

# PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

## Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: [chvala@sktlib.cz](mailto:chvala@sktlib.cz)

MUDr. Aleš Fürst

Mgr. Jan Knop

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

## Adresa:

[www.psychosom.cz](http://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](http://www.psychosom.cz)

Uzávěrka čísla 4/2016 dne 15. 11. 2016, recenzní řízení bylo uzavřeno 1. 11. 2016.

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio a Pencil Skatch. Internetová verze běží na otevřené platformě WordPress na adrese [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz) u poskytovatele Wedos.

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

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

Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 zařadila Psychosom do

[Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese [www.psychosom.cz](http://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 biopsychosociálně 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, Katedra psychiatrie IPVZ  
 MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM  
 MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec  
 MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha  
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland  
 MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
 Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetřovatelství 3. LF UK, Praha  
 Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice  
 PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

### **Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:**

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha  
 PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha  
 MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha  
 Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika  
 Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., PF UK Praha, PVŠPS Praha  
 Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc  
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK  
 PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF  
 PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno  
 Prof. PhDr. Michal Mioviský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze  
 Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno  
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň  
 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., Fak. přírod.-hum. a pedagog., TU Liberec  
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland  
 RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.  
 MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha  
 PhDr. Daniela Stackeová, PhD., VŠTVS Palestra Praha  
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha  
 MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno  
 Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady  
 PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha  
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko  
 Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno  
 Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze





## Obsah

<b>Editorial</b> .....	<b>206</b>
<i>Chvála V.: Vítězství nevěřícího Tomáše</i> .....	206
<b>Pro praxi</b> .....	<b>208</b>
<i>Skorunka D.: Porucha na duchu, nebo životní dilema?</i> .....	208
<i>Irmíš F.: Stres pacienta v nemocnici</i> .....	225
<b>Teorie</b> .....	<b>233</b>
<i>Honzák R.: Placebo jako opomíjená součást léčby</i> .....	233
<i>Telec I.: Zdravotní služby a placebo: porozumění, nebo zamlžení problému?</i> .....	247
<b>Výzkum</b> .....	<b>259</b>
<i>Bašková M., Urbanová E., Kokavcová T.: Význam psychofyzické přípravy na průběh pôrodu</i> .....	259
<b>Historie oboru</b> .....	<b>268</b>
<i>Honzák R.: Oslavme sté narozeniny Oty Gregora</i> .....	268
<i>Za Felixem Irmíšem</i> .....	271
<b>Recenze</b> .....	<b>275</b>
<i>Chvála V.: Příručka pro připravené</i> .....	275
<b>Excerpta</b> .....	<b>278</b>
<i>Zipfel S., et al.: Psychosomatická medicína v Německu</i> .....	278
<b>Z konferencí</b> .....	<b>280</b>
<i>Kohút J.: Creating Connections 2015 – Reziliencia</i> .....	280
<b>Politika, koncepce</b> .....	<b>284</b>
<i>Zápis ze setkání nad výzkumným projektem psychosomatiky</i> .....	284
<b>Vychází</b> .....	<b>285</b>
<b>Literární koutek</b> .....	<b>288</b>
<i>Dopis Alberta Einsteina dceři</i> .....	288



# EDITORIAL



## CHVÁLA V.: VÍTĚZSTVÍ NEVĚŘÍCIHO TOMÁŠE

*Tomáš, jinak Didymos, jeden z dvanácti učedníků, nebyl s nimi, když Ježíš přišel. Ostatní učedníci mu řekli: „Viděli jsme pána.“ Odpověděl jim: „Dokud neuvidím na jeho ruku stopy po hřebecích a dokud nevloží do nich svůj prst a svou ruku do rány na jeho boku, neuvěřím.“ (Jan, 20, 24).*

Hlava je neukázněná, dělá si, co chce. Právě tenhle příběh o nevěřícím Tomášovi se mi vybavil při diskusi o výzkumu v psychoterapii a v psychosomaticce. Není pochyb, že je třeba výzkum účinnosti naší léčby podstoupit, když chceme, aby nás odborné společnosti respektovaly a pojišťovny léčbu hradily. Dosavadní výzkumný aparát se hodí víc na testování účinnosti léků,

a přitom v každodenní psychosomatické praxi pacienty léčíme hlavně slovem. V rámci terapeutického vztahu často také alternativními technikami. Kdyby naše postupy nebyly účinné, sotva by k nám pacienti chodili, ale potvrdit účinnost seriózní studií, to je zase jiná věc. Snad proto se mi vybavil ten první popsany experiment nevěřícího Tomáše, který si musel sáhnout,



aby uvěřil. Najednou jsem měl pocit, že tento jediný skeptický apoštol zvítězil na celé čáře, když jeho postup se stal hlavním nástrojem verifikace pravdivosti v novověku.

Jak by měla vlastně vypadat kontrolní skupina? V klasických experimentech je to ta část pacientů, která bere placebo, o kterém se předpokládá, že je neúčinné, resp. neobsahuje účinnou látku (v případě léku). Ale jak to je v případě psychoterapie? Placebo se stalo hlavním tématem čtvrtého čísla *Psychosomu* 2016, které právě držíte v ruce. Jen se podívejte na fakta, která o placebo nashromáždil Radkin Honzák. Mimořádně zajímavý je také pohled právníka na toto téma. Dokáže, že „léčit ničím“ je protiprávní.

Do tohoto čísla jsme zařadili také jednu výzkumnou práci, která se znovu (po kolikáté už?) věnuje otázce účinnosti předporodní přípravy. Musíme znovu a znovu vkládat ruku do bolavé

rány, znovu a zase se ujišťovat, že slušné chování, navázání vztahu a předem známé prostředí je pro rodičky příznivé? Není snad pochopitelné, že když jsou ženy méně vyděšené, i bolest porodu vnímají méně? Snad kdyby nebyla ve vědě zvítězila Tomášova skepse, nemuseli bychom tak samozřejmě věci stále dokola prokazovat...

A protože čas nezastavíš, vzpomínáme v rubrice Historie také našich zemřelých přátel. Za vzpomínku stojí nejen nedávno zemřelý Felix Irmiš, ale také nedožití sté narozeniny Oty Gregora. A abychom téma završili a snad i trochu odlehčili, v literárním koutku dáme slovo textu, který koluje po sítích a tváří se, jako by ho psal Albert Einstein. Problematiku vědy podává s láskou, i když je to nejspíš podvrh. Inu, literatura. Krásné Vánoce přeje všem

V. Chvála



# PRO PRAXI



## SKORUNKA D.: PORUCHA NA DUCHU, NEBO ŽIVOTNÍ DILEMA?

*Psychosomatická perspektiva a psychoterapeutický přístup v ambulantní psychiatrii\**

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Hradec Králové  
Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

ABSTRAKT: SKORUNKA D.: PORUCHA NA DUCHU, NEBO ŽIVOTNÍ DILEMA? PSYCHOSOM 2016; 14(4) s. 208- 222

*Průspěvek je věnován aplikaci psychosomatické perspektivy založené na bio-psycho-sociálním modelu v ambulantní psychiatrické praxi. Autor předkládá pět základních tezí, jež považuje za výchozí předpoklady k prosazování bio-psycho-sociálního pojetí a psychoterapeutického přístupu v psychiatrii. Bio-psycho-sociální pojetí je spolu s psychoterapeutickým přístupem podle autora nezbytné pro koordinovanou a efektivní spolupráci s dalšími odborníky v systému péče*



o duševní zdraví. Jedním z cílů takové spolupráce je individualizovaná a zároveň komplexní léčba a péče o člověka s diagnózou duševní nemoci i jeho blízké. Popsána je vlastní zkušenost s určitou formou interdisciplinární spolupráce v rámci lokálních možností ambulantní praxe. Kromě vlastních klinických zkušeností autor zmiňuje stručně několik postřehů ze současné kritické psychiatrie a neurověd s ohledem na diskutovanou a odkládanou reformu psychiatrie i systému péče o duševní zdraví v České republice.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Psychiatrie, bio-psycho-sociální model, psychosomatická perspektiva, psychotherapie, interdisciplinární spolupráce, individualizovaná péče

**ABSTRACT:** SKORUNKA D.: A DISORDER OF MIND OR DILEMMA IN LIFE? PSYCHOSOMATIC PERSPECTIVE AND EMBEDDED COUNSELLING IN OUTPATIENT PSYCHIATRY. PSYCHOSOM 2016; 14 (4) PP. 208- 222

*The paper is focused on application of psychosomatic perspective based on bio-psycho-social model in outpatient psychiatry. The bio-psycho-social model including psychotherapeutic approach is emphasized as a starting point for therapeutic collaboration with patients and their families in outpatient psychiatry practice. It is argued that the bio-psycho-social model is necessary for coordinated and effective interdisciplinary collaboration with other professionals in mental health care. One of the main goals of such collaboration is individualized treatment/care for a person with mental ill/health and his/her family. Author's experience with one possible form of such collaboration is described. Some ideas coming from the critical psychiatry and contemporary neuroscience are mentioned with regard to transformation of mental health care including psychiatry in the Czech Republic.*

