitní buňky, mikroglie, pracují systémem podobným automatické myčce aut a jsou schopny z receptorů odstraňovat beta amyloid, který se na ně váže, tudý vniká do nervové buňky a ničí ji. Zatím je to ověřené na myším modelu AD.
- Nová studie naznačuje, že lidé přestávají se shromažďováním

důkazů mnohem dříve, když jsou data ve shodě s jejich požadovanými závěry, než když to podporuje závěry, které si nepřejí, a tedy považují informace za falešné.

- Výzkum naznačuje, že kojenecká výživa spočívající v podávání koziho mléka má podobné prebiotické vlastnosti jako mateřské mléko a mohla by hrát roli při podpoře zdravé funkce střev u kojenců.
- Fosilní krokodýlovití byli převážně vegetariáni, jak ukazuje stavba jejich zubů.
- Může káva být pomocníkem proti obezitě? Vědci zjistili, že pití kávy může stimulovat „hnědý tuk“, vlastní ochranu proti tuku, která by mohla být klíčem k řešení obezity a diabetu.
- Rozdíl v incidenci emočních poruch mezi ženami a muži je výrazný, ženy trpí úzkostmi, depresemi, vyhořením a dalšími poruchami přibližně dvakrát častěji než muži. Pokud by to chtěl někdo svádit na jejich sociální postavení, nebude to asi ten pravý důvod, protože také mezi hlodavci je reakce krysí samiček na stres výrazně větší než reakce samců¹. Také se u nich v dospělosti projevují více následky časného stresu

¹ Bourke CH, Neigh GN: Behavioral effects of chronic adolescent stress are sustained and

sexually dimorphic. *Horm Behav.* 2011 Jun;60(1):112-20



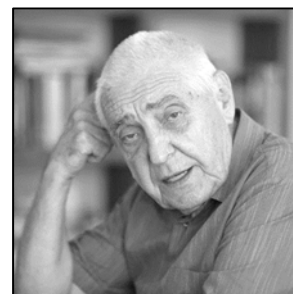
než u samců² Muži jsou obecně náchylnější k vývojovým poruchám včetně deficitu intelektu, poruchám autistického spektra a ADHD, zatímco ženy k poruchám depresivním a úzkostným. Je prokázáno, že expozice stresu působí na mozek žen také značně cestou aktivace sexuálních hormonů. Rozdíly jsou v tom, že ženy mají dva chromosomy X, zatímco muži X a Y³. Po prenatálním poškození plodu valproátem existuje odlišná odpověď po narození; myši mužského pohlaví mají více kortikosteronu než narozené samičky⁴. To je v dospělosti vyjádřeno určitou mírou sociálního deficitu u samců.

- Pokud jde o některé vitální (homeostatické) reakce, muži a ženy jsou odlišně vnímaví k bolesti⁵ a také k jejímu řešení, což je vysvětlováno biologickou odlišností v modulačních systémech, zejména pokud jde o endogenní opioidy a hormony. Sexuální dimorfismus existuje v imunitním systému mezi makrofágy⁶, kdy ženy mají mohutnější imunitní odpověď, což by mohlo zčásti

vysvětlovat, proč muži řastěji trpívají infekcemi. Sex je též rozhodující klíčový faktor pro nádorová onemocnění, kde se jednotlivé typy liší v prevalenci, incidenci, průběhu, prognóze i mortalitě mezi mužskou a ženskou populací⁷. Objasnění příčin těchto rozdílů jistě přispěje ke zlepšení strategií prevence a léčby.

- Jsou zde také úvahy, že rozdílnost v řadě fyziologických reakcí a odpovědí na stres je dána rozdílností složení střevního mikrobiomu⁸. Že tento rozdíl existuje už záhy po narození se zdá dosvědčovat pozorování, že po odstavení reagují odlišně na vlákninu mladé myšky. Zatímco její podání podporuje oxidaci glukóza u samiček, u samců to nefunguje⁹.

Radkin Honzák



² Brydges NM, et al.: Female HPA axis displays heightened sensitivity to pre-pubertal stress. *Stress*. 2019 Sep 11:1-11

³ Green T1., Flash S, Reiss AL: Sex differences in psychiatric disorders: what we can learn from sex chromosome aneuploidies. *Neuropsychopharmacology*. 2019 Jan;44(1):9-21

⁴ Kazlauskas N, et al.: Sex-specific effects of prenatal valproic acid exposure on sociability and neuroinflammation: Relevance for susceptibility and resilience in autism. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 Sep 11;110:104441. doi: 10.1016/j.psyneuen.2019.104441

⁵ Pieretti S, et al.: Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanita*. 2016 Apr-Jun;52(2):184-9

⁶ Gal-Oz ST, et al.: ImmGen report: sexual dimorphism in the immune system transcriptome. *Nat Commun*. 2019 Sep 20;10(1):4295

⁷ Zhu Y, et al.: Sex Disparities in Cancer. *Cancer Lett*. 2019 Sep 18. pii: S0304-3835(19)30454-9

⁸ Auder MC: Stress induced disturbances along the gut microbiota-immune-brain axis and implications for mental health: Does sex matter? *Frontiers in Neuroendocrinology*, <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.100772>

⁹ Fernández-Calleja JMS, et al.: A Lowly Digestible-Starch Diet after Weaning Enhances Exogenous Glucose Oxidation Rate in Female, but Not in Male, Mice. *Nutrients*. 2019 Sep 18;11(9). pii: E2242



RECENZE



VLADISLAV CHVÁLA: ÚTĚCHA Z GYNEKOLOGIE (NEBO HOŘE Z ROZUMU?)

RECENZE KNIHY PAVEL ČEPICKÝ: ÚTĚCHA Z GYNEKOLOGIE, DYBBUK 2019

Když někdo ze „staré party“ napíše knížku, rád si ji přečtu. Zvláště když mi ji pošle. Název zní poněkud temně pro toho, kdo se rozpomene na Emanuela Rádlu a jeho *Útěchu z filosofie* z r. 1949. Rádl po těžké nemoci a v osamělosti v úvodu píše: „*Od té doby nevím skoro, co se ve světě děje; jsem sám a sám (s ženou) jako ve vězení*“. Ten, kdo sáhl po útěše z filosofie vůbec první, byl v 6. století „poslední Říman“ Anicius Manlius Torquatus Severinus Boëthius, a to ve vězení, kde očekával popravu. Tak zlé to ale snad nebude, když bilancuje gynekolog na konci své kariéry.

