

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
Radka Menclová

Adresa:

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

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 2/2017 dne 31. 3. 2017, recenzní řízení bylo 15. 3. 2017
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 stránek Design Point, s.r.o. www.dpoint.cz

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, indexován v 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:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
 Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ
 MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
 MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
 MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
 Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
 Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
 PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec
 MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Praha

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
 Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha
 Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., katedra filosofie a dějin přírodních věd PřF UK
 PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
 PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 Prof. PhDr. Michal Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
 MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
 PhDr. Daniela Stackeová, PhD., VŠTVS Palestra Praha
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
 Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
 Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
 Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



OBSAH

Editorial	97
<i>Chvála V.: Zkoumat, či nezkoumat?.....</i>	97
Pro praxi	99
<i>Bachroníková M., Řiháček T.: Skúsenosť ľudí s nešpecifickými črevnými zápalmi.....</i>	99
K diskusi.....	111
<i>Hánová Z., Konečný M.: Poznámky ke klasifikaci psychosomatických poruch v praxi.....</i>	112
<i>Košumberský T.: Kritika kritiků nekritického myšlení.....</i>	114
Úvahy	124
<i>Honzák R.: Hnus – morální emoce.....</i>	124
Výzkum	130
<i>Burešová N.: Přístup českých pediatrů k psychosomatice</i>	130
<i>Mazúchová L., Kelčíková S., Hricová D.: Vnímání zdravia a pohody matiek viacdetných rodín.....</i>	145
Krátce.....	155
<i>Honzák R.: Možné interakce nejčastěji užívaných herbálních prostředků.....</i>	155
Recenze	158
<i>Chvála V.: Dobře zasazený strom</i>	158
Z konferencí	161
<i>Šestáková K.: Lednová konference v Dobřichovicích byla vyváženě mezioborová.....</i>	161
<i>Skorunka D.: Systemický výzkum a psychosomatická medicína, jak to jde dohromady?.....</i>	164
<i>Kryl M.: Z konference ve Šternberku.....</i>	172
<i>Fotoreportáž z vědecké schůze SPM 7.4. 2017.....</i>	174
Politika, koncepce	175
<i>Dopis výboru SPM ČLS vedení ČLK.....</i>	175
<i>zásadní námitka k návrhu vyhlášky o nastavbových oborech lékařů a zubních lékařů.....</i>	175
<i>Proč nestačí anesteziologům Schimmelbuschova maska a éterová narkóza?</i>	177
<i>Zemřel MUDr. Michal Ivanovský.....</i>	179
Vychází	180
<i>Philip Zimbardo: Odpojený muž.....</i>	180
<i>Hraniční porucha osobnosti a její léčba</i>	181
<i>Psychický vývoj dítěte a výchova</i>	182



Lowen, Alexander: Jazyk těla.....183

Literární koutek.....184

Zbyněk Vybíral: Bradavice184



EDITORIAL



1 ILUSTRACNÍ FOTO K.ŠESTÁKOVÉ: Z ODBORNÉ SCHŮZE V LD

CHVÁLA V.: ZKOUMAT, ČI NEZKOUMAT?

Touto téměř hamletovskou otázkou zachtělo se mi otevřít druhé číslo Psychosomu v tomto roce. Nejen proto, že výjimečně je tento na psychosomatiku zaměřený časopis plný výzkumných prací, ale také pro pozoruhodnou shodu diskuse na dvou (velikostí nesrovnatelných) odborných akcích. Kdo byl na vědecké schůzi Společnosti psychosomatické medicíny („purkyňce“) 7. dubna v Lékařském domě (a že tam bylo plno!), může se sám přesvědčit. Pokud si přečte podrobnou reportáž Davida Skorunky ze systemické konference v Heidelbergu (*Systemický výzkum a psychosomatická medicína, jak to jde dohromady?*), zjistí, že posluchači v nové budově heidelberské univerzity stejně jako účastníci

„purkyňky“ v sále Lékařského domu se ptali v diskusi o výzkumu podobně: Jak to, že je třeba zkoumat něco, co je v praxi tak samozřejmé, jako vztah lékaře a pacienta, když stejně víme, že to pozitivistickou technologií zkoumat nejde?! (V Heidelbergu: „...*zdali je nutné organizovat složité studie k prokazování toho, že pacient má rodinu/blízké, kteří mohou zdravotní stav, léčbu a spolupráci s lékaři ovlivňovat...*“). Helena Franke, která přednesla zprávu o připraveném výzkumu, jehož se tým vedený Tomášem Řiháčkem z brněnské univerzity ujal, si vyslechla podobné námitky. Já si myslím, že výzkum potřebujeme, ze stejných důvodů jako němečtí kolegové. Ti sice mají



nesrovnatelně lepší podmínky pro svou práci s psychosomatickými pacienty, než máme my, ale i oni musí stále dokazovat, že bio-psycho-sociálně pojatá léčba je u psychosomatických pacientů efektivnější než léčba pouze biologická. Vím, je to jako dokazovat, že je lepší vidět dvěma očima než jedním, slyšet dvěma ušima než jedním, ale co můžeme dělat, když to ti, kdo medicínu organizují a rozhodují o penězích, neslyší a nevidí? Někteří naši kolegové už neradi slyší naše nářky na toto téma. A rádi bychom jim vyhověli, kdyby nebyla psychosomatika v ČR neustále ohrožována. Když na to nebudeme neustále upozorňovat, kde se dostane péče psychosomatickým pacientům? Je smutné sledovat, jak se k psychosomatice staví vedení Lékařské komory, jejímiž jsme my lékaři povinné členy. Kolega, který má na starost garanci vědy nad lékařskou praxí (MUDr. Mrozek), zatím neví, k čemu je psychosomatika dobrá, a „*pokud je to jen povídání s pacientem, tak to přeci patří do každého oboru...*“ Texty na obranu našich názorů neuveřejňují ani na ně nereagují (viz Politika a koncepce). Tentokrát bylo i na politickém poli psychosomatiky rušno. Jednak proběhla tisková konference na téma psychosomatiky na půdě České lékařské společnosti, následně jsme se ale dověděli, že v návrhu vyhlášky o nastavbových oborech lékařů vypadla psychosomatika teprve nedávno tam zařazená (v r. 2013), takže jsme na to museli reagovat. Je to prostě vzrušující zápas. V něm by se nám nějaké ty výzkumy, byť potvrzující to, co všichni víme, docela hodily. Pokud ovšem je vůbec zájem nejvyšších kruhů, aby se

bio-psycho-sociálně pojatá psychosomatika u nás rozvíjela aspoň tak, jako v jiných evropských zemích. A do toho zazněl hlas právníka, profesora Telce z olomoucké univerzity, který přišel s tím, že praxe není výzkum (viz minulé číslo Psychosomu). To zní velmi banálně, ale znovu to zopakoval na vědecké schůzi SPM a mohli jsme o tom diskutovat (přinášíme jen obrazovou reportáž z akce, o přepisu přednášky, popřípadě i diskuse uvažujeme). Jde o to, že podle našeho i evropského práva, jak prof. Telec tvrdí, má v léčebné praxi přednost zájem a postoj pacienta před zájmem a postojem vědy. Nic proti výzkumu, ale pojďme uvěřit, že medicínská praxe stojí víc na zkušenosti a práci s pacientem, tam a tehdy, kdy se s ním lékař setká, než na posledních, víceméně epidemiologických poznatcích o správné léčbě. Tou se můžeme inspirovat, ale ani sebelépe kontrolovaná EBM metodologie nás tváří v tvář pacientovi nespasí. A před právem, jak nás prof. Telec ujišťuje, rozhoduje zájem pacienta a nikoli výzkumu. Pokud by čtenáři z toho už bylo poněkud šoufl, má možnost se poučit v textu Radkina Honzáka o emoci hnusu. Moc zajímavé.

Po uzávěrce se ukázalo, že diskuse o psychosomatice se rozhořela i na jiných webech, nejspíš je to živé téma. Odkazy viz níže. Pro toto číslo jsme získali krásný příspěvek z pera ing. Tomáše Košumberského, prezidenta České stomatologické akademie. (s.114)

V.Ch. V Liberci 17. 4. 2017

Mimo naše stránky najde čtenář diskusi o psychosomatice na adrese <http://time-theory.info/2017/03/03/kritika-kritiku-nekritickeho-mysleni/>

nebo <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/04/skepticky-pohled-na-psycho-somatickou-medicinu/>



PRO PRAXI



2 ILUSTRÁČNÍ FOTO K.ŠESTÁKOVÁ: Z AKCE HRANICE V PSYCHOSOMATICE

BACHRONÍKOVÁ M., ŘIHÁČEK T.: SKÚSENOSŤ ĽUDÍ S NEŠPECIFICKÝMI ČREVNÝMI ZÁPALMI

ABSTRAKT: Štúdia sa zaoberá skúsenosťou ľudí s nešpecifickými črevnými zápalmi. Výskumný súbor tvorilo osem respondentov vo veku 22 až 31 rokov, ktorí mali diagnostikované ochorenie spadajúce do okruhu nešpecifických črevných zápalov. Dáta boli zberané formou pološtruktúrovaného rozhovoru a následne boli analyzované prostredníctvom interpretatívnej fenomenologickej analýzy. Z analýzy vyplynulo deväť experienciálnych tém. Výsledky sú diskutované v kontexte doterajších zistení a porovnané s výsledkami analogických štúdií zameraných na skúsenosti s inými ochoreniami.

KEÚČOVÉ SLOVÁ: nešpecifické črevné zápal, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, chronické ochorenie, skúsenosť



ABSTRACT: BACHRONIKOVA M., RIHACEK T.: THE EXPERIENCE OF PEOPLE WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. PSYCHOSOM 2017; 15(2), PP.99-110

The study deals with the experience of people with inflammatory bowel disease. The sample consisted of eight respondents aged 22 to 31 years who were diagnosed with a disease falling within the range of inflammatory bowel diseases. Data were collected through semi-structured interviews and were analyzed by means of interpretative phenomenological analysis. The analysis resulted in nine experiential themes. The results are discussed in the context of previous findings and compared with the results of analogous studies focused on experience with other diseases.

KEY WORDS: inflammatory bowel disease, Crohn´s disease, ulcerative colitis, chronic disease, experience

Nešpecifické črevné zápaly, medzi ktoré zaraďujeme Crohnovu chorobu a ulceróznou kolitídu, sú autoimúnne a chronické zápalové ochorenia významne ovplyvňujúce kvalitu života (Blondel-Kucharski et al., 2001). Tieto ochorenia sú charakteristické obdobiami relapsov a remisie. Príznaky často kolíšu, a preto je bežné oddialené zistenie diagnózy, pacienti i lekári zvyknú spočiatku považovať príznaky za neškodné a infekčného pôvodu (Orchard, Goldin, Tekkis a Williams, 2011). Kvalita života týchto ľudí je tiež ovplyvnená tým, či podstúpili operáciu (Haapamäki et al., 2009), a tiež či žijú so stómiou (umelým vývodom tenkého alebo hrubého čreva), ktorá má negatívny vplyv na kvalitu života najmä v sociálnej oblasti (Haapamäki et al., 2009) a oblasti intimity a vitality (Carlsson, Bosaeus a Nordgren, 2003).

Priebeh týchto ochorení je nepriaznivo ovplyvňovaný prežívaným stresom (Goodhand a Rampton, 2008). Nepriaznivé životné udalosti, chronický stres a depresia tiež môžu zvyšovať pravdepodobnosť relapsu u týchto pacientov (Maunder a Levenstein, 2008; Mawdsley a Rampton, 2005), pričom tým z nich, ktorí prežívali menej stresu, sa lepšie darilo udržať svoje ochorenie v remisii (Bitton et al., 2008).

V porovnaní s bežnou populáciou prežívajú ľudia s nešpecifickými črevnými zápalmi viac stresu, a to aj v prípade, že momentálne neprechádzajú objektívne stresujúcimi životnými obdobiami: aj v bežnom živote sa môžu cítiť preťažení (Sewitch et al., 2001), vykazujú nižšiu duševnú pohodu a vnímajú svoj celkový zdravotný stav negatívnejšie (Graff, Walker, Clara et al., 2009).

Prejavy týchto ochorení prinášajú okrem fyzických komplikácií aj dennodenné problémy, medzi ktoré môže patriť pocit straty kontroly a energie, pocit izolácie, strachu, záťaž pre okolie, vnímanie nedosahovania plného potenciálu, pocit špinavosti, či nedostatok informácií od lekárov (Casati, Toner, de Rooy, Drossman a Maunder, 2000), ale tiež častejšie hospitalizácie a užívanie liekov, potreba striktnejšie dodržiavať diétu a častejšia potreba chodiť v noci na toaletu (Calsbeek, Rijken, Bekkers, Dekker a van BergeHenegouwen, 2006). Ukázalo sa tiež, že nešpecifické črevné zápaly môžu ovplyvniť niektoré oblasti sociálneho fungovania – vďaka pocitu hanby aj fyzickým obmedzeniam môže znižovať participáciu na sociálnych aktivitách (Mackner, Vannatta a Crandall, 2012).



Hoci nešpecifickým črevným zápalom je venovaná pozornosť aj v kontexte psychologickom, existuje nedostatok fenomenologicky zameraných štúdií, ktoré by túto problematiku skúmali z perspektívy ľudí trpiacich týmito ťažkosťami. Zatiaľ čo podobné štúdie existujú v súvislosti s Parkinsonovou chorobou (Bramley a Eatough, 2004), sklerózou multiplex (Olsson, Lexell a Söderberg, 2008), chronickými bolesťami chrbta (Snelgrove, Edwards a Lioffi, 2013), chronickou bolesťou (Lavie-Ajayi, Almong a Krumer-Nevo, *METÓDA*

Výskumný súbor

Výskumný súbor bol tvorený ôsmymi respondentmi (6 žien, 2 muži) vo veku od 22 do 31 rokov ($M = 26,38$, $SD = 3,11$). Štyria z nich mali diagnostikovanú Crohnovu chorobu a štyria ulceróznou kolitídu, pričom niektorá z týchto chorôb im bola diagnostikovaná pred dva a pol až 12 rokmi. Všetci respondenti sa v priebehu zberu dát nachádzali v remisnej fáze ochorenia a zdravotný stav žiadneho z nich si zatiaľ nevyžadoval vytvorenie stómie.

Respondenti boli oslovení pomocou inzerátu uverejneného v rámci dvoch svojpomocných skupín na Facebooku, ktoré združujú ľudí s nešpecifickými črevnými zápalmi. Na túto výzvu reagovalo celkom 10 ľudí, pričom dvaja si, po detailnejších informáciách o výskumnom zámere, svoju účasť odmietli. So všetkými respondentmi bol prvotný kontakt naviazaný cez Facebook alebo e-mail a všetci respondenti pred začiatkom rozhovoru podpísali informovaný súhlas s účasťou vo výskume.

Tvorba dát

Dáta boli získavané pološtruktúrovaným rozhovorom. Otázky sa zameriavali na niekoľko okruhov. Prvý sa týkal celkovej

2012), chronických únavových syndrómom (Dickson, Knussen a Flowers, 2007), chronickou obštrukčnou chorobou pľúc (Ek a Ternestedt, 2008), či diabetes druhého typu (Ijaz a Ajmal, 2011), v súvislosti s nešpecifickými črevnými zápalmi sme objavili len štúdiu zameranú na skúsenosť týchto ľudí s psychoterapiou (Mikocka-Walus, Gordon, Stewart a Andrews, 2013). Cieľom tejto štúdie je teda fenomenologicky preskúmať skúsenosť ľudí s týmto ochorením.

skúsenosti s ochorením, ďalej nasledovali otázky zamerané na komunikáciu s okolím, tretí okruh zahŕňal okolnosti zistenia diagnózy a posledný okruh sa zameriaval na to, ako respondenti svoje ochorenie zvládali a či do ich života prinieslo aj niečo pozitívne. Rozhovory boli vedené prvou autorkou a ich dĺžka sa pohybovala medzi 46 a 67 minútami.

Analýza dát

Doslovne prepísané rozhovory boli analyzované pomocou interpretatívnej fenomenologickej analýzy (IPA, Kostínková a Čermák, 2013; Smith, 2011). V prvej fáze analýzy boli prepisy rozhovorov opakovane prečítané a boli vyhľadávané a podčiarkované miesta, ktoré sa vzťahovali k výskumnej otázke. Ďalším krokom bolo písanie počiatočných poznámok, ktoré boli následne preformulované do rodiacich sa tém. V ďalšej fáze boli vyhľadávané súvislosti medzi témami, témy boli zoskupované podľa ich podobností, rozdielov a hierarchických vzťahov. Týmto spôsobom bol najprv každý rozhovor analyzovaný samostatne a výsledkom tak bolo osiem zoznamov tém, ktoré boli ďalej analyzované a prepájané na základe ich významov do výsledného zoznamu tém. Dáta boli najskôr analyzované prvou



autorkou a analýza bola pravidelne diskutovaná s druhým autorom. Nižšie sú

prezentované témy, ktoré sa vyskytovali aspoň u polovice respondentov.

VÝSLEDKY

Výsledkom analýzy bolo deväť tém zachycujúcich skúsenosť respondentov s nešpecifickými črevnými zápalmi. Početnosť každej témy uvádzame vždy v zátvorke.

Zistenie diagnózy pociťované ako šok, alebo ako vykúpenie (8)

Zistenie chronického ochorenia môže pre ľudí predstavovať podstatný životný medzník. Účastníci tohto výskumu reagovali na zistenie tejto diagnózy dvojakým, v podstate protichodným, spôsobom. Pre niektorých to bol šok, nakoľko očakávali, že ich ochorenie je akútne a po jeho zistení a nasadení vhodnej liečby úplne odznie. Štyri respondentky v tomto výskume pociťovali po zistení diagnózy beznádej a kládli si otázky ako: „Prečo práve ja?“

Ďalší respondenti však hovorili o zistení diagnózy ako o pozitívnej skúsenosti, ako o vykúpení a úľave. To si môžeme vysvetliť tým, že práve títo respondenti symptómami ochorenia trpeli už pomerne dlhú dobu, kedy im lekári nevedeli povedať, čo za ich ťažkosťami stojí. Konečné zistenie ochorenia im teda dalo vedomie, čo sa s nimi deje a tiež nádej, že sa s tým bude dať niečo robiť. Hovorili tiež o tom, že najťažšou časťou ochorenia bolo pre nich práve obdobie pred zistením diagnózy, kedy mohli okrem iného pociťovať aj hnev na lekárov, pretože im nevedeli pomôcť a tiež preto, že sa k nim z pohľadu respondentov často správali nepatrične – postoje lekárov vnímali ako zľahčovanie ich zdravotného stavu a nedôveru lekárov v to, že sa skutočne cítia zle. To v nich niekedy

vyvolávalo aj výčitky a pochybnosti, či si naozaj nevymýšľajú. Zistenie diagnózy na nich preto mohlo pôsobiť ako úľava, no tiež ako potvrdenie svojej normálnosti. „*To byla strašná úleva na jedny straně v tom, že najednou ti řeknou, že máš nevyléčitelnou chorobu, ale zároveň ti konečně řeknou, že vážně nejsi blázen. Že jako opravdu něco s tebou je špatně...*“ (Marika).

Vyrovnávanie sa s obmedzeniami ochorenia – od zážitku obmedzení až po ich nevnímanie (8)

Nešpecifické črevné zápaly so sebou môžu niesť rôzne obmedzenia. Medzi nimi respondenti spomínali stravovacie obmedzenia, nedostatočnú energiu, únavu, ťažkosti spojené s cestovaním a účasťou na spoločenských aktivitách, špecifické potreby spojené s pracovnými aktivitami (mať možnosť kedykoľvek odísť na toaletu, môcť častejšie navštevovať lekárov), potrebu vždy vedieť, kde sa nachádza toaleta a tiež časté zmeny plánov v dôsledku ochorenia, a teda aj nemožnosť plánovať príliš dopredu: „*...keď sa dostanem znova do takých tých bolestí... je to v podstate obmedzujúce, že musíš zrušiť niečo alebo zostať doma. Takže je to také, že musím prispôbovať nejaké akcie alebo svoju aktivitu tomu...*“ (Tomáš).

Za podstatnejšie než samotné obmedzenia však môžeme považovať to, akým spôsobom sa k nim respondenti stavali a čo pre nich znamenali: „*Sú tu nejaké obmedzenia, ale nie veľké. Je to veľmi o tej psychike, ako to človek zoberie, keď sa fakt chce tým utápať, že*



má takúto chorobu, tak sa tým utápať bude. Bude sa trápiť. Ale keď sa to snaží tak vynechať a nadľahčiť, tak podľa mňa sa to dá...“ (Štefan).

Sila myšlienok – zhoršujú to, je lepšie, keď na to nemyslím (6)

Ďalšou témou bol vnímaný vplyv myšlienok na zdravotný stav a prežívanie respondentov. Zhodovali sa na tom, že keď na chorobu nemyslia a sú plne zamestnaní niečím iným, sa cítia lepšie, nevnímajú tak bremeno ochorenia. Naopak, na ponorenie sa do bolesti a choroby nazerali ako na niečo, čo celú bolesť ešte zhoršuje: *„...podporuješ tu nemoc vlastne tým, že o ní poľahčujú, že o ňu premýšľáš a rýkáš si, že to bude bolet ešte viac, jak to bolelo minule, a prostě... a jak dlouho to bude bolet a ty vlastně to tak strašně podnítiš, že tě to bude bolet mnohem dýl...“ (Marika).*

Najmä v začiatkoch ochorenia cítili potrebu hľadať si stále nové informácie o ochorení na internete, čo neskôr tiež vyhodnotili ako zle pôsobiace na ich prežívanie. Pomáha im, keď sa od choroby odosobnia a žijú ako zdraví ľudia. Zaujímavé je pri tom i to, že v tomto kontexte respondenti používali porovnanie „žiť ako zdraví“: *„Fakt... to musím povedať, že to bolo predtým, že stále sa tým zaoberať a uvažovať a hľadať a čítať a neviem čo... čo ako bude... Jednoducho, nie. Úplne sa od toho odosobniť a normálne žiť, ako normálny človek, ako keby som bola zdravá...“ (Daniela).* Respondenti však hovorili tiež o tom, že v akútnej fáze ochorenia spojenej s bolesťami je pre nich stratégia „nemyslieť na to“ často nedostupná.

Stres pôsobí negatívne, no neviem, čo s ním (7)

Siedmi respondenti popísali, že stres negatívne ovplyvňuje priebeh ich ochorenia, a niektorí z nich ho spomínali

aj ako prvok figurujúci pri objavení sa prvých príznakov a vypuknutí ochorenia. Aj napriek tomu, že v chápaní ochorenia pripisovali stresu pomerne veľkú rolu, však hovorili o tom, že hoci vnímajú jeho vplyv, často s ním nedokážu nič robiť a nijakým spôsobom ho ovplyvniť. Niektorí respondenti naopak vnímali, že určitým stresorom sa dá vyhnúť napríklad tým, že starostlivejšie zväžia činnosti, ktoré chcú vykonávať a ktoré považujú za prioritné:

„Stres v živote vypínam. Robím len veci, ktoré chcem. Nerobím veci nasilu a keď sa cítim v nejakej situácii nepríjemne alebo nejak stresovo, tak sa snažím od tej situácie odísť alebo úplne ju vynechať. A keď už musia byť tie situácie, tak snažiť sa to tak zobrať s tým úsmevom a šak... nič sa nedeje. Práveže o život ide pri tej chorobe, nie pri tých situáciách, ktoré sú v živote...“ (Štefan)

Okrem priameho vyhýbania sa stresu respondenti identifikovali prostriedky, ktoré im ho pomáhajú zvládať. Medzi nimi často figuroval pohyb, ako prostriedok slúžiaci na jeho ventiláciu. Okrem neho tiež popisovali pozitívny účinok relaxačných metód. Aj napriek tomu, že niektorí respondenti dokázali nájsť prostriedky na zvládanie stresu, však ich pocit, že stres sa nedá ovplyvniť, sa väčšinou z ich príbehov tiahol častejšie a výraznejšie.

Boj o kontrolu nad chorobou (5)

Nešpecifické črevné zápaly boli podľa respondentov typické svojou nepredvídateľnosťou zhoršenia zdravotného stavu a relapsu a prežívanou nemožnosťou priebehu ochorenia ovplyvniť:

„...to bych řekla, že je na tý nemoci nejhorší. Ne ta bolest. Ale to, že nevíš, kdy to skončí, co to způsobilo. Protože vážně... můžeš být v remisi 10 let



a nemusíš mať žiadne problémy, a najednou z ničoho nic se Crohn rozhodne, že se probudí, a tak se probudí. A nemusí to mít žádnou příčinu. Je to takové strašně náhodné, což pak ty racionální lidi trochu štve...“ (Marika).

Pri objavení príznakov a bolestí mali respondenti pocit nedostatočnej kontroly, čo v nich niekedy vyvolávalo bezmocnosť a neistotu. Podstatné však je, že okrem nepredvídateľnosti choroby dokázali identifikovať množstvo aspektov, ktoré môžu mať sami pod kontrolou a ktoré im môžu pomôcť k udržaniu ochorenia v lepšom stave. Medzi nimi napríklad dodržiavanie diéty, zdravá životospráva, šport a tiež pokoj, ventilácia napätia a stresu a celková disciplína v životnom štýle. Kurčitému pocitu kontroly nad ochorením im pomáhalo aj vedomie toho, že v okolí sa nachádzajú dostupné toalety. Potreba kontroly sa tak javila ako dôležitý faktor napomáhajúci k prijatiu a zvládaniu choroby.

Potreba spoznať chorobu (8)

Toto ochorenie vstúpilo do života respondentov ako veľká neznáma a po získaní diagnózy mali o ňom rôzne predstavy. V ich formovaní a vo vytváraní si postoja k ochoreniu sa u troch respondentov prejavila i spôsob oznamovania diagnózy lekárom: „...môj lekár sa so mnou tak rozprával... tak strašne smutne, ako keby som fakt šla zomierať. Tak ešte to mi pridalo. Tomu môjmu pocitu...“ (Alena). Naopak Katarína mala inú skúsenosť: „Mne povedali doktori, že to je ako keď má človek astmu, musíš sa s tým naučiť žiť, že sa na to neumiera (...) tak ja som to zobrala s takým humorom, ľudia žijú celý život s astmou, tak ja dokážem žiť s týmto.“

Všetci respondenti hovorili o tom, že najmä zo začiatku pre nich choroba

predstavovala hrozbu a bolo pre nich veľmi dôležité získať o nej dostatočné množstvo informácií a dobre ju spoznať. A to nie len v rovine všeobecnej, ale tiež individuálnej, nakoľko príznaky, obmedzenia a potreba diét sa u nich môže líšiť. Marika k tomu hovorí: „Když... ona spousta lidí tím trpí kvůli tomu, že tu nemoc nedomyšlí. Nevědí, co přesně to způsobuje, co ti ubližuje, protože to je strašně individuální (...) a ty lidi si na to neumí přijít. Když ten člověk tý nemoci porozumí, dá se to zvládat docela v pohodě...“

Na spoznanie ochorenia a zžitie sa s ním často potrebovali dlhší čas, no potom na nich poznanie choroby pôsobilo upokojujúco. Hovorili o tom, že nakoľko už s chorobou žijú dlhšiu dobu, poznajú jej príznaky a reakcie svojho tela na rôzne podnety, je pre nich jednoduchšie byť pripravený na prípadné objavenie symptómov, nezľaknúť sa ich a nezhoršovať prežívanú bolesť aj strachom z toho, dokedy budú príznaky trvať.

Choroba ako formujúci faktor a impulz k prehodnoteniu životného štýlu a životných priorít (7)

Takmer všetci respondenti sa zhodli na tom, že toto ochorenie im do života prinieslo aj pozitívne zmeny. Hodnotili tak najmä to, že ich choroba prinútila zamyslieť sa nad životným štýlom, ktorý viedli. Týmto impulzom mohol byť priamo aj strach z choroby a bolesti, ale tiež averzia voči vyšetreniam súvisiacim s ochorením.

Okrem zmeny životosprávy na niektorých respondentov pôsobila choroba aj ako impulz k prehodnoteniu svojich priorít. Hovorili pritom, že je dôležité uvedomiť si, čo je v živote dôležité a menej podstatné veci v prípade nutnosti vypustiť za cenu toho, že sa budú cítiť lepšie:



„Například, skoro mám Ing., ale vieš, prišla manželka do toho, prišlo obdobie, kedy musel človek iné veci riešiť, prácu, zabezpečiť rodinu a nie riešiť nejakú diplomku... Tak som zacítil, že začína mi to robiť zle. (...) Tak som si povedal, že prečo (...) Človek by mal vypustiť také veci, ktoré ho zbytočne nejako zaťažujú a stresujú.“ (Tomáš)

Chorobu brali respondenti tiež ako impulz k zastaveniu sa, jej zhoršenie chápali ako upozornenie na to, že je toho na nich veľa a že by mali spomaliť. Jeden respondent jej pripísal rolu aj v tom, že sa dokáže viac tešiť z maličkostí, medzi nimi napríklad aj z toho, že sa cíti dobre, a zároveň že si uvedomil svoju zraniteľnosť. Dvaja respondenti hovorili aj o tom, že počas zhoršenia zdravotného stavu cítia, že sú bližšie k Bohu a viac sa modlia, ďalší dvaja spomínajú nové príležitosti, ktoré im do života prinieslo práve ochorenie. To, že väčšina respondentov dokázala nájsť v ochorení aj pozitíva a vnímajú jej priaznivé pôsobenie na formovanie životného štýlu a uvedomovanie si priorít, môže byť dôležitým aspektom v procese prijímania ochorenia a zvykania si na život s ním.

Súkromná choroba (4)

Polovica respondentov vyjadrila, že o ochorení neradi hovoria s inými ľuďmi. Môže to súvisieť jednak s intímnu povahou ochorenia, nakoľko ľuďom nie je príjemné hovoriť o tráviacich problémoch, ale u jednej respondentky bolo badateľné, že o ochorení nehovorí, pretože ho v bežnom živote vôbec nevníma a nepokladá za podstatné hovoriť o ňom. Traja respondenti však vyjadrili, že pokiaľ nie je nutné hovoriť o ochorení, vyhýbajú sa tomu, a v prípade, že na ochorenie dôjde reč, nie sú explicitní, niektoré informácie zahmlievajú, alebo o ňom hovoria na abstraktnej a všeobecnej rovine.

Respondenti spomenuli tiež zážitky, kedy ich život spojený s týmto ochorením ostatní ľudia nedokázali dostatočne pochopiť. Hovorili, že to je ochorenie, ktoré majú zvládať sami, a že pre ľudí je ťažké pochopiť symptomatiku ochorenia v súvislosti s ťarchou, ktorú so sebou niekedy nesie: „Zdá se mi, že tahle nemoc není úplně o tom, aby se to zvládalo s někým... že ten někdo to stejně nepochopí. Na internetu to dokonce nazývají „neviditelná nemoc“, prostě většina lidí si říká „nevypadáš vůbec nemocně...“ (Marika).

Pocit, že ľudia nedokážu ochorenie pochopiť, mohol u respondentov niekedy vyústiť v dojem, že sú „iní ako ostatní“. Pocit inakosti bol v ich príbehoch vyjadrovaný nie len explicitne, ale tiež implicitne v slovných spojeniach „chcem žiť ako normálny človek“, „keď je tá remisia, som ako zdravý človek“ (Alžbeta), ktoré naznačujú, že respondentka sa pod vplyvom ochorenia necíti ako normálny a zdravý človek, iba sa k nemu prirovnáva.