**KEY WORDS:** psychiatry, bio-psycho-social model, psychosomatic perspective, psychotherapy, interdisciplinary collaboration, individualized care

## ÚVOD

\* Článek vychází z příspěvku, který byl přednesen na 16. Konferenci psychosomatické medicíny v Liberci 9-11.6.2016

Vztahy mezi myslí a tělem jsou jedním z předmětů zájmu psychiatrie v celém průběhu vývoje tohoto oboru. Přesto se s problematikou psychosomatické medicíny v současné akademické psychiatrii příliš často nesetkáváme. Jiná situace je v klinické psychiatrii, v níž se často setkáváme s pacienty, které trápí tělesné potíže bez jasného biomedicínského vysvětlení. S psychosomatickou problematikou se prolíná i konzultační psychiatrie (*liaison psychiatry*), jejíž hlavní náplní bývají konzultace psychiatra na somatických odděleních a využití psychofarmak v léčbě somaticky nemoc-

ných. To samo o sobě není dostatečným naplněním potenciálu, který nabízí bio-psycho-sociální model, z něhož současné psychosomatické pojetí medicíny vychází (Honzák, Chvála, 2015; Engel, 1974). Přitom není žádný důvod k tomu, aby psychiatrie stála mimo proud dlouholetých snah o prosazení psychosomatického uvažování v medicíně. V následujícím textu nabídneme pět základních tezí jako možných východisek pro obohacení současné psychiatrie psychosomatickou perspektivou a pro inspiraci ke změnám, jež mohou přispět k trans-





formaci současného systému péče o du-

ševní zdraví ve společnosti.

### *PRVNÍ VÝCHODISKO – PSYCHOSOMATICKÁ PERSPEKTIVA JE V PSYCHIATRII NEZBYTNÁ*

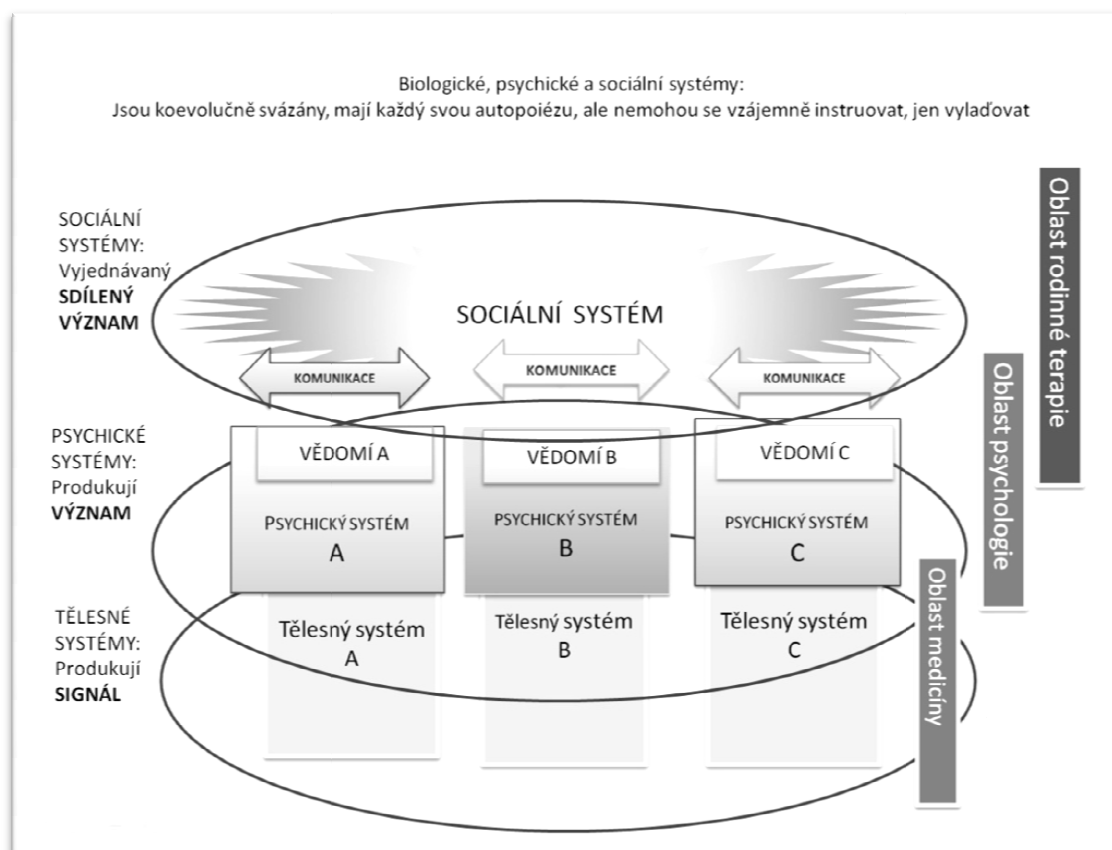
Bio-psycho-sociální model, a tedy i psychosomatickou perspektivu je třeba uplatňovat v psychiatrii stejně jako v jiných lékařských specializacích. Platí to, i pokud přijmeme zjednodušený názor dominující v současné psychiatrii, že duševní poruchy jsou chorobami mozku. Stejně jako v případě projevů onemocnění jiné části těla nebo orgánu, i u chorob mozku člověk své potíže a svou situaci nějak subjektivně prožívá. Až na výjimky se snaží svému stavu porozumět, chce znát příčiny svých potíží, hledá cesty, jak své potíže zmírnit, jak být znovu zdravý. Symptomy jsou doprovázeny prožitky a určitým kognitivním zpracováním. Tento proces není pouze intrapsychické povahy, ale je úzce spjat s reakcí okolí, ovlivněn sdílením zkušenosti s blízkými a s lékaři. V neposlední řadě je výklad potíží včetně možností léčby spoluutvářen stavem poznání a převažujícími výklady v dané době a společnosti (Skorunka, 2011). Zároveň projevy nemoci, jejich zvládání a nezvládání, ovlivňují nejrůznější faktory psychologické a sociální povahy. Například na zvládání prožitků deprese a na připravenost k terapeutické spolupráci může mít vliv subjektivně vnímaný pocit studu za psychické potíže, obavy s odmítnutí ve vztahu s blízkou osobou

nebo ze stigmatizace ve společnosti. Reakce rodiny, blízkých a dalších významných osob může a nemusí posilovat symptomatické projevy, nemluvě o vztahových okolnostech, které mohou být živnou půdou pro depresivní, ale i jiné projevy duševního trápení. Duševní potíže zpravidla ovlivňují život člověka a jeho nejbližších dlouhodobě a stejně jako u jiných chronických onemocnění je namíste spolupráce s rodinou a interdisciplinární spolupráce, integrující různé perspektivy a přístupy (McDaniel, Hepworth, Doherty, 2013).

Zkušení rodinní terapeuti Chvála s Trapkovou (2016) v odkaze na teorii Nicolase Luhmanna opakovaně upozorňují na provázanost tělesných, psychických a sociálních systémů (viz obr. č. 1.). Každý projev organismu (bez ohledu na to, zda ho označíme jako psychický nebo tělesný) jedinec nějak subjektivně zakouší, nějak interpretuje a s někým sdílí. V procesu sdílení dochází k vyjednávání o významech, funkcích a příčinách. Různé systémy lidského organismu mohou být následně ovlivněny různými intervencemi (nebo jejich kombinacemi) s cílem podpořit ty procesy, které vedou ke zdraví, nebo alespoň ke zmírnění symptomů.







OBRÁZEK 1: KOEVOLUČNĚ SVÁZANÉ SYSTÉMY, PODLE TRAPKOVÉ A CHVÁLY

## DRUHÉ VÝCHODISKO – DIAGNÓZA NESTAČÍ

Druhé východisko se týká současných klasifikačních systémů. Klinická praxe i různé výzkumné a teoretické práce ukazují, že úzké zaměření na nosologické kategorie (ateoretické a popisné diagnózy) může odvádět pozornost od významných psycho-sociálních souvislostí spolu s posilováním jednostranného biologického pohledu a modelu nemoci (Read, Dillon, 2013). Na proces utváření, definování a prosazení dané nosologické kategorie včetně jejího zařazení do klasifikačního systému mají vliv i jiné než vědecké faktory (zájmy jednotlivých zástupců odborných společností, farmaceutický průmysl apod.). Pokud člověk odchází z ordinace psychiatra „edukován“ v tom smyslu, že trpí duševní poruchou biologické povahy (choroba mozku), nemá žádný důvod zamýšlet se nad

svým životem ani věnovat pozornost svým prožitkům, osobnímu trápení, nejruznějším psycho-sociálním okolnostem a životním dilematům. Různými formami rozhovoru ovlivňujeme pacientův pohled na sebe, na své potíže, na svou situaci. Rozhovor vedený jediným cílem – potvrdit, či vyvrátit existenci duševní poruchy a přidělit diagnózu dle klasifikačního systému – s sebou nese riziko, že pacient nebude mít prostor k tomu, aby sdílel všechny své prožitky a zápletky svého životního příběhu.