Ta stará parta, lékaři Šimek, Honzák, Čepický a já, které propojovala a provokovala psycholožka Bohunka Tichá (později

Baštecká), diskutovali v osmdesátých letech o psychosomatické medicíně. S Čepickým jsme osaměli v psychosomatické sekci České gynekologické společnosti. Pavel působil v Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD) na vědecké půdě, a dokázal tam vydupat spolu s Marií Pečenou psychosomatickou poradnu a opravdové výzkumy. Jen málo lékařů vystudovalo také psychologii, a Čepický mezi ně patří. Začátek devadesátých let „starou partu“ rozehnal. Šimka k etice, Honzáka ke konzultční psychiatrii, Bašteckou do pomáhajících profesí, Čepický zůstal domovem na půdě vědy, zatímco já jsem založil s kolegy Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, kde jsme se místo vědě věnovali pacientům. Proto



jsem byl zvědavý, jak to dopadlo s psychosomatikou u Čepického.

Svou bilanci zahajuje vyznáním své víry ve vědeckou medicínu a modernitu. To je ta medicína, která vychází z „*opakovaného experimentu v kontrolovaných podmínkách*“. Autor projevuje velkou trpělivost se čtenářem, kterému objasňuje principy ověřování hypotéz. Netají před námi složitost takového postupu a záludnosti závislých a nezávislých proměnných. Připouští, že při testování léku je tato metoda jakž takž přehledná, ale jakmile jde o skutečný život, třeba o vliv hysterektomie na cokoli dalšího, stojí věda před mnohem obtížnějším problémem. Autor vyloží i princip dvojité slepého experimentu – a nemůže se vyhnout ani tomu, že už jen víra v uzdravující vliv léku vede nezřídka k nezanedbatelnému placebo efektu. Neváhá provést čtenáře ani záludnostmi statistického zpracování dat a objasnit podstatu „statistické významnosti“ nějakého jevu tak, že tomu i průměrný čtenář může porozumět. Je jasné, že právě statistika vyžaduje provádět výzkum na co největších souborech. (Pozn.: Pokud je každý člověk jedinečná bytost, neopakovatelná ve své bio-psycho-sociální jednotě a situaci, jakou validitu může mít sebevětší soubor? Kde k němu vzít kontrolní soubor?)

Láska k vědě Čepickému nebrání vidět limity vědeckého poznání a netají, že se věda dopouští omylů. Má jich celou sbírku. Jsou to průšvihy s mnoha osobními tragédiemi, jakou byla třeba thalomidová aféra. Na nich dokládá, že přes všechnu péči, kterou věda zavádění nových léků a postupů věnuje, nelze katastrofu odvrátit vždy. Následek takových nehod je princip „předběžné opatrnosti“, který sice je nezbytný, ale vede nakonec k tomu, že nejsou některé léky zaváděny vůbec. Vnímá stupňující se nedůvěru veřejnosti k vědecké medicíně, která paradoxně znemožňuje aplikovat skvělé

léčebné prostředky na celou populaci. Škoda, že si mezi vhodnými příklady všímá tématu očkování jen okrajově. Na něm by mohl ukázat, jak se někdy vědecká medicína zuby nehty hájí chybnými argumenty („hliník není vůbec toxický“) a dále tím ztrácí na důvěryhodnosti. Nakonec lze dohledat, že většina prací obhajujících hliníkový komplex v moderních očkovacích látkách se odvolává na jedinou studii o toxicitě aluminiových solí, a ta není metodicky v pořádku (M. Pouzar, Vesmír 98, 240, 2019/4). Nové práce ukázaly konečně jejich značnou a složitou neurotoxicitu. Laická veřejnost vystavená vědecké chybě po delší dobu se mobilizuje, brání, a nakonec může propadat iracionalitě, pověrám. I když je současná postmoderní doba složitá, něco ta celá naše milovaná medicína dělá asi špatně, když odmítá slyšet matky očkovaných dětí, nebo možná odmítá vidět komplikace svých zásahů. I o tom Čepický píše, ale až docela na konci knihy, když popisuje bizardnost situace kolem „informovaného souhlasu“.

Vraťme se ale k psychosomatické medicíně. Tu nejprve oddělí od alternativní medicíny, s níž se vypořádá snadno a rychle. Je to prostě všechno špatně. Protože nesplňuje podmínku vědeckého poznání. A pokud pomáhá něco takového jako homeopatie, akupunktura, nebo šamanismus, je to jen placebo nebo podvod. A že stojí na zkušenosti lékaře, že to nebo ono pomáhá? K tomu opakovaně autor dodává své svaté přesvědčení: „Ještě jednou a naposled (pozn.: tohle říkával můj otec, když mě chtěl odradit od dalších otázek): zkušenost není vědecké poznání.“ A tady končí Čepického útěcha z gynekologie a začíná žal z rozumu. Ale k tomu se ještě dostaneme.

Jako vystudovaný psycholog samozřejmě uznává, že tělo a psychika se ovlivňují. Jak jinak? Je to samozřejmost. Poctivě se, ostatně jako celá naše vědecká medicína,



odvolává na definici zdraví dle WHO. „*Jak somatické, fyzické na straně jedné, tak psychosociální na straně druhé, je přítomno vždy, byť samozřejmě v různém poměru.*“ A dokonce dodává, že „*Gynekologie je semenišťem psychosomatických problémů...*“ Ale dál? Jediná nadějná kapitola o psychosociálních vlivech na hormonální hladiny, kde nejnápadnější je psychogenní hyperprolaktinemie, kterou lze stopovat až k psychoanalytickému výkladu, přechází do klimakteria a menopauzy. Tady najednou jako nejpozoruhodnější – asi sociální – událostí je mediální kampaň proti estrogenům a jejich označení za nebezpečné a následně vyřazení z bohubilé léčby klimakterických potíží. Co k obtížné psychosociální situaci klimakterických žen říká autor? Nic než pověra. („*Takových pověr je víc, třeba syndrom prázdného hnízda.*“ Ano, i matkám se nakonec uleví, když se to všechno povede a děti se osamostatní, ale dříve, než se to stane, mají to matky v této době všelijak. Asi ne v Čepického ordinaci, možná to chodí říkat jinam. Období separace, sociálního porodu (jak tomu říkáme u nás), je vůbec nejčastějším zdrojem psychosomatických poruch (nejen matek ale také jejich mužů a samozřejmě dětí) a obdobím našich léčebných intervencí. To bychom ale museli vnímat jako organismus celou rodinu (nejmenší možný bio-psycho-sociální organismus schopný vlastní replikace) matka – dítě – otec. Jistou vztahovost autor připouští alespoň v bonmotu „*Nejlepším hormonem pro ženu je muž*“.