Budúcnosť vyvoláva strach a otázky (5)

Poslednou z tém je premýšľanie o budúcnosti, s ktorou je spojený strach a rôzne otázky. Respondenti spomínali strach z toho, že sa ochorenie vráti a že budú musieť znova prežívať s ním spojené bolesti a obmedzenia. Zároveň niekedy premýšľali o tom, kedy nastane relaps, aký bude a či nastane za priaznivých podmienok: „A ešte, čo sa niekedy obávam, tak... keď sa to vráti a kedy sa to vráti, že dúfam, že nebudem v robote, že budem aspoň doma, dúfam, že nebudem mať niečo vtedy naplánované...“ (Lucia).

Okrem často spomínaného strachu z relapsu hovorili aj o strachu z vedľajších účinkov liekov, zo zhoršenia zdravotného stavu a nutnosti chirurgic-



kých zákrokov, z objavenia sa ďalších pridružených ochorení a tiež z toho, ako budú ochorenie zvládať neskôr, v starobe, kedy budú mať ešte menej fyzických síl. Objavil sa tiež strach z bolestivých vyšetrení. Strach môže pritom vyvolávať aj príliš časté premýšľanie o chorobe a o jej možných dôsledkoch, alebo čítanie internetových diskusií a fór: „*Asi tento strach. Z toho, že... že čo ma môže všetko čakať. Keď si čítam tie príbehy na internete, niektoré sú fakt... až také... až strašidelné pre mňa... tak to je také najhoršie... spolu s tým, že keď mi je fyzicky zle...*“ (Alena).

Samostatnou kategóriou týkajúcou sa obáv a otázok smerujúcich do budúcnosti

DISKUSIA

Štúdia hľadala odpoveď na otázku: „Aká je skúsenosť ľudí s nešpecifickými črevnými zápalmi.“ Jej výsledkom je súbor deviatich tém, ktoré sa z veľkej časti zhodujú s témami vychádzajúcimi zo štúdií skúmajúcich subjektívnu skúsenosť s inými ochoreniami.

V skúsenosti respondentov sa často objavujú odlišnosti, niekedy dokonca opozitné zážitky. Napríklad na samotné zistenie diagnózy reagovali respondenti rozličným spôsobom: zatiaľ čo niektorí reagovali šokom, pre iných bolo získanie diagnózy spojené s pocitom vykúpenia plynúcim zo zistenia diagnózy. Na základe výskumného súboru môžeme konštatovať, že ako úľavu vnímali zistenie diagnózy ľudia, ktorí trpeli symptómami ochorenia dlhšiu dobu bez toho, aby vedeli, z čoho symptómy plynú. Je možné, že takéto protirečiacie si reakcie sa môžu objavovať aj pri iných chronických ochoreniach, hoci predošlé fenomenologické výskumy takúto skúsenosť nepopisujú.

bolo u žien tehotenstvo. Ani pre jednu z nich však táto téma nebola zatiaľ úplne aktuálna, a tak sa jej riešeniu príliš nevenovali. To súvisí aj s prístupom niektorých respondentov vypovedajúcich o tom, že momentálne sa snažia na budúcnosť nemyslieť. Dalo by sa povedať, že sústredenie sa na prítomnosť je určitou stratégiou, ktorú využívajú na zvládanie nepredvídateľného pokračovania ochorenia a strachu z neho. Jedna s respondentiek na zvládanie tohto strachu využívala aj určitú snahu o nájdenie nádeje, že ochorenie sa nemusí vrátiť, prípadne, že sa nemusí vrátiť v príliš ťažkej forme. A to aj napriek vedomosti, že to nie je príliš pravdepodobné.

Vyrovňavanie sa s obmedzeniami plynúcimi z ochorenia môže byť u ľudí s nešpecifickými črevnými zápalmi tiež rôzne. Respondenti hovorili o tom, že počas zápalových štádií pociťovali významné obmedzenia, no vo fázach remisie niektorí z nich nevnímali nič, v čom by ich ochorenie obmedzovalo, čo je v súlade s predošlými zisteniami (Larsson, Löf, Rönnblom a Nordin, 2008, Jelsness-Jørgensen et al., 2011). Respondent a respondentka, ktorí žili s ochorením 12 a 8 rokov a boli dlhodobo v remisii, ochorenie a tak isto ani obmedzenia, ktoré by s ním boli spojené, nevnímali. Naopak respondentky, ktoré s ním žili 3 roky a 3 a pol roka, vnímali ochorenie ako veľmi ťaživé a obmedzujúce. Tento rozdiel by mohol poukazovať na to, že s predĺžujúcou sa dobou života s ochorením a dlhodobým stavom remisie sa môže vnímanie ochorenia a z neho vyplývajúcich obmedzení zmiernovať. To je však treba overiť ďalšími výskumami. Vnímanie ochorenia ako obmedzujúceho sa objavilo aj u ľudí trpiacich chronickou



obštrukčnou chorobou pľúc (Ek a Ternstedt, 2008).

Témou, ktorá sa objavila takmer u všetkých respondentov a ktorá sa zároveň nenachádzala v predošlých štúdiách, bol vplyv myšlienok týkajúcich sa bolesti a ochorenia na prežívanie ochorenia. Respondenti vnímali, že takéto myšlienky prežívanie ich ochorenia zhoršujú. Zároveň hovorili o tom, že keď sú zamestnaní nejakou činnosťou, ochorenie nemajú čas vnímať a cítiť sa lepšie. To je v súlade s psychosomatickou perspektívou, podľa ktorej sa na vzniku a priebehu každého ochorenia podieľajú medzi inými tiež kognitívne aspekty (Faleide, Lian a Faleide, 2010) a obavy z bolesti a zhoršenia tak môžu toto zhoršenie podnecovať (Hahn, 1999).

Respondenti v tomto výskume zažívali vo vzťahu s ochorením obmedzenú kontrolu. Na jednej strane vnímali, že niektoré aspekty ochorenia, ako jeho nepredvídateľnosť a silné bolesti, nedokážu kontrolovať, no na druhej strane dokázali identifikovať mnohé faktory, ktoré sú v ich rukách a vďaka ktorým dokážu mať priebeh ochorenia do určitej miery pod kontrolou. Podobne aj ľudia podstupujúci hemodialýzu hovoria o tom, že sa snažia o udržanie rovnováhy medzi kontrolovateľnými a nekontrolovateľnými stránkami života a ochorenia (Lindsay, MacGregor a Fry, 2014). Pacienti s vrodenými poruchami srdca zas reflektujú, že „kontrolovať ochorenie je lepšie ako byť kontrolovaný ním“ (Chiang et al., 2014). Vedomie, že existuje niečo, čím môžu sami prispieť k tomu, aby sa bolesti a symptómy neopakovali častejšie a boli zvládnuteľnejšie, im môže dodať nádej a pocit, že nie sú odovzdaní do rúk choroby.

Tento výskum tiež ukázal potrebu respondentov dostatočne spoznať ochorenie,

a to nie len vo všeobecnej rovine, ale tiež v rovine individuálneho priebehu ochorenia a obmedzení z neho plynúcich (napríklad stravovacích). O tejto potrebe hovorí aj výskum Lesnovskej, Börjesonovej, Hjortswana a Frismanovej (2013), ktorý identifikuje konkrétne oblasti, ktorých znalosť považujú ľudia s týmito ochoreniami za potrebnú. Zároveň tiež vyjadrujú, že dostatočné množstvo potrebných informácií im môže dodávať pocit bezpečia. To sa zhoduje s tým, že na niektorých respondentov v tomto výskume pôsobilo poznanie ochorenia upokojujúco a vedomie časového obmedzenia príznakov im pomáhalo zvládať obdobia bolesti.

Chorobu chápali ako impulz k prehodnoteniu životného štýlu siedmi z ôsmich respondentov. O vedení disciplinovanejšieho života, ako dôsledku choroby hovoria aj pacienti s diabetes druhého typu (Ijaz a Ajmal, 2011). Niektorí z respondentov v tejto práci dokonca hovoria o tom, že pod vplyvom choroby prehodnocujú svoje priority, premýšľajú, čo je pre nich v živote dôležité, prípadne vypúšťajú veci, ktoré ich príliš zaťažujú. Podobné prehodnocovanie priorít z dôvodu nedostatku síl plynúceho z ochorenia vnímajú aj pacienti s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc (Ek a Ternstedt, 2008). Takéto vnímanie ochorenia môže u ľudí s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitídou vyplývať z ich priameho spojenia so životným štýlom a stravovaním, ale tiež zo zníženia energie a limitov, ktoré ich môžu nútiť prehodnotiť aj životné priority. Toto prehodnocovanie životného štýlu a priorít vnímajú respondenti ako pozitívne.

Výsledky tejto práce ukázali tiež, že niektorí respondenti o svojom ochorení neradi hovoria s inými ľuďmi. To sa zhoduje so zisteniami týkajúcimi sa adolescentov s nešpecifickými črevnými



zápalmi (Calsbeek, Rijken, Bekkers, Dekker a van Berge Henegouwen, 2006). Vyhýbanie sa rozprávaniu o ochorení môže súvisieť s tým, že ľudia s týmito chorobami sa často stretávajú s nedostatočným pochopením ľudí. Podobná skúsenosť bola popísaná aj u ľudí trpiacich chronickou bolesťou (Lavie-Ajay, Almong a Krumer-Nevo, 2012), chronickým únavovým syndrómom (Dickson, Knussen a Flowers, 2007) alebo vrodenými poruchami srdca (Chiang et al., 2014).

Vnímanie stresu ako determinantu relapsu je v zhode s predošlým zistením Moserovej et al. (cit. podľa Wahed a Rampton, 2013). Túto skúsenosť potvrdzujú aj zistenia hovoriace o tom, že chronický stres, depresia a nepriaznivé životné udalosti môžu zvyšovať pravdepodobnosť relapsu u týchto pacientov (Maunder a Levenstein, 2008; Mawdsley a Rampton, 2005). Ukazuje sa pritom, že nácvik zvládania stresu síce nezlepšuje priebeh ochorenia, no môže byť spojený so zlepšením duševnej pohody a nálady pacientov (Wahed a Rampton, 2013).

Poslednou témou je budúcnosť ako aspekt, ku ktorému sa viažu mnohé otázky a strach. Otázky, ktoré si kladú, sa týkajú napríklad budúceho tehotenstva, dedičnosti ochorenia, vedľajších účinkov liekov, priebehu ochorenia v budúcnosti, alebo jeho zvládania v starobe. Tieto výsledky sa čiastočne zhodujú so zisteniami Irvinovej (2004), ktorá okrem spomenutých identifikuje otázky pýtajúce sa na dĺžku života, schopnosť

vykonávať prácu a rizika výskytu rakoviny u pacientov s touto chorobou. Strach z budúcnosti zažívajú tiež ľudia s inými chronickými ochoreniami, ako napríklad diabetici (Ijaz, Ajmal, 2011), ľudia so sklerózou multiplex (Olsson, Lexell a Söderberg, 2008), alebo s chronickými bolesťami chrbta (Snelgrove, Edwards a Liossi, 2013).

Štúdia má niekoľko metodologických obmedzení. Všetci respondenti sa počas konania rozhovoru nachádzali v remisnej fáze ochorenia a zdravotný stav žiadneho z nich si doposiaľ nevyžadoval vytvorenie stómie. U ľudí, ktorí by sa nachádzali v relapse, prípadne u tých so stómiou, by sa mohli výsledky líšiť. Výsledky mohol ovplyvniť i fakt, že išlo o mladých dospelých, nakoľko je možné, že v detstve, adolescencii, prípadne v staršom veku ľudia prežívajú tieto ochorenia inak. Je treba prihliadať aj na to, že výskumný súbor tvorili 2 muži a 6 žien, a teda zastúpenie oboch pohlaví nie je rovnomerné.

Limitom práce je tiež fakt, že súbor sa vyznačoval dosť veľkým rozdielom medzi dĺžkou diagnózy u respondentov, ktorú mali od 2 a pol roka do 12 rokov. To však zároveň umožnilo pozrieť sa skúsenosť s týmto ochorením v širšej časovej perspektíve. Zaujímavé by mohlo byť tiež skúmať túto skúsenosť u novo diagnostikovaných pacientov a u tých, ktorí s ochorením žijú už dlhšiu dobu, prípadne hľadať možné rozdiely medzi týmito skupinami.

LITERATÚRA

1. Bitton, A., Dobkin, P. L., Edwardes, M. D., Sewitch, M. J., Meddings, J. B., Rawal, S., Wild, G. E. (2008). Predicting relapse in Crohn's disease: A biopsychosocial model. *Gut*, 57(10), 1386-1392.
2. Blondel-Kucharski, F., Chircop, C., Marquis, P., Cortot, A., Baron, F., Gendre, J. P., & Colombel, J. F. (2001). Health-related quality of life in Crohn's disease: A prospective



- longitudinal study in 231 patients. *American Journal of Gastroenterology*, 96(10), 2915–2920.
3. Bramley, N., & Eatough, V. (2004). The experience of living with Parkinson's disease: An interpretative phenomenological analysis case study. *Psychology and Health*, 20(2), 223–235.
 4. Calsbeek, H., Rijken, M., Bekkers, M. J. T. M., Dekker, J., & van Berge Henegouwen, G. P. (2006). School and leisure activities in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: Impact of burden of disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 121–130.
 5. Carlsson, E., Bosaeus, I., & Nordgren, S. (2003). What concerns subjects with inflammatory bowel disease and an ileostomy? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38(9), 978–984.
 6. Casati, J., Toner, B. B., de Rooy, E. C., Drossman, D. A., & Maunder, R. G. (2000). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: A review of emerging themes. *Digestive Diseases and Sciences*, 45(1), 26–31.
 7. Dickson, A., Knussen, C., & Flowers, P. (2007). Stigma and the delegitimation experience: An interpretative phenomenological analysis of people living with chronic fatigue syndrome. *Psychology and Health*, 22(7), 851–867.
 8. Ek, K., & Ternstedt, B.-M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 470–478.
 9. Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.
 10. Goodhand, J., & Rampton, D. (2008). Psychological stress and coping in IBD. *Gut*, 57(10), 1345–1347.
 11. Graff, L. A., Walker, J. R., Clara, I., Lix, L., Miller, N., Rogala, L., ...Bernstein, C. N. (2009). Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *American Journal of Gastroenterology*, 104(12), 2959–2969.
 12. Haapamäki, J., Turunen, U., Roine, R. P., Färkkilä, M. A., & Arkkila, P. E. T. (2009). Impact of demographic factors, medication and symptoms on disease-specific quality of life in inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 18(8), 961–969.
 13. Hahn, R. A. (1999). The nocebo phenomenon: Scope and foundations. In A. Harrington (Ed.), *The placebo effect. An interdisciplinary exploration* (s. 56–76). Cambridge: Harvard University Press.
 14. Chiang, Y.-T., Chen, C.-W., Su, W.-J., Wang, J.-K., Lu, Ch.-W., Li, Y.-F., & Moons, P. (2014). Between invisible defects and visible impact: The life experiences of adolescents and young adults with congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing* 71(3), 599–608.
 15. Ijaz, S., & Ajmal, M. A. (2011). Experiencing type II diabetes in Pakistan. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 50–56.
 16. Jelsness-Jørgensen, L.-P., Moum, B., & Bernklev, T. (2011). Worries and concerns among inflammatory bowel disease patients followed prospectively over one year. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011(2011).
 17. Irvine, E. J. (2004). Review article: Patients' fears and unmet needs in inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 20(4), 54–59.
 18. Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9–43). Brno: Masarykova univerzita.
 19. Larsson, K., Lööf, L., Rönnblom, A., & Nordin, K. (2008). Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 139–148.
 20. Lavie-Ajayi, M., Almong, N., & Krumer-Nevo, M. (2012). Chronic pain as a narratological distress: A phenomenological study. *Chronic Illness*, 8(3), 192–200.
 21. Lindsay, H., MacGregor, C., & Fry, M. (2014). The experience of living with chronic illness for the haemodialysis patient: An interpretative phenomenological analysis. *Health Sociology Review*, 23(3), 232–241.
 22. Mackner, L. M., Vannatta, K., & Crandall, W. V. (2012). Gender differences in the social functioning of adolescents with inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(3), 270–276.
 23. Maunder, R. G., & Levenstein, S. (2008). The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: Epidemiological evidence. *Current Molecular Medicine*, 8(4), 247–252.
 24. Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2005). Psychological stress in IBD: New insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, 54(10), 1481–1491.



25. Mikocka-Walus, A. A., Gordon, A. L., Stewart, B. J., & Andrews, J. M. (2013). „Just to get it off my chest“: Patients' views on psychotherapy in inflammatory bowel disease. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 227- 234.
26. Olsson, M., Lexell, J., & Söderberg, S. (2008). The meaning of women's experiences of living with multiple sclerosis, *Health care for women international*, 29(4), 416-430.
27. Orchard, T. R., Goldin, R. D., Tekkis, P. P., & Williams, H. R. T. (2011). *Inflammatory bowel disease: An atlas of investigation and management*. Oxford: Clinical Publishing.
28. Sewitch, M., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G. E., Cohen, A., ...Dobkin, P. L. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 96(5), 1470-1479.
29. Smith, J. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27.
30. Snelgrove, S., Edwards, S., & Lioffi, C. (2013). A longitudinal study of patients' experiences of chronic low back pain using interpretative phenomenological analysis: Changes and consistences. *Psychology and Health*, 28(2), 121-138.
31. Wahed, M., & Rampton, D. S. (2013). Psychological stress and related mood disorders, and their therapeutic implications in IBD. *Inflammatory Bowel Diseases Monitor*, 13(4), 143-153.

AUTOŘI:

Mgr. Michaela Bachroníková^a momentálne pôsobí ako psychologička v pedagogicko-psychologickej poradni, kde sa zaoberá najmä školským neprospevaním, vývojovými poruchami učenia a ich diagnostikou. Problematike prežívania nešpecifických črevných zápalov sa venovala v rámci diplomovej práce.



Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. ^b, je psycholog a psychoterapeut. Působí jako odborný asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie. Mimo to má privátní psychoterapeutickou praxi a působí též jako výcvikový lektor.



^aPedagogicko-psychologická poradna Znojmo, p.o.

^bKatedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

Táto štúdia vznikla za podpory špecifického vysokoškolského výskumu, projekt č. MUNI/A/1007/2015, ktorú poskytlo MŠMT ČR.

Kontakt: Michaela Bachroníková, Pedagogicko-psychologická poradna Znojmo, p.o., Jana Palacha 6, 669 02 Znojmo, e-mail: m.bachronikova@gmail.com

Do redakce přišlo 10. 10. 2016.

K tisku zařazeno po recenzním řízení 15. 1. 2017.

Střet zájmů není znám.



K DISKUSI



3 ILUSTRÁČNÍ FOTO V.CHVÁLA: DISKUSE BĚHEM ODBORNÉ SCHŮZE PURKYŇKY ŘÍJEN 2016

*Během diskuse v plénu na 16. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci v minulém roce se ukázalo, že je otázka, jak správně klasifikovat pacienty léčené pro psychosomatické potíže z hlediska platné normy MKN. Na naši výzvu zareagovali dva kolegové, MUDr. Zina Hánová (Klinika ORL, foniatrická ambulance, FNKV Praha) a MUDr. Martin Konečný (Psychiatrická, psychoterapeutická a psychosomatická ambulance, Oblastní nemocnice Příbram). Očekáváme, že k jejich stručnému návrhu budou čtenáři diskutovat na témata: Jaké máte zkušenosti s diagnózami? Jsou akceptovány pojišťovnami? Umí je kódovat Vámi používaný software?
Redakce*



HÁNOVÁ Z., KONEČNÝ M.: POZNÁMKY KE KLASIFIKACI PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH V PRAXI

Zamýšleli jsme se zejména nad dvěma otázkami:

1) Jak pomocí klasifikace signalizovat provedení psychosomatického vyšetření v době, kdy neexistuje v sazebníku výkonů odpovídající kód?

2) Jak zpřehlednit a pokud možno sjednotit klasifikaci psychosomatických stavů?

K první otázce nás zavedl problém možnosti statistického vyhodnocení počtu provedených psychosomatických vyšetření, které by mohlo v budoucnu podpořit jednání Psychosomatické společnosti s pojišťovnou o zavedení psychosomatických kódů. Jde o to, jak psychosomatické vyšetření již dnes jednoznačně odlišit např. od vyšetření psychiatrického či od vyšetření jiným specialistou nebo praktickým lékařem.

Jako nejjednodušší nám připadá využít „zetkovou diagnózu“ Z51.8, tj. „Jiná lékařská péče“, z části kapitoly Z klasifikující „Osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami za účelem určitých výkonů a zdravotní péče“. Domníváme se, že jde o „Z“-diagnózu zcela nebo téměř nevyužívanou. Pro statistické hodnocení počtu provedených vyšetření by byla právě proto vhodná.

K zamyšlení nad druhou otázkou nás vedly vlastní zkušenosti i zkušenosti kolegů, kteří s námi sdílí rozpaky nad MKN při diagnostice psychosomatických stavů.

Shodujeme se v názoru – a překládáme jej k širší diskusi – že struktura diagnóz by měla v zásadě odrážet bio-psycho-sociální model nemoci.

Existující trojosá diagnostika podle MKN je možným vodítkem. V lékařských zprávách je většinou opomíjena, výjimečně je využívána kromě první osy ještě osa třetí. Tento model (I. a III. osa) se nám zdá vhodný při hodnocení psychosomatických poruch a pro diskusi ho nabízíme jako výchozí. „Bio“ a „psycho“ představuje první osa v trojosé diagnostice podle MKN a zahrnuje diagnózy z kapitol A-T. Na I. ose stojí jednak diagnóza hlavní, jednak diagnóza (či diagnózy) vedlejší. „Socio“ zastupuje třetí osa z trojosé diagnostiky (kódy z kapitoly Z, zejména Z56-Z73).

V případě psychosomatické klasifikace mohou nastat následující dvě možnosti na první ose. První z nich se nám jeví jako vhodně a příjemně jednoduchá:

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

B. Jinou možností je situace, kdy psychosomatický stav již splňuje kritéria některé „psychosomatické“ diagnózy z kapitoly F. Nejčastěji půjde asi o tyto diagnózy:

F45.3 - somatoformní vegetativní dysfunkce (na pátém místě diagnostického kódu se rozlišuje primárně postižený systém),



F45.4 přetrvávající somatoformní bolestivá porucha,

F45.8 jiné somatoformní poruchy,

F43.28 jiná porucha přizpůsobení – s psychosomatickými příznaky,

F32.8 a **F33.8** jiná depresivní a jiná rekurentní depresivní porucha – s psychosomatickými příznaky.

V obou případech (A i B) doporučujeme k tomu zvažovat některou z diagnóz Z, jak uvedeno výše.

Úvahami o klasifikaci poruch nechceme zakrýt význam verbálního popisu. Je zřejmé, že bio-psycho-sociální souvislosti pacientova stonání nelze zachytit několika hesly a že kontext jeho příběhu lze výstižněji zachytit souvislým textem bio-psycho-sociální analýzy. Uvedené poznámky mají ryze praktický význam při vykazování.

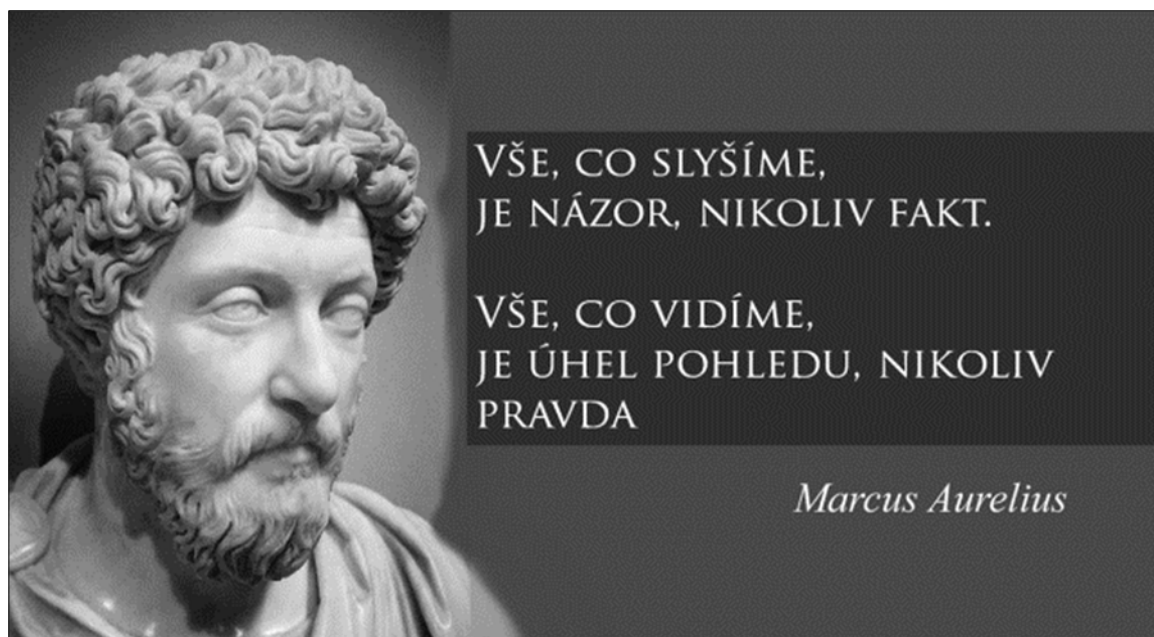
Autoři:

Z. Hánová; Klinika ORL, foniatrická ambulance, FNKV Praha



M. Konečný; Psychiatrická, psychoterapeutická a psychosomatická ambulance, Oblastní nemocnice Příbram





VŠE, CO SLYŠÍME,
JE NÁZOR, NIKOLIV FAKT.

VŠE, CO VIDÍME,
JE ÚHEL POHLEDU, NIKOLIV
PRAVDA

Marcus Aurelius

KOŠUMBERSKÝ T.: KRITIKA KRITIKŮ NEKRITICKÉHO MYŠLENÍ

Tato kritika pojednává o tom, že člověk není „ovce“, že „pastýř“ zpravidla nekáže „pravdu“ a že pojem „kritické myšlení“ si nutně žádá naše kritické pochyby. ... a také trochu o tom, že ze „sisyfovské práce“ nikdy nemůže být užitek!

*„Skutečně osvícený myslitel, skutečný racionalista,
nikdy nechce nikomu mluvit do čehokoli.
Ne, ani nechce přesvědčovat.
Stále si je vědom, že se může mýlit.“
KARL POPPER (1902-1994)*

VÍM, ŽE NIC NEVÍM

Člověk je tvor omylný – mýlit se je lidské! Čtenář nemusí být zrovna profesorem filosofie – stačí zalovit mezi lidovými pořekadly, poučit se z historie anebo sám sobě sáhnout do svědomí. Jsme-li kromě intelektu vybaveni i bazálními stupněm filosofického nadhledu – snadno pochopíme, že „neomylnost“ a „100% pravda“ jsou pouhou chimérou.

Nikdo tudíž nemá patent na rozum!

A přesto! Přesto se v průběhu historie lidského pokolení vždy znovu a znovu vynořují jednotlivci či „instituce“, ježto si bez skrupulí (a bez soudnosti) onen „patent na rozum“ uzurpují, a to pokaždé ve jménu dobra či (obecně) něčeho velmi vznešeného. Jsou lidé, kterým to nevadí...

V naší zemi je však takových jedinců poměrně málo: Nedávno jsme na vlastní kůži zažili komunismus, a proto – každý další „spasitel“ či „vyvolený“ anebo



kdokoliv další přicházející s „vedoucí úlohou“ to bude mít v české kotlině komplikované. Jsme na „to“ citliví – jsme na to alergičtí.

Bohužel – v posledních letech jsou alergeny opět na vzestupu. Opět roste snaha plést si člověka s ovce... rostou i počty pastýřů: Evropská unie utrácí miliardy eur, aby těm svým nebohým ovečkám „objasnila“, jakým způsobem se mají chovat a **co si mají myslet** – jakými potravinami se živit, čemu se smí (a čemu nesmí) říkat „rum“, jakým kulturně-sociálním mixem si nejlépe zušlechtit svou populaci, koho považovat za svého přítele a koho za nepřítele! Naši domácí pastýři (vláda ČR) pak ze stejné ušlechtilého důvodu zřizují speciální úřad pro „potírání dezinformací“. Ta písnička je (napříč světem i napříč historií) pokaždé stejná: „*Objevuje se nám tady takový nešvar... všichni lidé jednotně nesdílí naše „oficiální“ názory ... fakticky se názory (člověk od člověka) hodně liší a některé jsou dokonce úplně protichůdné! ... takhle to nemůžeme nechat ... my samozřejmě uznáváme občanské svobody, ale lidé si nesmí plést svobodu s anarchií ... to je nebezpečné pro celou společnost ... je třeba všem vysvětlit, jak správně myslet ... protože myslet a „myslet správně“ je rozdíl ... myslet je třeba KRITICKY!*“

Také vám to zní poněkud falešně? Pakliže ano – věnujme společně trochu pozornosti tomu, abychom „kritické myšlení“ podrobili **kritice**. A protože české Ministerstvo vnitra ještě nestihlo svůj úřad pro potírání dezinformací řádně

CO JE TO (A CO NENÍ) SKEPTICISMUS?

Prvním varovným signálem je filosofický paradox! Přestože se Sisyfos označuje za „klub skeptiků“, jeho filosofická pozice nemá se **skepticismem pranic společ-**

zformovat – obnažme doktrínu „kritického myšlení“ na příkladu jiné, téměř již zdomácnělé, tuzemské kazuistiky:

Český klub skeptiků Sisyfos (zájmové sdružení) je totiž příkladnou demonstrací snahy o „kultivaci myšlení“ ve jménu veřejného blaha. V tomto případě jde o obzvláště ušlechtilou instituci, neb Sisyfovi nejde o přízemní (a špinavou) politiku, nýbrž o povznášející (a čistou) vědu! **Cožpak může být věda manipulativní?** Vždyť tady nemůže být sporu – tady to přeci plyne již z obsahu onoho slova – vždyť tady jde o VĚDU!

Leccos však napoví již deklarace ze statutárních a veřejných zdrojů Sisyfa: *SISYFOS vznikl na jaře r.1995 z podnětu několika **racionálně myslících osob**. Základní metodou práce je tzv. „**nový skepticismus**“ ve smyslu **kritického racionalizmu**. Základním posláním klubu je: šířit a obhajovat poznatky a výsledky současné vědy ... podporovat racionální, **kritické myšlení** a seznamovat veřejnost s principy **vědecké metody** ... vystupovat proti šíření **paranormálních názorů** a neověřených postupů ... usilovat o to, aby se vysoké školy, vědecké společnosti a instituce **aktivně hlásily k odpovědnosti** za obhajobu vědy a kritického myšlení ... Ve shodě s posláním a cíli klub **odmítá** zasahovat do oblasti **náboženské, morální a politické**.*

Přeneseme-li se přes onen mírný odér nabubřelosti, pak vše výše uvedené zní na první poslech celkem smysluplně a konzistentně. V čem je tedy problém?

ného a fakticky jde o nepovedenou karikaturu: Ať již budeme hledat v jakýchkoliv pramenech, vždy nalezneme definici skepticismu téměř totožnou



(nebo tato filosofická pozice je velmi pevná a nepřipouští dvojí výklad). **Skepticismus** je názor, že:

- Nic nelze přijímat jako dané a nezpochybnitelné,
- proto je třeba se vyvarovat postulátu konečné pravdy,
- je třeba si klást otázku, zda je nějaké pravdivé poznání vůbec možné,
- a moudrému člověku tudíž nezbývá nežli se zdržet jakéhokoliv absolutistického pravdivostního soudu.