Někteří kritici současných klasifikačních systémů hovoří o kolonizaci subjektivní zkušenosti odborným diskursem, o patologizaci nejruznějších forem trápení, o medikalizaci lidského života (Rapley, Moncrieff, Dillon, 2011; Gergen, 1999;



White, Epston, 1990). Reprezentanti sociálního konstrukcionismu upozorňují na rizika nereflektovaného procesu utváření poznání, vliv jazyka a proměny chápání různých aspektů života (Gergen, 1999; viz obr. č. 2.). Přitom je zřejmé, že určitý systém rozlišování forem duševního trápení je nutný, ale s integrací různých poznatků o jeho příčinách a s návazností adekvátní terapie. Přestože současný psychoterapeutický výzkum jednoznačně přisuzuje větší význam nespécifickým faktorům v psychoterapii, práce s lidmi s různými duševními poruchami zároveň vyžaduje začlenění určitých odlišných prvků do terapeutické spolupráce podle toho, zda jde např. o psychotické prožitky, závislost na psychoaktivní látce, sexuální dysfunkci nebo somatoformní potíže. Zásadní je, aby do diagnostického systému byly zahrnuty všechny poznatky, nikoli jen ty, které prosazuje určitá část odborné komunity nebo které se hodí do určité preferované perspektivy. Jak uvádí van der Kolk (2015): „*Psychiatrická diagnóza má vážné důsledky. Diagnóza určuje léčbu a nesprávně zvolená léčba má katastro-*

*fální důsledky. Diagnos-tické nálepky se člověk zpravidla po zbývající život nezaví a má vliv na to, jak se na sebe dívá, jak sám sobě rozumí“* (van der Kolk, 2015, s. 137). Současné formulace a třídění nosolo-gických kategorií včetně určování kritérií může mít dalekosáhlé důsledky pro příjemce léčby a sociálních služeb, jak bylo patrné z diskusí o podobě DSM-V (Whooley, 2014; Greenberg, 2013). Dobře známá je klinická zkušenost, že v rámci jedné nosologické kategorie se při pozorné práci s pacienty setkáváme s rozmanitými zápletkami a životními komplikacemi či dilematy. Těm je během terapie nutné též věnovat pozornost, nestačí léčit jenom tzv. poruchu, ale spíše je třeba rozvíjet terapii „šitou na míru“ konkrétnímu jedinci či rodině v jedinečné situaci ve smyslu individualizovaného přístupu, nebo tzv. péče zaměřené na pacienta (Mareš, v tisku). K tomu je potřeba úzce zaměřený biomedicínský model doplnit poznatky z jiných oblastí poznání, např. z vývojové psychologie, systémové teorie a psychoterapeutického výzkumu.



OBRÁZEK 2: OBR. Č. 2. JAZYK DEFICITU A CYKLUS NARŮSTAJÍCÍ „NEDOSTAČNOSTI“ (UPRAVENO DLE GERGEN, 1999)



### TŘETÍ VÝCHODISKO – PSYCHOFARMAKA MAJÍ V KOMPLEXNÍ LÉČBĚ SVÉ MÍSTO

Psychofarmaka jsou legitimní terapeutickou možností mírnění potíží, nebo obecněji utrpení, v rámci duševní poruchy. K optimálnímu začlenění psychofarmak do komplexní psychosomatické léčby v psychiatrii jsou potřebné dvě změny stávajícího stylu předepisování v běžné ambulantní praxi: a) důraz na komplexní posouzení situace před preskripcí psychofarmak; b) jiný pohled na psychofarmaka a jejich působení. Považuji za důležité, aby pacient v psychiatrické ordinaci (a nejlépe i jeho rodina) měl realistická očekávání týkající se působení psychofarmak včetně případných nežádoucích účinků. Otevřená diskuse o možném přínosu a rizicích psychofarmak posiluje důvěru v lékaře a zvyšuje šanci na spolupráci v případě, že první zvolené psychofarmakum není dobře tolerováno nebo nepřináší ani částečnou úlevu. Neméně důležité je i poselství, které lékař spolu s receptem na psychofarmaka více či méně vědomě předává. Pacient může odcházet z ordinace s tím, že je nemocný, musí užívat léky a nic dalšího není podstatné. Nebo může odcházet s vědomím, že je dobré být pozorný k tomu, jaké okolnosti mají vliv na to, jak se cítí. Také může odcház-

zet s poznatkem, že psychofarmaka pomohu částečně a jen v určité „oblasti“, jiným oblastem je třeba se věnovat jinak, například ve formě psychoterapeutické spolupráce. Variant poselství je mnohem více, každá pod-poří, nebo naopak zakryje jiné poro-zumění a podnítí jiné chování. Pocho-pitelně pro každou situaci může být vhodné jiné poselství. Ve většině případů ale podle mého názoru není ideální, když pacient opouští ordinaci s receptem a zá-věrem, že má poruchu mozku, na kterou je třeba užívat předepsaný lék, a jedině tak se uzdraví.

S výše uvedeným souvisí i otázka jiného pohledu na psychofarmaka a jejich působení (což navíc souvisí i se zásadní změnou v pohledu na duševní poruchy). Psychofarmaka a jejich působení lze nahlížet z různých perspektiv, v poslední době je v této souvislosti vlivný vývoj v neurověděch. Zde zprostředkováváme pohled britské psychiatričky Joanne Moncrieff, zakladatelky hnutí kritické psychiatrie (viz obr. č. 3.). Její návrh na posun od modelu zaměřeného na nemoc (*disease-centred model*) k modelu zaměřenému na lék (*drug-centred model*) jsme si dovolili doplnit.



Model zaměřený na nemoc	Model zaměřený na lék	Jiný pohled
Léky upravují abnormální stavy mozku.	Léky způsobují abnormální stavy mozku.	Léky modulují aktivitu neurofyziologických systémů organismu.
Terapeutický efekt léku spočívá v ovlivnění patologie/poruchy.	Terapeutický efekt léku spočívá v lékem navozených změnách afektivně- kognitivní a behaviorální úrovni.	Terapeutický efekt léku spočívá v regulaci aktivity neurofyziologických systémů a zmírnění nepříjemných stavů.
Ve výzkumu je účinnost léku měřena a hodnocena podle toho, jak lék ovlivňuje projevy nemoci.	Účinnost léku a tedy výsledek léčby je posuzován podle toho, jak lék ovlivňuje prožívání/myšlení/ chování jedince.	Účinnost léku a tedy výsledek léčby lze posuzovat podle toho, jak pomáhá jedinci regulovat projevy organismu (nepříjemné stavy) a žít kvalitnější život.

OBRÁZEK 3 RŮZNÝ POHLED NA PŮSOBNÍ PSYCHOFARMAK (UPRAVENO A DOPLNĚNO DLE MONCRIEFF, 2007)

Ještě jiný pohled lze očekávat v souvislosti se současným rozvojem výzkumu psychedelických látek v psychiatrii. Ten probíhá na různých místech, včetně předních univerzitních klinik, zejména ve Spojených státech amerických, Izraeli, ale i v Evropě. Po desetiletích restriktivních opatření, jež bránila ve výzkumu psychedelik, došlo na začátku 21. století k novému rozvoji zkoumání těchto látek, a to i v klinickém *settingu*. Dokonce se hovoří o renesanci výzkumu psychedelických látek a je vyjadřována naděje, že kromě rozvoje poznání přinese také nové terapeutické možnosti nejen v psychiatrii. Oproti 60. a 70. letům minulého století je počáteční entuziasmus spojený s poznáváním psychedelik v současné době nahrazen velmi pečlivým designem studií s důrazem na vytvoření bezpečného kontextu a zajištění následné terapeutické péče.

Mechanismus působení psychedelických látek není zatím zcela znám, ale objevují

se rozmanité koncepty. Např. v nedávno publikované teorii entropického mozku Carhart-Harris et al. (2014) popisují různé módy „fungování“ neuronálních sítí v mozku podle míry entropie. V rámci této teorie autoři vysvětlují možný terapeutický potenciál psychedelik, který, zjednodušeně řečeno, spočívá v navození těch modů fungování mozku (a jistě i tělesných neurofyziologických systémů), během nichž dochází nejen k aktivaci nevědomých prožitků, ale také k získání komplexnějšího vhledu, porozumění apod. Je zřejmé, a dlouholetá historie s využitím psychedelických látek v různém kontextu to potvrzuje, že intenzivní, rozmanitá a ne vždy subjektivně příjemná zkušenost změny neuronální aktivity nemusí být sama o sobě přínosná. Je to právě kontext, ve kterém dochází k těmto prožitkům a k jejich zpracování, odborněji řečeno k jejich integraci nejen do vědomí, ale zejména do „nahlížení“ vlastního



životního příběhu, včetně vlastního chápání sebe a světa. Důraz na bezpečný kontext, oporu v terapeutickém vztahu a postupné, vyladěné a individuálně zaměřené propracování/integrovaní navozených stavů/prožitků, je tím, co odlišuje současné výzkumy s terapeutickým využitím psychedelik od předchozích experimentů (Rucker, 2015; Melville, 2013).