Zajímavé téma psychosomatika antikoncepce a interrupce se rozplyne v boji s pověrami. Hormonální antikoncepce je skvělá, má jen samé somatické výhody. Pokud ji někdo nesnáší, bývají to jen subjektivní problémy u žen, které „*ji nesnáší, nevyhovuje jim...* Ale jsou to ryze psychické problémy (bolest hlavy, nárůst hmotnosti, pokles zájmu o sex, deprese,

nevolnosti), jejichž vyšší výskyt při užívání pilulek byl zkoumán a posléze vyloučen.“ Tedy vyloučen nebyl možný vliv na vyvolání migrény, ale ostatní spojuje autor s přirozeným života během, jehož obtíže jsou připisovány antikoncepci neprávem. Zdá se, že hlavním „psychosomatickým faktorem“ je chybný výklad účinku léků. Kdyby ho nebylo, nebylo by co řešit. Ještě nápadnější, než u antikoncepce, je postoj autora vidět u tématu tzv. postinterrupčního syndromu. *Psychologické následky interrupce byly zkoumány od padesátých let.* Prostým srovnáním celospolečenské situace žen žádajících o interrupci v padesátých letech a v době liberálního zákona, tedy prakticky v současnosti, zjišťuje že „*údajný postinterrupční syndrom vymizel.*“ Možná vymizel v ordinaci gynekologa, ale objevil se v ordinacích psychoterapeutů. Ano, tlak společnosti na ženu, na její odpovědnost, je jistě taky podstatnou složkou psychosociálního kontextu jakékoli události, natož události tak závažné, jako je zahubení vyvíjejícího se těhotenství. Podle Čepického se syndrom znovu objevil, až když ho nedávno „*jeden populární časopis znovu vytáhl.*“ Jinak řečeno, kdyby se o tom nemluvalo, byl by klid. K tomu se mi chce jen dodat, že ani v rodinách, kde se například nemluví o proběhlém, nebo dokonce probíhajícím incestním chování, není klid jen proto, že se o tom nemluví. Pak se stává, že o tom někdy doslova „*promluví tělo*“. A to je ta psychosomatika, které je třeba se věnovat a kterou autor není ochoten uznat za vědeckou medicínu.

Raději už vynechám kapitolu o psychosomatické sterilitě. Nebo ne. Zde je postoj jasný: Psychoendokrinní mechanismus nejspíš existuje. „*O psychovegetativním mechanismu se spekulovalo... Ale prokázáno to nebylo a nejspíš hned tak nebude, pro současnou léčbu to nepotřebujeme a do čistého výzkumu asi sotva*



kteřá žena vstoupí, nehledě k tomu, že k takovému zkoumání dnes nemáme metodiku. O cestě psychoimunitní se toho ví ještě méně než u předchozích dvou.“ Do tohoto základního výzkumu se ovšem nikdo nepustí. Proč by se pouštěl, chce se mi zvolat, když za jedinou i.v.f. proceduru dostane odborník 60 tisíc? Kde jsou úvahy o dopadu i.v.f. technologie na ženy i jejich muže a na děti? Nejsou, protože kdyby se o tom mluvilo, nebylo by to dobré? Možná by to ženy traumatizovalo. Třeba otázka, které ze tří počatých plodů má gynekolog „zmenšit“, rozuměj zabít? Tu má totiž sama matka rozhodnout. Ale nechme spory stranou. Autor se opravdu snaží najít nějakou solidní vědeckou práci, která by dokládala existenci psychogenní sterility, a navrhuje i nějaké výzkumné modely. *„Takových možných faktorů najdete ve starší odborné literatuře několik desítek – problém je v tom, že zůstaly nepotvrzeny.“*

K psychosomatice má Čepický dobrý vztah, hodně se jí věnoval, ale nenachází nikde potvrzení jejích teorií v solidních dvojité slepých studiích. *„Nu, je to prostě tak, psychosomatici jsou skupina lékařů a psychologů, kteří velké koncepce vytvářejí rádi. Ale kterým, ve velké většině, bohužel chybí ochota umazat se od nudné, otravné, špinavé vědecké rutiny. A dokonce i ochota číst a studovat nudné a nezáživné vědecké publikace plné tabulek a divných zkratk a neméně divných názvů různých molekul... Z toho, kam dnes to, co si samo říká ‚psychosomatická medicína‘, směřuje, je mi smutno.“*

Ano, na tom asi něco bude. Když se ukázalo, že sama metodologie současného vědeckého výzkumu ovlivňuje kontakt s pacientem natolik, že hrozí, že bude k dispozici pacient vědět, a ne věda pacientovi, začali jsme, pokud možno všechen čas věnovat pacientům. Má-li být lékař nebo psycholog s pacientem hodinu, musí s ním být 60 minut a ne 30 minut

s ním a 30 minut psát. Všechno, co tento kontakt ruší, musí jít stranou. Další podmínkou bylo odstranit oborové, věkové či genderové bariéry. Pracujeme s lidmi od narození až po smrt, s ženami i muži. Podmínkou je takový druh stonání, se kterým se v obvyklých ordinacích u svých lékařů neuzdravili. Za 30 let takové práce jsme viděli mnoho psychosomatických pacientů a jejich rodin. Mnoha z nich bylo ještě možno pomoci. Možná to není věda, ale je to psychosomatická medicína. A je založena na zkušenosti. K té má ovšem vědec, jako je Čepický, štitivý odpor. A to se nikterak netýká jen psychosomatiky.

Krásně to ilustruje v kapitole o porodu. Oba jsme původem porodníci, proto si dovolím diskutovat například o epiziotomii. U ní také autor nenachází žádné vědecké důkazy o tom, kdy a jak se má provádět. Je velmi skeptický i k lékařsky vedenému porodu. I tady je toho opravdu vědecky podloženo výzkumem jen málo. Mediální diskuse o tom či onom zákroku, a především aktivistické útoky na lékaře u porodu, autora velmi dráždí (nedivím se). Včetně názoru, že lékař nesmí udělat nástřih hráze. Ale o co se opírat, když *„Ani tady není porod jako porod, metoda jako metoda, porodník jako porodník. A ostatně i tady byla vypracována řada různých postupů, jejichž výsledky nebyly nikdy srovnány.“* Není právě tady vyjádřen ten hlavní zdroj autorova žalu z rozumu? Jinak řečeno, kdyby to bylo někde potvrzeno, ať už dělat nebo nedělat epiziotomii, dělat ji vpravo nebo vlevo, šikmo nebo dolů, v solidní, pokud možno dvojité slepé studii, dělal bych to tak a bylo by jasno. Ale takhle? O co se mám proboha opřít, aby mi neříkali, že jsem šarlatán! Pamatuju se na okamžik, kdy jsem já sám jako porodník přišel na to, kdy je třeba epiziotomii udělat a kdy se bez ní obejdu. Bylo to možná až ve čtvrtém či pátém roce mé porodnické praxe a ročně se u nás