Pomineme-li marnou snahu o „přesné definice“, pak je skepticizmus nejlépe vyjádřen Aristotelovským „*O všem je třeba pochybovat!*“ v synergické kombinaci se Sokratovým „*Vím, že nic nevím!*“ Obojí můžeme volně spojit do esence skepticizmu prohlášením „*Vím, že nic nevím ... vždy je mnoho pochybností ... proto se pouze domnívám.*“

Dalším charakteristickým rysem skepticizmu (a jakéhokoliv jiné skutečné filosofie) je fakt, že jeho postoje jsou vždy formulovány v první osobě anebo jsou takto míněny (filosof vždy hodnotí **svoje** poznání).

To je důvodem, proč výrok „*Vím, že nic nevím!*“ přežívá tisíciletí, zatímco „*Vím, že nic nevíš!*“ má nulovou filosofickou hodnotu (těch, co ve druhé osobě napadají nositele odlišných názorů, vždy bylo, je a bude bezpočet)!

BLUDNÝ BALVAN – ALIAS BLB

Ve snaze o exemplární potrestání lidí s jiným (špatným) názorem – uděluje Sisyfos každoročně ceny (respektive „anticeny“) *za matení české veřejnosti a rozvoj blátivého způsobu myšlení, takzvané Bludné balvany*. Ceny jsou údajně udělovány „satirickou formou“ ... K tomu je třeba dodat, že satira je sice v

A právě toto hledisko nám odhaluje největší „faul“ v činnosti Sisyfa: Zatímco opravdový skeptický filosof promlouvá slovy „*Pochybuji o svém poznání*“ primárně k **sobě**, mantra sisyfovců zní „*Pochybuji o tvém poznání*“ a zcela evidentně míří na někoho **jiného**. Zatímco skutečný myslitel zastává pozici „*Pravda je nepoznatelná – nikdo nezná pravdu – já se mohu pouze domnívat*“, pak „kritičtí myslitelé“ jmenovaného klubu postulují „*Pravda je známá – pravdu mám já!*“ Vnímavý čtenář jistě chápe pointu...

Potřebujeme-li od nějaké třetí strany ujištění, že nemáme pravdu, že jsme úplně mimo, či dokonce že jsme úplně blbci – pak k tomu nepotřebujeme žádný klub „kritického myšlení“ – stačí zajít do jakéhokoliv hospody, chvíli pobýt, s ostatními popít ... a dozvíme se totéž! Jedinců, co nesou jinou „pravdu“ nežli tu svoji, je totiž nepřehledně – kromě restaurací a zájmových klubů se rádi sdružují i v nejrůznějších ideologických organizacích (v nejhorším případě pak v armádách).

Smysl Sisyfova klubu poměrně trefně vystihuje i Wikipedie: *Pojem „sisyfovská práce“ přetrval do dnešních dob jako symbol nesmyslné, otupující, bezvýhodné práce, ze které nikdy nemůže být užitek.*

demokratické společnosti zcela legitimní formou svobody projevu ... avšak svoboda projevu jedné osoby končí tam, kde začínají osobnostní práva osoby jiné, a právě v tomto kontextu se ochotníci divadelního spolku Sisyfos dost často pohybují za hranou.



O kreativní invenci předáků Sisyfa a jejich kritického intelektu svědčí i „lišácky“ zvolená zkratka udílené ceny (**BLB**) a choreografie samotného udílení cen – jež se (nikoliv mimochodem) odehrává na akademické půdě. Musí to být vsutku zábavné – předávat jiným lidem BLBy (byť většinou pouze imaginárně – o BLBy není přílišný zájem).

PŘÍKLAD 1: ASTROLOGIE

Ano – (téměř) všichni se nejspíš shodneme na tom, že nebeské postavení Merkuru (a dokonce ani Jupiteru) nedokáže ovlivnit výsledek podzimních voleb, pohlaví počatého dítěte či trvanlivost manželského svazku. Přesto – ani v případě astrologie nelze svět vidět černobíle:

Když objevil (v roce 1801) *William Herschel* souvislost mezi počtem skvrn na Slunci a úrodou obilí na Zemi – „kritičtí myslitelé“ své doby se mu (samozřejmě) vysmáli (o 300 let dříve by jej nejspíš upálili). Dnes víme, že sluneční skvrny souvisí se sluneční aktivitou, a ta evidentně souvisí s postavením Jupiteru (vůči Slunci). Každý vědec tudíž může bez uzardění zastávat názor: Jupiter ovlivňuje aktivitu (počasí) Slunce → aktivita Slunce ovlivňuje aktivitu (počasí) Země → aktivita (počasí) Země ovlivňuje

PŘÍKLAD 2: HOMEOPATIE

Homeopatie je dalším oblíbeným otloukánkem všech strážců a ochránců „kritického myšlení“. Ano – i v tomto případě generuje (homeopaty deklarovaný) princip funkčnosti více otázek nežli odpovědí a mnohé se vzpírá „zdravému rozumu“. Opět si však můžeme položit stejnou otázku (jako v případě astrologie): Je výsměch a rozdávaní BLBů tou nejlepší možnou reakcí na fenomén (evidentně žádané) homeopatie?

Otázkou zůstává, zda by se bavil i Sokrates.

Pro lepší pochopení se společně zahloubeme nad třemi typickými příklady „paranormálních názorů“, proti kterým Sisyfos přednostně brojí a za něž obzvláště rád rozdává BLBy:

úrodu i náladu pozemšťanů (nasyčený člověk je v lepším rozmaru). Ve výsledku tak lze dojít k závěru, že **Jupiter ovlivňuje naši stravu i naši duševní pohodu!** Fakticky samozřejmě Jupiter (modulující aktivitu Slunce) ovlivňuje mnohé další ... Fakt, že Měsíc řídí kromě mořského přílivu i další aspekty života na Zemi (od rozmnožování korálů přes vytí vlků až po kvalitu našeho spánku), je taktéž obecně známý.

Resumé:

Opravdový vědec bude zkoumat ony aspekty astrologie, které mohou mít pravdivý základ – použije astrologii jako inspiraci a časem možná najde nějakou další souvislost mezi postavením planet a přírodními jevy (podobně jako Herschel). Vědec sisyfovského typu však ničím takovým nebude ztrácet čas a rovnou se astrologii vysměje!

Sisyfovi činovníci i v tomto případě přehlížejí fakt, že ani v kauze homeopatie **nejde primárně o intelektuální soutěž** (Já mám pravdu a Ty ne), nýbrž o **zdraví člověka**, které je (z podstaty věci) vždy **subjektivní**, a tudíž příliš nedbá na vědecké argumenty. Česko je prostě jednou z mnoha zemí světa, kde je pacientům úplně jedno, zda jim pomohla účinná látka, placebo efekt anebo „jen“ uklidňující rozhovor s lékařem. Pakliže se



pacientovi uleví, **pak homeopatie splnila svůj účel** a vše ostatní je podružné!

Pseudoskeptici zřejmě namítnou něco o neetickém byznysu či podvodu (homeopaté prodávají něco, co nefunguje) ... ale soudný člověk si všimne, že prodávání nefunkčních léků je zcela běžné i v „*lege artis*“ medicíně – cirka polovina antibiotik (cca 7 milionů balení ročně!) je v naší zemi podána zbytečně (na virová onemocnění), tedy s **nulovým** kladným efektem. Je třeba zdůrazňovat, že i na antibiotikách někdo vydělává?

Zbývá ještě jedno hledisko: Co nejhoršího mohou způsobit homeopatika? **Nic!** Nic je ta nejhorší varianta. A jaká je

PŘÍKLAD 3: POVINNÉ OČKOVÁNÍ

Z pohledu Sisyfova spolku (i z pohledu Zákona o ochraně veřejného zdraví) je i v případě **povinného očkování** vše křišťálové jasné: Zdravotní benefity očkování jsou nezpochybnitelné, takže proč se zabývat nějakými marginálními riziky? Očkování proto musí být povinné – a čím více druhů vakcín, tím lépe! Povinné očkování jedinců přeci chrání nás všechny. Kdo by s touto většinou matematikou mohl nesouhlasit?

Postižené děti a jejich rodiče – například! I na prahu třetího tisíciletí musíme totiž neustále pochybovat o své „pravdě“, protože jedině **opravdový skepticismus** zapříčiní, že se budou vědci v budoucnu zabývat otázkou, **proč** v některých (jednotlivých a subjektivních) případech očkování působí zcela opačně – a namísto ochrany škodí? Jedině tak urychlíme vývoj méně rizikových vakcín a smysluplnější metody jejich aplikací.

Skeptik si taktéž musí klást otázku, zda „povinnost“ očkování není v jistém konfliktu s principem, že vakcínu lze podávat pouze zdravým dětem s nenarušenou imunitou: *Jsou všichni novorozenci*

nehorší varianta v případě antibiotik? Smrt!

Vezmeme-li navíc v úvahu, že zdravotnická zařízení jsou líhni cca 7 % všech infekčních onemocnění, že chybovost v medikaci či úkonech systému zdravotní péče (i zdravotník je jen člověk) způsobuje nejméně 10 % zdravotní újmy vyspělé části lidstva, ... a k tomu všemu navíc i fakt, že jen málokoho baví čekat dvě hodiny, v přeplněné čekárně, na 5minutovou návštěvu u protivného (leckdy přepracovaného) lékaře ... Opravdu je tak těžké pochopit, proč se řada lidí, v případě banálních zdravotních problémů, raději obrací na „zatrácovanou“ homeopatii či jiné „alternativní“ metody?

„povinně“ zdraví v okamžiku, kdy je jim vakcína aplikována? Opravdu dokáže dětský lékař během rutinního vyšetření ověřit zdravotní dispozici dítěte k přijetí vakcíny? Stejně tak se naskýtá právní dilema: Je povinné podstoupení rizika, spojeného s vakcinací, dostatečně oprávněným zásahem do práv dítěte a jeho rodiny?

Přičemž – nejtěžší otázka v této záležitosti je otázkou **etickou**: Bohužel, existuje (například) takzvaná *postvakcinační encefalopatie* (závažné neurologické poškození mozku), která čas od času změni osud (původně zdravého) dítěte a jeho blízkých. Je **lhostejno**, jak malá či velká je incidence těchto fatálních zdravotních poškození (1/1000 – 1/10000). Soudnému člověku musí být zřejmé, že vědomé ohrožení zdraví dítěte je zásadní etický problém (pro lékaře i rodiče) – a „relativní statistická data“ v tomto ohledu nehrají roli! Otázka *„Vystavím dnes své dítě velkému nebezpečí (byť s relativně malou incidencí), abych předešel hypotetickému, byť statisticky významnějšímu riziku zítra?“* nespadá do působnosti objektivní vědy –



spadá do **subjektivní** a **svobodné** volby každého jedince, respektive každého rodičovského páru. Vědátoři a lékaři jsou zde od toho, aby rodičům poskytli **veškeré relevantní informace** (komunikovali nejen přínosy, ale i míru rizika).

MORÁLNÍ DILEMATA NEŘEŠÍME!

Bohužel – Sisyfos **nemá** „morálku“ v popisu práce. Sisyfova povšechná „pravda“ tudíž sice dobře vyhovuje **většině** situací a většině „kritických myslitelů“, ale zcela ignoruje **jedince** a subjektivitu jeho „jsoucna“.

Ano – na mnohém se sice obecně shodneme: Astrologové ve **většině** případů mlátí prázdnou slámu, na homeopatické léky **většinou** není spolehnutí a povinné očkování ochrání **většinu** dětí před závažnými chorobami. Všechny tři zmíněné oblasti však zároveň představují nezodpovězené otázky, jež **čekají na své objasnění**:

Jak moc je „počasí“ na Slunci ovlivňováno postavením (gravitačním či elektromagnetickým působením) planet? Co kdybychom konečně vzali na vědomí Newtona, respektive pohyb (zdnalivě nehybného) Slunce kolem barycentra naší (barycentrické, nikoliv heliocentrické) soustavy? Jak moc to vše ovlivňuje počasí, geofyzikální aktivitu a sociobiologické pochody v organismech u nás na Zemi? Souvislost s tzv. globálním oteplováním? Opravdu je „placebo“ jediným vysvětlením subjektivní funkčnosti homeopatických léků? Jestliže ano – jak fenoménu placebo využít ještě lépe? Není náhodou půlhodinový rozhovor s dobrým psychoterapeutem nad mnohé farmakologické preparáty? Kolik molekul účinné látky vlastně podávají psychiatři při psychoterapii? Jsou všichni lidé stejní, abychom stejnou nemoc vždy léčili stejnými léky? Jsou všichni novorozenci stejní – snesou všichni naše stejné omni-

Rodiče následně musí rozhodnout – nikoliv lékař, nikoliv věda a její statistiky. Jde-li o život člověka – jde vždy o **eticko-morální** a vždy **subjektivní** rozhodnutí, které nelze „kriticky vymyslet“ od stolu, ať již u toho stolu sedí sebevětší myslitel!

vakcíny? Smíme je k tomu nutit? A je to vůbec etické? Kdy konečně vznikne ona právní norma, na jejímž základě bude stát odškodňovat oběti očkování (jak požaduje Nejvyšší soud ČR)? Je opravdu vědecky obhajitelné popírání psychosomatických souvislostí lidského zdraví? A proč, sakra, ten Hnízdil vlastně opustil náš spolek? (MUDr. Jan Hnízdil byl kdysi členem Sisyfa, později prozřel, ze spolku vystoupil, přičemž za opuštění sekty byl potrestán BLBem.) Neděláme něco špatně?

Většina výše uvedených otázek bude jednou zodpovězena – **díky vědě** a díky badatelům, kteří si vědu vybrali, neb milují ten pocit – smět objevovat něco nového, **dosud nepoznaného**. Přičemž je třeba zdůraznit, že ono „dosud nepoznané“ se týká i členů zájmového spolku Sisyfos, a tudíž je poněkud nelogické proti „dosud nepoznanému“ již dnes bojovat.

Ve výsledku tak reprezentuje Sisyfos posttotalitní relik, jemuž jsou trnem v oku základní demokratické výdobytky – svoboda projevu a úcta k člověku (myšleno člověka jednotlivce, nikoliv člověka stádo): Sisyfos „automaticky“ využívá práva občanů demokratické společnosti – vyjádřit svůj názor, argument či kritiku, avšak zároveň se snaží omezit tato práva u názorových oponentů – kárá média, lobuje v nejrůznějších „radách“, rozdává BLBy.

Zatímco opravdový skeptik prohlásí „Můj názor je takovýto, a proto s Vámi nemohu souhlasit ... samozřejmě i já se



mohu mýlit“, pseudoskeptik satirik (či hulvát) prohlásí „*Já mám pravdu, Vy se mýlíte, ... a proto Vám uděluji BLBa.*“ Vnímáte ten rozdíl?

Být členem Sisyfa znamená společně sdílet **opojnou domněnku** o vlastních

kvalitách – domněnku o tom, že existuje jediný správný názor (moje pravda) a že právě **JÁ** jsem zvěstovatelem PRAVDY. Takováto filosofická pozice je však zcela mimo filosofii – mimo lásku k vědění – mimo lásku k lidem – je zcela mimo!

NÁBOŽENSKÉ A POLITICKÉ IRACIONALITY NEKOMENTUJEME!

Sisyfos si již ve svých stanovách pragmaticky zúžil pole své působnosti – kromě oblasti **morální** odmítá zasahovat i do oblastí **náboženských** a **politických**, a to vše údajně „*ve shodě s posláním a cíli*“ (*šířit vědu, podporovat racionální myšlení, vystupovat proti paranormálním názorům, ...*). Výsledkem je nekonzistentní intelektuální pozice, která v případě „vyšších autorit“ **ODMÍTÁ** pranýřovat paranormální tvrzení a iracionální postoje, byť právě tyto autority jsou **největší a nejpotentější líhni iracionálního myšlení** (vzhledem k jejich velikosti, organizovanosti, tradicím a rozpočtům). Ve výsledku tím Sisyfos popírá sebe sama a své primární cíle – situace je analogická stavu, kdy máme za úkol zmapovat počty drogově závislých v ČR, avšak z finálních statistik vyjmete Prahu a Brno. Takže – zatímco Sisyfos tvrdě brojí proti lékařům podávajícím neškodné sladké pilulky

(být s neprokázaným účinkem), zarytě **mlčí** ve chvíli, kdy prezident země nabádá populaci, aby začala kouřit až po 27 roku svého života (pak to již, prý, neškodí).

Náboženská „paranormální“ tvrzení jsou ve veřejném prostoru přítomna prakticky **všude** a **neustále** (snaha o jejich rozbor by vydala na román), a přesto v těchto situacích hraje Sisyfos mrtvého brouka – šetříc si svou energii na „blátivé“ myšlenky astrologů a vyznavačů alternativní medicíny.

Suma sumárum – se zdá být poněkud licoměrné – **bojovat proti marginálním paranormálním názorům** ve společnosti, zatímco **hlavní hlasatele iracionálních ideologií** (jež reprezentují stěžejní zdroj napětí a útlaku ve světě) **ponecháte bez komentáře!**

AKADEMICKÉ SVOBODY JEN PRO SISYFOVCE?

V souladu se svými stanovami (a se svou bezbřehou nadutostí) dohlíží Sisyfos též na to, aby se vysoké školy „*aktivně hlásily k odpovědnosti*“ za sisyfovský světónázor. Ve jménu své vyšší ideologie tudíž pseudoskeptici veřejně zostuzují jiné akademicky vzdělané osoby (viz rozdávání BLBů) a též je veřejně osočují z „porušování akademického slibu“. Podobným způsobem útočí členové vševědoucího klubu na akademické svobody obecně, respektive na ty vysoké

školy, které na své akademické půdě čas od času dají prostor i „jiným“ názorům.

V této souvislosti je vhodné připomenout, že mezi základní akademické svobody (§ 4 Zákona o vysokých školách) patří mimo jiné *svoboda vědy, výzkumu a umělecké tvorby, svoboda zveřejňování jejich výsledků a svoboda výuky spočívající především v její otevřenosti různým vědeckým názorům, vědeckým a*



výzkumným metodám a uměleckým směrům.

Akademické svobody jsou totiž (stejně jako jiné občanské svobody) založeny na

KDYBY...

Kdyby Sisyfos zůstal pouze u popularizace vědy, pak by mohl být hodnocen veskrze **kladně** (ve spolku působí několik špičkových českých odborníků svého oboru). Měřeno tradičním školním způsobem by to mohla být pěkná **1-** (za přínos ke vzdělanosti). Ono „mínus“ za to, že i Sisyfovcí občas chybují ve své vědecké argumentaci a v jednom slově

NEJDE O SISYFA, ALE O PRINCIP

Samozřejmě se naskytá otázka, zda je činnost Sisyfa natolik společensky nebezpečná, abychom jí věnovali tak rozsáhlou kritiku ... a rovnou si můžeme odpovědět, že v „absolutní hodnotě“ **nikoliv** – jde o poměrně malou diverzní jednotku, která během let již vystřílela většinu svého prachu a ve veřejném prostoru dnes působí spíše jako pravidelný aktér (v zábavné reality show) na téma vědecké haštřivosti. Reálně je samozřejmě celá kauza „*RACIONALITA versus IRACIONALISMUS*“ uměle **vykonstruovaná** – každý člověk potřebuje k životu **obojí** (živit svůj rozum i svou fantazii) – trocha iracionalismu ještě nikoho nezabila, naopak je v rozumné míře **nezbytná** pro zdravý vývoj lidské osobnosti ... a vsaďme se, že totéž si ve skutečnosti myslí i mnozí Sisyfovi předáci. Takže vlastně o nic nejde!

Zaměříme-li však svou pozornost na „kvalitativní“, respektive **principiální** stránku věci – je Sisyfos **malým** příkladem toho, jak **velkému** problému

obecném principu rovnosti – **neexistuje tudíž vědecká autorita stojící nad ostatními** ... a pakliže přesto existuje, vzorný občan by měl takovéto osobě neprodleně přivolat odbornou psychiatrickou pomoc.

„Sisyfos“ jsou schopni nasekat dvě hrubky (viz www.sysifos.cz).

Bohužel – Sisyfos měl vždy mnohem vyšší ambice a rozhodl sám sebe pasovat do role „strážců pravdy“, čímž si výsledné vysvědčení značně pokazil: Takže finálně je nutné navíc započítat i **4-** z filosofie a „**neuspokojivé**“ z chování.

čelí naše dnešní společnost: Pakliže se autoritářské tendence, cenzurní manýry, umlčování a dehonestace názorových oponentů projevují již i ve vědecké a akademické sféře – pak máme (Houstone) opravdu vážný problém:

Evropská unie nám všem hodlá naočkovat PRAVDU o vnímání **kultur a kulturnosti**. Abychom se správně orientovali ve **světové politice** – budou nám ministerští úředníci občas značkovat internet razítkem „dezinformace“ (zbytek považujte za PRAVDU). Finálně nám vševědové ze Sisyfa objasní (satirickou formou) i to, kde hledat (a kde nehledat) PRAVDU ve světě **vědy** (vyjma teologie, politologie a morálních oblastí).

Opravdu jste s tímto scénářem zajedno?

Znovu se tak naskytá myšlenka, že člověk možná není jen specifickým poddruhem ovce, nýbrž je svébytným organismem vybaveným **vlastní** inteligencí – tudíž si celkem dobře poradí i bez pastýřů a



ovčáckých psů. A pakliže nám příroda nadělila intelekt, měli bychom jej používat – **stačí myslet!**

Nic víc není třeba – žádné další přídavné jméno již nepotřebujeme. Termín

MYSLEME JINAK!

A jak tedy myslet, když ne kriticky? Mysleme jinak: Zvolme si **svou vlastní** vědeckou metodu. To nejhorší, co můžeme udělat – je bezmyšlenkovitě přebírat vědeckou metodu většiny, kterou je dnes scénář (zjednodušeně): *Hodně publikuj, avšak nesmí to být nic radikálního (to Ti neotisknou). Podle počtu citací se bude odvíjet Tvůj kariérní růst (a mzdové prémie).* Chceš-li se co nejlépe ztratit v šedivé mase „hlavního proudu“ – pak je výše uvedený scénář „osvědčené vědecké metody“ pro Tebe tím nejlepším. Chceš-li však (přeci jen) v něčem vyniknout – je jen jedna cesta: Musíš být **JINÝ!**

Každý člověk je v něčem nejlepší – jen je třeba najít to „něco“: Vzdělávej se! Vždy vyslechni všechny strany, a nakonec se racionálně rozhodni pro **svůj** názor – **nedovol**, aby nad **Tvým** vlastním úsudkem zvítězila jakákoliv autorita – ať již filosofická, vědecká, náboženská či politická.

Všichni jsme se narodili svobodní a předurčení k moudrosti! Zůstaňme po celý svůj život svobodomyšlnými lidmi (svobodnými a myslícími) – jedině tím se lze **moudrosti** alespoň přiblížit! Nedovolme žádné instituci (školství, náboženské spolky, politické partaje), aby

„kritické myšlení“ je pouze pseudointelektuální patvar, analogický pojmu „*násilná válka*“. Máte-li rádi složitosti, pak samozřejmě můžete i nadále myslet *kriticky* (jsme svobodná země), nám ostatním však plně postačí **myslet!**

si nás přetvořila na poslušné ovce či talentované papoušky. Zůstaňme **lidmi moudřími** – druhem *Homo sapiens sapiens*.

Taková volba má jen jedno riziko: **Člověk je tvor omylný – mýlit se je lidské** ... čímž se „kruhem“ vracíme na začátek této „kritiky“. Je proto nezbytné si znovu a znovu připomínat prastaré principy skutečného filosofického skepticismu – principy *filosofie vědy* – tedy Sokratovo „*Vím, že nic nevím*“, jež (po více jak dvou tisíciletích) upgradoval génius novodobé filosofie na „*Naše znalosti jsou omezené, zatímco naše nevědomost je nutně nekonečná*.“ Kdo potřebuje dovysvětlit, necht' googluje heslo *Karl Popper* (radiálněji jedinci mohou přidat i jméno *Paul Feyerabend*).

V jakémkoliv vědním oboru tudíž nejde o to „*Kdo z nás má pravdu?*“, nýbrž o dilema „*Kdo z nás se méně mýlí?*“

No a co se týče Sisyfoidů – tam pro začátek plně postačí, přestanou-li si plést skepticismus narcisismem!

PS: A ano – samozřejmě – i já publikuji názor, nikoliv fakt.

Tomáš Košumberský | 3.3.2017



Tomáš Košumberský (*1967) vystudoval ekonomii na Technické univerzitě v Liberci, ekonomice a managementu se věnuje celý svůj profesní život – poslední desetiletí v oboru stomatologie.

Dnes je Tomáš prezidentem České stomatologické akademie a šéfredaktorem odborného magazínu DentalCare. V daném oboru vyvíjí bohatou publikační i přednáškovou činnost.

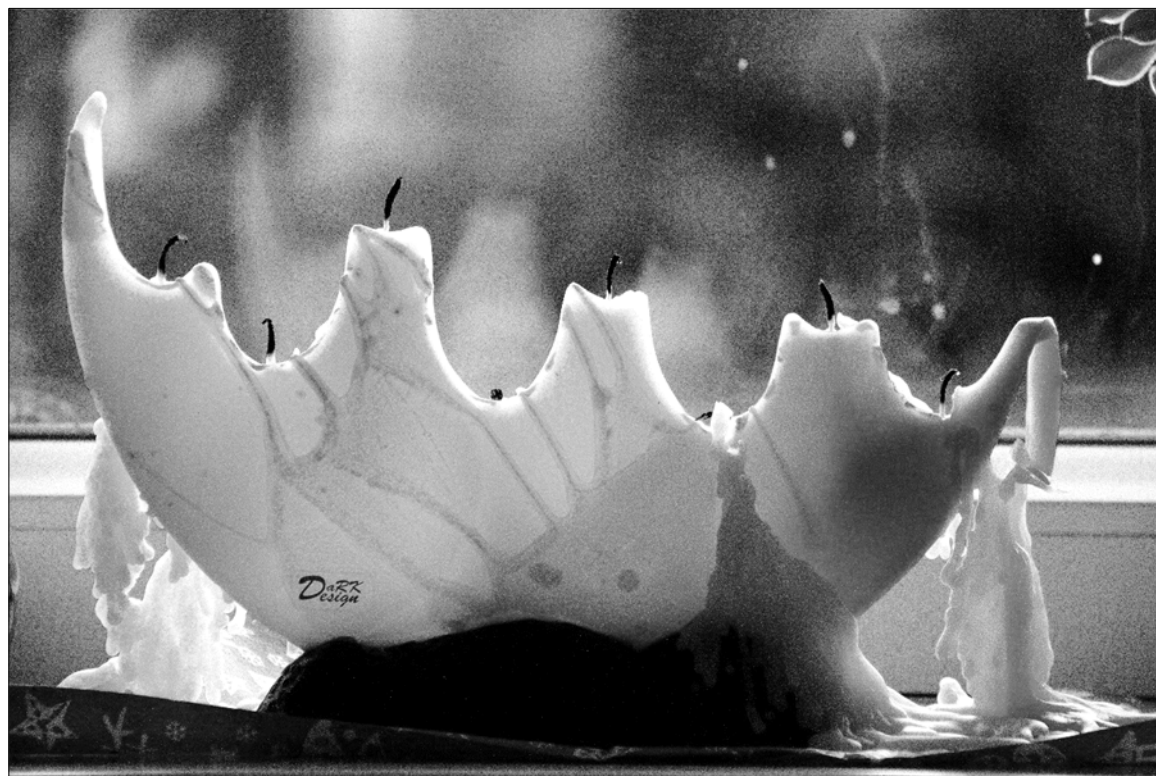
Tomáš je spíše rekreačním sportovcem (nejraději má squash), slušně hraje na klavír a volný čas věnuje nejraději bádání v oblasti fyziky a astrofyziky.

Svou činnost v oboru fyziky zahájil autor až v roce 2016 – vydáním knihy *Teorie času*.

Autor publikoval svůj příspěvek na webu Time Theory. S jeho svolením jej v plném znění přetiskujeme po uzávěrce. (V.Ch.)



ÚVAHY



4 ILUSTRÁČNÍ FOTO V. CHVÁLA

HONZÁK R.: HNUS – MORÁLNÍ EMOCE

- Co může být hnusnějšího, než kousnout do jablka a najít tam červa?
- Kousnout do jablka a najít tam půl červa.

Po dlouhých desetiletích spekulativních úvah se výzkum emocí dostal na racionální bázi s tímto (dnes uznávaným) závěrem: Emoce jsou tělesné děje řídicí systémy se starším zázemím než „rozum“, širším, rychlejším a také intenzivnějším vlivem. Jejich překladem do úrovně vědomí jsou pocity. Rozeznáváme šest základních emocí, z nichž se podobně jako ze tří základních barev skládá celé široké spektrum našeho emočního světa. Základními emocemi jsou: strach, vztek, smutek, radost, překvapení a hnus. Rozlišování racionální a emoční složky je

možné jen při redukující analýze, v praxi tyto dvě složky psychosomatického bytí není možné oddělovat.

Dlouho opomíjená emoce hnusu/odporu se těší v posledních letech zvýšenému zájmu nikoliv pro svůj primární význam, ale s ohledem na to, jakým způsobem přispívá k našemu morálnímu citění a jednání. Z padesáti prací s klíčovým slovem disgust otištěných v prvním roce tisíciletí se došplhal jejich počet v roce 2013 na čtyři stovky.



Co v nás vzbudí tuto parasympaticky řízenou emoci? Pozor, tento systém je řídicí pouze tehdy, jde-li o hnus fyzický. Pokud jde o hnus morálně podmíněný, je vegetativní systém rozkolísaný na obě strany, protože k hlavní emoci většinou přistupuje také pohrdání narušitelem morálních pravidel (1). A to přesto, že vztahy mezi morálkou a hnusem jsou především afektivní (2). Podle Paula Rozina (3), který mapuje severoamerickou společnost, podobnou však dost té naší, je to těchto devět oblastí: některá jídla, tělesné produkty, některá zvířata, sexuální oblast, smrt a mrtvá těla, narušení tělesné integrity, včetně deformit, zanedbaná hygiena, nebezpečí nákazy a některé morální přestupky a nepravosti.

Darwin popsal hnus jako emoci vyvolanou primárně odporem k něčemu, co se vztahuje k chuti buď pociťované, nebo k její živé představě, nebo k něčemu co vyvolává podobné pocity, ať už jde

o stimulaci jakéhokoliv smyslového systému. Darwin také neoddělitelně přiřadil k této emoci po celé Zemi univerzální zcela charakteristickou grimasu.

Hnus se velmi často sdružuje se základní emoci hněvu či vzteku a kombinovanou emoci pohrdání a pro člověka, který se ve svých pocitech orientuje jen povrchně, je někdy problematické tyto stavy od sebe odlišit. Podrobněji to zkoumal kalifornský psycholog Cendri Hutcherson se svým týmem. Když jsem však viděl jeho dotazník, který pochází z roku 2011, a ne z dob středověké španělské dvorské etikety, navíc s výsledky (4), usoudil jsem, že u nás je morální senzitivita minimálně o dvě třídy nižší. Ostatně posuďte sami: v přiloženém dotazníku máte ke každé položce přiřadit údaj (1 – žádné, 5 – nejsilnější) o tom, jak silné jsou při její živé představě ve vás následující emoce: vztek, pohrdání, hnus, smutek a strach (tab. 1).