Ze zprostředkované klinické zkušenosti (získané od kolegů i od pacientů, kteří měli s využitím psychedelik v rámci terapie zkušenost) lze usuzovat, že psychedelika by mohla být součástí komplexní terapie i u psychosomatických potíží. A to zcela v souladu s konceptem Carthart-Harrise a jeho kolegů (2014). Dlouhodobé psychosomatické potíže

obvykle odolávají terapeutickým přístupům, které jsou založeny na slovu, konverzaci, a dokonce i na terapeutickém vztahu. Komplexní terapie psychosomatických poruch zahrnuje i práci s tělem a někdy dokonce využívání metod, pocházejících z jiných lékařských systémů, než je biomedicína. Využití psychedelik v náležitém kontextu a na základě rozvíjejícího se výzkumu by mohlo přinést naději těm, jimž běžnější terapeutické metody nepřinesly dostatečnou úlevu ani posun ke zdraví. Na tento potenciál upozorňují i čeští autoři Viktorínová a Tylš (2016), kteří shrnují aktuální poznatky z psychedelického výzkumu týkající se předpokládaných nevědomých procesů lidské mysli v minulosti.

#### ČTVRTÉ VÝCHODISKO – VÝVOJOVÁ PERSPEKTIVA JE V PSYCHIATRII DŮLEŽITÁ

V běžné psychiatrické praxi je rodině pacienta nebo jeho blízkým obvykle přisouzena pouze role „informátora“, od něhož se psychiatr snaží získat tzv. objektivní anamnézu. Jistě není třeba vysvětlovat, že o objektivní anamnézu jít nemůže, pokud má dotyčná osoba k tzv. identifikovanému pacientovi nějaký vztah. Jiný úhel pohledu, jiná zkušenost, doplňující informace, to vše může člen rodiny nebo blízká osoba poskytnout a v mnohých případech je to přímo žádoucí. Ale rodinné a jiné blízké vztahy mají i jiný význam. Jsou totiž jedinečným sociálním prostředím, ve kterém se člověk vyvíjí, utváří si svou identitu, svůj vztah k sobě, ke druhým lidem a ke světu. Během vývoje se v průběhu mnoha interakcí a emočně významných zkušeností rozvíjejí klíčové dovednosti, jež jsou nezbytné pro zvládnání postupně stále náročnějších situací v průběhu života. Zkoumání vztahů mezi rodinnou situací, kvalitou rodinných vztahů, ko-

munikačními vzorci a duševním zdravím včetně rozvoje závažné duševní nemoci má v psychiatrii dlouhou historii a bohužel i špatnou pověst. Počáteční snahy o porozumění těchto souvislostí a vzájemného ovlivňování vedly v minulosti k příliš velkému zjednodušení, ke vzniku obviňujících nálepek a k další traumatizaci v průběhu terapie. Následkem toho i dnes v psychiatrické komunitě převládá minimálně zdrženlivost, předpojatost a bohužel i absence aktuálních poznatků o systemické teorii, rodinné terapii a vývojových konceptech, zejména teorii citové vazby (*attachment theory*).

Přítom současné dění ve výzkumu citové vazby (*attachment*), v neurovědách a ve výzkumu mozku přináší poznatky, jež doplňují a v lecčems i potvrzují některé předpoklady a hypotézy, v dřívějších dobách zjednodušeně formulované. Základní předpoklady teorie citové vazby a výsledky prvních výzkumů-důkladných





pozorování interakcí mezi matkou a dítětem formulovali v druhé polovině minulého století britský psychiatr a psychoanalytik John Bowlby a psychologka Mary Ainsworth (Holmes, 1993). Původní teorie citové vazby vycházela z klinických zkušeností a důkladných pozorování dyadických interakcí mezi matkou a dítětem. Díky Mary Ainsworth, jejím spolupracovníkům a následovníkům vznikla i první kategorizace-rozlišení základních vzorců citové vazby. Během dalších desetiletí se z poněkud zjednodušující a také nejednoznačně přijímané teorie stal respektovaný vývojový koncept, který na začátku 21. století propojuje teoretické, výzkumné a klinické poznatky z dříve oddělených disciplin (biologie, genetika, neurovědy, vývojová psychologie, systemická teorie, psychiatrie, psychoterapie, rodinná terapie, psychosomatika; Cassidy, Shaver, 2008).

Z ohromného množství současných poznatků v této oblasti si zaslouží pozornost např. vývojový koncept Patricie Crittendenové, tzv. *Dynamic Matu-rational Model of Attachment and Adaptation* (DMM), který je rozšířenou a modifikovanou verzí teorie citové vazby (Crittenden, 2015). Crittendenová během své disertační práce spolupracovala s Mary Ainsworth a více než třicet let se zabývá vývojovou psychologií a rozvojem psychopatologie v rodině. Ve svém modelu rozšiřuje původní rozlišení nejprve tří, a posléze čtyř základních vzorců citové vazby (*attachment patterns*). Na základě dlouholetých pozorování a bohaté klinické zkušenosti s rodinami s vážnějšími projevy psychopatologie nabízí model, v němž původně navržené a výzkumy doložené čtyři kategorie citových vazeb doplňuje dalšími, jemněji odstupňovanými a kombinovanými variantami. Rozdíly mezi těmito formami citových vazeb nejsou dá-

ny jen pozorovatelných chováním, ale také afektivními projevy (včetně jejich regulace a dysregulace), kognitivním zpracováním (včetně jeho distorze) a tělesnými projevy (včetně jejich interpretace a jejich role ve vztahovém kontextu).

Zpracování kognitivních, afektivních a tělesných „podnětů“ je základem tzv. dispoziční reprezentace. Ta zahrnuje jedincovo posouzení významných okolností, vlastní pozice, další zúčastněné osoby i vztahy s nimi a následně určuje chování jedince v dané situaci (*Self in the context*). Míra vědomí těchto procesů ovlivňuje chování a také výsledek. Zpracování všech těchto podnětů není možné bez účasti složitých neuronálních sítí mozku a neurofyziologických okruhů těla, které se utvářejí od narození v průběhu každodenních interakcí s pečovateli (matkou, otcem, dalšími pečovateli a významnými lidmi). Kvalita vyladění (*attunement*) pečovatelů a povaha emočně významných zkušeností v rámci specificky utvářených vztahových vazeb má prokazatelný vliv na vývoj neuronálních sítí a fyziologických systémů dítěte (Schore, 2015; Siegel, 2012; Sroufe et al., 2005). Dispoziční reprezentace jsou zároveň základem interpersonálních „strategií“, jejichž hlavním cílem je naplnit základní citové potřeby a ochránit Self před rozmanitými formami nebezpečí. Crittendenová ve svém modelu klade důraz na to, že chování nelze pochopit bez porozumění vzájemně provázaných dispozičních reprezentací členů rodiny včetně toho, jak a za jakých okolností (zpravidla specificky traumatických) se v průběhu vývoje utvářely. Zároveň upozorňuje na nezbytnost důkladného posouzení vývojové i aktuální rodinné situace, včetně posouzení dispozičních reprezentací jednotlivých členů rodiny, před zbrklými intervencemi a terapeutickými kroky. K tomu

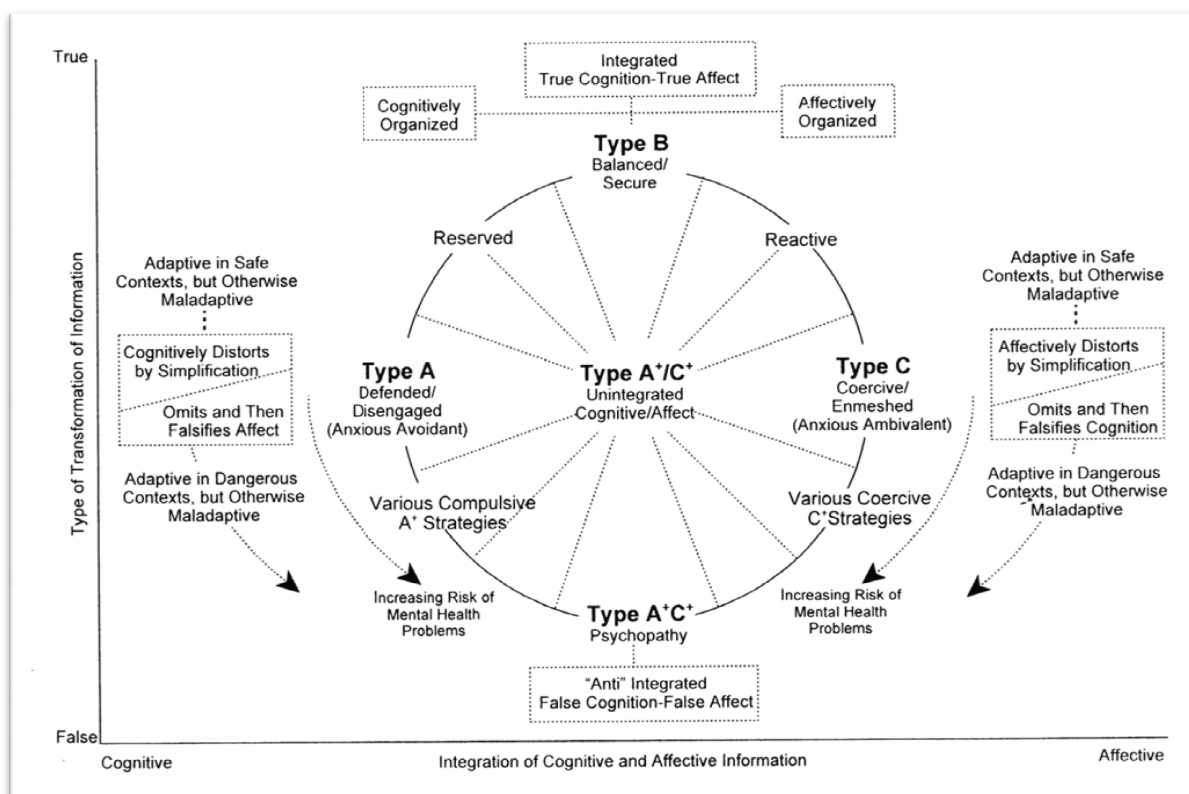




nabízí důkladné metody dotazování v kombinaci s textovou analýzou (Crittenden, Landini, 2011).