tehdy odvedlo kolem 2,5 tisíc porodů. Takže jsem jich odvedl mnoho. To není věda, ale zkušenost. Pozorováním jsem zahlédl proběhávání hráze při jejím napínání u prořezávání hlavičky. Jen malý dotyk nůžek v tomto místě a v tomto směru vedl pak k šetrnému povolení tkáně bez velkého krvácení a s velmi dobrým hojením. Podmínka ale byla, že u toho musel porodník být a nepřicházet až jen podržet dítě! Být u toho s matkou, tělo matky si samo řekne, co potřebuje. Na to věda nestačí. Ale věda umí mnoho věcí zkomplikovat. Možná si i Čepický všiml důležité fáze porodu, o které se mnoho nepíše, ale která je podle mě velmi důležitá. Hráz matky se po porodu obličej dítěte stáhne pod jeho bradičkou (v případě nejčastějšího porodu obličejem směrem sakrálním, ovšem), bradička dítěte se za hráz zaklesne, kontrakce na chvíli poleví a hrudníček dítěte jako by se zatahoval zpět, je nyní silně stlačován v porodních cestách. Nikdo jsme nebyli zrovna krásavci v téhle chvíli, modrali jsme a moc dobře nám nebylo. Pokud má ale porodník ještě chvíli trpělivost, může sledovat sekreci hlenů a vody plodové z nosíku děcka. Ano, v této fázi jsou přirozeným způsobem vyčištěny dýchací cesty před prvním nádechem. Při další kontrakci je dítě vypuzeno celé a může se volně nadechnout. Co se však stalo s touto fází poté, co nějakého porodníka – vědce (snad někdy už v šedesátých letech, možná dřív, je to už dlouho, co jsem po zdroji toho nápadu pátral) napadlo, že by bylo lepší porod v této fázi urychlit, a aplikovat tzv. „oxytocin na hlavičku“, tedy ne na hlavičku, to je jen slang, ale do žíly matky v době, kdy se hlavička prořezává. Proč? Aby měla matka menší krevní ztrátu. A opravdu. Vědecky vzato se významně snížila u našich tehdy socialistických matek ztráta krevní, a tak byl tento trik zaveden jako rutina. A myslím, že se dělá dodnes. Už dlouho porodníkem nejsem, tak nevím. Ale co se stane s děckem,

kteří je v důsledku silné a dlouho trvající kontrakce doslova vystřeleno z porodních cest? Inu, vdechne všechno, co mu bez přirozené exprimace zůstalo v dýchacích cestách. A důsledek? Následně jsme museli zavést odsávání dítěte – hadičkou s podtlakem dokončíme to, co jsme díky „prima nápadu“ oxytocinem na hlavičku způsobili. Pro dítě velmi nepříjemný a nepřirozený proces. Pro porodníky patrně samozřejmost, o které nestojí za to diskutovat s laiky.

Mám pochopení pro autorův žal z rozumu, když si zoufá nad iracionalitou postmoderní doby a nad požadavky aktivistek, které hlava nehlava prosazují dobro pro děti a matky, i kdyby je zabít měly. Kapitulu o bolestech současného porodnictví, které je pod šilným tlakem nejen aktivistek, bio-matek, ale i právníků, bych moc doporučoval ke čtení jak hledajícím matkám, tak budoucím porodním asistentkám a dulám. Mnohé z toho, co Čepický píše, je pohled poctivého porodníka, lékaře, který zasvětil porodnictví celý svůj život, a má tedy velkou zkušenost (i když si jí necení).

Když prezident lékařské komory Kubek prohlašuje, že psychosomatiku dělají všichni lékaři, proto to nemá být zvláštní obor, chápu to, jako názor špatně informovaného člověka. Ale když to, co jsme pro rozvoj psychosomatické medicíny na půdě lékařské společnosti už dokázali udělat, hodí přes palubu kolega tak znalý věci, jako je Pavel Čepický, vede mě to k zamyšlení. Proč nemůže vidět to, co vidíme v našich ordinacích?

Napadá mě, že přes všechno vzdělání se mu nepodařilo zahlédnout, v čem je podstata bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci. To je opravdu těžké pochopit a zdá se, že ani pro studenta psychologie není věc snazší. Nejde o nic menšího než o souhru tří koevolučně spjatých vrstev, které se vzájemně



vyladují jako systém a prostředí (říká se driftují). Je to sice těžko představitelné, ale biologická a psychologická vrstva se vzájemně nemohou instruktivně přímo řídit, protože mají zcela jinou podstatu. Nic biologického není součástí vrstvy psychologické a naopak. Zatímco základním prvkem biologické vrstvy je nějaká fyzikální struktura, v konečné fázi viditelná a zobrazitelná, základním prvkem psychického systému je rozdíl, který dělá význam. A ten nikdy není viditelný. Z toho ale vyplývá, že zatímco experimentální dotyk prstem na břicho u osoby A může vyvolat pocit ohrožení, u každé další osoby může mu být přičítán jakýkoli jiný význam. Od toho se pak rozvíjí zcela individuální a jedinečné zřetězení na sebe navazujících asociací v psychické oblasti. Ten je pak zdrojem reakce zkoumané osoby. Tato reakce se stává základním prvkem sociálního systému, je to totiž pozorovatelný děj. Jak kdo ale bude rozumět pozorovanému ději, to je taky velmi individuální, leda by se o tom spolu domlouvali- a to vede k vyjednanému významu. Jak psychický, tak i sociální systém má svou vlastní autopoiézu, udržuje se sám v chodu a rovnováze stejně tak jako systém biologický. Nechci čtenáře dlouho unavovat, ale je třeba si položit otázku, jak je to s verifikací v tom kterém systému, v té či oné vrstvě. Jediná verifikace, na kterou si může dělat věda nárok, je verifikace v systému biologickém. Tam lze objektivizovat, měřit, vážit, zobrazovat. Vytvářet dvojité slepé zkoušky a falzifikovat teorie. Pohybujeme se v hmotném světě. Ve světě významů, v psychickém systému člověka se pohybujeme jen díky subjektivizaci, otázkami na subjektivní skryté významy pozorovaných rozdílů každého člověka zvlášť.