Tabulka 1.

Které emoce a v jaké intenzitě máte při představě těchto situací:
Dítě na pískovišti uhodí jiné dítě;
Někdo předbíhá velmi dlouhou frontu;
Někdo kouří v nekuřácké části malé čekárny;
Zaměstnanec banky zpronevěří peníze;
Někdo simuluje po autonehodě s cílem získat vyšší pojistnou částku;
Někdo je členem Ku Klux Klanu (co by to bylo u nás – agent StB?);
Muž přijde domů opilý a bije manželku;
Někdo vkládá v obchodě do jogurtové přihrádky lahvičku s kyanidem;
Někdo ukradne kabelku nevidomé ženě;
Uklízečka, si myslí, že to nikdo nevidí a usedá do ředitelského křesla;
Obchodní cestující při prvním setkání tyká zákazníkovi;



Zaměstnanec pomlouvá svého šéfa;
Teenager u stolu začíná jíst, přestože ostatní ještě nejsou obslouženi;
Osmiletý žák mluví se svým učitelem stejně jako se spolužáky;
Zaměstnanec si neoprávněně stěžuje na svého šéfa;
Někdo pálí naši státní vlajku;
Někdo odchází svévolně o hodinu dřív z práce.
Desetiletý chlapec používá v rozhovoru s rodiči vulgární výrazy;
Šestnáctiletý mládenec odmítne uvolnit invalidovi sedadlo v MHD;
Někdo nešel na pohřeb své matky;
Úředník z ředitelství odmítne jet na služební cestu v kupé s dělníky;
Někdo má incestní vztah;
Sedmdesátiletý muž má sexuální vztah se sedmnáctiletou dívkou.

Zatímco Darwin nesporně viděl, když prohlásil: „Nikdy jsem neviděl hnus vyjádřený přesvědčivěji než na tváři jednoho ze svých dětí, když se mu v pěti měsících poprvé dostala do úst studená voda a o měsíc později kousek čerstvé třešně“, současní badatelé tvrdí, že do věku tří let plnou emoci hnusu dítě neprožívá (5).

Možná, že u Darwinova dítěte to byla jen grimasa, bez celkového prožitku, ale proč by se dítě šklebilo, kdyby nic neprožívalo? Komplexní emoce má ovšem komponentu behaviorální, zde v doslovném významu „pohybu směrem od podnětu“ (někteří živočichové si navíc otírají obličej), složku fyziologickou s převahou parasymptiku, se slabostí, závratí, točením hlavy, dušností, pocitem dyskomfortu v břiše, zvýšeným sliněním a nauzeou až zvracením, část expresivní se specifickou grimasou a složku pociťovou označovanou v anglicky psané literatuře jako „qualia“ (=pocit kvality té které emoce).

Na tomto místě malá odbočka směrem k arteficiálně (uměle) vyvolanému pocitu hnusu. Řada chemoterapeutik působí také na vegetativní centra a vyvolává nauzeu až zvracení. Pokud ve smyslu pavlovského podmíněného reflexu se tyto stavy spojí s výrazným podmiňujícím podnětem (jídlo s výraznou chutí, pach dezinfekčních prostředků aj.), může expozice tomuto podnětu, eventuálně i vzpomínka na něj vyvolat celou parasymptickou reakci. Zvláštním případem je **Garcia efekt**, kdy reflex vzniká retrográdně, tedy k poslednímu jídlu, které člověk snědl před arteficiálně vyvolaným zvracením (6). To se může týkat i špatného jídla, které s odstupem až několika hodin vyvolá nevolnost.

Hnus, v jemnějším provedení odpor, a ještě delikátněji vyjádřeno nechutí patří mezi prazákladní a život zachraňující emoce. Proto je spojen především s chutí a s čichem jako základními smysly při hledání a hodnocení potravy. Podněty, které jej vyvolávají, mají tendenci



vytvářet výraznou a dlouhotrvající paměťovou stopu. Sociálně je velice „nakažlivý“ a představuje jak pro jedince, tak pro jeho okolí významné varování před škodlivými, nebezpečnými či jedovatými látkami. Spojení adjektiv nechutný a smradlavý postihuje v běžné řeči odpor k čemukoliv.

Primárně je tedy hnus nastaven proti eventuálním zdraví a život ohrožujícím potravinám, jedům nebo patogenům, proto možná u omnivorů, ke kterým člověk patří, je relativně dlouhá latentní perioda, v níž se mají mláďata seznámit s tím, co je jako potrava přijatelné a co už není. Reakci odporu tak univerzálně vyvolává především chuť hořká, připisovaná rostlinným toxinům, a kyselá, vnímaná často jako výsledek působení bakteriálních toxinů (zkaženost, viz „zkslý“, také nedozrállost), putridní (hnilobný) zápach a kontakt – třeba jen krátkodobý – s lidskými a jinými živo-

vážně to, co by náš současník nevzal do úst (listí, bobule, nejružnější žoužel, mršiny), je jasné, že odpor k těmto možným potravinám není instinktivní, ale kulturně podmíněný.

Zajímavé je experimentální testování intenzity arachnofobie, kdy je uvažována jak emoce strachu, tak emoce hnusu. Testovaná osoba dostane talíř sušenek a je vyzvána, aby co nejdříve snědla tu, přes kterou přeběhl pavouk. Intenzita fobie je udávána počtem sušenek, které je třeba sníst napřed, dříve, než se dostane na tu inkriminovanou.

Hlavní část vyvolávajících momentů je spojena s oralitou, jsou tu ale další silné impulzy, mezi které patří smrt a vše, co s ní souvisí. Na smrt jako na něco, co je nad naši komplexní představivost s oblibou zapomínáme (obranný mechanismus popření) a pokud ne, instinktivně se nám oškliví. Vztah k lidským ostatkům oscilu-

Hnus se vyvinul kulturně ze systému, který chrání tělo před poškozením, v systém, který chrání před poškozením také duši.

Paul Rozin

čišnými výměšky a čímkoliv dalším, co je považováno za nechutné.

Odpor ke zvířatům až emoce hnusu souvisí primárně také hlavně s nebezpečím, které reprezentují (hadi, štíři, pavouci) s jejich aktivitou (hyeny živící se mršinami), další jsou lokální, většinou odvozená už z antropomorfizovaných charakteristik přidělených zvířatům v mýtech (psi, kočky). Maso tak patří na jedné straně k nejfavorizovanějším jídlům a na druhé k nejčastěji tabuizovaným, včetně pústů. Většina kultur zařadila do svého jídelníčku jen část z možných zdrojů masa, a ještě nazývají tyto produkty jinak než samotné zvíře (hovězí). Vezmeme-li v úvahu, že strava paleolitického člověka obsahovala pře-

je mezi posvátnou úctou, strachem a hnusem. Baudelairova báseň *Mršina* předvádí zkázu v kontrastu s věčností lásky („tvář a podstatu svých lásek chovám v duši, i když se bédně rozpadly“): *Co jsme to viděli to letní jitro boží, / vy moje lásko jediná? V zatáčce pěšiny na kamenitém loži / ležela bídná mršina, // a nohy zvedajíc jak prostopášná žena / a plna žáru potíc jed, / strkala nestoudně, nedbale rozvalena / své pařící se břicho vpřed.* Na druhé straně nepochybně existuje paradoxně přitažlivost této tematiky včetně zájmu o kadaverózní artefakty.

Bez potřeby nějakého oslího můstku se dostáváme od konce života k jeho počátkům a k paradoxní situaci: odporu



až hnusu k sexualitě a sexu u vyhraněných osob, nebo spíš k ambivalenci u velké části populace. Z biologických prvků je obviňována expozice sliznic, jejich sekretů, zde možnost kontaminace a také narušení tělesné integrity penetrací, při prvním styku navíc krvavou. Mnohem více se ale na postojích k sexu podílejí nejrůznější tabu, ať už původně účelná, nebo vytvořená na základě i těch nejbizarnějších fantazií. Neměli bychom také zapomenout, že francouzština nazývá orgasmus *la petite mort* = malá smrt. V tomto kontextu je zajímavý tlumivý vliv sexuální aktivace na emoci hnusu. (7, 8). Po promítnutí snímků se sexuálním obsahem referovali muži mnohem menší odpor k nejrůznějším nepřijatelným sexuálním aktivitám (anální koitus, násilí při sexu), sexuálně vzrušené ženy popisovaly méně intenzivní emoci hnusu při předvádění odporných aktivit (píchnání jehly do kravského oka, použití znečištěného už použitého obvazu, aj.). To vzbuzuje otázku, zda averzivní podněty nejsou ve své podstatě morálku uvolňující, a tím sexuálně nabuzující.

Zde se také nejtěsněji dostáváme k morální úloze emoce hnusu jako strážce

nejen tělesné integrity, ale také integrity a „čistoty“ psychické a sociální. Totéž platí o jídlu. Lidé musí jíst, musí v zájmu zachování rodu žít sexuálně, stejně jako ostatní zvířata. Přitom tyto dvě oblasti jsou nejvíce ze všech regulované, všechny kultury mají čistá a nečistá jídla, povolené a tabuizované sexuální praktiky. Mísí se zde také prvky magického myšlení typu, že to, co je neznámé, je také automaticky nebezpečné, tedy hnusné (geneticky modifikované obilí).

Dostáváme se zde k příčinám zvýšeného zájmu o emoci hnusu, k morální psychologii a etice. Všimněme si, že v této oblasti se často používá pojmů z fyziologie a hygieny: něco může smrdět a může nás to znechutit, až je nám z toho špatně, objeví se morální špína, atd. To vede až k úvahám, že hnus je morální emoce, která má zajistit neporušenost duchovní čistoty, krásy (v antickém Řecku byla krása ztotožňována se zdravím) až svatosti. Zdálo by se, že jde jen o slovní obraty, fyziologický doprovod i mimika nás ale ujišťují, že je to plně prožitá emoce, třebaže ve své mozkové projekci ne zcela identická s tou, kterou vyvolávají fyzické podněty.

LITERATURA:

1. Ottaviani C., et al.: Autonomic correlates of physical and moral disgust. *Int J Psychophysiol.* 2013;89(1):57-62
2. Vicario C. M.: Emotional Appraisal of Moral Dilemmas: What Neuroimaging Can Tell about the Disgust-Morality Link. *J Neurosci.* 2016;13;36(2):263-264
3. Rozin P., et al: Disgust. In: Lewis M (Ed); Haviland-Jones JM (Ed); Barrett LF (Ed): *Handbook of emotions* (3rd ed.). New York, NY, US: Guilford Press, 2008, pp: 757-776
4. Hutcherson C. A., Gross J. J.: The Moral Emotions: A Social-Functionalist Account of Anger, Disgust, and Contempt. *J Person Soc Psychol.* 2011;100(4):719-737
5. Strohminger N.: Disgust talked about. *Philos Compass.* 2014;9(7):478-493
6. Garcia J., Kimeldorf D. J., Koelling R. A.: Conditioned aversion to saccharin resulting from exposure to gamma radiation. *Science.* 1955;122(3160):157-8



7. Ariely D., Loewenstein G. The Heat of the Moment: The Effect of Sexual Arousal on Sexual Decision Making. *J Behav Decision Making*, 2006;19(2):87–98
8. Borg C, et al.: Feelings of Disgust and Disgust-Induced Avoidance Weaken Following Induced Sexual Arousal in Women. *PloS one* 7.9 (2012): e44111

Do redakce přišlo 2. 10. 2016

Zařazeno do tisku 15. 1. 2017

Konflikt zájmů není znám



VÝZKUM



BUREŠOVÁ N.: PŘÍSTUP ČESKÝCH PEDIATRŮ K PSYCHOSOMATICE

ABSTRAKT: *U dětí a dospívajících se setkáváme s psychosomatickým onemocněním častěji než u dospělých. Tělo jako prostředek komunikace vyjadřuje nejen vlastní duševní zátěž, ale i nerovnováhu v rámci celého rodinného systému. Pediatr pak většinou stojí na samém začátku léčby psychosomatických pacientů a jeho úloha je nepostradatelná i na úrovni komunikace s pacientem a spolupráce s dalšími odborníky. Je proto potřeba věnovat pozornost tomu, jak pediatr vykonávající běžnou praxi, přistupuje k samotné psychosomatické medicíně, která vnímá pacienta a nemoc v jeho celistvosti. Výzkum tak směřuje ke zmapování a popsání současného přístupu českých pediatrů k psychosomatické medicíně a psychosomatickým onemocněním v jejich běžné praxi, který na našem území není zcela probádanou oblastí. Cílem výzkumu bylo konkrétně zjistit, zda pediatři akceptují psychosociální příčiny některých onemocnění, dále zjistit názory pediatrů na psychosomatickou medicínu v jejím širším kontextu a zmapovat podmínky pro využití psychosomatického přístupu v běžné pediatričké praxi. K realizaci byl použit smíšený výzkum. Sběr dat byl uskutečněn formou dotazníku u 42 pediatrů, který byl dále podroben deskriptivní a korelační analýze s následnou kvalitativní analýzou. Na základě výsledků studie se autorka domnívá, že pediatři, oproti obecnému mínění, častěji akceptují a ve své praxi také uplatňují principy psychosomatické medicíny. Je však důležité zvýšit oporu ve vzdělání – a to především na praktické úrovni.*



KLÍČOVÁ SLOVA: Psychosomatika, pediatr, psycholog, psychosomatické poruchy, děti, dospívající, terapie.

ABSTRACT: BUREŠOVÁ N.: ACCESS OF CZECH PEDIATRES TO PSYCHOSOMATICS. PSYCHOSOM 2017; 15(2), PP.130- 144

Children and teenagers are more affected by psychosomatic disorders rather than adults. Our body as our mean of communication expresses not only our mental burdens, but also unbalance in a family system. Pediatricians are usually present at the beginning of a treatment of patients with psychosomatic disorders and thus their role in communication with patients and other specialists is essential. It is necessary to pay attention to pediatricians with regular practice and the way they approach psychosomatic medicine, that explores patients and their illnesses as a complex unit. This research aims to map and describe current approach of Czech pediatricians to psychosomatic disorders within their regular practice, as this topic is still to be widely explored in our country. Main goal of this research was to find out if Czech pediatricians accept psychosocial origin of certain diseases, to find out their opinions on psychosomatic medicine in its wider complexity and to map circumstances for application of psychosomatic medicine in regular pediatric practice. Mixed research was applied. Data collection was made through survey amongst 42 pediatricians and outcomes were examined by descriptive and correlational analysis, followed by qualitative analysis. Based on research outcomes author assumes that pediatricians accept and apply principals of psychosomatic medicine more often than it is generally believed. However, it is important to increase support of it through education, especially on practical level.

KEY WORDS: psychosomatics, pediatricians, psychologist, psychosomatic disorders, children, adolescents, therapy.

ÚVOD

S psychosomatickým onemocněním u dětí se setkáváme častěji než u dospělých. Vzhledem k menší diferencovanosti tělesných a psychických funkcí dochází k častějšímu přecházení symptomů z jedné oblasti do druhé (Říčan a Krejčířová, 2006). Čím jsou děti mladší, tím více reagují na přetížení organismu, reagují na duševní zátěž tělesnými příznaky. Ty se pak stávají prostředkem sociální komunikace, tělo tak vyjadřuje duševní tíseň (Langmeier et al., 2000). Na diagnostice a následné léčbě psychosomatických poruch se musí vždy podílet více odborníků, v první řadě především dětský lékař a psycholog. Jde

o skupinu poruch, které nejsou ostře ohraničené – na každé zdravotní poruše se mohou v určité míře podílet faktory tělesné a psychologické, které jsou ve vzájemné interakci. Jejich dělení na somatické a psychologické je uměle vyčleněné, avšak pro diagnostiku a následnou volbu léčby a terapeutického přístupu je popis psychosomatických mechanismů a vyčleňování poruch praktické. Jednostranný pohled somatického lékaře, nebo naopak psychologa či psychiatra, či zdůrazňování pouze jednoho z faktorů by mohlo vést k neúspěšné léčbě (Svoboda et al., 2001). Poněšický (2010) zdůrazňuje, že v léčbě



psychosomatických onemocnění je zvlášť důležitý postoj praktického nebo odborného lékaře. Vzhledem k tomu, že pacienti přistupují k psychoterapeutické léčbě většinou neradi a nejsou ochotni přijmout psychosociální faktory, je potřeba se nadále věnovat pacientovým tělesným obtížím bez jejich znevažování. Aby se negativní postoj k psychoterapii nehoršil, je třeba mezi pacientem a terapeutem vytvořit dobrý vztah a pacienta brát vážně se všemi jeho obtížemi.

Pediatr má tedy v léčbě psychosomatických onemocnění svoji nezastupitelnou roli a většinou představuje pro pacienta s psychosomatickými obtížemi prvního odborníka, kterému se svěří se svými potížemi do péče. Vzhledem k nedostatku výzkumů na našem území je však potřeba pátrat po tom, jak pediatr vykonávající běžnou praxi přistupuje k psychosomatické medicíně, diagnostice a léčbě pacientů s psychosomatickým onemocněním.

Většina zahraničních výzkumů, věnujících se psychosomatické medicíně v oblasti pediatrie, poukazuje na stále narůstající potřebu odborných konzultací pro děti a mládež (Shaw a DeMaso, 2010). Takashini et al. (2000) ukazuje na výsledcích své studie, že pediatri pracující první rok po ukončení studia, věnují dětem s psychosomatickými poruchami 30 % svého času, zatímco z retrospektivních odpovědí pediatri s deseti-letou praxí nebyl zaznamenán žádný čas věnovaný dětem s psychosomatickými poruchami. Autoři však poukazují na to, že ačkoli pediatri věnují stále více času dětem s psychosomatickými poruchami, nemají dostatečné znalosti a školení pro jejich adekvátní léčbu.

O několik let později provedl Ishizaki et al. (2005) zajímavý výzkum, který vedl k rozšíření vědomostí pediatri v oblasti

psychosomatické medicíny. Pro tyto účely byla sestavena příručka psychosomatických poruch dětí a dospívajících, distribuovaná japonským pediatriům. Posléze bylo dotazníkovým šetřením zjištěno, že 65 % pediatriů použilo příručku ve své praxi a 37 % naznačovalo změnu v postoji vůči psychosomatickým a psychosociálním problémům. Lempp et al. (2016) ve svém nedávném výzkumu zjišťoval, jaké znalosti a dovednosti z oblasti dětské a adolescentní psychiatrie jsou pro pediatri důležité a které vyžadují v jejich běžné praxi. Za nejdůležitější znalosti označili pediatri oblast somatoformních poruch a obezity. Mezi nejdůležitější dovednosti byla pak řazena komunikace s dětmi, adolescenty a jejich rodiči.

Uvedené zahraniční výzkumy poukazují nejen na vysoký nárůst potřeby psychosomatické péče pro děti a mládež, ale zároveň i zájem a otevřenost ze strany pediatriů, kterým chybí patřičné vzdělání a praktické školení.

Léčba začíná už samotným sdělením povahy příčin obtíží nemocného, nejlépe na společném setkání lékaře, pacienta i jeho rodiny. Lékař by měl svůj nález sdělovat podporujícím a nehodnotícím způsobem. Správná edukace pacienta a jeho rodiny minimalizuje obavy ohledně povahy onemocnění a pomáhá v přijetí následné psychosociální léčby (Shaw a DeMaso, 2006). Charon (2001) se domnívá, že schopnost lékaře důvěrně hovořit se svými pacienty lidským a chápajícím přístupem může být jeho největším terapeutickým nástrojem. Je však zapotřebí, aby byl schopen sebereflexe a v případě nejistoty spolupracoval s dalšími odborníky.

Psychosomatická medicína prošla dlouhým vývojem a psychosomatika v dnešním pojetí není naukou o psychogenezi ani naukou o specifických



somatických chorobách, ale požaduje bio-psycho-sociální přístup u všech nemocí, jak v diagnostice, tak v léčbě, rehabilitaci i prevenci. Psychosomatika se nesnaží o léčbu výhradně psychologickými prostředky. Psychoterapii však považuje za indikovanou, především v oblasti funkčních poruch bez odpovídajícího patologicko-anatomického nálezu, kde se na vzniku a přetrvávání potíží podílejí psychosociální faktory (Honzák a Chvála, 2014). Psychologické léčebné metody nejsou v našem zdravotnictví tolik obvyklé. Jejich užití není možné předepsat přesně lékařem jako v případě medicínské léčby a velmi záleží na přístupu pacienta, na jeho přijetí psychosomatické interpretace jeho onemocnění. Pacientovi mohou v přijetí bránit právě ty mechanismy, které se podílejí na vzniku a udržování nemoci. Cesta psychoterapie tak může být zdlouhavá a prvním úspěchem je už samotné porozumění širším souvislostem vlastního onemocnění. Vždy je třeba dodržovat zásady týmové práce v léčbě psychosomatických onemocnění – psycholog či psychiatr nemohou být jedinými terapeuti, vždy spolupracují se somatickými lékaři (Baštecký, 1993).

Bio-psycho-sociální přístup by v klinické praxi měl vést k celistvějšímu pochopení faktorů, které mohou přispívat ke zdraví nebo nemoci, a tím i k léčbě pacienta jako celého člověka. Přestože se však tento přístup vyučuje ve většině vzdělávacích programů pro odborníky v lékařství, jde většinou o teoretický rámec, který není aplikován na klinickou práci. V medicíně tak stále ještě nedochází k jeho všeobecnému využití (Ayersová a Visser 2015).

Pao a kol. (2007) upozorňuje na to, že zatímco je psychosomatická medicína dobře fungujícím a specializovaným polem psychiatrie, v pediatrické praxi je teprve potřeba jejího plného zavedení a rozvinutí komplexní průpravy. O několik let později mluví o potřebě dobře školených pediatriů v psychosomatické medicíně i Walker (2012). Zároveň však představuje modelové kurikulum – a to na úrovni teoretické, praktické i výzkumné.

Potřeba opory ve vzdělání a praktickém školení pediatriů vzrůstá i u nás. Otázkou však zůstává, jak jsou naši pediatri v současné době psychosomatické medicíně nakloněni, jaké mají představy o její léčbě a spolupráci s psychology a dalšími odborníky.

Pro podporu psychosomatického myšlení a humánního přístupu v biotechnologické medicíně je potřeba nejen začlenit potřebné teorie do vzdělávání budoucích lékařů, ale také umožnit nahlédnutí na propojenost uměle oddělovaných úrovní lidského organismu v systémech vztahů. Neméně důležitá je i možnost sebepoznání a porozumění vlastním emocím, které jsem nedílnou součástí interakce s pacienty v klinické praxi (Skorunka, 2007). Chvála a Trapková (2006) spatřují překážky jednak v uvažování samotných lékařů, kteří jsou vázáni na exaktní principy a technologie moderní medicíny, jednak v zájmech farmaceutického průmyslu, který by sníženou spotřebou léků a technologií výrazně utrpěl. Nejde však pouze o smýšlení lékařské obce, ale o smýšlení celé společnosti i se všemi pacienty, kteří medicínu spoluvytvářejí.

CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY



Výzkum si kladl za cíl zmapovat současný přístup českých pediatriů k psychosomatické a léčbě psychosomatických poruch v běžné praxi. K jeho realizaci byl použit smíšený výzkum, který dle Kučery (2013) vychází z užití kvantitativního i kvalitativního přístupu v rámci jedné studie. Východiskem k užití těchto dvou přístupů je lepší pochopení výzkumného problému. K rozlišení rovin smíšeného designu uvádí Creswell (2014) možnost kombinace jeho prvků buď na všech úrovních současně, nebo napříč jeho rovinami. Autorka zvolila kombinaci obou prvků napříč jeho rovinami, tedy k hledání odpovědi na stanovenou kvalitativní otázku směřuje dotazníkovým šetřením a následnou kvalitativní interpretací sebraných dat.

Na základě cílů výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Spatřují pediatrii příčinné působení psychosociálních faktorů na rozvoj a léčbu somatických poruch?
2. Spatřují pediatrii jako vhodnou léčbu psychosomatických poruch pouze

METODOLOGICKÝ RÁMEC

Kvantitativní sběr dat byl realizován pomocí dotazníku, který byl pro tyto účely sestaven tak, aby jednotlivé otázky odpovídaly výzkumným oblastem. Dotazník obsahoval jedenáct otázek, z toho sedm polootevřených a čtyři uzavřené. Výzkum byl prováděn u skupiny pediatriů – atestovaných praktických lékařů pro děti a dorost. Kritériem pro výběr respondentů bylo vykonávání pediatrické praxe v České republice. Nebyli osloveni lékaři pracující na psychosomatických pracovištích ani lékaři, kteří se zaměřují na léčbu psychosomatických poruch u dětí. Za účelem oslovení co největšího

psychologické prostředky, nebo se cítí kompetentně v léčbě pacientů ve spolupráci s psychology?

3. Považují pediatrii psychosomatický přístup za součást běžné praxe, nebo pouze za alternativní léčbu?

Tyto výzkumné otázky tvořily podklad pro formulaci otázek do dotazníku.

Výzkumné šetření je pilotní studií, která mapuje přístup k psychosomatické u malého vzorku českých dětských lékařů. Dle Hendla (2012) se pilotní studie provádí za účelem mapování problémů a získání předběžných dat. Na základě této studie by mohly být navrženy hypotézy, které by se tak mohly stát podkladem pro rozšířené zkoumání dané problematiky. Přínos pilotního výzkumného šetření autorka shledává především v nahlédnutí do každodenní pediatrické praxe jako prvního místa, které navštíví psychosomatický pacient a které ho může směřovat dále, k uzdravení ve spolupráci pediatrii, psychologa, terapeuta a dalších specialistů.

počtu pediatriů byly otázky sestaveny do anonymního internetového dotazníku. Celkem bylo osloveno 158 lékařů pomocí jejich e-mailových adres získaných po předchozí telefonické domluvě, nebo jejich adres veřejně přístupných. Z celkového počtu zaslaných dotazníků bylo zachyceno 56 návštěv. Z tohoto počtu pak 42 respondentů úspěšně dokončilo vyplnění dotazníku.

Pro následnou statistickou analýzu byl dotazník skórován na základě toho, nakolik jednotlivé odpovědi odpovídaly současnému psychosomatickému přístupu. Statistické zpracování výsledků získaných dat bylo rozčleněno do dvou



etap. Nejprve autorka data podrobila deskriptivnímu statistickému zpracování,

poté provedla korelační analýzu mezi jednotlivými otázkami v dotazníku.

VÝSLEDKY

V případě první výzkumné otázky, zda pediatrii patří příčinné působení psychosociálních faktorů na rozvoj a léčbu somatických poruch, bylo na základě posouzení deskriptivní statistiky jednotlivých odpovědí shledáno následující. U první položky, kde bylo zjišťováno, zda si lékaři myslí, že se psychické problémy mohou projevit tělesnými obtížemi, byla všemi respondenty vybrána možnost *spíše ano*.

Stejně tomu bylo i v případě dalších dvou otázek dotazníku zjišťujících, zda může postoj pacienta a jeho rodinné prostředí ovlivnit léčbu jeho tělesných obtíží. Čtvrtá otázka směřovala k odpovědi na to, jaké příčiny zvažují u přetrvávajících a dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelných obtíží. Většina respondentů (61,9 %) uvedla vedle psychických obtíží, zmíněných v otázce, i biologické a sociální příčiny.

Graf č. 1: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4



Pátá otázka, zjišťující názor dětských lékařů na to, zda je možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné praxi, byla výraznou většinou (92,9 %) zodpovězena *ano*. Na základě těchto odpovědí se autorka domnívá, že

pediatrii patří příčinné působení jak psychologických, tak sociálních příčin společně s biologickými a že je možné tyto příčiny spatřovat v praxi běžného dětského lékaře.

Graf č. 2: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5





Druhá výzkumná otázka směřovala k poznání, zda pediatři spatřují léčbu psychosomatických poruch pouze psychologickými prostředky, nebo se cítí kompetentně v léčbě těchto pacientů s těmito poruchami ve spolupráci s psychology. Uvedené výsledky v šesté otázce z dotazníku ukazují, že nadpoloviční většina pediatrů (54,8 %) se při podezření na psychosomatické onemocnění nejprve uchýlí k rozhovoru s pacientem. K tomuto postupu směřují

i dva respondenti, které označili jinou možnost. První odpovědí bylo: *Jednak sama mluvím s pacienty i s rodiči, + psychologické, psychoterapeut, a/nebo psychiatrické vyšetření.* Druhou odpovědí bylo: *Po důkladném pohovoru s pacientem dohodneme další postup, např. rrb, psychologické vyšetření a jiné.* Zbylí respondenti volí po specializovaných vyšetřeních a vyloučení organické příčiny jako první postup psychologické vyšetření.

Graf č. 3: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6



Z odpovědí na sedmou otázku dotazníku vyplývá, že nejvíce respondentů označuje

za způsobitelné k léčbě psychosomatických poruch jak psychology, tak psycho-



terapeuty i pediatri. Poslední jmenování byli však v odpovědích označováni nejméně.

Graf č. 4: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7



Osmá otázka dotazníku přímo zjišťovala, zda jsou pediatri názoru, že psychosomatické poruchy je třeba léčit pouze psychologickými prostředky.

Výrazná většina 95,2 % je toho názoru, že vyžadují psychologickou léčbu současně s běžnou medicínskou praxí.

Graf č. 5: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8



Vzhledem k tomu, že z poznatků uvedených v teoretické části vyplývá, že

samotné informování pacienta o možné povaze jeho poruchy praktickým lékařem

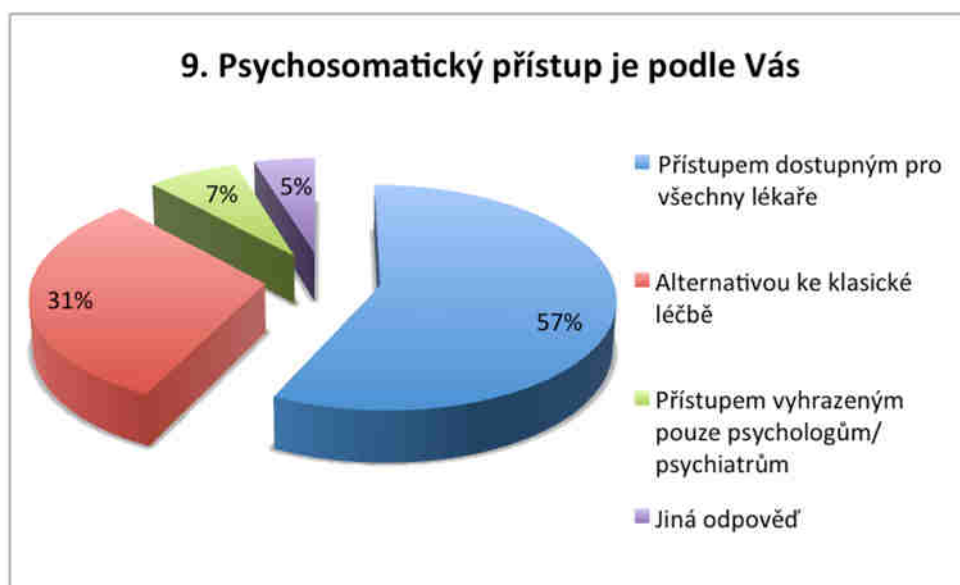


a pohovoření s ním je v jeho léčbě důležitým krokem, autorka konstatuje, že je tento postup velmi dobře nakloněn psychosomatickému přístupu. Na základě výsledků položek vázajících se na druhou výzkumnou oblast lze dle autorky usoudit, že většina dotazovaných pediatrií spolupracuje s psychologem, a zároveň se na procesu léčby aktivně podílí rozhovory s pacienty.