Některé z myšlenek Crittendenové, byť jinak formulované, připomenou jiné koncepty a psychotherapeutické směry. Zároveň je v modelu patrná integrace nejnovějších poznatků z neurověd, systematické teorie, vývojové psychologie a výzkumu traumatu (Schore, 2015, Siegel, 2012). Vývojový model Crittendenové také není jen integrativně pojatou teorií, ale opírá se o klinickou zkušenost. O tom svědčí důkladné zpracování případových studií, na nichž autorka specifikuje svého modelu názorně a s vysokou mírou empatie demonstruje (Crittenden, 2015). Následující obrázek přináší schéma modelu s důrazem na formy

subjektivního zpracování informací v afektivní a kognitivní rovině v rámci různých forem citových vazeb. Jak již bylo řečeno, vývojový model zásadně modifikuje původní kategorizaci čtyř základních forem citové vazby, které na základě opakovaných pozorování popsali Ainsworth et al. (1978) a později Main a Solomon (1990). Jde o tyto kategorie: B – jistá vazba; A – nejistá/úzkostná – vyhýbavá forma; C – nejistá/úzkostná – ambivalentní; D – desorganizovaná (ta je v modelu Crittendenové nahrazena kombinacemi A/C). Obrázek je zde uveden v anglické verzi, neboť zatím není ustálený český překlad všech uvedených pojmů. Důkladnější popis přesahuje možnosti tohoto článku, proto doporučujeme citované publikace autorky.



OBRÁZEK 4: OBR. Č. 4. DYNAMICKÝ VÝVOJOVÝ MODEL; PROVÁZANOST RŮZNÝCH SYSTÉMŮ (CRITTENDEN, 2015; CRITTENDEN, LANDINI, 2013)



Kombinace výše uvedených poznatků a zkušeností z všeobecné psychiatrie, rodinné terapie a ze zařízení zaměřených na práci s dětmi/dospívajícími mě vede k názoru, že potíže prezentované dospělým pacientem v ordinaci psychiatra bývají v mnoha případech pokračováním disharmonického vývoje, důsledkem traumatizujících zkušeností ve významných vztazích v původní rodině, zejména v počátečních fázích vývoje. Vzhledem k absenci potřebné terapie nebo synchronizované komplexní péče v době, kdy docházelo k prvním projevům traumatu a rodinné disharmonii, není neobvyklá chronifikace potíží, kumulace traumatizujících zkušeností a „konzumace“ různých terapeutických služeb ve

zdravotnictví či mimo ně bez zásadního zlepšení stavu jedince či rodiny. Situace se někdy jeví dokonce tak, že psychiatr v ambulanci pro dospělé pouze mírné důsledky událostí ve vývoji jedince, které se odehrávaly a následně byly posilovány mnoho let před první návštěvou psychiatra. Ve světle současného výzkumu mozku a teorie citové vazby není na místě tato tvrzení odmítnout jako ničím nepodložené psychodynamické či systemické spekulace, podobně se totiž s mnoha pádnými argumenty vyjadřují i ti, kdo se výhradně k systemické nebo k psychoanalyticko-psychodynamické tradici nehlásí (Siegel, 2012; Crittenden, 2015; van der Kolk, 2015).

*PÁTÉ VÝCHODISKO – KLÍČOVÁ SLOVA: SPOLUPRÁCE, KOORDINACE, KONTINUITA*

Provázanost potíží prezentovaných v psychiatrické ambulanci s nejrůznějšími psychosociálními okolnostmi v životě pacienta vybízí k důsledné aplikaci bio-psycho-sociálního modelu a psychosomatického pojetí v psychiatrii. Ta zpravidla není možná bez spolupráce mezi odborníky v systému péče o duševní zdraví. Spolupráce umožňuje sdílet břemeno zodpovědnosti a nejistoty, které jsou nevyhnutelnou součástí jakékoli terapeutické práce. Zároveň pomáhá zvládat požadavky a potřeby týkající se terapie v časových i jiných omezeních, typických pro ambulantní provoz.

Vlastní zkušenost z interdisciplinární spolupráce, jejíž základ tvoří triáda psychiatrické ambulance, psychologicko-

psychoterapeutické ambulance a sociálních služeb v daném regionu, ukazuje orientačně další obrázek (viz obr. č. 5). Psychiatrická ambulance může být v tomto případě místem, kde dochází ke komplexnímu posouzení prezentovaných potíží v kontextu pacientova života a k diskusi o možnostech terapeutické spolupráce. Komplexním posouzením není myšlena jen diagnóza v rámci aktuálního klasifikačního systému, ale spíše důkladná hypotéza, zahrnující kromě medicínského i psychologicko-psychoterapeutický pohled (*case formulation*; Dallos, Johnstone, 2014). Zpravidla bývají nasazena psycho-farmaka, ale jak již bylo v textu řečeno, bez indoktrinace biologickým modelem nemoci. I když většinou je dominantní formou



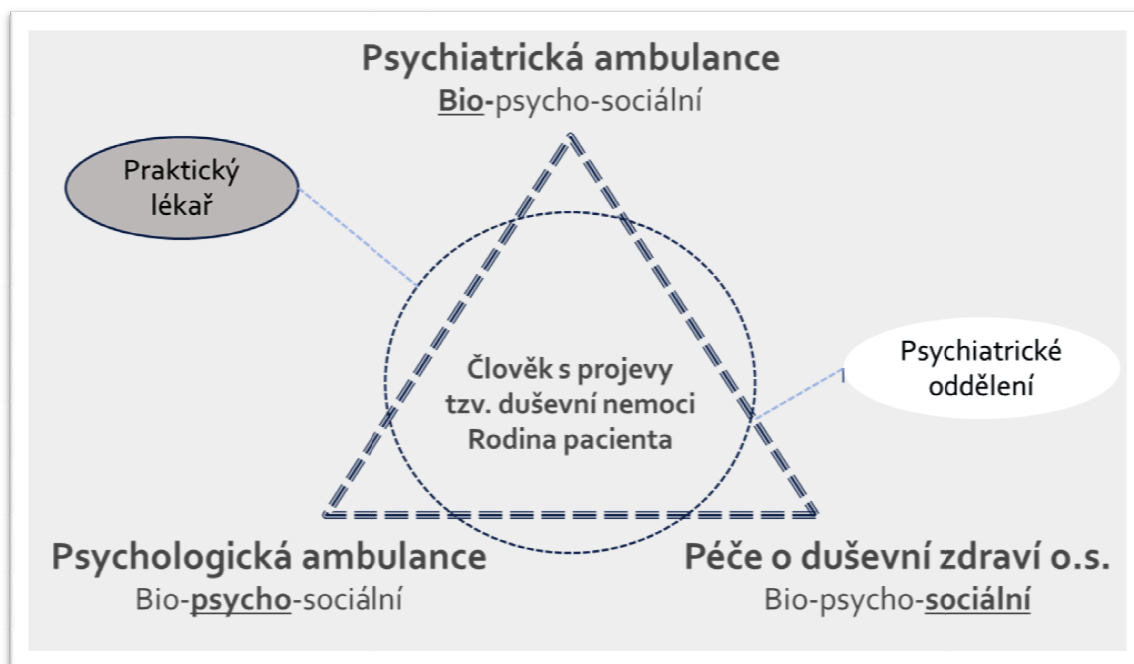
terapie užívání psychofarmak a nikoli psychoterapie, i zde může být navázán terapeutický vztah, poskytující důležité terapeutické zkušenosti včetně přenosových fenoménů. Těm je potřeba věnovat pozornost a v některých případech je i reflektovat s kolegy nebo v supervizi. V psychologicko-psychoterapeutické ambulanci také dochází ke komplexnímu posouzení a hypotetizování pacientových potíží, ale důraz je kladen také na navázání a rozvoj psychoterapeutické spolupráce (v individuální, párové, rodinné nebo skupinové formě). Protože se někteří lidé vyhledávající psychiatrickou nebo psychoterapeutickou pomoc zároveň nacházejí ve složitých životních situacích, může být pro ně přínosná spolupráce se sociálními službami. Jejich pracovníci mohou pacienty navštívit v domácím prostředí, reagovat flexibilně na krizové situace, asistovat lidem při zvládání každodenních činností (jako jsou např. finance, hledání chráněného bydlení nebo zaměstnání apod.).