Iluze objektivit, kterou se snažila psychologie po desetiletí vytvářet pod tlakem přírodních věd, je už našťastí u konce. Ano, existují stále ještě testy, na základě

kterých lze přeci jen s jistou mírou jistoty vydat doporučení pro zbrojní lístek, ale 100% jistota není nikdy. Tady se musím odvolat na odborníky z oblasti psychologie, protože to já nejsem. Mattias Desmet z univerzity v Gentu píše: *Od druhé světové války se akademická psychologie téměř exkluzivně spoléhala na kvantitativní výzkum s co největšími vzorky, což mělo údajně přinášet „objektivní“ a „zobecnitelné“ poznatky. Ale více a více se ukazuje, jak problematický tento výzkum je. ... Rozsah této krize byl takový, že někteří významní výzkumníci, kteří ji studovali ... došli k závěru, že většina publikovaných výzkumných poznatků je chybná... Při procházení literatury analyzující tuto krizi stojí za povšimnutí, že příčiny jsou téměř vždy přičítány nedostatku přísnosti při aplikaci výzkumných metod, například v takových faktorech jako ledabylost výzkumníků nebo neochota periodik publikovat replikační studie. Mně se ale navzdory tomu zdá, že je také problém v metodách samotných. Alespoň jeden důležitý přispívající faktor, jímž je problematická validita psychologických měření, tedy zůstává naprosto nerozpoznán... Argumentuji, že jediný způsob, jak vyřešit tento problém, je navrátit se k případovým studiím. (M.Desmet: Psychoterapie. 13(1), 6-21)* Čtenář si jistě dohledá tento text celý. Zde chci jen zdůraznit, na jak tenkém ledě se pohybuje i ten metodologicky nejpřísněji vedený výzkum v psychosomatice, když objektivní fakta budou jen ta biologická, subjektivní data budou vždy velmi nejistá a závislá na kvalitě vztahu výzkumníka se zkoumaným, a celkový kontext, tedy faktory sociálního systému zkoumaného člověka nám bez výbavy rodinné terapie unikne zcela. Chci Pavlovi říci, že ve skutečnosti my psychosomatici, alespoň těch pár, které znám, nebo které jsem vedl při jejich studiu, nejsme líní dělat výzkum, jaký by si přál, ale pochybujeme, že výzkumy, které by ho uspokojily, mají vůbec

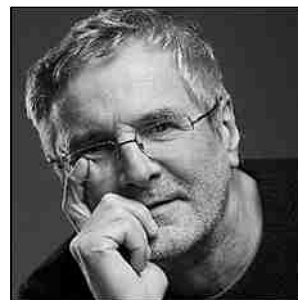


nějaký smysl. Tuhle metodologii lze použít při velmi jednoduché situaci (farmakoterapie), ale už jen předpoklad, že všichni pacienti ve zkoumaném vzorku, kterým je podán lék nebo placebo, jsou stejní, je naprosto mylný. Nikdy to tak nemůže být. Proto je zpochybňování psychosomatiky jako nevědecké metody fatální chybou naší medicíny. Je třeba změnit metodologii vědy, ne psychosomatickou medicínu, která je postavená na biopsycho-sociálním pohledu na člověka. Tedy na jedinečnosti a nejistotě. To je pravý opak medicíny postavené na pozitivistické vědě, která staví na statistické normě a jistotě.

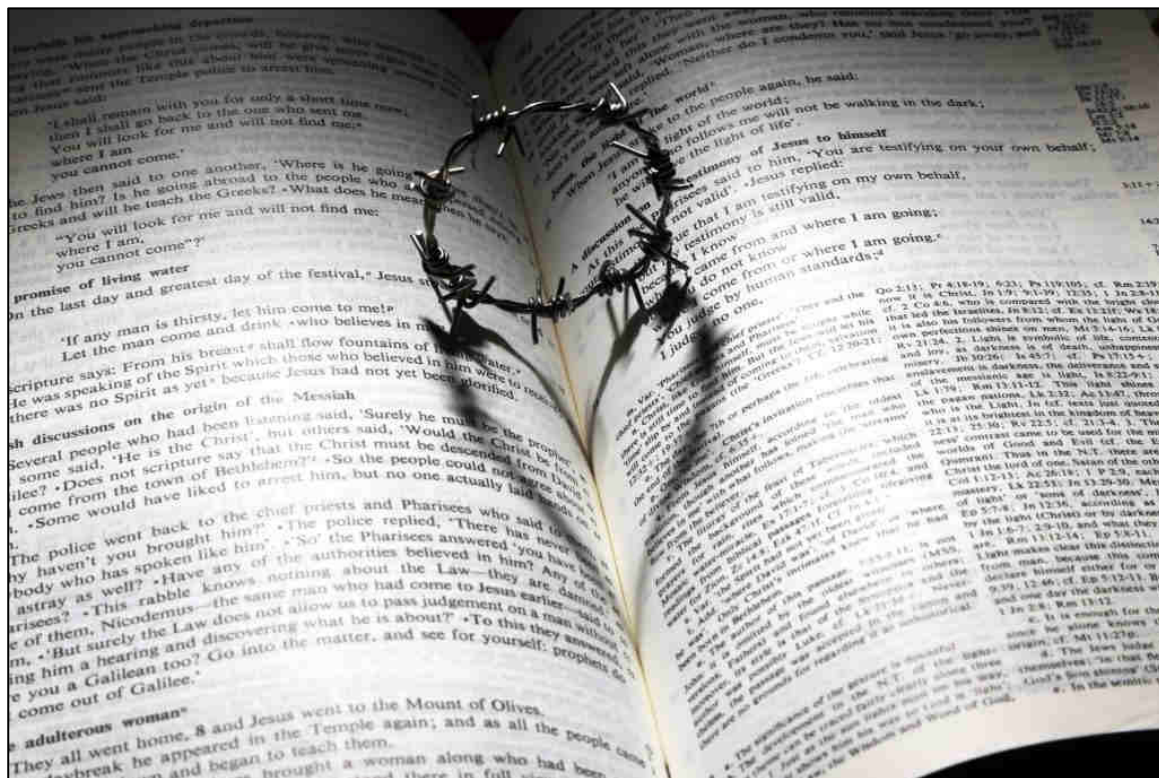
Závěr Útěchy z gynekologie nevyznívá zrovna optimisticky. Vypadá to, že jeden ze základních medicínských oborů zanikne. Rozeberou si ho další specializace a práce gynekologů nebude už potřeba. Přitom porodnictví je tak pěkný obor. Vinu bych ale nehledal jen v alternativních a aktivistických hnutích postmoderny. Možná leží v samotných základech moderny. Výhledy doby postfaktické se zdají být opravdu temné. Už nejde o fakta, ale o názory, a těmi se šavlují zbesilé davy na sociálních sítích. I když se autor zlobí na pacienty, kteří jsou ochotni věřit kde jaké pitomosti jen ne skutečné vědě, rád bych ho upozornil na jeden přehlížený rozdíl mezi vírou a vědou. Moderna vsadila na vědu a zdálo se, že víra je lidstvu už k nepotřebě. Jenže věda, a o tom Čepický velmi dobře svědčí, jde stále