V rámci třetí výzkumné otázky bylo zjišťováno, zda pediatrii považují psychosomatický přístup za součást běžné praxe, nebo pouze za alternativní léčbu. K odpovědi autorka směřovala prostřednictvím tří položek v dotazníku,

kteří mapovaly povědomí o psychosomatické v jejím širším kontextu. Výsledky deváté otázky z dotazníku ukazují, že 57,1 % pediatrií spatřuje psychosomatický přístup jako dostupný pro všechny lékaře. K této odpovědi směřují také dva respondenti, kteří se rozhodli uvést vlastní odpověď. První uvedl, že: *Měl by být pro všechny lékaře, ale praktici a odborní lékaři nemají dostatek času ani erudice to řešit* a druhý napsal, že *Nelze ho od klasické léčby oddělovat*. 31 % lékařů se domnívá, že je alternativou ke klasické léčbě a pouze 7,1 % vybrala možnost, že je přístupem pouze pro psychology.

Graf č. 6: Zastoupení odpovědí na otázku č. 9

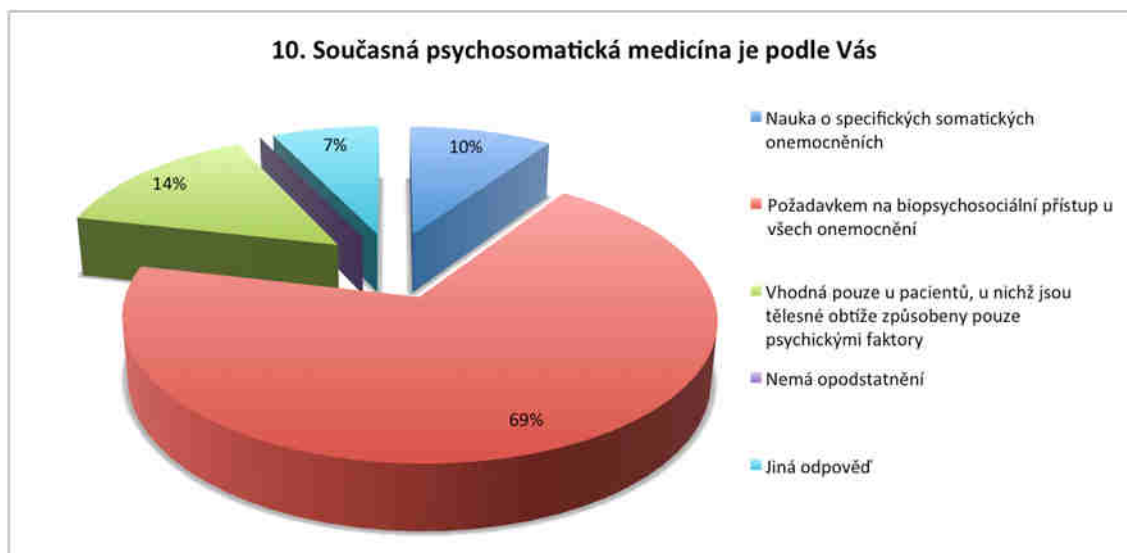


Desátá položka dotazníku zjišťovala, čím je podle pediatrií současná psychosomatická medicína. Celých 69 % respondentů uvedlo možnost, že je *Požadavkem na bio-psycho-sociální*

přístup u všech onemocnění, tedy možnost, která psychosomatickému přístupu z nabízených odpovědí nejvíce odpovídá.

Graf č. 7: Zastoupení odpovědí na otázku č. 10





Podle poslední položky dotazníku se 100 % dotazovaných domnívá, že psychosomatika je snahou o rozšíření a zkvalitnění klasické medicíny. Na základě výsledků jednotlivých otázek dotazníku vzájemných se na třetí výzkumnou oblast bylo shledáno, že pediatři vykazují k psychosomatice spíše kladný vztah.

Po zhodnocení výsledků korelační analýzy autorka dospěla k následujícím zjištěním vyplývajícím ze vztahů mezi

otázkami. Prvním prokázaným vztahem u otázek č. 5 a č. 8 je, že pediatři, kteří uvažují psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi, pak i odpovídají, že psychosomatická onemocnění vyžadují psychologickou léčbu současně s medicínskou praxí. Autorka se na základě tohoto vztahu domnívá, že akceptace psychosociálních příčin je tedy důležitým faktorem pro následnou spolupráci pediatrů a psychologů v léčbě psychosomatických poruch.

Tabulka č. 1: Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 5 a č. 8

otázka č. 5	otázka č. 8	
	rho	0,681
	p-hodnota	<0,001 ***

Legenda: **Otázka č.5**=Je podle Vás možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi (v ordinaci dětského praktického lékaře)?, **Otázka č. 8**=Vyžadují dle Vašeho názoru psychosomatická onemocnění psychologickou léčbu?, **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, ***p<0,001

Další vztah byl korelační analýzou prokázán u otázek č. 6, kde většina

pediatrů považuje za první krok při podezření na psychosomatickou poruchu



rozhovor s pacientem, a č. 7, kde pediatri v největším počtu označují zároveň psychologa, psychoterapeuta i praktického lékaře za způsobilého v léčbě

psychosomatických poruch. Tento vztah naznačuje otevřenost ke spolupráci všech jmenovaných odborníků při léčbě těchto poruch.

Tabulka č. 2 Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 6 a č. 7.

otázka č. 6	otázka č. 7	
	rho	0,349*
	p-hodnota	<0,026

Legenda: **Otázka č. 6**=Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)?, **Otázka č.7**=Kdo je podle Vás způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí), **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, * $p < 0,05$

Otázka č. 6 zároveň významně koreluje s otázkou č. 9, kde se většina pediatri domnívá, že psychosomatický přístup je

dostupný pro všechny lékaře. Poslední uváděná silná korelace ještě prokazuje vztah mezi otázkami č. 7 a č. 9.

Tabulka č. 3: Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 6 a č. 9

otázka č. 6	otázka č. 9	
	rho	0,391*
	p-hodnota	0,011

Legenda: **Otázka č. 6**=Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)?, **Otázka č. 9**=Psychosomatický přístup je podle Vás, **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, * $p < 0,05$

Tabulka č. 4: Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 7 a č. 9

otázka č. 7	otázka č. 9	
	rho	0,518***
	p-hodnota	<0,001



Legenda: **Otázka č.7**=Kdo je podle Vás způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí), **Otázka č. 9**=Psychosomatický přístup je podle Vás, **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, * $p < 0,05$

Z uvedených výsledků se autorka domnívá, že chápání psychosomatického přístupu jako přístupu dostupného pro všechny lékaře (ne pouze jako alterna-

tivy, nebo přístupu vyhrazeného psychologům) pak přispívá k přesvědčení, že na léčbě by se měl podílet pediatr, psycholog i psychoterapeut ve vzájemné spolupráci.

DISKUSE

Po zhodnocení všech uvedených oblastí zkoumání dle autorky vyplývá, že pediatři se nejvíce shodují na tom, že psychosociální příčiny mohou mít vliv na vznik a léčbu somatických nemocí. V postupu léčby těchto poruch je pak u nadpoloviční většiny dotazovaných lékařů zásadní rozhovor s pacientem a spolupráce s psychologem, psychoterapeutem a dalšími specialisty. Stále však zůstává významná část pediatrů, kteří jako hlavní nástroj léčby spatřují pouze psychologickou léčbu, a to jak při prvním podezření na psychosomatickou poruchu, tak v její následné léčbě. Psychosomaticku však převládající část pediatrů považuje za přístup dostupný všem lékařům, který by neměl být alternativou, ale součástí klasické léčby. Na základě těchto poznatků se autorka domnívá, že čeští pediatři představují dobrou připravenost pro lepší prosazování psychosomatického přístupu do ordinací praktických lékařů, než se mnohdy předpokládá.

Vzhledem k tomu, že studie věnované psychosomatickému přístupu u pediatrů v České republice nebyly autorkou nalezeny, porovnává výsledky se srovnatelnými studiemi, které se věnují dané problematice u praktických lékařů pro dospělé. Ze zjištění výzkumné studie Feuersteinové (2014) zaměřující se na psychosomatický přístup v českém

zdravotnictví vyplývá, že postoje českých lékařů k psychosomatické specializaci a psychosomatickému přístupu obecně jsou kladné, a na psychosociální faktory pacientů je brán zřetel.

Výše uvedená zjištění se ukazují být v souladu s výsledky této studie. V dalším výzkumném šetření by tak mohlo být zajímavé porovnat, jak se tento přístup liší u lékařů pro dospělé a pediatrů, vzhledem k častějšímu výskytu psychosomatických onemocnění v dětském a dorostovém věku. Za významné zjištění v oblasti aplikování psychosomatického přístupu uvádí dále Feuersteinová (2014) překážky na straně pacienta, v jeho přístupu očekávajícím sérii vyšetření s konkrétními výsledky a léčbou.

Autorka této práce shledává, že výše zmíněné aspekty nebyly v její studii mapovány a klade si otázku, zda by se tyto překážky mohly objevovat i u lékařů pracujících s pacienty dětského a dorostového věku. Potřebu prozkoumání této oblasti přinášejí dle názoru autorky i výsledky její studie, kdy významná část pediatrů neuvádí rozhovor jako první postup v případě podezření na psychosomatické onemocnění. Další výzkumná studie by se pak mohla lépe zaměřit na oblast interakce lékařů s psychosomatickými pacienty na úrovni jejich informování o povaze onemocnění a následné léčby.



Dubová (2016) dochází ve své výzkumné studii věnující se postoji lékařů k psychosomatickému přístupu ke zjištění, že kromě časové náročnosti spatřují lékaři vlastní nekompetenci pramenící z nedostatečné vzdělanosti v psychosomatice a z finanční náročnosti případného odborného sebevzdělání.

K výsledkům výše zmíněné studie se váže zjištění ve výsledcích této práce – pediatri sami jmenují ve vlastních výpovědích časovou náročnost i nedostatky ve vzdělání. Autorka této práce se tak domnívá, že by v dalším výzkumném šetření mohlo být přínosné porovnat, jak se přístup k psychosomatice liší u pediatriů s dlouholetou praxí a pediatriů, kteří měli nově možnost vzdělání v nástavbovém oboru Psychosomatika.

Z limitací výzkumné studie je třeba uvést absenci demografických charakteristik souboru. Pro budoucí výzkumné šetření se jeví potřeba rozlišení věku

ZÁVĚR

Z výsledků studie vyplývá, že psychosociální faktory jsou většinou pediatriů akceptovány a mohou tak podle nich mít vliv na vznik a léčbu somatických onemocnění. Dále bylo zjištěno, že větší část pediatriů volí při podezření na psychosomatické onemocnění rozhovor s pacientem a v následné léčbě spatřuje kompetentní psychology, psychoterapeuty i sebe samotné. Ačkoli je tento přístup převládající, nemalá část pediatriů i nadále spatřuje diagnostiku a léčbu pouze v rukou psychologa. K psychosomatické léčbě v širším kontextu má převažující část pediatriů kladný přístup. Není považována za alternativu klasické medicíny, ale je vnímána jako snaha o zkvalitnění klasické medicíny. Autorka tak dochází

respondentů, pro lepší zachycení možného vlivu nově upraveného vzdělání lékařů v oboru psychosomatiky. Další limitací studie spatřuje autorka v tom, že k vyplnění dotazníku mohli přispět nejvíce právě ti lékaři, kterým je psychosomatický přístup blízký, přestože se k němu explicitně nehlásí – skupina se tak mohla sama selektovat pouze na základě informací, že jde o výzkum se zaměřením na psychosomatiku. Tím by se zřejmě mohl vysvětlit i fakt, že z oslovených 158 pediatriů jich dokončilo dotazník pouze 42. Přestože jde vzhledem k vytíženosti lékařů o uspokojivý výsledek, určitým způsobem může poukazovat na nezájem o danou oblast. Pro další šetření se jeví jako vhodné hloubkové rozhovory s pediatri, které by mohly více napovědět o konkrétních překážkách či motivaci v uplatňování psychosomatického přístupu. I přes uvedené limity své práce se však autorka domnívá, že výsledky vykazují pozitivní směr vzhledem k potřebám psychosomatické medicíny.

k závěru, že pediatriká praxe představuje nadějnou oblast pro lepší prosazování psychosomatického přístupu. Zároveň však z výsledků vyvstává potřeba lepší opory ve vzdělání a zaměření se na jeho praktickou aplikaci v přístupu k pacientovi. Výsledky této pilotní studie tak nastolují nové otázky a ukazují, jak důležité by bylo pokračovat v šetření dané oblasti. Změna biomedicínského modelu lékařské péče opomíjejícího psychosociální faktory je u nás, oproti uvedeným trendům v zahraničí, zatím velmi pomalá. Tato studie však nabízí nadějný pohled na to, jak pediatri pojímají psychosomatické onemocnění, jejich léčbu a jak velký význam přisuzují spolupráci s psychology v této oblasti.



LITERATURA

1. Ayersová, S. a Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. Baštecký, J. et al. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum. ISBN 80-7169-031-7.
3. Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4. edition. Thousand Oaks, CA: SAGE. ISBN 978-1-4522-2609-5.
4. Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Přeložila Renata HÖLLGEOVÁ. Praha: Portál. ISBN 80-7178-456-7.
5. Dubová, M. (2016). *Postoj lékařů k psychosomatickému přístupu při vzniku a léčbě onemocnění*. Diplomová práce. Brno. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Psychologický ústav. Vedoucí: PhDr. Hana Neudertová, Ph.D.
6. Feursteinová, J. (2014). *Psychosomatický přístup v českém zdravotnictví*. Diplomová práce. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí: MUDr. Miroslav Ortel, PhDr.
7. Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4. rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0200-4.
8. Honzák R. a Chvála V. (2014). Psychosomatická medicína. *Psychosom.* 12(2). ISSN 1214-6102.
9. Charon, R. (2001). Narrative medicine. A Model of Empathy, Reflection, Profession and Trust. *The Journal of the American Medical Association.* 286(15), 1897-1902. ISSN 1538-3598.
10. Chvála, V. a Trapková, L. (2006). Proč se medicína brání systemické teorii. In: Růžička (Ed.) *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-750-X.
11. Ishizaki, Y. et al. (2005). Research on promotion of management of children with psychosomatic and psychosocial disorders in Japan. *Pediatrics International* 47, 352-357. DOI 10.1111/j. 1442-200x.2005.02074.x.
12. Kučera, D. (2013). *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4621-0.
13. Langmaier, J. et al. (2000). *Dětská psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-381-1.
14. Lempp, T. et al. (2016). Child and adolescent psychiatry: which knowledge and skills do primary care physicians need to have? A survey in general practitioners and paediatricians. *European child and adolescent psychiatry* 25, 443-451. DOI 10.1007/s00787-015-0757-6.
15. Pao, M. et al. (2007). Pediatric Psychosomatic Medicine: An Annotated Bibliography. *Psychosomatics.* 48: 195-204. DOI: 10.1176/appi.psy.48.3.195.
16. Poněšický, J. (2010). *Psychosomatické lékařství*. Praha: PVŠPS. ISBN 978-80-904541-8-7.
17. Poněšický, J. (2002) *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-216-8.
18. Říčan, P. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.



19. Shaw, R. J. a DeMaso D. R. (2006). *Clinical Manual of Pediatric Psychosomatic Medicine. Mental Health Consultation With Physically Ill Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Publishing. ISBN 1-58562-187-0.
20. Shaw, R. J. a DeMaso D. R. (2010). *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. Washington: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-1-58562-350-1.
21. Svoboda, M. et al. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-545-8.
22. Skorunka, D. (2009). Životní příběhy jako základ psychosomatické medicíny. *Psychosom.* 7 (1). ISSN 2336-7741.
23. Takahashi, T. et al. (2002). Psychosomatic disorders in children: An emerging challenge to health care in Japan. *Pediatrics International* 44, 153-156. DOI: 10.1046/j.1328.8067.2001.01529.x.
24. Walker, A. et al. (2012). Pediatric Psychosomatic Medicine: Creating a Template for Training. *Psychosomatics*. 53: 532-540. DOI: 1016/j.psym.2012.01.008.

Autorka je absolventkou magisterského oboru psychologie na Pvfšps. V současnosti je na mateřské dovolené. Během studia absolvovala stáž na Psychosomatické klinice v Praze, kde realizovala kvalitativní výzkum o vlivu bodytherapie na léčbu psychosomatických pacientů.

Do redakce přišlo: 25. 2. 2017.
Po recenzi a úpravě zařazeno 19. 3. 2017.
Konflikt zájmů není znám.





5. ILUSTRACNÍ FOTO (NEZN.AUTOR): IND ZIONA CHANG (67) JE HLAVOU NEJVĚTŠÍ RODINY SVĚTA – MÁ 39 MANŽELEK, 94 DĚTÍ, 33 VNOUČAT A 14 SNACH (ZPRÁVA Z R. 2011)

MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., HRICOVÁ D.: VNÍMANIE ZDRAVIA A POHODY MATIEK VIACDETNÝCH RODÍN

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

ABSTRAKT: *Viacdetnosť je jav čím ďalej vzácnejší, napriek tomu ešte stále nielen na Slovensku, ale aj v Európe viacdetné rodiny tvoria význačný potenciál pre udržateľnosť reprodukcie. Jedným zo základných pilierov reprodukčného a sexuálneho zdravia je starostlivosť o matku. Štúdiá prezentuje čiastkový cieľ s intenciou zistiť, ako sa matky viacdetných rodín cítia po fyzickej a psychickej stránke, či majú zdravotné problémy v dôsledku opakovaných tehotenstiev a pôrodov a aké boli ich pôrody. Výskumný súbor tvorilo 140 matiek vo veku od 26 do 66 rokov (priemerný vek $35,84 \pm 8,34$ rokov), ktoré mali 4 a viac detí. Metódou zberu údajov bol autorkami zostavený dotazník zameraný na zisťovanie vnímania zdravia, pohody, zdravotných problémov v dôsledku opakovaných tehotenstiev, pôrodov a na subjektívne hodnotenie pôrodov matkami. Na spracovanie výsledkov výskumu boli aplikované metódy deskriptívnej štatistiky. Väčšina matiek z reprezentatívnej vzorky ($n=140$), napriek záťaži, ktorá je spojená s viacdetnou rodinou, sa cíti dobre alebo normálne po fyzickej aj psychickej stránke. Väčšina matiek viacdetných rodín (65,71 %) nemala žiadne zdravotné problémy v dôsledku opakovaných gravidít a pôrodov a tiež prevažná väčšina matiek (82,14 %) malo všetky pôrody spontánne a svoje pôrody hodnotila ako bezproblémové (59,29 %).*



Opakované tehotenstvá ako aj starostlivosť o viac detí predstavujú pre organizmus ženy vyššiu záťaž a možné riziko zdravotných problémov. Bezpečné materstvo matiek viacdetných rodín zahŕňa kvalitnú prenatalnú, perinatálnu a postnatálnu starostlivosť, na ktorej participujú zdravotnícky pracovníci.

Kľúčové slová: zdravie matiek, viacdetná matka, viacdetná rodina, tehotenstvo, pôrod, zdravotné problémy

ABSTRACT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., HRICOVÁ D.: THE PERCEPTION OF HEALTH AND WELLBEING OF MOTHERS IN THE FAMILIES WITH MORE CHILDREN. PSYCHOSOM 2017; 15 (2) PP. 144-154

Multiple children of family is a phenomenon that is becoming more and more uncommon. Despite this fact, not only in Slovakia, but generally in Europe, families with more children represent significant potential for sustainability of human reproduction. The care for a mother is one of the mainstays of reproductive and sexual health. This study represents a partial target with the intention to find out how mothers of families with more children feel physically and psychically, if they have healthy problems as a result of repetitive pregnancies and child births and how they have dealt with their child births. The research file was represented by 140 women with 4 and more children in the age range between 26 and 66 (the average age of 35,84 ±8,34 years). In order to gather the relevant data, the authors have constructed a questionnaire to find out the perception of health, contentment, healthy problems as a result of repetitive pregnancies and child births as well as to find out the subjective evaluation of child births by mothers. Gathered data were processed with the methods of descriptive statistics. Despite the stress related to the family with more children, the majority of mothers from representative file (n=140) has stated that they feel fine and normally physically and psychically. The majority of mothers of the of multiple children (65,71 %) have not had any healthy problems as a result of repetitive pregnancies and child births as well as the predominant majority of mothers (82,14 %) has had all spontaneous child births and evaluated their births as trouble-free (59,29 %).

Repetitive pregnancies as well as the care for more children represent greater stress and potential risk of healthy problems for mothers. Safe maternity of mothers of supernumerary families include quality prenatal, postnatal, perinatal care that is secured by medical staff.

Key words: health of mothers, mother of multiple children, families with more children, pregnancy, child birth, healthy problems

ÚVOD

Ženy, zvlášť matky viacdetných rodín, využívajú častejšie systém zdravotnej starostlivosti ako muži, čo je spôsobené ich reprodukčnou funkciou. Starostlivosť o sexuálne a reprodukčné zdravie, matku v tehotnosti a dieťa po narodení patrí vo všetkých vyspelých krajinách medzi najdôležitejšie priority a zdravotnícke projekty s vysokou celospoločenskou

a ekonomickou návratnosťou. Matky okrem starostlivosti o seba sú zároveň aj zodpovedné za zdravotnú starostlivosť svojich detí. Kognitívny a fyzický vývin detí je ovplyvnený zdravím, výživou a správaním ich matiek počas tehotenstva a ranného detstva. U detí žijúcich v bezpečí a v dobrej starostlivosti



je väčšia pravdepodobnosť lepšieho zdravia v dospelosti (1).

Termínom parita sa rozumie počet detí, ktoré žena doposiaľ porodila. O multipare sa hovorí, ak žena porodila 2 a viac krát, o grand multipare, ak žena porodila 5 a viac krát živo aj mŕtvo narodených detí ≥ 20 týždňov tehotenstva a o grand grand multipare, ak žena porodila 10 a viac živo aj mŕtvo

METODIKA

Na zber relevantných údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 41 položiek, z ktorých prezentujeme iba čiastočné výsledky 4 položiek dotazníka. Výskumný súbor tvorilo 140 matiek viacdenných rodín. Výber respondentiek bol zámerný, nenáhodný, závery výskumu sa aj napriek snahe o reprezentatívnosť súboru budú interpretovať a generalizovať len na uvedený výberový výskumný súbor (7). Do súboru respondentov boli zaradené matky, ktoré spĺňali vopred určené **inkluzívne kritériá**: minimálny počet detí štyri, matka ochotná spolupracovať, t.j. vyplniť každú položku dotazníka, písomný súhlas matky so zapojením do výskumnej štúdie. Matky boli s vekovým priemerom 35,84 ($\pm 8,34$ rokov); vo vekovom rozpätí 26 až 66 rokov. Štúdie sa zúčastnilo 43,57 % žien s ukončeným stredoškolským vzdelaním, 40,00 % s vysokoškolským vzdelaním 2. stupňa a zvyšných 16,43 % s vysokoškolským vzdelaním 1. stupňa. V našom súbore priemerný počet detí v jednej rodine bol 5 (priemer 5,14 detí), pričom najväčší vyskytujúci sa počet detí v rodine bol 12 detí. 82,14 % respondentiek malo všetky pôrody spontánne (prirodzené), 14,29 % spontánne aj cisárskym rezom a zvyšných 3,57 % malo všetky pôrody cisárskym rezom. Dotazník vlastnej

narodených detí ≥ 20 týždňov tehotenstva (2, 3, 4). Iní autori za grand multipary označujú ženy s paritou 4 – 8 a grand grand multipary ženy s paritou 9 a viac (5, 6).

Cieľom štúdie bolo zistiť, ako sa matky viacdenných rodín cítia po fyzickej a psychickej stránke, či mali zdravotné problémy v dôsledku opakovaných tehotenstiev, pôrodov a aké boli.

konštrukcie sa najskôr overil **pilotnou štúdiou** s 10 respondentkami, ktoré vyplnili dotazník. Na základe pilotáže sa modifikovali problematické formulácie 3 položiek, ako aj úvod dotazníka v zmysle poskytnutej informácie o štúdiu a inštrukciách. Skonstruovaný dotazník sa v jeho definitívnej verzii distribuoval osobne aj elektronicky. Matky viacdenných rodín sme oslovili aj prostredníctvom Klubu mnohodenných rodín a prostredníctvom lektorov Ligy pár páru. Po ich kladnej spätnej odpovedi sme zaslali prostredníctvom e-mailu odkaz (link) na dotazník. Naším cieľom bolo získať 150 respondentov. Osobne sa distribuovalo 80 dotazníkov. Návratnosť z osobne distribuovaných dotazníkov bola 56 dotazníkov (responzibilita: 70 %). Pri distribúcii dotazníka elektronickou formou bolo cieľom získať 100 dotazníkov a návratnosť v stanovenom období bola 94 dotazníkov (responzibilita: 94 %). Celkovo pre účely štúdie cieľom bolo získať 150 dotazníkov. Do štatistického spracovania výsledkov bolo zaradených **140 dotazníkov** ako **výhodnotiteľných** (10 dotazníkov bolo zo spracovania vyradených pre nesplnenie inkluzívnych kritérií). Štúdia sa realizovala v období december 2014 – február 2015 na území SR. Empirické údaje z dotazníka boli okódované



a následne prevedené do elektronickej podoby v programe MS Excel 2000.

Získané údaje boli spracované metódami deskriptívnej štatistiky.

VÝSLEDKY

V tabuľke č. 1 interpretujeme odpoveď na otázku: „Ako sa cítite po zdravotnej a fyzickej stránke?“ V tabuľke č. 2 interpretujeme odpoveď na otázku: „Ako

sa cítite po psychickej stránke?“ V tabuľke č. 3 interpretujeme odpoveď na otázku: „Máte alebo mali ste nejaké zdravotné problémy v dôsledku opakovaných tehotenstiev a pôrodov?“

Tab. č. 1 Zdravotná a fyzická pohoda matiek

odpovede	n	%
veľmi dobre, venujem dostatok času na načerpanie fyzických síl, starám sa o svoje zdravie	13	9,29
dobre, hľadám možnosti ako tráviť aj určitý čas na podporu svojho zdravia, na obnovu fyzických síl	101	72,14
zle, unavene, nestíham venovať čas na podporu svojho zdravia, na obnovu fyzických síl	25	17,86
veľmi zle, vyčerpane, nemám chuť už robiť niečo navyše	1	0,71
Σ	140	100

72,14 % matiek uviedlo, že sa cíti dobre a hľadá možnosti, ako tráviť čas na podporu svojho zdravia, na obnovu fyzických síl. 17,86 % sa vyjadrilo, že sa

cíti zle, unavene, nestíha venovať čas na podporu svojho zdravia, na obnovu fyzických síl a 0,71 % matiek uviedlo, že sa cíti veľmi zle a vyčerpane.

Tab. č. 2 Psychická pohoda matiek

Odpovede	n	%
veľmi dobre, venujem dostatok času svojej osobe, mám podporu z okolia	15	10,71
dobre, zát'aže zvládam, hľadám možnosti ako tráviť aj určitý čas na podporu seba, mám podporu z okolia	62	44,29
normálne, pociťujem určitú zát'až zatiaľ s ňou nič nerobím	59	42,14
zle, zát'aže nedokážem zvládať, necítim podporu okolia	2	1,43
veľmi zle, pocit nezvládnutia zát'aží	2	1,43



Σ	140	100
----------	-----	-----

44,29 % matiek vyjadrilo, že sa po psychickej stránke cíti dobre, zvláda záťaž, hľadá možnosti ako tráviť čas na

podporu seba, má podporu z okolia, 42,14 % sa cíti normálne, pociťuje určitú záťaž, no zatiaľ s ňou nič nerobí.

Tab. č. 3 Zdravotné problémy v dôsledku opakovaných tehotenstiev, pôrodov

Odpovede	n	%
Áno	48	34,29
Nie	92	65,71
Σ	140	100

Zdravotné problémy v dôsledku opakovaných tehotenstiev sa nevyskytli u 65,71 % opýtaných a 34,29 % matiek uviedlo, že sa u nich vyskytli zdravotné problémy. Ak v tejto položke ak respondentky uviedli možnosť áno (že sa u nich vyskytli zdravotné problémy) mali uviesť aké problémy. Išlo o otvorenú otázku, v ktorej najčastejšie sa vyskytli odpovede: varixy (prípadne zhoršenie

stavu varixov), oslabený brušný lis, inkontinencia, anémia, nadváha, problémy s chrbticou, hemoroidy, problémy s kĺbmi, preeklapsia, hypertenzia.

V tabuľke č. 4 interpretujeme odpoveď na otázku: „Ako by ste celkovo zhodnotili Vaše pôrody?“

Tab. č. 4 Subjektívne hodnotenie pôrodov matkami

Odpovede	n	%
bez problémov	83	59,29
s menšími problémami	52	37,14
s väčšími problémami	5	3,57
Σ	140	100

Viac ako polovica matiek (59,29 %) hodnotilo celkovo svoje pôrody ako bezproblémové, 37,14 % s menšími problémami a 3,57 % s väčšími problémami. V tejto položke, ak respondentky označili, že ich pôrody boli problémové nasledovala otvorená otázka, kde mali

napísať o aké problémy išlo. Z najčastejšie sa vyskytujúcich problémov respondentky uvádzali: masívne krvácanie hneď po pôrode (27,53 %), problém s odlučovaním placenty (23,47 %), pôrod ukončený cisárskym rezom kvôli náhlym komplikáciám počas



pôrodu (23,02 %), abnormálne polohy plodu (13,98 %), nedostatok síl pri poslednej fáze pôrodu (12,00 %).

DISKUSIA

Výsledky výskumov v minulosti naznačujú, že grant multipary boli pokladané za rizikové a viac parita sa považovala za pôrodnický problém (8). Britská štúdia naznačuje, že v rozvinutých krajinách s vyhovujúcimi podmienkami zdravotnej starostlivosti grand multiparity by nemali byť považované za rizikové a hodnotenie rizík by malo byť založené na minulej a súčasnej anamnéze rodičky a nie len na základe parity (9). Riziko viacrodičiek súvisí aj s nízkym sociálno-ekonomickým statusom a zvyšujúcim sa vekom (5). Aj Simonsen et al. (3) zistili, že u mladých žien (vek: 18-34) grand multipar sa nepreukázalo riziko pre komplikácie súvisiace s tehotenstvom.