Aby „pohyb“ pacienta v prostoru mezi těmito třemi záchytnými body biopsychosociální triády byl smysluplný a pacient z něj měl prospěch, je nutné, aby reprezentanti těchto odlišných služeb komunicovali mezi sebou. Pravidelná setkávání psychiatra, psychologa, psychoterapeuta a sociálních pracovníků vyžaduje ochotu všech aktérů a jsou náročná na čas. Výhody takových interdisciplinárních konzultací ale převažují. Vzájemná komunikace, zvláště probíhající v přátelském a dialogickém duchu, umožňuje všem účastníkům získat důkladnější obraz o pacientově situaci a probíhající spolupráci na více úrovních, ale také přispívá ke koordinaci terapeutických intervencí. To je důležité zejména tehdy, když jde o pacienty s dlouhodobými zdravotními problémy ve spojení se složitými vztahovými

a životními situacemi. Někdy ambulantní spolupráce nestačí a je nutná hospitalizace. Dalším aktérem, který ovlivňuje průběh spolupráce a výsledek léčby, je personál psychiatrického oddělení. Neméně důležitý je praktický lékař, který svým doporučením a poskytnutím realistických a motivujících informací může ovlivnit postoj pacienta k případné psychiatrické či psychoterapeutické spolupráci.

V případě kolegů na psychiatrickém oddělení a praktického lékaře je výhodné, když jsou také ochotni ke společným konzultacím. Ty mohou být přínosné jedině tehdy, jestliže jsou všichni aktéři k této netradiční formě spolupráce ochotni a jejich společným cílem je pacientův prospěch. Spolupráci usnadní, jsou-li všichni aktéři otevření psychosomatické perspektivě a psychoterapeutickému přístupu (Skorunka, 2015, 2011). Není nutné, aby všichni odborníci měli formální psychosomatické vzdělání, nebo se dokonce věnovali psychoterapii. Určitá míra povědomí o psychosomatickém pojetí a možnostech psychoterapie je však nutná, přinejmenším jako prevence nerealistických očekávání, nedorozumění nebo zbytečného soupeření o to, čím výklad pacientových obtíží je správný. Východiskem interdisciplinárních konzultací může být dialogický přístup. Ani ten ale není zázračnou „metodou“; otevřený dialog se nerodí snadno, navíc jsou k jeho rozvíjení nutné určité individuální a institucionální předpoklady (Skorunka, 2013). I když interdisciplinární spolupráce, načrtnutá v následující obrázku, klade na jednotlivé aktéry různé nároky, dle dostupných poznatků a zkušeností se zdá být vhodným základem nejen pro fungující systém péče o duševní zdraví (McDaniel, Hepworth, Doherty, 2013).





OBRÁZEK 5: OBR. Č. 5. INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE V BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍM MODELU

### DILEMA A CO S NÍM

Vzdělávání v systemické teorii, rodinné terapii i narativních přístupech a následné klinické zkušenosti – to vše změnilo vlastní uvažování o problematice duševního zdraví a nemoci. Zároveň to vedlo k rozšíření zorného pole a vzrůstu vnímavosti vůči příběhům pacientů vypovídajících o sobě, o svých vztazích, svých potřebách, životních zápletkách a dilematech. S pojmem dilema se můžeme setkat v textech existenciálních terapeutů (van Deurzen, 2002). Tento pojem dle mého chápání vystihuje situace, v nichž se často nacházejí lidé, s nimiž jsem se v rámci psychiatrické a psychotherapeutické praxe setkal. Charakteristické je, že člověk si více či méně uvědomuje jak svou složitou životní situaci, tak různé možnosti jejího zvládnutí, popř. řešení. Obrazně řečeno se člověk ocitá na křižovatce, z níž vedou různé cesty různými směry. Každá volba přiná-

ší nové možnosti, ale také bolestivé ztráty. Dokonce i setrvání na místě a oddalované rozhodnutí si vybírá svou daň, například v podobě trvajících potíží. Zároveň není předem jisté, zda volba některé z možných cest zbaví člověka potíží a přinese úlevu, popř. uzdravení. Tato nejistota spolu s možnými ztrátami patří k těm důvodům, proč je takové rozhodování, spojené s volbou možnosti včetně podstoupení psychoterapie či rodinné terapie, náročnou zkušeností.

Dilema může prožívat člověk v různé životní fázi a také v různé dimenzi vlastního života. Během téměř dvaceti let praxe jsem si všiml, že příběhy vyslechnuté a diskutované v ordinaci se obvykle týkají klíčových oblastí života člověka, často mají traumatický charakter nebo existenciální rozměr (viz následující tabulku).



- Vztahy v původní rodině (zejména s rodiči)
- Vztahy partnerské
- Vztahy s dětmi
- Vztah k sobě a ke svému tělu
- Zaměstnání (pracovní podmínky, nároky, nejistota, vztahy na pracovišti)
- Nezaměstnanost (obtíže v nalezení uplatnění)
- Finanční problémy včetně rizika exekuce či exekučního řízení
- Adaptace na traumatické změny včetně závažného onemocnění
- Hledání životní náplně a smyslu

**Tab. č. 1. Zdroje dilemat a napětí v příbězích sdílených pacienty v ambulantní praxi**

Složité situace v některých případech vznikají a rozvíjejí se u lidí s disharmonickým vývojem, někdy s opakovanými traumatickými zkušenostmi v raných nebo dalších fázích života. Jindy se objevují u lidí, jejichž dosavadní životní příběh se odvíjel hladce, bez výraznějších turbulencí, nebo se o nich z různých důvodů jednoduše nedozvíme. Témata a dilemata objevující se v různých oblastech a fázích života nelze považovat za příčiny potíží ve smyslu jednoduché lineární kauzality. Ale napětí a nejruznější emoce prožívané v souvislosti s těmito tématy a dilematy jsou zdrojem často prolongovaného distresu, jenž se dříve či později může manifestovat psychickými nebo tělesnými (somatoformními) symptomy. Opakovaně slýchaný argument, že nejprve je třeba léčit chorobu, a teprve poté se zabývat rodinnou nebo jinou situací, je podle mého názoru popřením biopsychosociálního modelu. Tento argument neodpovídá ani některým současným přístupům v oblasti péče o duševní zdraví (Seikkula, Arnkill, 2006), ani po-

znatkům o problematice traumatu (van der Kolk, 2015).

Přetrvávající distres spojený s traumatizací, neřešeným konfliktem nebo nelehkým dilematem může komplikovat výsledek terapeutické spolupráce a vést ke chronicitě, bez ohledu na to, zda jde o farmakoterapii, nebo o úzce zaměřenou psychoterapii. Pokud psychosociálním faktorům není věnována pozornost a psychiatr spoléhá pouze na preskripci psychofarmak v rámci modelu nemoci, bývá úleva částečná, dočasná, nebo vůbec žádná. Přitom předepsání psychofarmak je obvykle tím jediným, co lze v časové tísní, typické pro běžný ambulantní provoz, realizovat. Z toho důvodu je důležitá již zmíněná spolupráce mezi odborníky v systému péče o duševní zdraví, tedy mezi psychiatry, psychology a sociálními pracovníky. Spolupráce nejen umožňuje sdílet zátěž a zodpovědnost spojenou s poskytováním léčby, péče či služeb pacientům a jejich rodinám, ale také usnadňuje věnovat dostatečnou a přímo cílenou





pozornost různým aspektům stonání i faktorům, které mají na duševní zdraví

a nemoc vliv.

## ZÁVĚR

V předcházejícím textu jsme uvedli pět základních východisek pro aplikaci psychosomatického pojetí (bio-psycho-sociální model) a psychotherapeutického přístupu v psychiatrii. Je zjevné, že tato východiska nabízejí poněkud jiný pohled na duševní zdraví a nemoc než dominující diskurs v současné psychiatrii, jehož základem je úzké biomedicínské pojetí a model nemoci s důrazem na farmakologickou intervenci. Přestože nabízené psychosomatické pojetí zatím patří v současné psychiatrii k okrajovým perspektivám, pádné argumenty pro jeho rozvíjení a pro transformaci psychiatrie přicházejí z různých oblastí poznání, např. ze současných neurověd, vývojové psychologie, psychotherapeutického výzkumu a samozřejmě z klinické praxe. I v samotné psychiatrii jsou dobře rozeznatelné „hlasy“, které volají po komplexnějším pohledu na duševní zdraví, fenomén duševní nemoci, prevenci a léčbu. Na jedné straně jsou to reprezentanti hnutí kritické psychiatrie, kteří upozorňují na vliv psychologických a sociálních faktorů a kritizují vliv farmaceutického průmyslu na konstruování poznání, jež je mnohými zástupci

biologické psychiatrie předkládáno jako vědecky ověřená pravda (Read, Dillon, 2013; Moncrieff, Rapley, Dillon, 2011; Bracken, Thomas, 2001). Na druhé straně jsou to reprezentanti současných neurověd, interpersonální biologie nebo odborníci na problematiku traumatu (van der Kolk, 2015; Schore, 2015; Siegel, 2012). Také výzkum psychedelik, jak již bylo naznačeno, může ještě naše chápání duševního zdraví a nemoci proměnit. Bez ohledu na výzkum a postupně se vyjevující poznání můžeme tvrdit, že základem psychia-tricko-psychotherapeutické spolupráce v současnosti i nejbližší budoucnosti bude jedinečné setkávání dvou či více jedinců, kteří budou v rámci individualizovaného přístupu hledat společně cestu ke zmírnění potíží, znovunabytí pocitu zdraví a spokojenosti, ale možná také k porozumění, sebepoznání, zlepšení kvality života, zvládání životních těžkostí a řešení životních dilemat. K naplnění těchto a podobných cílů terapeutické spolupráce je psychosomatický přístup založený na bio-psycho-sociálním modelu více než vhodným základem.