kupředu. Neustále zpochybňuje sebe samotnou. Co platilo ještě včera, bude zítra k nepotřebě. Lékař, který tvrdí, že to nebo ono nebylo dokázáno, nemůže vědět, jestli to už opravdu není jinak. Tak rychle se naše znalosti mění. Člověk ale potřebuje ke svému životu jistoty a naděje. Myslím, že nejlépe to můžeme vidět v současnosti na klimatické krizi. O tom sice kniha nepíše, ale je všude kolem nás. Vědci se zlobí, že je politici neposlouchají. Že lidé nic nedělají. Věda přináší jistotu katastrofy. Umí spočítat, jak rychle bude teplota stoupat, jak stoupne hladina moře, pokud něco neuděláme. Ale takové hrozby nezažívá lidstvo poprvé ve své historii. Povodně, sucho, kobylky, epidemie, to tady bylo odedávna. Mnoho civilizací došlo až ke svému hořkému konci. Ale lidé věřili, že až se na ně přestane Bůh zlobit, tak to napraví. Bible je plná slibů, že „už to neudělá“. Proč? Protože lidé potřebují naděje. Věda přináší odpovědnost a nejistotu. Pokud neuděláte to nebo tamto, špatně to dopadne. Jenže lidé se nejčastěji s vědou setkávají při každodenní předpovědi počasí – a ejhle, jak často se mýlí! I věda lékařská se velmi často mýlí! Není to právě naděje, kterou lidé chtějí mít – že se věda mýlí, jako už tolikrát?

V.Ch. V Liberci
1. 10. 2019



AKCE



SPIRITUALITA A LÁSKA V PSYCHOSOMATICE (KONFERENCE)

Srdečně vás zveme na další ročník tradiční dobřichovické psychosomatické konference, která se uskuteční 25. ledna 2020. I pro nadcházející ročník jsme zvolili velmi zajímavé téma, kterým je tentokrát **SPIRITUALITA A LÁSKA V PSYCHOSOMATICE**.

Kdo bude přednášet? Mgr. Jan Jandourek, Bc. Alexandra Klozová, PhDr. Lubomír Kobrle, PhDr. Yvonna Lucká, PhDr. Anna Stodolová, Mgr. Jiří Šmejkal, Ivan Verný, M.D., Dipl. PW.

AKREDITACE:

Lékaři (ČLK), fyzioterapeuti (UNIFY), psychologové (AKP ČR)

HARMONOGRAM:

- | 08.00 – 08.45 Prezence účastníků
- | 08.45 – 09.00 Oficiální zahájení
- | 09.00 – 9.50 VERNÝ Ivan, M.D., Dipl. PW – Farby lásky v terapii
- | 10.00 – 10.50 KLOZOVÁ Alexandra, Bc. – Spiritualita a kraniosakrální terapie
- | 11.00 – 11.50 JANDOUREK Jan, Mgr. – Spiritualita jako cesta rozvoje a cesta zkázy
- | 11.50 – 12.30 Co je ještě třeba říci a na co je třeba se zeptat (moderovaná diskuze)
- | 12.30 – 13.30 Pauza na oběd
- | 13.45 – 15.15 WORKSHOPY



A) VERNÝ Ivan, M.D., Dipl. PW – Nehmatatelna sila

B) ŠMEJKAL Jiří, Mgr. – Přirozené sebeléčení

C) STODOLOVÁ Anna, PhDr. – Duchovní trojúhelník

|15.30 – 17.00 LUCKÁ Yvonna, PhDr., KOBRLE Lubomír, PhDr. – Tři pohledy na srdce, lásku, tělo

|17.00 – 18.00 Co je ještě třeba říci a na co je třeba se zeptat (moderovaná diskuze)

|18.00 Závěr konference, předání diplomů

Anotace přednášek:

Postupně budeme doplňovat jména přednášejících a témata jejich přednášek:

Ivan Verný, M.D., Dipl. PW: Farby lásky v terapii (přednáška)

Láska v terapii? Naivne som ponúkol prednášku a az teraz ma napadá, ze to zneje vyzyvavo v zmysle „sex sells“ – najprv som tam počul agapi, teraz zrazu eros – tak by som chcel hovorit o rôznych druhoch lásky, ako ich nachádzam v terapii – a Vy určite tiež.

Ivan Verný, M.D., Dipl. PW: Nehmatatelna sila (workshop)

Aj v terapeutickej práci sa vynárajú spirituálne momenty, niekedy odporúčam klientom modlitby, mystici a básnici patria k mojim učiteľom. Tento workshop sa bude opatrne zaoberat jednoduchymi technikami invokácie a tým, čo pacienti a terapeuti môžu získať duchovnou praxou.

Bc. Alexandra Klozová: Spiritualita a kraniosakrální terapie (přednáška)

Přednáška se zaměří na propojení a souvislost mezi Kraniosakrální terapií a spirituálními směry a učeními např. Buddhismus, Taoismus a další. Zmíní i teoretická východiska společná pro KST a některé obory vědy např. neurovědy a kvantová fyzika. Bude se zabývat procesem, který nás spojuje s „Jednotou“ a umožňuje nám transcenci. KST představuje nejen léčbu těla, ale také léčbu duše. Pomáhá propojit naše fragmentované části a zlepšit komunikaci s naším „Zdrojem“ a podstatou. Lépe si pak můžeme uvědomit a zažívat, kým jsme skutečně uvnitř. Dokážeme lépe rozlišit, co je pravé a co je nános způsobený našimi traumaty. Traumata často způsobují disociaci (fragmentaci nebo oddělení, která chrání traumatizovaný systém) U přírodních národů se pro léčbu traumatu a „rozpuštění“ disociace používá termín „přivést duši domů“.

PhDr. Yvonna Lucká a PhDr. Lubomír Koblle: Tři pohledy na srdce, lásku, tělo. (přednáška)

Co k tomuto námětu nabízí biosyntéza, Pesso-Boyden psychomotorická terapie a moudrost těch, kteří nás předešli. Jak porozumět receptivitě a láskyplnosti, jak o ně dobře pečovat a jak v nich nezabloudit.

Mgr Jiří Šmejkal: Přirozené sebeléčení (workshop)

Zážitkový workshop zaměřený na meditaci a stavy mysli, které podporují zdraví a současně mají blahodárný vliv na léčení těla i mysli.



PhDr. Anna Stodolová: Duchovní trojúhelník (workshop)

Ve svém workshopu bych se ráda společně s účastníky zamyslela nad tím, jak spiritualita – tedy duchovní život klienta, vstupuje do procesu psychoterapie (individuální či párové), zda a jak ovlivňuje klientovo očekávání od terapie, zda a jak ovlivňuje spolupráci v psychoterapii a jakou může mít roli v příbězích klientů.

- Společně budeme hledat odpověď na otázky:
- Jak přistupovat k duchovním zkušenostem klienta?
- Může být duchovní zkušenost pomocí či brzdou v psychoterapii?
- Svoje úvahy doplním příběhy z praxe, které ilustrují a doplní danou problematiku.