Tehotenstvo predstavuje časovo obmedzený fyziologický proces, ktorý ovplyvňuje ženu po fyzickej a emocionálnej stránke (10). Prežívanie záťaže pozostáva z množstva jednotlivých oblastí, ktoré v rôznej miere ovplyvňujú zdravie a kvalitu života matiek. Medzi základné oblasti patria fyzický stav a funkčné schopnosti, psychologické parametre a celková spokojnosť, sociálne interakcie, faktory týkajúce sa ekonomickej situácie, spiritualita (11). Keďže opakované tehotenstvá a starostlivosť o viac detí predstavuje vyššiu fyzickú aj psychickú záťaž našou štúdiou sme zisťovali, **ako sa matky cítia po fyzickej a psychickej stránke vo vzťahu k väčšiemu počtu detí.** Najviac respondentiek (72,14 %) z nášho súboru uviedlo, že sa cíti po fyzickej stránke dobre, vyjadrilo sa, že hľadá možnosti, ako tráviť čas na podporu svojho zdravia a na obnovu

fyzických síl. Menej 9,29 % respondentiek sa cítilo veľmi dobre, venuje dostatok času na načerpanie fyzických síl a stará sa o svoje zdravie. O niečo viac 17,86 % respondentiek sa po fyzickej stránke cítilo zle, unavene a nestíha venovať čas na podporu svojho zdravia a obnovu fyzických síl. Len 0,71 % sa cítilo veľmi zle, vyčerpane a nemá chuť už robiť niečo na viac (tab. č. 1). Je racionálne a zdraviu prospešné medzi jednotlivými tehotnosťami udržiavať rozostupy na regeneráciu fyzických síl organizmu. Rozstup medzi graviditou kratší ako 2 roky môže byť spojený s rizikom predčasného pôrodu a ďalších rizík. Časové odstupy medzi tehotnosťami sú dôležité pre doplnenie organizmu matky o nutrienty, ktoré odovzdala svojmu dieťaťu v predchádzajúcej gravidite a pri dojčení (4). V našom súbore matiek boli rozostupy medzi deťmi priemerne 2,4 roka. Ďalej sme výskumom zisťovali, ako sa respondentky cítia po psychickej stránke, a zistili sme, že 44,29 % matiek z nášho súboru sa cítilo dobre, zvládajú záťaž, hľadajú možnosti, ako tráviť určitý čas aj na podporu seba, a cítia podporu aj z okolia. 42,14 % matiek sa cítilo normálne, pociťujú určitú záťaž, no zatiaľ s ňou nič nerobia. 10,71 % matiek sa cítilo veľmi dobre, uviedli, že venujú dostatok času sami sebe a majú podporu z okolia. Iba 1,43 % odpovedalo, že sa cíti zle, že záťaž nedokážu zvládť a necítia podporu z okolia a zostávajúcich 1,43 % matiek sa cítilo po psychickej stránke veľmi zle a mali pocit nezvládnutia záťaží (tab. č. 3). Šarkan (12) konštatuje na základe skúmania, že medzi viacdetnosťou a neadekvátnou



záťažou nie je nijaký priamy vzťah. To isté platí aj o vzťahu viacdetnosti a rodinnej resiliencie. Či bude viacdetnosť bremenom alebo zdrojom sily, závisí od štruktúry zložitého viacúrovňového systému protektívnych a zotavovacích faktorov tvoriacich dynamickú resilientnú „armatúru“ rodinných systémov. Medzi sociálne determinanty zdravia matiek patrí tehotenské zdravotné správanie a zdravotný stav (13), ktoré sú ovplyvnené radom environmentálnych a sociálnych faktorov, ako je prístup k zdravotnej starostlivosti a chronický stres (14). Sociálne faktory, ktoré ovplyvňujú zdravie matiek, môžu tiež ovplyvniť priebeh tehotenstva a zdravie dieťaťa (15).

Zaujímalo nás, **aké zdravotné problémy sa vyskytli u matiek v dôsledku opakovaných tehotenstiev a pôrodov**. Väčšina matiek (65,71 %) našej štúdie nemala žiadne zdravotné problémy v dôsledku opakovaných gravidít a pôrodov a u zvyšných 34,29 % respondentiek sa problémy vyskytli (tab. č. 3). Najčastejšie zdravotné problémy respondentky uvádzali: varixy, oslabený brušný lis, inkontinencia, anémia, nadváha, problémy s chrbticou, hemoroidy, problémy s kĺbmi, preeklampsia, hypertenzia. Podobné problémy boli identifikované aj na základe zahraničnej porovnávacej štúdie, podľa ktorej incidencia zdravotných problémov u grand multipar (4 a viac detí) bola 9,8 %. Výskyt anémie, hypertenzie a gestačného diabetu bola u nich signifikatne vyššia ako u rodičiek s nižšou paritou (6). Bondagji (16) uvádza, že špecificky rizikovou skupinou z hľadiska zdravia sú grand grand multipary. Vyššia je u nich frekvencia cisárskych rezov z pôrodníckej indikácie. Najčastejšími príčinami ochorení sú poruchy placenty a hypo až atonia maternice s krvácaním po pôrode.

V podmienkach modernej západnej medicíny sa uvedené stavy vo veľkej miere darí úspešne zvládnuť. Štandardná dispenzarizácia všetkých grand multipar ako rizikových tehotností v prenatálnych poradniach a pôrod v nemocnici tvoria kľúčovú a efektívnu stratégiu prevencie komplikácií a podpory zdravia. Aj ďalšie štúdie potvrdzujú u grand multipar zvýšené riziko anémie, hypertenziu, preeklampsiu, placentu praeviu, abrupciu placenty (17,5). Bartkovjak (4) uvádza, že grand multipary sú často vo vyššom reprodukčnom veku, s ktorým súvisia chronické ochorenia ako hypertenzia, tehotenská cukrovka, ako aj predchádzajúce operácie. Rodičky po viacerých krátko po sebe nasledujúcich pôrodoch sú ohrozené anémiou a nedostatkom kalcia, ktoré je uvoľňované z kostí pri dojčení. Sú ochorenia, ktoré sa vyskytujú v súvislosti s opakovaným pôrodom častejšie. Z hľadiska neskorých následkov sú rodičky s viac paritou ohrozené narušením funkcie a štruktúry panvového dna, čo má za následok s pribúdajúcim vekom, pokles hladín ovariálnych hormónov a spolupôsobením ďalších faktorov, niekedy dochádza k inkontinencii, k vzniku prolapsu maternice a pošvových stien pred roditelá. Medikamentózna a operačná liečba umožňuje zlepšenie kvality života matiek pri týchto problémoch. V oblasti výživy je vhodná suplementácia kyselinou listovou, prípravkami železa a kalcia spolu s dostatkom pestrej stravy s obsahom živočíšnych proteínov. U tehotných je potrebné nastaviť liečbu prípadných chronických ochorení, zvlášť tehotenskej cukrovky a hypertenzie, ako aj iných ochorení, na ktoré sa žena liečila pred graviditou. V prevencii predčasného pôrodu je potrebná liečba močovo-pohlavnej infekcie i bezpríznakovej infekcie močových ciest. Ženy s hroziacim predčasným pôrodom vyžadujú kľudový režim niekedy i preventívnu



hospitalizáciu na lôžkovom oddelení. Pôrodnické vyšetrenie pred pôrodom umožní v prípade nevyhnutnosti plánovať primárny alebo sekundárny cisársky rez. Výsledky štúdie preukázali, že podiel žien, ktoré podstúpili cisársky rez, bol u grand multipar signifikantne vyšší ($p < 0,05$) ako v porovnávacej skupine žien s nižšou paritou (6).

U našich respondentiek sme v súvislosti so subjektívnym prežívaním svojich pôrodov zistili, že väčšina matiek (59,29 %) nášho súboru vnímala svoje pôrody ako bezproblémové, 37,14 % matiek s menšími problémami a 3,57 % ich hodnotilo ako pôrody s väčšími komplikáciami (tab. č. 4). Z najčastejšie sa vyskytujúcich problémov respondentky uvádzali: masívne krvácanie hneď po pôrode, problém s odlučovaním placenty, pôrod ukončený cisárskym rezom kvôli náhlym komplikáciám počas pôrodu, abnormálne polohy plodu, nedostatok síl pri poslednej fáze pôrodu. Viaceré štúdie potvrdili u grand multipar maternicovú ruptúru, väčšie popôrodné krvácanie, abnormálne polohy plodu a operačný pôrod u tehotných žien s vysokou paritou (17, 5, 6). Zníženie tonusu svaloviny maternice z dôvodu väčšieho podielu elastických vlákien podmieňuje vznik abnormalít polohy plodu – priečna, šikmá a mobilná poloha. Na poruchách uloženia plodu sa zúčastňuje i znížená pevnosť brušnej steny pri rozstupe priamych brušných svalov po opakovaných pôrodoch. Porucha vstupovania vedúcej časti plodu do oblasti panvového vchodu môže byť pri odtoku plodovej vody spojená s prepadnutím pupočníka a jeho útlakom. Porucha kontrakility maternice – hypotónia až atónia po pôrode býva častejšie spojená s významným krvácaním, ktoré vyžaduje transfúzie krvi i korekciu zrážania krvi, niekedy až operačnú liečbu. Častejšie dochádza

k poruche odlučovania placenty alebo jej časti. Pri nepomere medzi hlavičkou plodu a panvou pri pôrode veľkého plodu z rôznych príčin (napríklad pri diabetickej fetopatii) je grand multipara ohrozená rizikom ruptúry uteru. Tržné poranenia maternice bez predchádzajúcej jazvy sa u grand multipar vyskytujú častejšie (4).

Tehotná žena, žena počas pôrodu a po pôrode vyžaduje osobitnú zdravotnú starostlivosť, ktorá spočíva v kvalitnej prenatalnej perinatálnej a postnatalnej starostlivosti a ktorú zabezpečujú okrem gynekológov aj pôrodné asistentky. Starostlivosť o zdravie matiek viacdetných rodín by mala byť ešte viac umocnená. V rámci starostlivosti o zdravie matiek je dôležitá primárna prevencia, ktorá spočíva v aktívnom vyhľadávaní a identifikácii rizikových faktorov, v edukácii matiek a rozvinutí ich potrebných zručností vo vzťahu k zdraviu. Sekundárna prevencia zahŕňa skrining, dispenzarizáciu, diagnostiku a liečbu už existujúcich problémov. Úlohou pôrodnej asistentky okrem iného je aj realizácia efektívnej edukácie žien zameranej na podporu a prevenciu zdravia ako aj na prevenciu nádorových ochorení (samovyšetovanie prsníkov, preventívne prehliadky), a na plánovanie rodičovstva. Multiparita súvisí s plánovaním rodičovstva. Terciárna prevencia sa zameriava na rehabilitáciu a zabránenie obnovenia zdravotných problémov (18).

Zo strany zdravotníckych pracovníkov by bolo potrebné aktívne vyhľadávanie matiek viacdetných rodín s cieľom zlepšiť možnosti prístupu k informáciám a k službám zdravotníckej starostlivosti v predpôrodnej, pôrodnej a popôrodnej starostlivosti. Zlepšiť osvetu a zdravotnú edukáciu matiek v súvislosti s väčším počtom tehotenstiev a pôrodov v oblasti predchádzania vzniku zdravotných



problémov. Bolo by potrebné legislatívne obnoviť návštevné služby pôrodných asistentiek v domácnostiach matiek viacdetných rodín počas prenatálneho a postnatálneho obdobia ako súčasť prevencie v materstve a v záujme zachovania bezpečného materstva a zdravia. Takáto návštevná služba v domácom prostredí by mala byť ponúknutá pre všetkých na základe dobrovoľnosti a zameraná na podporu zdravia dieťaťa ako aj na poskytnutie

podpory zdravia a sociálnej podpory rodičom viacdetných rodín a na poskytnutie zdravotnej výchovy (19, 20). Pôrodné asistentky a sestry by mali identifikovať potreby rodín, matiek, ich riziká, poskytovať holistický model starostlivosti, ktorý zahŕňa ošetrovateľské, fyzické, psychické, emocionálne a sociálne aspekty a uľahčuje prístup k dostupným podporám pre uspokojenie potrieb matiek (20).

ZÁVER

Na vedeckých fórach sa diskutuje o opatreniach a scenároch udržateľnej reprodukcie. Podpora, záujem o matky viacdetných rodín môže byť jedným z riešení pre udržanie reprodukcie. Hoci si to spoločnosť málo uvedomuje, žena, ktorá vychováva deti, vykonáva tú najušľachtilejšiu a najvznešenejšiu službu spoločnosti a štátu. Od jej fenoménu ženskosti, ktorý sa zvláštnym spôsobom naplňuje práve v materstve a pri výchove detí, závisí morálny, duchovný, ale aj ekonomický potenciál budúcich generácií. Starostlivosť o zdravie matiek je

dôležitým cieľom v oblasti verejného zdravia. Starostlivosť o zdravie matiek viacpočetných rodín by mala byť ešte viac umocnená, pretože opakované tehotenstvá ako aj starostlivosť o viac detí predstavujú pre organizmus ženy vyššiu záťaž. Našou štúdiou sme sa snažili prispieť k lepšiemu chápaniu tejto problematiky a poukázať na to, že matky viacdetných rodín pri dobrej prenatálnej, perinatálnej a postnatálnej starostlivosti, na ktorej významnou mierou participujú aj pôrodné asistentky, nemusia byť považované za rizikové.

Literatúra

1. Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., Walker J. D., Whitfield C., Perry B. D. et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 Apr;256(3):174-86.
2. Abu-Heija A. T., Chalabi H. E. Great grand multiparity: is it a risk? *J Obstet Gynaecol.* 1998 Mar; 18:136-8.
3. Simonsen S. M., Lyon J. L., Alder S. C., Varner M. W. Effect of grand multiparity on intrapartum and newborn complications in young women. *Obstet Gynecol.* 2005 Sep;106(3):454-60.
4. Bartkovjak M. Gynekologická starostlivosť o matky s viacerými deťmi. In: Chmelík B, editor. *Ochrana života XIV.: Viacdetná rodina v minulosti a dnes.* Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity; 2013. p. 125-128.
5. Lyrenäs S. 2002 Labor in the Grand Multipara. *I Gynecol Obstet Invest.* 2002;53(1):6-12
6. Shahida S. M., Islam M. A., Begum S., Hossain M. A., Azam M. S. Maternal outcome of grand multipara. *Mymensingh Med J.* 2011 Jul;20(3):381-385.



7. Rimarčík M. Štatistika pre prax. Vydané vlastným nákladom, 2007.
8. Fuchs K., Peretz B. A., Marcovici R., Paldi E., Timor-Tritsh. The „grand multipara“--is it a problem? *Int J Gynaecol Obstet.* 1985;23(4):321.
9. Bugg G. J., Atwal G. S., Maresh M. Grandmultiparae in a modern setting. *BJOG: Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Mar;109(3):249-53.
10. Hájek Z. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. *Moderní babičství.* 2004 Jan;3:1-2.
11. Ondrejka I., Adamik P., Mažgútová A., Kerná V., Hollá G., Ondřejková E. Psychosomatické kontexty kvality života rodičov detí s psychickými poruchami. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika.* 2007;14(2-3):63-70.
12. Šarkan M. 2008. Mnohodetnosť v kontexte rodinnej resiliencie. In: Csontos L, Šarkan M, editors. *Rodina v súčasnom svete: Mnohodetná rodina – bremeno, alebo zdroj sily.* Trnava: Dobrá kniha, 2008. s. 127-143.
13. Bryant A. S., Worjolah A., Caughey A. B., Washington A. E. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: Prevalence and determinants. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Apr;202(4):335-43.
14. Williams D. R., Collins C. US Socioeconomic and racial differences in health: Patterns and explanations. *Ann Rev Soc.* 1995;21:349-86.
15. Martin J. A., Hamilton B. E., Sutton P. D., Stephanie J., Ventura, M. A., Menacker F. et al. Births: Final data for 2006. *Natl Vital Stat Rep* 2009 Jan; 57(7):1-104.
16. Bondagji N. 2005. The Perinatal and Neonatal Outcome in Grand-Grand Multiparous Women, A Comparative Case Control Study. *Bahrain Medical Bulletin,* 2005.
17. Brunner J., Melander E., Krook-Brandt M., Tho-massen P. A. Grand multiparity as an obstetric risk factor: A prospective case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1992 Dec;47(3):201-5.
18. Hanzlíková A. et al. *Komunitné ošetrovatel'stvo.* 2. vyd Martin: Osveta, 2006.
19. Vimpani G. Editorial comment: Home visiting vulnerable infants in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2000 Dec;36(6):537-539.
20. NSW Kids and Families. 2010 Maternal & Child Health Primary Health Care Policy dostupné z: http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2010/pdf/PD2010_017.pdf

Do redakce přišlo: 30. 5. 2016

Po recenzii upraveno: 5. 9. 2016

K tisku zařazeno: 15. 2. 2017

Autorka:

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



KRÁTCE



6. ILUSTRÁČNÍ FOTO K.ŠESTÁKOVÁ: R.HONZÁK, VĚDECKÁ SCHŮZE SPMČLS 7.4. V LD

HONZÁK R.: MOŽNÉ INTERAKCE NEJČASTĚJI UŽÍVANÝCH HERBÁLNÍCH PROSTŘEDKŮ

Několik publikací upozorňuje na rizika, která mohou vzniknout při kombinaci často užívaných přípravků herbální medicíny s rovněž často aplikovanou farmakologickou léčbou^{1,2,3}. Na tyto kombinace je třeba aktivně se ptát, protože řada pacientů nepovažuje koupené přípravky, které nebyly

předepsány na recept, za „léky“, nebo spíš neuvádí je, přestože mají nejružnější a někdy silné farmakologické účinky a s některými předepsanými „jeho léky“ se dostávají do interakce, především přes systém CYP 450. Na druhé straně jsou zprávy o interakcích nekonzistentní, protože herbální přípravky jsou

¹ Chen XW et al.: Clinical herbal interactions with conventional drugs: from molecules to maladies. *CurrMed Chem*. 2011;18(31):4836-50

² Izzo AA, Ernst E: Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: an

updated systematic review. *Drugs*. 2009;69(13):1777-1798

³ Chen XW, et al.: Herb-drug interactions and mechanistic and clinical considerations. *Curr Drug Metab*. 2012 Jun 1;13(5):640-51



používány v různých koncentracích a v případě použití rostliny a její části, nemusí mít stejné složení ani stejnou přípravu. Pokud jde o oficiální léčiva, nejčastěji jde o léky s úzkou terapeutickou koncentrací, tedy ty, které při nižší

koncentraci jsou neúčinné a při vyšší působí toxicky. V běžné praxi jde nejčastěji o warfarin, digoxin, cyklosporin, tacrolimus, amitriptylin, midazolam, indinavir a irinotecan.

NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ LÉČIVÉ HERBÁLNÍ PROSTŘEDKY:

Česnek (*Allium sativum*) prodlužuje dobu srážlivosti, pokud je podáván současně s chlorpropamidem (Copamide, Diabinese), může způsobovat hypoglykemii a snižuje sérové koncentrace sanquinaviru (Invirase, Fortovase).

Zázvor (*Zingiber officinale*) působí podobně jako grepy a může významně zvýšit riziko nežádoucích účinků tím, že sníží nebo zablokuje v organismu odbourávání daného léku, který se pak v těle pacienta hromadí. Mezi taková léčiva patří např. léky používané při léčbě onemocnění srdce či vysokého krevního tlaku (např. amiodaron, amlodipin, felodipin, verapamil, ev. digoxin), léčiva snižující hladinu cholesterolu (např. atorvastatin, simvastatin), léčiva ovlivňující krevní srážení (např. klopidogrel, dabigatran, warfarin), léčiva ovlivňující psychiku (např. antidepesiva ze skupiny SSRI – sertralin aj.), léčiva podávaná při nespavosti (např. zopiclon, ev. zolpidem) či např. léčiva používaná k potlačení nežádoucí imunitní reakce po transplantaci orgánů (např. takrolimus, cyklosporin).

Ginkgo neboli jinan dvoulaločný (*Ginkgo biloba*) snižuje plazmatické koncentrace omeprazolu, pokud je kombinováno s warfarinem, přestože

snižuje jeho plazmatické koncentrace, může vyvolávat krvácení, s thiazidovými diuretiky zvyšuje krevní tlak a údajně by nemělo být podáváno současně s trazodonem (Trittico) pro nebezpečí komatu. Byl však popsán všeho všudy jeden případ¹, který je citován ve všech přehledech. Šlo o osmdesátiletou pacientku trpící Alzheimerovou demencí, koma bylo zvládnuto blokátorem BZDZ flumenazilem a vysvětlení předpokládané etiopatogeneze (ginkgo paradoxně působilo na BZDZ receptor) působí značně vykonstruovaně.

Ženšen (*Panax ginseng*), jehož aktivní látky se nazývají ginsenoidy a jsou vesměs zpracovány střevními bakteriemi... Podle některých prací je ginkgo slabý induktor CYP 3A4, jeho interakce s warfarinem není úplně jasně prokázaná². Podle některých údajů snižuje ginkgo sérové koncentrace omeprazolu a tolbutamidu a může mít nežádoucí interakce s antiepileptiky, kyselinou axetylsalicylovou, ibuprofenem, diuretiky a trazodonem.

¹ Galluzzi S, et al.: Coma in a patient with Alzheimer's disease taking low dose trazodone and ginkgo biloba. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2000 May;68(5):679-80

² Ramanathan MR, Penzak SR: Pharmacokinetic Drug Interactions with Panax ginseng. Eur J Drug Metab Pharmacokinet. 2017 Jan 23. doi: 10.1007/s13318-016-0398-2



Třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*³) působí jako silný induktor CYP 3A4 a P-glykoproteinu. Snižuje tedy koncentrace amitriptylinu, cyklosporinu (zde vede až k odhojení transplantaovaných štěpů!), digoxinu, indinaviru, methadonu, midazolamu, simvastatinu,

takrolimu a warfarinu. Snižuje také koncentrace perorálních kontraceptiv a může být příčinou nechtěného těhotenství. V kombinaci s antidepresivy blokujícími zpětné vstřebávání serotoninu může vyvolávat serotoninový syndrom...

RH.

Do redakce přišlo 26. 3. 2017

³ Zhou s, et al.: Pharmacokinetic interactions of drugs with St John's wort. J Psychopharmacol. 2004 Jun;18(2):262-276



RECENZE



7. ILUSTRAČNÍ FOTO V. CHVÁLA: STROM

CHVÁLA V.: DOBŘE ZASAZENÝ STROM

H. R. Maturana, F. J. Varela: Strom poznání, Portál, Praha 2016; ISBN 978-80-262-1119-8; 239 stran

Někdy musí kniha na své čtenáře počkat. Zvláště když vyjde na přelomu paradigmat. Zatímco v době svého prvního vydání budila ve světě pozdvižení, dnes útlá kniha *Strom poznání* Humberto Maturany a Francesco Varely nemusí nikoho překvapit. Na jejich text s podtitulem *Biologické základy lidského rozumu* jsme si stačili za 33 let zvyknout, protože už dávno žije v našem kulturním

prostředí ve zlomcích i citacích vlastním životem. Kniha ovlivnila celou jednu generaci i našich myslitelů od stále nedoceneného (a členy klubu Sisyfos vysmívaného) profesora Zdeňka Neubauera a Jiřího Fialy až po profesora Stanislava Komárka. Autoři slavné knihy zamýšleli původně napsat jen úvod, elementární učebnici, kterou by mohli číst jak prostí čtenáři, tak profesionálové v oblasti vědy a výzkumu. Chtěli ukázat,



že svět poznáváním současně vytváříme. V kontaktu s vědeckou komunitou nabídli jiný pohled na samotný nástroj vědeckého bádání, na naše myšlení.

Technologie moderní vědy budí dojem, že lze svět zkoumat nezávisle jako objekt. To posiluje reprezentalistickou představu o našem myšlení, tedy že v naší mysli se poznáním hromadí jakési reprezentace poznávané skutečnosti. A ty jsou buď „správné“, objektivní, nebo „jen“ čistě subjektivní, snad neskutečné. Svým výzkumem fyziologie mozkových funkcí dospěli autoři už během šedesátých a sedmdesátých let k tomu, že taková představa je v rozporu s tím, jak mysl funguje. Nenabízí čtenáři ale prostou negaci reprezentacionalismu (že by si organismus libovolně vynalézal či konstruoval svůj svět), ale něco mnohem zajímavějšího, totiž přesvědčení, že živočich a prostředí jsou dvě strany téže mince a poznávající a poznávané se vzájemně určují. Poznání tak přirovnávají k plavbě mezi Skyllou, nestvůrou reprezentacionalismu, a Charybdou, vírem solipsismu.

Tady nezapřeli svou biologickou orientaci. Ukázali, že klíčem k pochopení podstaty myšlení je autonomie živých organismů, kterou popisují od samotných kořenů, od buněčné autopoiézy, sebeorganizace buněk, až po vytváření sociálních systémů. Jako první pochopili a popsali princip funkční uzavřenosti jednotlivých vrstev lidské existence, biologické, psychické i sociální, které se k sobě chovají vždy jako systém a prostředí, a přitom každá zachází jen se svými vlastními stavy. O tom, co z okolí bude přijato jako informace a jaký to bude mít význam, rozhoduje sám uzavřený systém, nikoli ten, kdo se snaží informaci sdělit. Autoři tak kladou důraz na komunikaci a společenství, které je pro poznání rozhodující.

Při zkoumání procesu poznání rozpoznali „identitu mezi poznáním a konáním“. Byli přesvědčeni, že „každé vědění je současně akcí...“ a ukazují, že „veškeré lidské konání se odehrává prostřednictvím jazykování, a jako takové je tedy konáním sociálním“. Tím postavili význam jazyka a jazykování pro naše chápání světa do centra svého uvažování. Jazyk se stal úhelným kamenem jejich teorie. To se však stává kamenem úrazu pro mnoho čtenářů, kteří se nemohou vzdát dominující představy o možném objektivním pozorování, nebo jen těžko opouštějí jistoty pevného světa viděného skrze lineární kauzalitu, subjekt a objekt. Ještě i dnes, více než třicet let po prvním vydání této knihy, je pro většinu pozorovatelů matoucí, že bio-psychosociální realita člověka působí jako jeden celek. Fakt, že jsou tyto tři vrstvy vzájemně jen strukturálně svázané v koevoluci vždy jako systém a prostředí, že se nemohou přímo instruktivně řídit, se zdá být v rozporu s naší každodenní zkušeností. Tento první náčrt důsledně systémového pohledu na svět rozvinuli další vynikající autoři. Aplikace nového paradigmatu do oblasti sociologie podal přesvědčivě německý sociolog Niclas Luhmann ve svém oceňovaném díle *Sociální systémy*, aniž se v sociologii toto systemické paradigma stalo hlavním proudem myšlení, stejně jako se jím nestalo ani v biologii. To už spíš našlo úrodnou půdu ve fyzice systémů dalekých od rovnováhy, synergetice, nebo v teorii chaosu.

V humanitních vědách nové paradigma zásadně ovlivnilo práci rodinných a systemických terapeutů. Díky skvělému výběru Petra Boše a překladům textů Gregoryho Batesona, Ericha Jantsche, Fritjofa Capry, Nicolase Luhmana, Humberta Maturany, Franciska Varely a dalších, uveřejňovaných v KONTEXTU®, jsme nezůstali v tehdy uzavřeném



Československu pozadu za světovou špičkou v myšlení (plné texty Kontextu® najde dodnes zájemce na stránkách Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci [LIRTAPS](#)). Ale jak těžko se u nás tyto myšlenky dostávají do praxe, když většina akademické obce zůstávala uzavřená ve starém paradigmatu objektivistického bádání v hierarchickém uspořádání kontroly „správného myšlení“! Dynamická a neustále se proměňující realita našeho světa, důsledná sebereflexe a pozornost k dialogu, respekt k jiné realitě, to všechno se jen velmi těžko prosazuje v medicínské praxi, která z principu dlouho zůstává paternalistická, objektivizující a prosazuje „jedině správné“ způsoby myšlení ve formě diagnózy zaměřené na jedince a jediné správné léčby podle doporučeného postupu. Iluze možnosti „předávat informaci“ dostala svou tragikomickou podobu v požadavku na „informovaný souhlas pacienta“, který je naplňován většinou jen zcela formálně před jakýmkoli zákrokem a jen dále snižuje důvěru pacientů k lékaři. Kde jinde je lépe vidět paradox, který vyslovili Maturana a Varela, když dovodili, že nic takového jako přenos informace neexistuje. Jak to mysleli, se ovšem čtenář dozví z této recenzované knihy. Četba základů systemického myšlení by prospěla i různým zastáncům alternativních a tajemných prostředků léčby, kteří se snaží vyložit temné ještě temnějším. Důsledné přijetí bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, nikoli jen ve V Liberci 26. 3. 2017

Recenze psána pro nakladatelství Portál a zde uveřejněna se svolením redakce.

zjednodušené a heslovité podobě, jak bývá při studiu medicíny zmiňován, ale v plné maturanovsko-varelovské verzi, kterou tato kniha nabízí, umožňuje mnohem hlubší chápání člověka a jeho stonání v jeho světě bez nutnosti zavádět další tajemné „energeticko-informační“ vrstvy.

Čím více lidí najde cestu ke způsobu myšlení, které oba autoři *Stromu poznání* reprezentují, tím snadněji náš svět najde cestu ze složitých krizí, do kterých se znovu a znovu propadá. Ostatně to byla také původní zakázka zadavatelů této práce. *„Roku 1980 Organizace amerických států (OAS) aktivně hledala způsoby, jak porozumět mnoha nesnázím, s nimiž se setkáváme v sociální komunikaci a předávání vědomostí. S vědomím této naléhavé potřeby pak Rolf Behncke společně s ministerstvem plánování chilské vlády usoudili, že by bylo užitečné představit náš přístup k těmto záležitostem OAS, a to v podobě koherentní formulace základů komunikace jako biologické podstaty člověka“*, popisují zrod knihy sami autoři. V neposlední řadě chci pochválit práci překladatele Štěpána Zajace, který knihu překládal ze španělského originálu, s přihlédnutím k anglickému a německému vydání, což vůbec nebyla snadná práce. V redakčních poznámkách seznamuje čtenáře s různými verzemi textu, jak vyšly v různojazyčných vydáních.



Z KONFERENCÍ



8. ILUSTRÁČNÍ FOTO K.ŠESTÁKOVÁ: HRANICE V PSYCHOSOMATICCE

ŠESTÁKOVÁ K.: LEDNOVÁ KONFERENCE V DOBŘICHOVICÍCH BYLA VYVÁŽENĚ MEZIOBOROVÁ

Dne 21. ledna 2017 proběhla v CKP Dobřichovice již 8. konference **Komplexní psychosomatický přístup**, tentokrát s podtitulem „Hranice v psychosomaticce“.

Centrum komplexní péče Dobřichovice je zařazeno do sítě psychosomatických pracovišť, která registruje Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP, a jako takové zajišťuje nejen komplexní léčbu svých pacientů, ale zároveň klade velký důraz na osvětu a vzdělávání z řad odborníků i široké veřejnosti.

Původně byly naše konference pojímány velmi komorně, ale s rostoucím zájmem o psychosomatický přístup se staly svým rozsahem i počtem účastníků většími. Přesto věříme, že prostředí, klima i atmosféra zůstávají z let minulých vřelé a určitý druh komornosti si neseme s sebou dál, což je možné vyčíst i z komentářů účastníků.

Přednášející i témata se vždy vybírají s ohledem na širokou profesní rozmanitost účastníků. Velmi si vážíme účastníků z řad fyzioterapeutů, psychologů, lékařů, ale i nezdravotnických



profesí, jejichž pohled a příspěvky do diskuse jsou pro nás velmi obohacující. Pestrost oceňují i účastníci konference: „Díky za skladbu přednášejících...“,

Z NÁPLNĚ KONFERENCE

Pozvání přijala PhDr. Naděžda Feketeová, psycholožka věnující se systemické rodinné psychoterapii dle Virginie Satirové, se svou přednáškou „**Člověk je viac ako symptom**“. Její přednáška poukazyvala na důležitost komplexního pohledu při léčbě psychosomatických onemocnění s důrazem na začlenění pacienta do léčebného procesu.