Do redakce přijato 8. 9. 2016.

Do tisku zařazeno po recenzi 29. 9. 2016.

Konflikt zájmů: není znám.

## Literatura:

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment; Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bracken P, Thomas P. (2001) Post-psychiatry: a new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322:724-7.





- Cassidy, J. Shaver, P. (2008) *The Handbook of Attachment; Theory, Research, and Clinical Applications, 2nd edition*. New York: The Guilford Press.
- Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Hellyer, P. J., Shanahan, M., Feilding, A. Tagliazucchi, E. Chialvo, D. R., Nutt, D. (2014) The Entropic Brain: A Theory of Conscious States Informed by Neuroimaging Research with Psychedelic Drugs. *Frontiers in Human Neuroscience* 8(20):1-22.
- Crittenden, P. M., Landini, A. (2011) *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. New York: Norton.
- Crittenden, P. M. (2015) *Raising Parents; Attachment, Parenting and Child Safety*. Hove: Routledge.
- Dallos, R., Johnstone, L. (2014) *Formulation in Psychology and Psychotherapy; Making Sense of People's Problems*. Hove: Routledge.
- Engel, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, (196) 4286: 129-136.
- Gergen, K. (1999) *An Invitation to Social Construction*. New York: Sage.
- Greenberg, G. (2013) *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*. New York: Penguin.
- Holmes, J. (1993) *John Bowlby and Attachment Theory*. Hove: Routledge.
- Honzák, R., Chvála V. (2015) Psychosomatická medicína. In Hosák, L, Hrdlička M, Libiger, J., a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. (s. 555-564), Praha: Karolinum.
- Chvála, V., Trapková, L. (2016) Co to znamená, když se řekne bio-psycho-sociální?, přednáška na III. ročník konference *Psychosomatická medicína: Všechny cesty vedou k člověku*, Šternberk, 25. 2. 2016
- Main, M., Solomon, J. (1990) [Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation](#). In Greenberg, Mark T.; Cicchetti, Dante; Cummings, E. Mark. *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press, 121–60.
- Mareš, J. (v tisku) *Péče zaměřená na pacienta: věcné i terminologické problémy. Praktický lékař*.
- McDaniel, S., Doherty, W., Hepworth, J. (2013). *Medical Family Therapy and Integrated Care, 2nd Edition*. Washington: APA.
- Melville, N. A. (2013) Tuning In to Psychedelics' Therapeutic Potential. Medscape, <http://medscape.com/viewarticle/818422> print, vyhledáno 27. 6. 2016
- Moncrieff, J. (2007) *The Myth of The Chemical Cure; A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. London: Palgrave.
- Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (2011) *De-medicalizing misery; Psychiatry, Psychology and Human Condition*. London: Palgrave Macmillan.
- Read, J., Dillon, J. (2013) *Models of Madness; Psychological, Social, and Biological Approaches to Psychosis*. Hove: Routledge.
- Rucker, J.H. (2015) Psychedelic drugs should be legally reclassified so that researchers can investigate their therapeutic potential. *British Medical Journal*, 350 doi: <http://dx.doi.org/10.1136>
- Seikkula, J. Arnkill, T.E. (2006) *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac.
- Schore, A. (2015) *Affect Regulation and the Origin of the Self; The Neurobiology of Emotional Development*. Hove: Routledge.
- Siegel, D. (2013) *The Developing Mind*. New York: The Guilford Press.
- Skorunka, D. (2011) Psychoterapeutický přístup v medicíně. *Praktický lékař*. 91(12):718-722

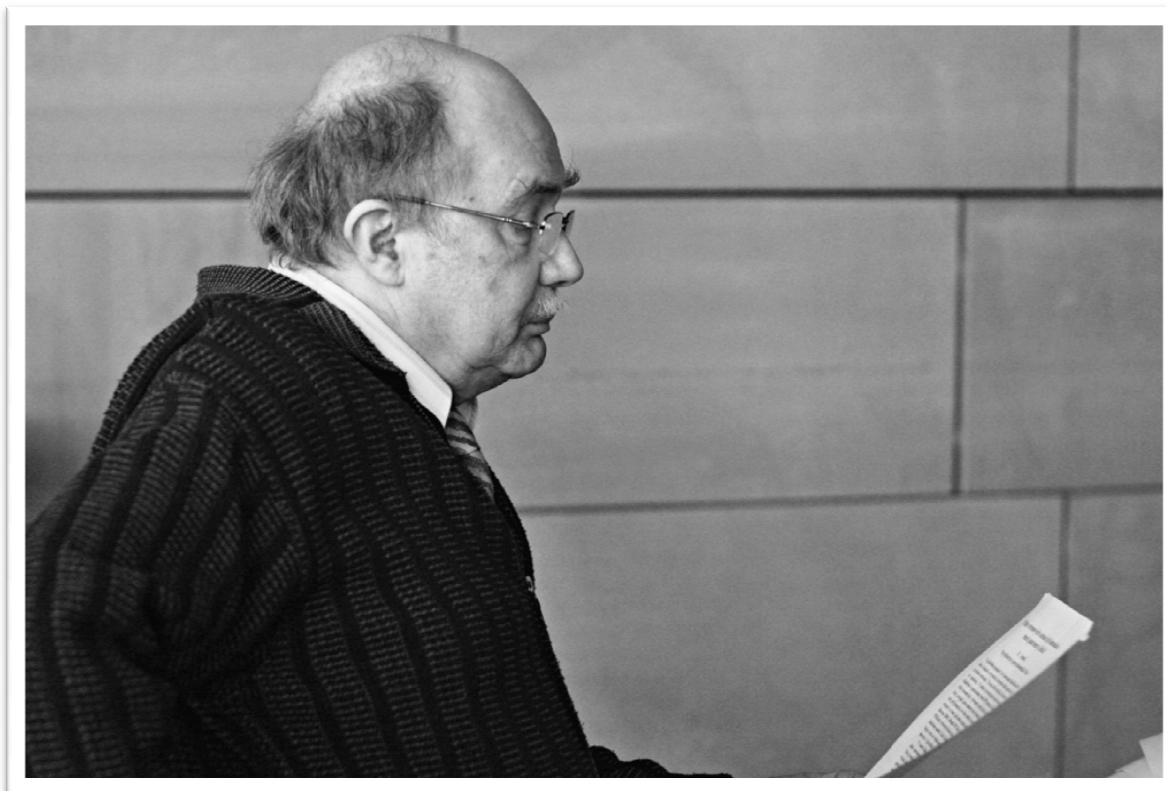


- Skorunka, D. (2011) Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují. In: Mareš, J., Vachková, E. *Pacientovo pojetí nemoci III.*, Brno: MSD,53-74.
- Skorunka, D. (2013) Kdy(ž) se dialog nedaří. *Psychoterapie* (9)1: 172-186.
- Skorunka, D. (2015) Porucha nebo něco jiného? Psychosomatický přístup v ambulantní psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi* 16(3), 96-100.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: Guilford.
- Van Deurzen, E. (2002) *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage.
- van der Kolk, B. (2015) *The Body Keeps the Score; Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. London: Penguin.
- Viktorinová, M., Tylš, F. (2016) Nevědomé procesy lidské mysli: poznatky z psychedelického výzkumu. *Psychiatrie* 20(2): 100-107.
- White, M., Epston, D.(1990) *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.
- Whooley O. (2014) Nosological Reflections: The Failure of DSM-V, the Emergence of RDoC, and the Decontextualization of Mental Distress. *Society and Mental Health* (4)2: 92–110.

Text vznikl v rámci spolu-řešitelství projektu AZV 16–28174A.



## IRMIŠ F.: STRES PACIENTA V NEMOCNICI



*In memoriam zařazujeme jeden z posledních textů MUDr. Felixe Irmiše, který byl určen jako poster na 16. konferenci psychosomatické medicíny v Liberci. Recenzní řízení pro potřeby časopisu nebylo provedeno. (red)*

### ÚVOD

V minulých pracích, převážně v časopise Praktický lékař, jsem popisoval stres mezi lékaři, pacienty a zdravými osobami v různých kombinacích a též jeho příčiny. Práce jsou nyní shrnuty v monografii (9), která zahrnuje též spiritualitu (duchovnost) a etiku v psychosomatické medicíně z biopsychosociálního hlediska.