Mgr. Jan Jandourek: Spiritualita jako cesta rozvoje a cesta zkázy (přednáška)

Role spirituality na duši a tělo je ambivalentní. Zaujetí člověka pro nadčasové hodnoty a snaha podle nich zařídit svůj život může vést k osobnostnímu rozvoji po všech stránkách, ale stejně tak může být destruktivní. Existuje totiž mnoho podob spirituality, které se pod toto obecné označení obtížně vejdou. Tento problém je přitom znám po celou dobu duchovního myšlení a praxe. V době obrovského trhu se spiritualitou je dobré to reflektovat.



18. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDI- CÍNY V LIBERCI



Přijměte pozvání na v pořadí **18. ročník** tradiční Konference psychosomatické medicíny v Liberci, která se uskuteční v termínu **28.-30.5.2020** na půdě Technické univerzity Liberec. Přihlásit se můžete k [aktivní](#) či [pasivní účasti](#). Budeme rádi, když se zúčastníte celé konference, v takovém případě možná využijete i naše [tipy na zajištění ubytování](#).

- **Hlavní téma: Nástroje psychosomatické léčby v současné společnosti**
- **Termín:** 28.-30. 5. 2020, od čtvrtka 9:00 do soboty 13:00
- **Místo:** Liberec, TUL pavilon G, Studentská 2
- **Jednací jazyk:** čeština, případně simultánní překlad zahraničních přednášek
- **Prostorová kapacita:** 400 osob (velký sál má 361 míst)
- **Pořadatelé (zástupce):**
Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP (MUDr. V. Chvála)
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky PF TUL (doc. D. Václavík)
Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci (Mgr. J. Knop)

Slovo úvodem...

Společnost pro psychosomatickou medicínu (SPM ČLS JEP) byla začátkem roku 2019 přijata sjezdem delegátů ČLS JEP za řádného člena České lékařské společnosti JEP. Současně jsme obhájili existenci psychosomatiky jako nástavbové atestace pro lékaře v ČR i v nové vyhlášce. Tím jsme se alespoň formálně přiřadili k rozvinutým evropským zemím, kde je takový stav v medicíně normou již delší dobu. Máme před sebou nelehký úkol: vnést bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a nemoci do všech klinických oborů. Nelehký je proto, že již léta to nedělají lékařské fakulty. Nastal čas navazování mezinárodní spolupráce a posilování respektu k psychosomatické medicíně v řadách lékařů. K tomu nezbytně potřebujeme vyjasnit, jakými prostředky psychosomaticky orientovaný lékař disponuje. Jaké možnosti skýtá spolupráce s psychology a fyzioterapeuty zaměřenými na psychosomatický přístup. Kde je hranice mezi vědecky zdůvodnitelnými prostředky (ať už z hlediska biologie, psychologie a psychoterapie nebo sociologie) a laickým léčením? Jak může lékař využít svého vlivu, autority a času ve vztahu s pacientem, ve prospěch bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a nemoci? Jak souvisí stav společnosti s rozvojem symptomů a uzdravováním? Jak může rozvoj psychosomatického myšlení v medicíně snížit množství komplikací zdravotní péče? Může psychosomatika snížit náklady na zdravotní péči?

za přípravný výbor konference psychosomatické medicíny

MUDr. Vladislav Chvála, předseda



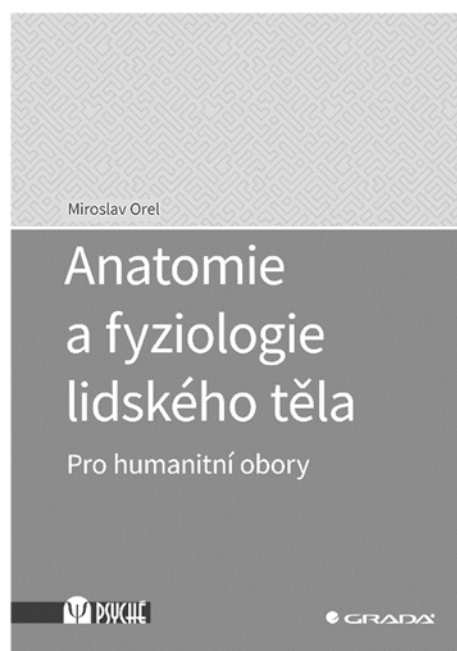
VYCHÁZÍ

Novinka

ANATOMIE A FYZIOLOGIE LIDSKÉHO TĚLA

Pro humanitní obory

Publikace seznamuje se stavbou a fungováním lidského těla v základním rozsahu, který je náplní studia psychologie, pedagogiky, sociální práce a dalších humanitních (nelékařských) oborů. Text nezabíhá do medicínských podrobností, ale přináší stručné kompendium dvou rozsáhlých teoretických oborů medicíny.



Kniha je přehledně strukturovaná a pojímá celé lidské tělo. Přináší základní seznámení s oblastí buněčné biologie, informuje o členění tkání. Nejobsáhlejší část je věnována jednotlivým orgánovým soustavám. Pro objasnění postavení anatomie a fyziologie v systému věd je zahrnuto také základní členění medicínských oborů a možnosti vyšetření jednotlivých orgánů, které máme v současnosti k dispozici. Jedna kapitola je věnována základům celostního (komplexního) přístupu, který pojímá člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální komplex, existující v určitém prostoru a čase. Tím publikace vymezuje význam studia anatomie a fyziologie člověka pro nelékařské disciplíny a propojuje oblast tělesnou, psychickou, vztahovou a přesahovou. V rámci kapitol věnovaných jednotlivým orgánovým soustavám jsou rovněž zařa-

zeny zmínky o možném širším kontextu (například o tom, jak hormony mohou ovlivnit psychický stav). Text publikace je bohatě ilustrován a doplněn fotografiemi a snímky z lékařských vyšetření.

Anatomie a fyziologie lidského těla

Miroslav Orel

448 stran, 499 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:

Lucie Švecová

+420 724 626 350, svecova@grada.cz

GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7

www.grada.cz



LITERÁRNÍ KOUTEK



MAREK ORKO VÁCHA: BŮH JE DIVOKÝ

Pronásleduji divoké zvíře. Hledám ho, sleduji cestičku mezi skalami, běžím po jeho stopách. Co jiného je duchovní život? Hledáš Boha, běžíš za ním, za tou divokou bytostí, která se skrývá a projeví se jen někdy a jen nějak, a vždycky jindy a jinak, než čekáš. Stopy jsou všude a vedou do hor. Hledáš jej modlitbou, sebezápory tě naučí vidět jasně, skrz závoj věcí, vidíš stopy hvězd na nebi, bílé hřmící vlny moře a let racků Běžíš a chceš jej vy-pátrat, bušit znova a znova.