Dále se zúčastnila fyzioterapeutka Mgr. Petra Garbová, PhD., s přednáškou na téma „**Lidské tělo jako biologická a kulturní entita aneb Terapie**

„zaujala mě různorodost příspěvků z několika odborností – to že, přednášeli na psychosomatické konferenci i fyzioterapeuti a nebylo to pouze o ‘psycho’“.

v jiné kultuře“. Příspěvek shrnoval zkušenosti fyzioterapeutky pracující v odlišném kulturním prostředí a klimatu Blízkého východu.

Dopolední blok uzavřel lékař, psychoterapeut a supervizor MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD., s příspěvkem „**Za hranicemi verbální komunikace**“, který přednášel o důležitosti a braní zřetele na tělesnou nonverbální komunikaci i výrazovost u pacienta i u sebe samého.

ODPOLEDNÍ BLOK BYL OTEVŘEN ČTYŘMI WORKSHOPY

První byl veden fyzioterapeutkou Mgr. Jitkou Holubcovou s tématem „**Kontemplativní psychologie**“. Každý z účastníků si mohl tento psychologický přístup, který začleňuje buddhistická učení a praxi meditace do moderní západní psychologie, sám vyzkoušet a pocítit, jakou sílu může mít jednoduchý akt spočinutí a spojení sama se sebou.

Další workshop vedený taneční terapeutkou a psycholožkou Mgr. Klárou Čížkovou pracoval s tématem „**Hranice a fyzično**“. Účastníkům nabídl zážitkový, tvořivý a hravý přístup k tělesným hranicím, které nás dělí od světa a zároveň sjednocuje naše tělo do jednoho celku.

Třetím workshopem byl „**Hlas a dech**“ Mgr. Jany Lewitové. Na tomto workshopu si účastníci mohli skrze jednoduchá cvičení vyzkoušet, jak uvolnit své tělesné napětí, a tím uvolnit výdech.

Dech odráží tělesný i duševní stav a propojuje tělo a duši. Je-li tedy dech volný, je i hlas a zpěv dobrý.

Poslední z nabídky byl diskusní workshop MUDr. Martina Seiferta „**Psychosomatika očima praktického a rehabilitačního lékaře**“, kde byly otevřeny otázky kompetence a možností jednotlivých zdravotnických profesí v psychosomatické péči o pacienta.

Odpolední blok přednášek otevřel internista, psychiatr a psychoanalytický psychoterapeut Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. na téma konference „**Hranice v psychosomatice**“, kdy je v rámci psychosomatického přístupu na jedné straně žádáno hranice vymezovat a na straně druhé je programově překračovat. Velmi zajímavě vyzněl příměr s rozpadajícím se manželstvím a politickým vývojem v Evropě a USA.



Další přednášející byla fyzioterapeutka Mgr. Kamila Moravcová s příspěvkem „**Somatická inteligence aneb Jak nám tělo pomáhá, když to mysl dovolí**“. Ve své přednášce se zamýšlí, kde je hranice psychických a somatických obtíží. Vyzdvihuje důležitost vymezení hranic, stejně tak ale i důležitost vědění, jak jednotlivé oblasti propojit. Oblasti, které spolu sousedí a svou vzájemnou spoluprací vytvářejí celek.

Poslední přednášející byla Mgr. Lenka Slavíková s tématem „**Hranice tělesného Self**“. Tato přednáška se věnovala například otázkám „Kde a jak vnímáme hranice svého tělesného Já? Jakým

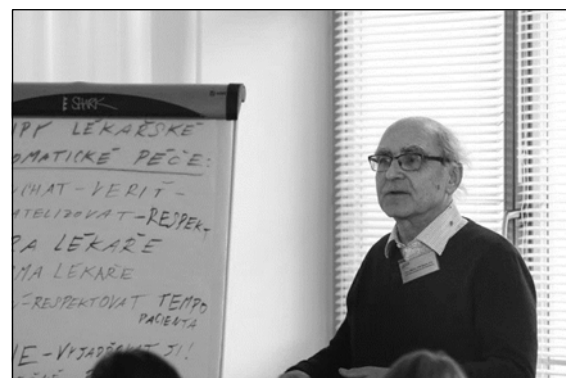
způsobem vstupuje prožívání vlastního těla do léčby psychosomatických pacientů? Jakým způsobem můžeme pacientům napomoci prožívat tělo jako léčivý zdroj?“

Konference byla zakončena živou moderovanou diskusí.

Velmi děkujeme všem přednášejícím, účastníkům i našim kolegům a těšíme se na 9. ročník Psychosomatické konference, která se bude konat v květnu 2018 opět v Dobřichovicích.

Za CKP Dobřichovice Bc. Jitka Vanclová a Mgr. Danuše Jandourková – koordinátorky konference

Mgr. Kateřina Šestáková, 29.3. 2017



SKORUNKA D.: SYSTEMICKÝ VÝZKUM A PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA, JAK TO JDE DOHROMADY?

Zpráva o *International Systemic Research Conference 2017, Heidelberg, 8-11. 3. 2017*¹

ÚCTYHODNÁ TRADICE

Již poněkoli káté se letos v Heidelbergu konala mezinárodní konference systemického výzkumu. I když systemický výzkum není pro každého neodolatelnou výzvou k výjezdu do zahraničí, účasti na letošní *ISR* se nešlo jen tak vzdát. Posuďte sami, kdy a kde jinde se na jednom místě setkáte s Eiou Asenem, Peterem Fonagym, Monou Fishbane, Diane Gehart, Leslieem Greenbergem, Susan McDaniel, Sheilou McNamee, Jaakko Seikkulou, Williamem Pinsofem, Jochenem Schweitzerem, Aristem von Schlippe, Peterem Strattonem a Bruceem Wampoldem? Tomu, kdo se s těmito jmény setkává poprvé, trochu napovíme. Jde o významné představitelé systemické terapie a výzkumu, současné psychoanalýzy, psychotherapeutického výzkumu, rodinné a párové terapie, terapie zaměřené na emoce, psychosomatické medicíny, teorie sociálního konstrukcionismu a přístupu všímavosti (*mindfulness*). Neuvádíme zde pochopitelně desítky dalších účastníků, více či méně známých kolegů, výzkumníků a dělníků praxe, kteří na mnoha místech zeměkoule rozvíjejí, navzdory různým překážkám, rozmanité formy práce, inspirované



Obr. č. 1. „Neue Universität“, Heidelberg

systemickou perspektivou, bio-psycho-sociálním modelem a psychotherapeutickým výzkumem. Konferenci na půdě nové budovy univerzity v Heidelbergu organizovali kolegové z místních *UniversitätsKlinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie* a *Helm Stierlin Institut*. Podporu akci zajistily další akademické instituce a odborné organizace včetně Evropské asociace rodinné terapie (EFTA) či Americké akademie rodinné terapie (AFTA). Systemické konference v Heidelbergu mají dlouholetou tradici, v podobě podobné té letošní probíhají od roku

¹ Tato zpráva o konferenci *ISR 2017* zahrnuje některá fakta, které jsou součástí podobně zaměřeného textu nabídnutého časopisu *Psychotherapie*. Protože čtenářská obec časopisů *Psychosom* a *Psychotherapie* se jen částečně překrývá, zpráva o *ISR 2017* byla nabídnuta oběma časopisům a pro každý z nich vyzdvihuje různé konferenční příspěvky a události. Texty nejsou totožné, i když obsahují některá shodná údaje o akci.



2008. Ale již na přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století se zde



dva mladí nadšenci (Jochen Schweitzer

Obr. č. 2. Poznáte slavné kolegy?

a Arist von Schlippe) podíleli na organizování seminářů, na kterých se setkávali představitelé tehdejší rodinné terapie a systemické praxe s vlivnými teoretiky, filozofy a reprezentanty různých oborů. Však na to někteří nestoří české rodinné a systemické terapie ještě dnes po letech vzpomínají. I díky této tradici na konferenci dorazilo bezmála 500 účastníků, s výraznou převahou německých kolegů. O něco méně bylo britských terapeutů, kolegů z Belgie, Irsko, Skandinávie, Holandska, Polska a dalších evropských zemí, nezanedbatelnou účastí se mohli pochlubit kolegové ze Spojených států amerických a také z Číny. Česká účast byla taktéž nepřehlédnutelná, byť dle uvedených jmen v programu citelně skromnější v porovnání se zástupci zúčastněných zemí. Nemuselo tomu tak být, kdyby zodpovědné osoby uváděly jména spoluautorů svých prezentací a kolegů, jejichž práce stála v pozadí prezentovaného příspěvku!

VÝBĚR PRO ČTENÁŘE *PSYCHOSOMU I ČÁST. – SYSTEMICKÁ PERSPEKTIVA V MEDICÍNĚ*

Vytížený klinik snažící se pracovat tzv. psychosomaticky v běžném provozu se může oprávněně dotazovat, jak spolu souvisí systemický výzkum a psychosomatická medicína. Nejde o vzdálené světy, o čemž svědčí zběžné nahlédnutí do programu konference a mírné povědomí o německé systemické komunitě. Již zmiňovaní Jochen Schweitzer a Arist von Schlippe mají bohaté zkušenosti ze zdravotnictví, u nás jsou dobře známí jako autoři skvělé publikace *Systemická terapie a poradenství*,



Obr. č. 3. Arist von Schlippe uvádí panelovou diskusi na téma Systemický přístup v primární péči.



vydané před deseti lety v brněnském nakladatelství Cesta. Systemika, jak se někdy ve zkratce říká, také není jen úzká oblast poznání vycházející z několika radikálních teorií a filozofických pozic, byť to tak z veřejných projevů některých našich kolegů může vypadat. Současnou situaci v oblasti systemické terapie a výzkumu lze nejlépe charakterizovat slovy integrace, sblížení a vzájemné obohacování dříve téměř „nesmiřitelných“ oborů. Však se také na jednom podiu a u stejných stolů setkávali reprezentanti sociálního konstrukcionismu s psychoanalytiky, pragmaticky zaměřenými terapeuti s teoretiky i autory rozsáhlých výzkumných projektů a reprezentanti medicíny s psychology a pracovníky sociálních služeb.

Jedním z důvodů k překonání cestovatelských strastí a ostychu vypravit se po létech na mezinárodní fórum byla pro autora této zprávy přítomnost některých reprezentantů systemického myšlení a tzv. psychosomatické medicíny, jejichž práce by mohla být inspirativní pro českou psychosomatickou komunitu. Konkrétně šlo například o Susan McDaniel, profesorku na *University of Rochester* ve Spojených státech amerických. Susan je jednou z hlavních postav tzv. *medical family therapy*, přístupu, v němž je kladen důraz na spolupráci s rodinou nemocného v rámci poskytované péče ve zdravotnické instituci. S dalšími dvěma kolegy je spoluautorkou v americkém kontextu výjimečné publikace *Medical Family Therapy and Integrated Care*, která v roce 2013 vyšla v druhém aktualizovaném vydání v nakladatelství Americké psychologické asociace (APA). Susan lze považovat za živoucí legendu prosazování bio-psycho-sociálního modelu v severoamerickém zdravotnictví, bez ohledu na to, zda budeme úsilí její a dalších kolegů považovat za úspěšné.

Deset let pracovala s Georgem Engelem, dlouhodobě se věnovala výzkumu rodiny a zdraví, na *University of Rochester* spoluvytvářela a vedla vzdělávací programy *medical family therapy* a program na rozvoj komunikačních dovedností budoucích lékařů. Kromě prosazování bio-psycho-sociálního modelu věnovala mnoho úsilí tomu, aby se spolupráce s rodinou (včetně rodinné terapie v indikovaných případech) stala standardní součástí komplexní léčby somatických (i duševních), zejména tzv. chronických onemocnění.

Susan McDaniel vystoupila na konferenci třikrát, nejprve v úvodní řeči zmínila nutnost systemického myšlení pro řešení současných globálních zdravotních problémů. Dále vystoupila v panelu věnovaném systemickému přístupu a týmové spolupráci v primární péči. A do třetice všeho dobrého měla samostatný blok věnovaný kvalitativnímu výzkumu komunikace mezi lékařem a pacientem. Setkání se Susan nezklamalo. Kromě dobře známých poznatků zazněla i spousta povzbuzujících postřehů, komentářů, doporučení a otázek. Nejprve výstupy účastníků v panelu nastartovaly debatu o existenci a neexistenci výzkumu, o skoro obsedantní potřebě mít vědecké důkazy pro to, co je v klinické praxi zjevné a k čemu se lze dopracovat selským rozumem. Nejedna osoba v publiku kroutila hlavou s otázkou na jazyku, zdali je nutné organizovat složité studie k prokazování toho, že pacient má rodinu/blízké, kteří mohou zdravotní stav, léčbu a spolupráci s lékaři ovlivňovat. Vystoupení zástupce německých pojišťoven, zejména jeho apel na více důkazů, některé účastníky popíchl. Výzkumů všeho druhu je totiž k dispozici mnoho, jen prostě není v silách jedince vytíženého klinickou praxí, výukou, řízením zdravotnických systémů apod.



sledovat vše, co je publikováno, navíc s přiměřeně kritickým uvažováním. Koneckonců důkazem toho byl i sám zástupce finančních institucí, který vzhledem ke svému profesnímu zaměření mnoho pojmů a poznatků zřejmě slyšel během panelové diskuse poprvé.

O čem že je k dispozici mnoho výzkumů? Například o vlivu traumatu na vývoj jedince včetně zdraví a rozvíjení „zdravých“ sociálních vazeb, o působení interpersonálních konfliktů na neurofyzilogii lidského organismu, o dopadech kvality citových vazeb v raných fázích vývoje jedince na jeho další život (zdraví, vztahy, učení apod.) nebo o snížení nákladů na „konzumování“ zdravotní péče v případě zapojení rodiny do terapie a vůbec komplexněji pojaté péče. U hodnocení týmových forem práce se ještě čeká na posouzení nákladnosti, ale už teď se ví, že týmová, interdisciplinární spolupráce přináší lepší výsledky pro nemocné i jejich rodiny a prospívá také terapeutům (zde hodně záleží na týmu). V diskusi zazněl komentář německého terapeuta působícího v Austrálii, který stávající



Obr. č. 4. Susan Mc Daniel pouští ukázkou z projektu na zkoumání rozvoje komunikačních dovedností u lékařů.

system zdravotnictví pojmenoval jako *disease management system*, s tím že je to výstižnější než běžně užívaný pojem (*health care system*). Jiný kolega si v reakci na poněkud jednostranně vedenou debatu troufl připomenout, že tzv. zdravotnické systémy jsou součástí politických a sociálních systémů a že politické faktory hrají na organizaci zdravotnictví a formy poskytování zdravotní péče zásadní vliv. Tímto konstatováním s náznakem dotazu v intonaci ale kupodivu nespustil žádnou debatu, jako by účastníci v panelu nevěděli, jak na takovou poznámku reagovat. Později v kuloáru se k tomuto postřehu souhlasně přidali i jiní, ale v jeden okamžik se zdálo, že i v komunitě vzdělaných a přemýšlivých jedinců se může tvář v tvář některým fenoménům objevit bezradnost. Přitom občanský a politický rozměr konference nepostrádala. Susan McDaniel ve své úvodní řeči upozornila na nutnost vytrvalosti a věrnosti určitým principům, „matka“ teorie sociálního konstrukcionismu Sheila McNamee v poněkud suchopárné rozpravě reagovala na nedávné projevy současné americké administrativy a její stále troufalejší tendenci manipulovat fakty. Tématu uprchlické krize a migrace lidí z válečných zón do Evropy bylo během konference také věnováno dost prostoru, nejen během jedné z hlavních přednášek, kterou měl na toto téma známý psychoanalytik a odborník na problematiku traumatu a fe-noménu uprchlictví Renos Papadopoulos z Velké Británie.

VÝBĚR PRO ČTENÁŘE PSYCHOSOMU II. ČÁST – DŮRAZ NA KOMUNIKACI A PŘÍSLIB NEUROVĚD

Pro kolegy usilující o prosazování psychosomatické perspektivy na lékařských fakultách mohl být zjevením

blok, který Susan McDaniel věnovala kvalitativnímu výzkumu komunikace mezi lékařem a pacientem a obecně



významu komunikačních dovedností v medicíně. Některé práce, na které poukazovala, si zaslouží brzké zařazení do povinné četby studentů medicíny. Zmíním zde závěr jedné z nich: **u nemocných, kteří měli zkušenost s necitlivým jednáním ošetřujících chirurgů, se v následujícím měsíci po zákroku objevovaly výrazně častěji komplikace (infekční a jiné).**

V prezentovaném programu na rozvoj důležitých komunikačních dovedností prof. McDaniel kladla důraz na: a) základy slušného jednání a otevřené komunikace; b) rozšíření vzhledu/porozumění; c) rozvoj sebe-regulace; d) vhodnou formu empatie; e) opatrnost s využíváním osobní zkušenosti (*self-disclosure*). Kdyby někdo pochyboval o významu komunikace v medicíně s jakýmkoli přívlastkem, pak stojí za připomenutí, že lze v databázích najít bezpočet prací dokládajících dopad komunikace na spolupráci pacientů, jejich dodržování léčebných doporučení, podporu ze strany rodiny a v neposlední řadě i na tzv. *well-being* lékařů a dalšího personálu. A platí to i naopak, v jednom prezentovaném výzkumu vyšlo najevo, že pokud se tým pracovníků na jednotce pediatrické intenzivní péče setká s nepříjemnou reakcí rodičů malého pacienta, veškeré schopnosti personálu (včetně instrumentálních) a celý výkon týmu jde během následujících čtyřiaadvaceti hodin „do háje“. V této souvislosti Susan McDaniel ještě připomněla, že lékaři a další zdravotnický personál jsou velmi často „symptomatictí“. Pokud máme pečovat o druhé a pokoušet se je léčit, měli bychom umět pečovat sami o sebe. A vedení zdravotnických institucí by mělo dbát na to, aby bylo dostatečně pečováno o personál. Zní to jako utopie, víme-li, jako to v některých nemocnicích u nás v důsledku mnoha bio-psycho-sociálních faktorů chodí.

Vůbec setkání s takto smýšlejícími a váženými kolegy, kteří svou profesní dráhu zasvětili dané problematice, vyvolává smíšené pocity. Na jednu stranu je to povzbuzující, vždyť uvažujeme podobně, klademe důraz na stejné principy, dokonce používáme ve výuce stejné prostředky (ukázky z filmů, interaktivní cvičení apod.). Ale chybí nám mnohdy a mnohde zázemí, přízeň autorit, možnost systematictější práce bez rozptylujících faktorů, solidní ohodnocení (abychom nemuseli kombinovat pracovní zátěž na různých místech) a samozřejmě opora v domácím výzkumu. Na druhou stranu, při pozornějším naslouchání, a zejména z kuloárních diskusí v menších skupinách bylo zřejmé, že ani v bohatších zemích není v dnešní době situace vždy a všude ideální. I v Německu je nutné přesvědčovat autority nejrůznějšího druhu, vyjednávat, předkládat výzkumné argumenty a citlivě našlapovat mezi více či méně zřetelnými politickými mantinely.

Jestli by čeští reprezentanti psychosomatické medicíny měli někde hledat argumenty pro své snahy o prosazení bio-psycho-sociálního modelu v medicíně, pak v současných neurovědách a vývojové psychologii. Čtenáři *Psychosomu* o tom již vědí své, díky několika autorům (např. J. Poněšický, R. Honzák, K. Drozdová). Programová nabídka konference v Heidelbergu tento názor jen utvrdila. Několik bloků bylo věnováno interpersonální neurobiologii, teorii citové vazby a emocím jako psychobiologickým fenoménům. A to jak z teoretické, výzkumné, tak z klinické perspektivy. Například Beate Ditzen z heidelberského *Institutu für Medizinische Psychologie* prezentovala práce zaměřené na zkoumání provázanosti různých aspektů partnerského vztahu (pozitivně laděné interakce, intimita) s fyziologickými projevy organismu



(stresová neurofyzilogická reakce, aktivace různých neuronálních okruhů a struktur monitorovaná s pomocí fMRI). Beate Ditzen upozornila i na další autory, kteří zkoumali vztah mezi kvalitou partnerských vztahů, spokojeností v partnerském vztahu a zdravím včetně dlouhověkosti. Ano, může to vypadat, že někteří nadšenci zkoumají složitými projekty to, co je v klinické praxi (a nejen v ní) zcela zjevné. Stejně tak může design některých studií leckomu připadat absurdní. No zkuste si představit, že ležíte v „tunelu“, partner či partnerka vám sděluje různé komplimenty (které od něho obvykle neslycháte) a během této interakce počítač zobrazuje aktivitu v různých oblastech vašeho mozku. Pro sdílení a rozvíjení vzájemné intimity jistě není lepšího zážitku. Ale kdo zná kontext akademické medicíny a neúprosné požadavky vědeckých komunit na důkazy

všeho druhu, ten nemůže význam podobných studií jednoduše odbýt. Výzkumněji pojatou neurovědní část doplňovala prakticky zaměřená prezentace Mony Fishbane, autorky publikace *Loving with the Brain in Mind: Neurobiology and Couple Therapy*, vydané v roce 2013 v nakladatelství Norton, v ediční řadě věnované interpersonální neurobiologii (předmluvu psal sám Daniel Siegel). V prezentaci Mona shrnovala poznatky z neurověd relevantní pro klinickou práci s páry. Kromě známých věcí o provázanosti kvality citových vazeb a partnerských vztahů s neurofyzilogickými ději Mona nabídla svůj pohled na to, jak neurovědní poznatky aplikovat či přímo integrovat do párové terapie. A to ve smyslu rozvoje uvědomování, regulace afektu, pečlivého budování terapeutické aliance v průběhu terapeutického procesu a také určité formy psychoedukace.

SYSTEMICKÝ BULVÁR



Obr. č.6. Heidelberg, Altstadt



Stejně jako na univerzitách existuje kromě formálního kurikula také kurikulum skryté, i na takové akci, jako je *International Systemic Research Conference* se mnohé nezapomenutelné okamžiky odehrály ve stínu oficiálního programu a mimo hlavní přednáškové sály. Jen díky dostatečně citlivým pozorovatelům s lehkou formou bulvární deviance se o některých z nich mohou dozvědět čtenáři *Psychosomu*. Například nejmenovaný reprezentant dialogických přístupů byl přistižen, jak překročil všudypřítomné meze politické korektnosti poznámkou, že na letošní konferenci příliš mnoho prostoru zabírají ty „americké ženské“. Jiný terapeut, vlastně terapeutka, taktéž zapálená pro dialogický přístup, se po svém příspěvku dočkala zcela nečekaného, ale naprosto zasluženého *feedbacku*. Prý její prezentace a pojetí dialogu byla dokonalou ukázkou dogmatického uvažování. Kéž by taková odezva, zvláště od zkušeného kolegy z renomovaného pracoviště, pomohla konečně k procitnutí...

Ale pojďme dále. Několik znalců německých poměrů v nezávislém průzkumu vypovědělo, že lidé v Heidelbergu, zvláště ti vzdělanější, mají o sobě až příliš dobré mínění, dokonce se prý dívají skrz prsty i na své sousedy z ostatních spolkových zemí. Takových zkušeností jsme byli na ulici ušetřeni, i když v konferenčním prostoru bylo možné z některých indicií jisté tendence k elitářství zaznamenat. Nás přesto více trápila otázka, čím to, že intelektuální klima malebného městečka je již delší dobu tak povznášející. Že by ekonomická síla pásma mezi Stuttgartem a Frankfurtem nad Mohanem? Anebo spíš důraz na kvalitu života (viz obrázek č. 5.)? Střih zpět na konferenci. Čerstvý absolvent psychologie s nefalšovaným zájmem o psychotherapeutické vzdělávání se na večerní *party* (zcela střízlivý) svěřil, že by si moc rád promluvil s jedním z hlavních přednášejících, s Bruceem Wampoldem, autorem významně citované *The Great Psychotherapy Debate*. Prý by mu rád ukázal některé výzkumy a také

svá vlastní data, protože, se vší úctou, Bruce během své *keynote speech* napovídal dost nesmyslů. Nu, mít takové



Obr. č.5. Bäckerei, sehr gut!

sebevědomí (a data k tomu), tak je dnes autor těchto řádků někde úplně jinde. A poslední, zcela ověřená zpráva: V nočních hodinách byli na heidelberské *Hauptstrasse* spatřeni dva živě diskutující účastníci konference. Náhodný chodec později pro náš deník uvedl, že z rozhovoru zaslechl následující: irská verze výbavy pro přežití jakékoli krize (*survival kit*) musí obsahovat a) brambory, b) palírnu nebo pivovar, c) ovce, alespoň dvě (jakákoli spojitost s filmem Woodyho Allena „*Everything you wanted to know about sex... but were afraid to ask*“ je v tomto případě čistě náhodná). A pak že systemičtí terapeuti nemají smysl pro humor.



ZÁVĚREČNÝ VERDIKT

Letošní *International Systemic Research Conference* byla mimořádnou příležitostí setkat se osobně s významnými představiteli hned několika oborů a mezioborových oblastí poznání. Reprezentanti psychoterapeutického výzkumu, rodinné terapie, systemické praxe a výzkumu, americké *medical family therapy* and *integrated health care*, *mindfulness* se zcela výjimečně setkávají společně na jedné akci. Letos v březnu se tato jedinečná událost odehrála v malebném historickém městě spolkové země Bádensko-Württembersko. I to, kromě heidelberské tradice, mohlo být důvodem mimořádného zájmu a globální návštěvnosti. Podle zdokumentované mapky na konferenci do Heidelbergu přicestovali lidé ze 44 zemí (44 praporek byl umístěn na neznámý ostrůvek v těsné blízkosti Antarktidy, takže tuto formu statistiky berme prosím s rezervou). Je škoda, že tak dlouho připravovaná konference, navíc pořádaná již poněkolkáté víceméně stejným týmem na stejném místě, se neobešla bez určitých zádrhelů. S respektem k ohromnému množství práce spojené s organizací takovéto události a k nasazení všech lidí v organizačním týmu uvedu jen některé: a) zbytečně těžkopádné vyjednávání o praktických



věcech týkajících se účasti; b) absence vytištěné *book of abstracts*, která by pomohla při výběru mezi paralelně probíhajícími symposii; c) nepřítomnost anglických a amerických nakladatelství, která vydávají zajímavé publikace zaměřené na problematiku diskutovanou na konferenci. Navzdory těmto „drobnostem“ nebyla návštěva ISR 2017 nepřijemnou zkušeností ani ztrátou času. Naopak, šlo o inspirativní setkání se zástupci různých myšlenkových směrů, forem klinické praxe a vědeckého poznání, které spojují některé principy systemického uvažování, vztahové perspektivy a bio-psycho-sociálního modelu. Mimo jiné šlo o setkání s kolegy a několika přáteli, kteří mají pro aplikaci a rozvíjení uvedených principů ve většině případů o mnoho lepší zázemí na univerzitní půdě a v klinické praxi. Škoda, že výzkum léku na po-konferenční systemickou kocovinu je zatím v plenkách.

David Skorunka 16. 3. 2017

Účast na konferenci byla umožněna díky spoluřešitelství projektu AZV 190 50.



KRYL M.: Z KONFERENCE VE ŠTERNBERKU



9. AUTOR S DR. VOJKŮVKOU

Kulturním domě ve Šternberku uskutečnil již IV. ročník odborné integrativní konference „Psychosomatická medicína“ (tentokrát s podtitulem „Člověk v labyrintu moderní medicíny“). Pořadatelem akce byla, tak jako v předchozích ročnících, šternberská Psychiatrická léčebna v čele s ředitelkou MUDr. Hanou Kučerovou, úvodní zdravici pronesl i starosta města Ing. Orság. Před cca 130 účastníky napříč zdravotnickými obory (ale s jasnou převahou „psycho-oborů“) pronesl úvodní přednášku chirurg prof. Pavel Pafko, který apeloval na návrat lidského a osobního přístupu vůči pacientovi v době technologického a byrokratického „obluďária“, jak trefně situaci ve zdravotnictví nazval... Slavný lékař svým sdělením nastolil především zásadní témata etiky a etické komunikace ve zdravotnictví („Pohled starého chirurga na psychosomatiku v chirurgii“).

Následoval doc. Martin Anders (mj. úřadující předseda České psychiatrické společnosti ČLS JEP) se sdělením na téma „Vztah duše a těla z pohledu moderních neurověd“, věnujícím se moderním trendům výzkumu v neuropsychiatrické oblasti s důrazem na styčné body somatického a psychiatrického pohledu (např. cirkadiánní rytmicita ve vztahu k onkologické

problematice, vliv úzkosti a deprese na kardiovaskulární systém a další).

V odpoledním dvojbloku somatických lékařů vystoupila MUDr. Helena Máslová z Prahy s tématem „Psychogynekologie“, v němž se obšírně věnovala nejen dopadům hormonální antikoncepce na mladé ročníky žen, ale i zanedbávaným tématům návratu k ženskosti a přirozenějšímu životnímu stylu dnešních žen, polaritám a dynamice v partnerském vztahu, jakož i celostnímu pojetí gynekologické péče, které se sama snaží již řadu let aplikovat ve své praxi.

MUDr. Eva Jašková, primářka dermatologického oddělení opavské nemocnice, vystoupila s poznatky a mikro-kazuistikami (vč. bohaté fotodokumentace) z oblasti integrovaně pojímané dermatologie, které shrnula pod název „Kůže – obraz duše“. Bc. Miroslava Langmannová, psychoterapeutická sestra otevřeného oddělení PL Šternberk prezentovala (včetně video-ukázek) výsledky své bakalářské práce na téma aerobní aktivity (cvičení na velkých míčích, jež sama vede) ve vztahu k úzkostným symptomům neurotických a psychosomatických pacientů.

Závěr prvního dne patřil dějinnému přehledu vývoje psychosomatického myšlení ve světě i u nás v přednášce primáře psychosomatického a psychoterapeutického oddělení šternberské léčebny MUDr. Michala Kryla (jenž spolu s psychologkou psychosomatického oddělení PL Mgr. Annou Záchovou akci moderoval).

Druhý konferenční den otevřel tým přednášejících z výzkumného centra „OUSHI“ při Teologické fakultě Univerzity Palackého pod taktovkou prof. Petera Tavela. Tématem byla prezentace



dosavadních výsledků mimořádně zajímavého multicentrického výzkumu, sledujícího koincidence anamnestických proměnných u takřka 18 tisíc probandů, mj. z okruhu psychiatrických a psychosomatických poruch se zaměřením na raná traumata a poruchy vztahové vazby (attachment). Prezentované a dosud nepublikované mezivýsledky se jeví nadějně nejen proto, že se potvrdila „nenahodilost“ vlivu významných negativních životních událostí na psychosomatické projevy našich nemocných, ale také proto, že se dařilo prosadit z praktického hlediska psychosomatiku jako oboru, a to jak u zastánců „evidence based medicine“, tak u státních zdravotnických institucí i plátců zdravotní péče.

PhDr. Helena Kalábová, liberecká klinická psycholožka pracující na principech daseinsanalýzy, otevřela svým sdělením „Onticita a ontologie nemoci“ průchod do filozofické oblasti zdraví (a nemoci) – v medicínském mainstreamu dalšímu opomíjenému tématu významu a konsekvencím stonání člověka. Značný ohlas (včetně emocí) vzbudil poslední bod odborného programu – kazuistické sdělení Mgr. Evy Kochtové, klinické psycholožky z psychoterapeutického odd. PL, prezentující příběh psychosomaticky stonající pacientky léčené v šestitýden-

ním psychoterapeutickém programu pro úzkostné a depresivní poruchy (odd. 5b). Již tak pohnutý osud mladé ženy byl dokreslen její vlastní videonahrávkou dokumentující léčbu i její zaplať bůh kladný výsledek.

Letošní ročník konference obnášel i řadu doprovodných aktivit, jako účast našeho předního naivistického malíře a šternberského rodáka pana Libora Vojkůvky, žonglérské vystoupení a následný workshop (v žonglování) mladého psychologa Vojtěcha Holického nebo taneční večer s rockovým DJ, redaktorem Českého rozhlasu Olomouc Jiřím Matějí.

Dovoluji si tímto čtenáře tohoto časopisu pozvat k osobní účasti na ročník příští. Informace budou k dispozici cca od prosince na www.plstbk.cz.



10. PROFESOR TAVEL



FOTOREPORTÁŽ Z VĚDECKÉ SCHŮZE SPM 7.4. 2017

POLITIKA, KONCEPCE

DOPIS VÝBORU SPM ČLS VEDENÍ ČLK

Vážení kolegové,

Výbor Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP oceňuje aktivity ČLK ve prospěch české medicíny. Nemůže ale souhlasit s některými názory na psychosomatickou medicínu, které se v posledních letech objevily v oficiálních dokumentech ČLK. V usnesení XXVII. sjezdu delegátů ČLK z roku 2013 je na str. 5 v odstavci 43 uvedeno doslova: „Nezařazovat do systému postgraduálního vzdělávání obory, které nejsou založeny na principech EBM, jako jsou například psychosomatická medicína a čínská medicína.“ **Rádi bychom věděli, jaký je nyní názor členů představenstva ČLK k psychosomatické medicíně.** Bio-psycho-sociálně pojatá psychosomatická medicína, kterou naše odborná společnost SPM ČLS prosazuje, je v souladu s Ústavou WHO, kde je zdraví definováno jako bio-psycho-sociální fenomén, i s lékařskou praxí například v Německu, kde je běžná a je podporovaná zdravotními pojišťovnami. Je v souladu s vývojem v současné medicíně, protože vytváří protiváhu postupující specializaci a poskytuje návody, jak pracovat s pacienty s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky (MUS). Proto by nebylo dobré, kdyby ČLK vzdělávání v psychosomatické medicíně zavrhovala. Věc je jistě na delší diskusi, ale pro začátek přikládáme stanovisko Etické komise MZ k psychosomatické z loňského roku, a doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře u pacientů s MUS.

Očekáváme Vaše vyjádření ve věci vzdělávání v psychosomatické medicíně.

ZÁSADNÍ NÁMITKA K NÁVRHU VYHLÁŠKY O NÁSTAVBOVÝCH OBORECH LÉKAŘŮ A ZUBNÍCH LÉKAŘŮ

Mgr. Barbora Poláková

Vedoucí oddělení uznávání kvalifikací
odbor vědy a lékařských povolání

Věc: zásadní námitka k **návrhu vyhlášky o nastavbových oborech lékařů a zubních lékařů** v rámci připomínkového řízení

Výbor naší odborné Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, člen Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM) po prostudování návrhu novely Vyhlášky o nastavbových oborech lékařů a zubních lékařů



podává zásadní námitku, že z návrhu zcela vypadla psychosomatika. Žádáme, aby byla v novele vyhlášky zachována jako nástavbový obor.

ZDŮVODNĚNÍ

Za krátkou dobu své existence jsme ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství vydali doporučený postup pro léčbu pacientů s MUS pro praktické lékaře. Začali jsme budovat síť psychosomatických pracovišť, když vzdělávání v oboru na půdě IPVZ běží už řadu let. Proběhly první atestace, na padesát lékařů je přihlášeno do oboru, o studium je značný zájem. Mnohaletá stagnace bio-psycho-sociálně pojaté psychosomatiky v našem zdravotnictví byla z pohledu německého zdravotnictví nepochopitelná. V Německu byl tento obor zaveden již v r. 1986 a také díky tomu je dnes psychosomatika povinnou součástí vzdělávání každého německého lékaře. Neustále rostoucí náklady na naše zdravotnictví významně zvyšují pacienti s chronickými neinfekčními chorobami a s medicínsky nevysvětlenými příznaky (MUS), které se bez rozvoje bio-psycho-sociálního přístupu ve zdravotnictví jen obtížně zvládají. Vzdělávání v psychosomatické medicíně umožňuje kvalitativní změnu v porozumění těmto poruchám a tím i v chování lékařů k pacientům. Na základě komplexnější znalosti bio-psycho-sociálního přístupu lékaři lépe rozpoznávají psychické a sociální kořeny stonání svých nemocných a místo zbytečných opakovaných somatických vyšetření snadněji motivují pacienta k adekvátní psychosomatické léčbě. Nejde nám jen o zavedení psychosomatiky do práce lékařů, ale o výchovu odborníků na psychosomatiku, kteří pracují **na celý úvazek** na specializovaném psychosomatickém pracovišti. Vzdělávání v psychosomatické medicíně je tak základem pro rozvíjení vysoce potřebné sítě psychosomatických týmů. Psychosomatickou medicínu na vědeckých základech rozvíjí kromě Německa také Rakousko, Belgie, Itálie, Holandsko, Polsko, Španělsko, Švýcarsko, Lotyšsko a Česká republika, které spolupracují v evropské asociaci [EAPM](#).

Nástavbový obor Psychosomatika nemá být další úzkou specializací, ale právě naopak, rozvíjí vědomosti ze všech tří oblastí bio-psycho-sociálního přístupu. Více než 900 hodin teoretické přípravy, klinické praxe a supervize nelze směstnat do krátkodobého funkčního kurzu. Bio-psycho-sociálně definovaná a na vědeckých základech rozvíjená psychosomatická medicína je také nejlepší obranou moderní evropské medicíny před nejružnějšími nabídkami, které jsou v rozporu s medicínskou vědou, a před léčiteli a šarlatány, se kterými mnozí pacienti zbytečně ztrácejí čas ke škodě svého zdraví. V současné situaci, kdy existuje silný poslanecký tlak na prosazení čínské medicíny do našeho zdravotnického systému, stává se psychosomatická medicína nepostradatelnou oporou argumentace na úrovni současných poznatků evropské vědy nejen v biologických ale také psychosociálních disciplínách.

Psychosomatika se stala u nás nástavbovým oborem po mnohaleté usilovné práci řady lékařů teprve v r. 2013. Uvědomujeme si, že postavení psychosomatické medicíny nemá příliš podporu ve vedení ČLK, což si vysvětlujeme složitým vývojem a nedostatkem vzdělávání na půdě LF. Řada oborů dnes postrádá možnost psychosomatické péče pro své chronické pacienty, zahrnující komplexní bio-psycho-sociální pohled na nemoc a zdraví (GIT, kardiologie, neurologie, FBLR ale i urgentní medicína a další). Zahraniční zkušenosti ukazují, že zavedení tohoto oboru vede obvykle k snížení nákladů na velkou skupinu pacientů s chronickými neinfekčními chorobami (až 40 % pacientů). Na organizaci a ochraně této složité oblasti vědomostí by mělo záležet především MZ. Bez



vědecky pojaté psychosomatické medicíny bude muset neustále řešit problémy s pacienty i s poskytovateli problematické péče mimo zdravotnictví. Veřejnost je ve věci psychosomatické medicíny stále aktivnější a dožaduje se psychosomatické péče, jaká je v sousedním německém zdravotnictví běžná.

Pokud novelou Vyhlášky o nástavbových oborech lékařů a zubních lékařů nyní zrušíte psychosomatickou medicínu jako nástavbový obor, zastavíte tento nadějný vývoj na mnoho let. Připomínáme, že etická komise MZ koncem minulého roku projednala situaci psychosomatické medicíny a jednoznačně podpořila její rozvoj v rámci zdravotnictví. (příloha 1) Náš požadavek podpořila v době jejího prvního ohrožení před rokem také řada senátorů a akademických pracovníků, jejichž seznam přikládáme. (příloha 2). Přikládáme také přehledný editorial o situaci psychosomatiky v německém zdravotnictví z května minulého roku.

V Liberci 13. 3. 2017

MUDr. Vladislav Chvála, předseda odborné Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP

Na vědomí: prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA, předseda ČLS JEP

PROČ NESTAČÍ ANESTEZIOLOGŮM SCHIMMELBUSCHOVA MASKA A ÉTEROVÁ NARKÓZA?

MUDr. Vladislav Chvála

Lékařství nestojí jen na vědeckých důkazech posledních tří let, ale také na tradici a dobré praxi, na kolegiální a vzájemném respektu lékařů. Při rozsáhlé oblasti poznání, které představuje naše medicína, je někdy těžké udržet vzájemnou loajalitu. Stačí, abych se pár let nevěnoval nějakému oboru, a mohu být se svými soudy zcela vedle. Tak se jako naprostý laik projevil i jeden z nejvýše postavených kolegů, předseda vědecké rady ČLK MUDr. Zdeněk Mrozek, když v Mladé Frontě dnes ze dne 4. 3. prohlásil: „*Já vlastně nevím, co psychosomatická medicína propaguje a dělá. Jestli to, že si s pacientem pořádně popovídá, pak spadá do všech medicínských oborů a nemusí mít vlastní. Pokud je to o něčem víc, pak jsme na to dosud nepřišli.*“ Chápu to, věnuje se jinému oboru, ale ze svého místa by se mohl alespoň informovat od těch, kdo věci rozumějí. Nebo i jen nahlédnout do rozsáhlé monografie Psychosomatische Medizin proslulého profesora Uexküllera, 6. vydání 2003 (Urban & Fischer, München, Jena). Na 1564 stránkách téhle uznávané učebnice by našel pan kolega důkazů víc, než by snesl. Pro něho je to ale „jen si popovídat s pacientem“. A to přeci děláme všichni. Kdybych to měl parafrázovat na jeho obor, mohl bych stejně dobře prohlásit, že nechápu, proč si anesteziologové nevystačí se Schimmelbuschovou maskou a éterem a zatěžují nás složitými přístroji.

Potíž je v tom, že jsme my lékaři přestali chápat člověka jako souhrn bio-psycho-sociálních systémů a nemoc jako výsledek jejich narušení. Všechno hledáme v tom biologickém substrátu. A pokud už to někdo z nás tak bere, je zase těžké připustit, že i v oblasti poznání



psychologických a sociálních systémů se vývoj nezastavil u Freuda (ani toho jsme do naší medicíny ještě nepustili), ale udělal díky práci mnoha vzdělaných lidí velký vývoj. Jsou to stejně rozsáhlé oblasti poznání, jako je bio-medicína sama. Jenže tyto oblasti vyžadují jinou výzkumnou metodologii, jiný způsob myšlení. Pracují zde zcela jinak vzdělaní odborníci. Jestli přináší bio-psycho-sociálně pojatá psychosomatická medicína „něco víc“, jak by rád kolega Mrozek viděl, pak je to porozumění pro spolupráci odborníků všech těchto tří rozsáhlých oblastí. A to není v silách lékaře, který má v čekárně 20–30 lidí denně. Přiznejme si, že v běžné praxi lékař pokládá oblast „psycho“ jen za jakousi nepříjemnou „čistě subjektivní“ komplikaci své „objektivní práce“. A o vlivu sociálních systémů na zdraví vlastně nikdy neslyšel, a proto si představuje, že jde o jakousi podporu chudých – ale o to vůbec nejde. Jde o složitý vliv sociálních vazeb každého člověka na jeho tělesné funkce.

Pokud je „dobré popovídání“ samozřejmou součástí každé lékařské profese, může mi pan kolega Mrozek vysvětlit, proč až 40 % pacientů (američtí kardiologové Childre a Martin z HeartMath institutu v San Francisku tvrdí, že až 80 %!) zůstává nevyлéčeno a neustále dokola jsou vyšetřováni, aniž se jich kdokoli „pořádně zeptal“, proč vlastně stonají? Není to třeba tím, že to prostě není jen tak, „pořádně si popovídat“? Když vedení lékařské komory tak naléhá na to, abychom se platově přiblížili k německému zdravotnictví, proč se nepodívají také na to, v jak jiné situaci je u nich psychosomatická medicína se svými 150 povinnými hodinami v pregraduální přípravě lékařů a s dalšími 150 hodinami v kontinuálním vzdělávání? Že jde o samostatný obor. A že má podporu pojišťoven, které vědí, že každé euro, které do oboru vloží, se jim třikrát vrátí! U nás asi šetřit není potřeba, medicína má peněz dost, a když ne, tak zase nějaká ta akce „Děkujeme – odcházíme“ to zachrání. Vidíme už jen peníze, nebo také pacienta s jeho zoufalstvím?

Autor je předseda Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP

Text byl odeslán 8. 3. 2017 redakci časopisu ČLK Tempus, aniž byl uveřejněn.



SPOLEČENSKÁ RUBRIKA

ZEMŘEL MUDR. MICHAL IVANOVSKÝ

Po uzávěrce dostáváme aktuální zprávu. Dne 20.4.2017 zemřel kolega, který působil v týmu pracoviště ISIDA v České Lípě.



Narodil se 7.8.1949 v Děčíně. Promoval na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze v roce 1973. Složil atestaci I. a II. st. z interního lékařství a pracoval v OÚNZ Děčín na interním oddělení nemocnice v České Kamenici od r. 1973 do r. 1993 nejprve jako sekundární lékař a později jako primář oddělení. Od roku 1993 do 31.7.2013 provozoval privátní interní psychosomatickou ordinaci v poliklinice Děčín.

MUDr. Michal Ivanovský vystupoval vždy přátelsky s příměsí laskavého humoru a s respektem a úctou ke všem kolem sebe. Uměl naslouchat a jeho medicína měla duchovní přesah. Byl otevřen slabostem a trápení druhých a byl připraven jim pomoci. Dokázal vidět souvislosti stonání i zdraví v celkovém psychosomatickém kontextu. Již během svého působení na interním oddělení nemocnice pořádal Balintovské semináře a byl jedním z prvních zakladatelů psychosomatické medicíny v Severních Čechách. V roce 1993 vybudoval interní psychosomatickou ambulanci v Děčíně, která výborně fungovala až do roku 2013, kdy po jeho odchodu bohužel bez náhrady zanikla, protože se nenašel lékař, který by ji převzal. Od roku 2010 do roku 2016 pracoval jako psychoterapeut v psychosomatickém centru Isida v České Lípě. Věnoval se individuální, rodinné a skupinové psychoterapii.

Podstatnou část jeho života tvořila veřejná angažovanost všude tam, kde to považoval za správné. MUDr. Michal Ivanovský měl osobní odvahu veřejně se vymezovat proti totalitnímu režimu. V roce 1989 byl vyslýchán StB pro distribuci petice Několik vět a rozšiřování protirežimních plakátů. Byl zakladatelem Občanského fóra v nemocnici i ve městě Česká Kamenice a stal se členem prvního porevolučního kooptovaného parlamentu.

Jeho kolegové ho znali jako člověka kamarádkého, společenského se smyslem pro humor, milovníka přírody a nadšeného turistu, který organizoval nejen společné výlety do přírody, ale i akce jako odklizení odpadků z Ferdinandovi soutěsky a jiných zapadlých koutů Českosaského Švýcarska. Zároveň byl někdy uzavřený do svého bohatého vnitřního světa.

My, kteří jsme MUDr. Michala Ivanovského znali, na něho nezapomeneme.

MUDr. Iva Švarcová



VYCHÁZÍ

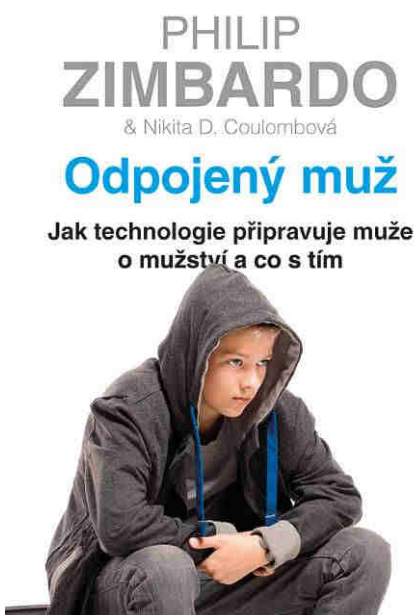
Novinka GRADA

PHILIP ZIMBARDO: ODPOJENÝ MUŽ

Jak technologie připravuje muže o mužství a co s tím

Zdá se, že současní mladí muži jsou v ohrožení, selhávají jako nikdy dříve. Proč? A co se s tím dá dělat? V alarmující knize, která vzbudila celosvětovou pozornost, mezinárodně uznávaný psycholog Philip Zimbardo ve spolupráci s Nikitou Coulombovou poukazují na krizi mužnosti. Příznaky zahrnují nepřiměřené hraní počítačových her a sledování pornografie, pocit zklamání a s tím související útěk k drogám a pasivitě. Mladým mužům dnes máloco stojí za námahu.

Autoři upozorňují, že samotu, do které jsou dospívající vehnáni v důsledku nefunkčních rodin, naplňují nepřiměřeným a osamoceným hraním počítačových her. Trpí tak jejich zdraví i schopnost najít zaměstnání a partnera. Obzvláště zranitelní jsou dospívající chlapi, kteří se často izolují, vyhledávají fiktivní digitální světy a stávají se od raných let konzumenty pornografie. Tyto aktivity jsou pro mladé muže atraktivnější než sport, sex a sociální interakce v reálném světě. Dochází tak u nich ke ztrátě sociálních kompetencí, což se odráží v jejich společenském chování, ve studiu i v komunikaci, a omezuje to jejich možnosti dosáhnout úspěchu. Pozoruhodný a navýsost aktuální text se opírá o řadu výzkumů, kromě detailní analýzy příznaků a příčin přináší také cenná doporučení pro vládní instituce, média, školy i rodiče.



Odpojený muž

Philip Zimbardo, Nikita D. Coulombová, 280 stran, 459 Kč
 Recenze na knihu <http://bit.ly/2oLB1oL> (zdroj zpravy.idnes.cz)
 Rozhovor s autorem <http://bit.ly/2eViqCS> (zdroj Lidovky.cz)

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



Novinka GRADA

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI A JEJÍ LÉČBA

Publikace se věnuje jedné z častých poruch osobnosti, která výrazně zhoršuje kvalitu života – brání lidem ve studiu, v práci i kontaktu s vrstevníky, v navazování a udržování partnerských vztahů. Vyznačuje se vysokou sebevražedností, labilními vztahy s blízkými lidmi i problémy s udržením zaměstnání.



Monografie se zabývá diagnostikou, etiopatogenezí a léčbou této závažné poruchy. Důraz je kladen také na popis komorbidity, diferenciální diagnostiky a na sociální aspekty včetně stigmatizace a sebestigmatizace. Významná část je věnována psychoterapeutickým přístupům k lidem trpícím hraniční poruchou osobnosti a farmakologické léčbě včetně současných algoritmů. Odborné popisy jsou doplněny četnými kazuistickými příběhy, které názorně ilustrují jak problémy lidí s touto poruchou osobnosti, tak principy psychoterapeutické intervence. Kniha je určena klinickým pracovníkům, zejména psychiatrům a klinickým psychologům, ale také poradenským pracovníkům, kteří se lidem s hraniční poruchou osobnosti věnují diagnosticky, terapeuticky nebo poradensky.

Hraniční porucha osobnosti a její léčba

Grambal Aleš, Praško Ján, Kasalová Petra

288 stran, 389 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

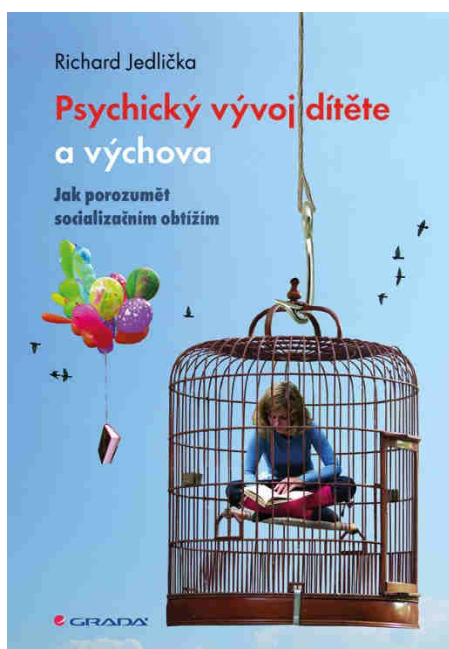


Novinka GRADA

PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE A VÝCHOVA

Jak porozumět socializačním obtížím

Dětství a mládí jsou klíčová období, která v mnohém zásadně určují následný lidský život. Publikace se zabývá psychickým vývojem dětí už od doby před narozením až do období dospívání. Poukazuje na to, jaké možnosti a limity má výchova v rámci rodiny i školy vzhledem k individuálním zvláštnostem dětí.



Autor poutavým způsobem objasňuje, jak výchova ovlivňuje sebepojetí, sociální zařazení a schopnost jedince vyrovnávat se s těžkostmi. Díky terapeutické praxi a mnohaletým zkušenostem s výukou na vysoké škole dokáže srozumitelně vyložit příčiny emočních problémů, dynamiku duševních poruch i pozoruhodné výsledky výzkumů. Prostřednictvím případových studií seznamuje čtenáře s řešením výchovných obtíží, ale také s důsledky toho, když nebyla dětem či dospívajícím v krizi poskytnuta potřebná podpora.

Odborné pojednání o vývoji dítěte a mladého člověka nepochybně uvítají nejen vysokoškolská pracoviště připravující do praxe budoucí učitele, psychology, zdravotníky a sociální pracovníky, ale najde uplatnění i v programech celoživotního vzdělávání pro odborníky pomáhajících profesí.

Psychický vývoj dítěte a výchova

Richard Jedlička

280 stran, 399 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



LOWEN, ALEXANDER: [JAZYK TĚLA](#)**Překlad: Antonínová, Hana**Vydal **PORTÁL**

Knih je základním textem bioenergetické analýzy včetně charakterové typologie z bioenergetické perspektivy. Autor zde popisuje metodu jak pro odborníky, tak pro laiky. Navazuje na psychoanalýzu, která usiluje o vhléd, když s tělesnými vjemy a pocity pracuje cestou verbalizace, rozumové analýzy. Autor rozvíjí myšlenku, že propojení tělesného a duševního života je potřeba převést do samotné terapeutické praxe a pracovat nejen s myslí, ale i s tělem. Staví na přesvědčení, že lidé se jasněji vyjadřují pohybem těla než slovem. Nejde jen o samotný pohyb, i držení těla, postoji a gesty hovoří organismus jazykem vývojově starším než verbální vyjádření, jež přesahuje. V jednotlivých kapitolách popisuje duševní i tělesné aspekty dané struktury s nákresem postoje a dynamiky pohybu těla. Teoretické pasáže se plynule střídají s četnými ilustracemi z klinické praxe. Popsány jsou terapeutické cíle, postupy a techniky.

Alexander Lowen, M. D., byl americký psychoterapeut a tvůrce bioenergetiky. Studoval u Wilhelma Reicha a jeho práce podnítila řadu dalších škol psychoterapie zaměřené na tělo. Je autorem 14 knih, v Portálu vyšla jeho *Bioenergetika* (naposledy 2015) a *Cesta k vibrujícímu zdraví* (2016).

brož., 384 s., 499 Kč

[Ukázka z knihy](#)

LITERÁRNÍ KOUTEK

ZBYNĚK VYBÍRAL: BRADAVICE

Od Jindřichova Hradce do Pelhřimova jsme poslouchali z Dobrodružství Toma Sawyera a Huckleberryho Finna pasáž, ve které se Huck chystá zbavit bradavic. Je potřeba obstarat mrtvou kočku, a k ní čerta, takže oba číhají v noci u hrobu hříšníka Williamse, až si pro něj čert přijde. Namísto něho přijdou Indián Joe a Muff Potter a zabijí doktora.

Muž řídil. Chvilí myslel na to, že Huckovi poradila recept na bradavice bába Hopkinsová a že tyto staré čarodějky žijí mezi námi. Když před Humpolcem kapitola skončila, vsunul do přehrávače Syčáky. Autem se rozdunělo:

Když jsi tak chytráááá

čarodějnice,

proč se nezavííš

té bradavice?

Zapomněl, že první píseň na CD se jmenuje Čarodějnice. Věci se lepší jedna na druhou, stačí pomyslet. Nemělo by ho to překvapovat.

Trhnul sebou, když na prvním billboardu poté, co vjeli na dálnici, stálo: Morava bez bradavic.

Hm, řekl nahlas.

Tak to už nevím, zakroutil hlavou.

Co na to říct?

Odmlčel se. I dítě mlčelo.

Ale asi dál nahlas říkal: Hm, hm, protože mu děcko sedící v autosedačce řeklo, ať s tím přestane.

Zmlkl.

Někoho by se rád zeptal, proč se mu to děje.

Proč to čarodějnice dělají.

Normální ženskou nepotkáš.

Už dlouho mu není dobře.



Ti, které zná, prošli hádkami líp než oni. Přestali se milovat a zůstali spolu.

Muž, který bil svou ženu, se s ní prochází parkem a drží ji za ruku.

Muž, na kterého sousedi volali policajty, zdvořile zdraví a jeho žena s ním zůstala.

Známí, kteří prali špinavé prádlo a rozvěšovali ho na pískovišti, svršky sebrali, vyžehlili a uložili do skříní. Včera ho políbila na tvář.

Muž, který se vracíval z vinárny a zvracel opřený o kmen sakury, přitáhl si svou neforemnou tlustou ženu k sobě a objal ji.

Syn mu řekl, že se mu stýská po mámě.

Řekl by: Vyměnila tě za milence. Něco za něco, chlapče. Křičel by na něho:

Opustila tě, aby mohla být s ním!

Ale neřekl nic.

Nechce mu ubližovat.

Už dlouho je mu špatně.

K tomu ty hlasy. Mluví mu za zády. Někdy i přímo před očima, mluvily na něho z billboardů a z autorádia. Zatím měl štěstí, že si je nedokázal poskládat, propojit myšlenkou, dodat jim záměr. Naštěstí. Takto to, co říkají, nedává smysl.

Nemůžeš zapalovat plynovým zapalovačem.

Sirky jsou v pohodě, elektrickým můžeš, ale ne plynovým.

Musíme si nalít břicho.

Ona tu ledvinu měla velkou, proto praskla.

My jsme přišli jen na slepičí vývar.

Tak je tam někde vedle. To je moc blízko, to je dál.

Někdy se hlasy rozestoupí, a on může projít.

Já myslím, že je to tam.

To je moc blízko.

To tam bude.

Je to moc blízko, Marti!

Já nevím.

To je moc blízko.

Jak dlouho vydrží hlasy mluvit o ničem?

Dítě zanechané na pospas zpívalo, rodiče pili pivo. Broukalo si slova písně z dopoledního televizního pořadu: *Hej, bum, si prochladí vzduchem...*

Prochladí?

Anebo si jen tak mluvilo pro sebe.



Růžová a červená... jsou tedy pěkně slušní tihle medvědi.

Medvědi jsou slušní. Aspoň nemluví.

Když to vezmeš logicky, tak brzdy se zahřívají, to se přenáší do... Dítě zakřičelo: *Růžová a červená...*

Uniklo mu, kam se přenáší teplota brzd...

A to se pak přenáší do té kapaliny.

Jen na chvíli se otočí a prohlédne si je. Jeden z mužů je šedovlasý, urostlý, musí být vysoký. Hádal by vysokoškolského docenta. A druhý je... typický řidič. No tak tito mají zájem o motory.

Vypadla jí na chalupě *róra*, tak je to tam začouzený.

Není normální nemít zájem o nic. Mít jen zájem zapisovat si, o co mají druzí zájem.

Byla to mladá zvukařka. Zmátla i jeho. Podle slámových vlasů, širokých tváří, pih a volných letních batikovaných šatů by soudil na propagátorku nošení dětí v šátku nebo na prodavačku ve stánku s kozími sýry.

Byla zvukařka.

Všichni znají z počítačových her zvuk meče.

Ale když máchneš mečem, nikdy nevydáš zvuk meče.

Takže natáčíme zvuk gilotiny.

Odkud ty zvuky bereš? Z nějaké...

hoch, který s ní mluvil, se zadrhl...

databanky zvuků?

Chvíli se na něho dívala mlčky, potáhla z elektronické cigarety, pak se rozhodla *ještě jednou* zopakovat, co už mu řekla.

Já je musím vyrobit! Ty zvuky nikde nemáš! Nemůžeš natočit vypouštění nebo napouštění vody do vany. To nejde. Většina zvuků trvá jednu sekundu.

Odkud on bere hlasy? Z databanky hlasů? Nebo si je vyrábí?

Málokteré jsou třisekundové.

Kde, vypadl mu krátký zvuk místo otázky.

Kde co?

V počítačových hrách. Ve filmech.

Je o tolik mladší, zvukařka. Je o tolik chytřejší než on. Mladá čarodějnice.

Ty zvuky vezmeš odjinud a změníš třeba...

...frekvenci zvuku?



Zakryl si ústa. Promluvil on? Nebo promluvil hoch?

Já je vyrábím. Nevěříš?

Víš, co jsem použila, když mají výt vlci?

To nevyjí vlci?

Slyšels výt vlky?

Obrátila oči v sloup. Popotáhla.

Vlci nikdy nevyjí jako vlci v počítačové hře...

Zamyslela se.

Zvířata vůbec vyluzují divné zvuky. Výjimečně se nám něco hodí – a to ještě použijeme zvuk jiného zvířete pro druhé. Nejde vzít zvuk, co vydává srnec. To nejde.

Představil si, že ho její slámové vlasy šlehají do tváře. Dodal si k tomu šlehání zvuk práskání biče.

Mám tolik práce, řekla a nezvučně foukla do slámových vlasů. Do patnáctého musíme být s Lukášem hotoví, pak začínám to divadlo.

To je zajímavé. Fakt moc zajímavé, přitakal snaživě hoch.

Celou dobu neřekl nic zajímavého.

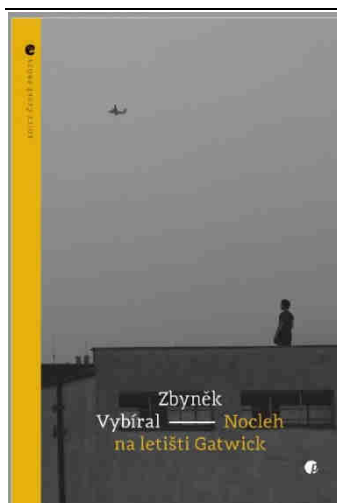
Neřekl nic.

Měl jen hlas.

Neuměl nic.

Neuměl vyrobit zvuk.

Muži bylo hochá líto.



Zbyněk Vybíral, psycholog, teoretik psychoterapie, autor řady odborných titulů, v roce 2016 vydal první knihu povídek *Nocleh na letišti Gatwick*. Přinášíme text z jeho připravované druhé knížky.



POKYNY PRO AUTORY

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

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.
Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.
Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
Literatura
Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový



odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

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

Příklady citací v textu:

Citace práce jediného autora: ... Lieb (1992) soudí, že... *nebo:* Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov. Lieb, 1992 *nebo viz:* Lieb, 1992)

Citace práce více autorů: Uexküll a kol. (2003) uvádějí... *nebo* Trapková a Chvála (2004) se domnívají...

Odkazy na více zdrojů: V literatuře se tento názor běžně vyskytuje (Glaeson, 1985; Šulová 2004)

Přímá citace autora (v přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): ...Je třeba zdůraznit, že „tento názor je nový, právě tak jako starý.“ (Lieb, 1992, s. 12)

Zvolte si jednu z více možností a tu pak držte v celém textu stejnou. Všechny citované práce uveďte na konci článku v oddílu LITERATURA abecedně seřazené. Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.