A pak, v jedné chvíli, ti to dojde. To zvíře, které pronásleduješ, se chce samo nechat nalézt. Prchá před tebou, ale zároveň chce být pronásledováno. To je to ono cosi, co tě probouzí k ránu a šeptá, že svítá a že je čas se vydat na cestu, nebo – nevíš, zdá se ti – to byl možná jen šepot větru. To ono v ranním chladu je Bůh sám, který tebou třese, aby ses probral a začal zase běžet,

nebo to byl zase možná jen ten mráz, nebo snad jen ta jinovatka na spacáku. Kdo koho vlastně pronásleduje a kdo za kým běží? ptáš se. Pak pochopíš, že ono zvíře je v silných zemětřeseních, je to v uragánu vichřic a je to i v hradbě ohně, ono samo je ale ukryto jak v doupěti v jemném tichu, v tom skoro bezvětří skoro nehnutého vzduchu, skryto v tvém nitru, v tichém vánku, v sedmé komnatě. Po tisících mil to objevíš v sobě.

V Andách pochopíš, že Bůh je divoký a pochopíš to tak, jak v naší zemi nikdy. Především – vzdálenosti. Jedeš a jedeš, sto kilometrů, dvě stě, nikde nikdo, bez lidí, pampy, roztroušená křoviska, zase pampy, travnatá pláň, údolí řeky, kamenná zem, pampa, klidně to mohly být třetihory a nic se nezměnilo. Do toho zvlněná pohoří, mnoho a mnoho bezejmenných zvlněných pohoří, která ani nemají



jména, velkých jako celé Česko, špice skal, zkamenělé stopy dinosaurů, kterým by ses, když by kolem proběhli živí, vlastně ani nedivil. Další stovky kilometrů, které zde neznamenaají vůbec nic. Jedeš dál a dál a zase dál a cesta je jak podle pravítka, od obzoru k obzoru nalinkovaná v moři pampy. Pochopíš, že Duch Svátý je oheň, víchř, a jeho obrazy orli a kondori plachtící tam kdesi vysoko, a možná ten kondor nahoře nejvýš je on sám. Pak už ty vysoké hory, s věčným sněhem, tři tisíce a výš. Jako by víchř Svatého Ducha, zda se ti, smetl naše poklidná spolča, naše jistě zbožné a mírné písne mírného podnebí naší mírné domestikované katolické mládeže, scházející se v ohrádkách diecézek pod vedením mírných kněží disponujících mírnou láskou, mírnou vírou a mírnou nadějí, dávajících mírná poučení a mírné rady, jedoucích duchovní život v poklidu na rychlostní stupeň jedna nebo výjimečně dva, jen aby se nepřehřál motor; sdělujících, že bychom se tak nějak měli mít rádi a těšících se hlavně už na ten oběd.

Tady je to jiné, tady je top gear, tady je to na plyn k zemi, a ať motor řve, jak chce. Tady je to všechno jinak, jen ne mírné. Najednou pochopíš, že Ducha můžeš hledat klidně tam doma, chceš-li, v kroužcích mládeže, v sdíleních se, ve svědectvích, ve vzájemných povzbuzeních a vzájemném obohacování, jak se říká, v diskusích na předem daná témata, u moderátorů mládežnických pódíí, v povzbudivých a zaručeně katolických skečích, klidně tam nebo klidně i tam, ale tady ti běhá mráz po zádech, tady žijeme naplno, tady vzýváme Boha skal, zde je Duch ohněm, který je ještě ohněm, kdy ležíš v noci na horké zemi a díváš se na nekonečná bezejmenná souhvězdí jižního nebe

a ve dne vidíš po kopcích roztroušeny hořící keře tady a teď. Že Duch svátý je víchř, který je víchřem. Tohle pronásleduješ, tohle pronásleduje tebe, chce se tě to v srdci dotknout žhavým železem, být láskou uvnitř lásky, srdce v srdci. Je hezké a jistě zbožné medítovat, že tvůrcem pampelišky je Bůh. Pak stojíš uvnitř celých širých Kordiller a víš, že Bůh je divoký. Bůh And není ten vymyšlený umírněný Bůh našich spolč, co nám posílá sympatické náhodíčky do našich životních vlnek, co tak mírně žehná našim jistě dobrým úmyslům, o které s laskavým humorem káží dobře živení faráři. V orkánu, co ti ohýbá stan až k zemi, pochopíš, že to tak není. Že by se faráři divili. Můj bůh je bohem Aconcaguy, bohem noci, Bohem země a nebe, Bohem vesmíru a vesmíru vesmírů, který se světlem halí jako pláštěm a kráčí na perutích větru a který miluje časná rána. Který není umírněný v žádném ze smyslů toho slova, který je prudký, vášnivý, žhavý. Tyhle skály nemohla vytvořit normální bytost, napadne tě. Ty divoké a vysoké štíty a kondory nemohla vytvořit kočka domácí, Bůh spolča katolických kytarovek. Bůh usedlých rodin, Bůh pravidelných teplých obědů, Bůh rúžolících faráři, Bůh zakulacených českých luk a strání. Tady jsme jinde, tady to na tebe shora křičí, tady když fouká, tak strašně, a když púlí, tak taky strašně, když je hora vysoká, tak je opravdu vysoká, a dálka, když je nekonečná, tak je opravdu nekonečná, a když nahoře plachtí kondor, tak je to kondor. Zhlédneš záblesk těch očí v očích pumy, jejíž stopy kolem hledáš. Zde na tebe nikdo nemusí prozpěvovat, že živý je Pán, zde jsi oslněn Životem samotným. Zde na tebe žádný křesťan, co to myslí dobře, nemusí volat, že Bůh tě miluje, protože to je tady ta jediná věc jistá, ale je to něco



nekonečně jiného, než co je vysloveno. Zde nikdo nedebatuje o Boží existenci, zde vypravují nebesa a volá kamení, a volá tak, že se chvějí bloky skal i země. Zde ti nikdo nemusí unyle říkat bratře nebo rádoby familiárně brácho, a myslet tím nic, zde jsi vlastní krví spojen se vším životem kolem a jsi jen skrze něho a s ním a v něm, zde jsi jedné krve s Životem samým, a když v noci přijímáš krev Páně, tak je to krev Páně; zde jsi pokrevním bratrem všech, jedné krve s Bohem věčným, živým a svatým. Tady když se modlíš, tak se modlíš. A když miluješ, tak miluješ. /Dva dny po návratu z expedice z Argentiny a Chile, 26. února 2019/

Marek Orko Vácha, JÍZDA V LEVÉM PRUHU, Rozhovor s Jožinem Valentou, Cesta, Brno 2019, str. 157–160

Publikováno se svolením autora.



POKYNY PRO AUTORY

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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší.

Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

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

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

Nezbytné položky:

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

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

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

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

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

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to



„Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro meztitulček. 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 zkratkou 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.