Pohled vědecký, stanovisko praktické medicíny a individuální zkušenost pacienta se mohou lišit, což může vyvolávat stresové situace. Ty jsou ovlivněny též poruchami informace,

osobností lékaře a pacienta, alibismem, nedostatkem času, různou interpretací výsledků, nepřesnou diagnózou, neznalostí pacientovy sociální situace, individuální pacientovu reakci na nemoc i léčbu, okolím a poruchami komunikace. V nemocnici jde o komunikaci nemocných nejen se zdravotníky, ale zejména s pacienty mezi sebou. Jejich stresové situace nejsou většinou systematicky řešeny a lékaři si je při zaměření na diagnózu a léčbu nemusí dobře uvědomovat. Pacienti o nich sice doma hovoří, ale veřejně jsou málo rozebírány.



## NEMOCNIČNÍ POKOJ

Hospitalizovaný nemocný je v jiném prostředí než doma. Nemoc ještě zvětší jeho citlivost na stres. Na nemocničním pokoji se odehrávají i menší lékařské výkony. Musejí se též vyrovnávat s nepříjemnými situacemi, spojenými s hygienou starých pacientů.

Je snaha zlepšit prostředí nemocného. Týká se výzdoby lékařského pokoje (někdy), přítomnosti televize, občasných návštěv pěveckých či klaunských skupin (zejména na LDN), někde návštěvy duchovních kaplanů. Děti hůře snášejí odloučení od rodičů, i když mají časté návštěvy.

Dospělý pacient v nemocnici se musí ostatním nemocným přizpůsobovat. Interakce mezi nimi je závislá na jeho výchově, zkušenosti, sociální zručnosti v závislosti na jeho osobnosti, jejíž součástí je z větší části vrozený temperament (10). Např. extrovertované osoby se cítí lépe ve společnosti, na měnící a problematické situace rychleji a adaptivně reagují. A to oproti citlivějším, uzavřenějším, méně společenským introvertovaným osobám, které

## TELEVIZE NA POKOJI

V některých nemocnicích je televize jen na chodbě. Asi by měly být na různých místech chodby televize dvě. Muži chtějí sledovat fotbal, ženy seriál. Často je televize na pokoji. Jsou pacienti, kteří se chtějí dívat na televizi skoro celý den, zatímco jiné to ruší, chtějí spát. Některý pacient se „zmocní“ spouštěče a program ovládá. A je-li nahluchlý, hlasitost je pro ostatní neúnosná. Těžce nemocného pacienta televize ruší („proč to sem dávají“). Sestra by mohla v těchto případech rozhodnout a televizi vypnout.

situace pomalu a podrobněji rozebírají (8). Labilní introvert může být úzkostný až depresivní a často přecitlivělý na stresové situace. Labilní extrovert inklinuje k impulzivité a hůře se ovládá. Introverti jsou při povrchním pohledu ve společnosti často méně pochopeni, což se stalo námětem pro populární knižní zpracování (14). V nemocnici se vyskytují někdy též osobnosti hraniční až psychopatické. A to může narušit komunikaci mezi pacienty. Mohou se odehrávat různé konflikty.

Pacienti si vyprávějí svoje zkušenosti. Nemocný slyší: „Ten lék, co berete, mě spíše zhoršil.“ Nebo: „To vyšetření, na které jdete, je bolestivé, už bych na něj nešel.“ A někdo dostane strach a vyšetření odmítne, i když ho potřebuje.

Na druhé straně na nemocničním pokoji vznikají různá přátelství, pacienti si vyprávějí zajímavé a humorné historky ze života a v mnoha případech je klidná atmosféra, která vede k uvolnění.

S někým se dá dohodnout, někdy vzniká konflikt. Někdo nechává puštěnou televizi do pozdní noci. Jsou pacienti, kterým to nevadí, jiným ano. Sestra nebo doktor řekne: „Tak se zde dohodněte.“ Uklízečka: „Tak si dejte do uší špunty.“ Jedna pacientka se sice po této radě rozčílila, ale za dva měsíce po hospitalizaci si je šla do lékárny pro jistotu koupit. Říká, že by se nebála jít znovu do nemocnice, ale má strach z dohadování na pokoji.

Když televize na pokoji není, tak ji někdy příbuzní pacientovi přinesou a situace je



opět stejná. Podobná situace může nastat s rádiem. U televize by bylo

řešení, kdyby měl každý na pokoji sluchátka.

### OTEVŘENÉ ČI ZAVŘENÉ OKNO

Pro pacienty se může stát problémem větrání oknem. Nebolí otevřené, pootevřené či zavřené okno, zejména v noci a v zimě. Záleží též na počasí venku. Někdy při otevřeném okně je velký hluk z ulice. Jsou osoby, kterým vydýchaný teplý vzduch nedělá dobře a ruší je to při spánku. Jsou ovšem nemocní, kteří otevřené okno v noci nesnášejí, a to i ze zdravotních důvodů. Záleží nejen na otužilosti, ale i na nemocích (viz dále). A též na tom, zda někdo leží u okna, či u dveří. Ležícího nachlazeného pacienta u okna by při otevření okna v zimě měla setra tepleji obléct.

Zhruba můžeme říct, že jsou „větrači“ a „nevětrači“. Nastávají různé situace. Přejde sestra ráno a řekne: „Máte zde hrozný vzduch, to se nedá dýchat.“ Otevře okno a s uspokojením odejde. O zavření se nestará. Stejně tak k tomu dochází během dne, i když každá sestra, stejně jako každý pacient, pokládá za zvýšenou nebo sníženou teplotu něco jiného. Během dne přijde doktorka, řekne „máte zde horko“, okno otevře a odejde. Když jsou všichni na pokoji ležící, musí buď počkat, nebo se domluvit a někoho zavolat.

### CITLIVOST NA CHLAD

Existuje individuální citlivost z různých hledisek, která není závislá na diagnóze. Jsou osoby, které se snadno nachladí, mají poruchu imunity, chronickou bronchitidu. Někteří pacienti trpí autoimunitní nemocí, berou kortikoidy

Často do větrání mluví uklízečka, která soudí podle sebe, „nevětračům“ doporučuje, aby se otužovali („já spím při otevřeném okně“) a rozdíly v citlivost nemocných osob k nachlazení nevnímá. Při odchodu ještě nechá otevřené dveře (nejen ona) a vzniká průvan. Když ji na to pacient upozorní, může se „dostat do řeči“ personálu a ještě mu dají „nálepku“ („tomu pacientovi se stále něco nelíbí“).

Neexistují pravidla. Např. kdo otevře okno, měl by se zajímat také o to, kdo ho zavře. Někdy se pacienti dohodnou. Když je více „větračů“, tak při odchodu „nevětrače“ (na WC, chodbu) hned otevrou okno. Při jeho návratu se okno zavře. Když na pokoji jeden nemocný doktorovi nebo sestře říká, že mu dělá špatně horko, dojde k otevření okna. Příště se vzpomene citlivý pacient a říká, že mu vadí zima. „Tak se musíte dohodnout,“ řekne doktor. A to není vždy jednoduché. Ohled se bere na někoho, kdo má horečku, nebo by mohl z otevřeného okna dostat zápal plic, což každý starý člověk nepřežije. Organizační systém neexistuje a není snadný. Výuka ho neobsahuje.

a jiná imunosupresiva. To jim naruší imunitu.

Existují méně známé rozdíly u zdravých osob v snášenlivosti různých teplot. Naznačím to u Lampertových typů (13), kam patří vazokonstrikční typ A





a vazodilatační typ B. Tyto rozdíly byly původně zjištěny v reakci na hydroterapii při sledování autonomního nervového systému (8). Lampertův typ A při ochlazení ztrácí více tepla, reaguje později kožní vazokonstrikcí a nesnáší chladné procedury. Lampertův typ B přijímá více tepla ze zevního prostředí a procedury chladné snáší lépe. Typ A je více trofotropní, častější u leptosomních osob, při nemoci se dlouho uzdravuje a mírně zvýšená teplota přetrvává často déle. Typ B je více ergotropní, rychle se rozhoduje (často intuitivně), při infekci reaguje vysokou teplotou, která rychle ustupuje, dříve se uzdravuje. Je častější u pyknických osob. To je pouze orientační hledisko, protože existuje řada přechodných typů. Toto třídění vzniklo dříve a nezávisle na třídění o dispozici ke kardiovaskulárním nemocím (5). Podle toho typ A (agresivita, impulzivita, depresivita, ambicivita) onemocní častěji kardiovaskulárními nemocemi, oproti typu B (klidnější, pomalejší, relaxovanější). Tento typ chování A však odpovídá spíše Lampertovým typům B

a typ chování B odpovídá spíše Lampertovým typům A. Lampertův typ A, který se dá určovat (Heidemannův test) i jednoduchým dotazníkem (8), promrzává v zimě lehce, má častěji studené nohy a ruce, má častěji bolesti hlavy a migrény, sklon k astmatu, stenokardiím, k žaludečním potížím, lehké vzrušivosti, žlučnickovým potížím.

V menším procentu existují jedinci o vysoké senzitivitě, kteří jsou citliví na fyzikální podněty, jako je osvětlení, hluky, zápach, dotyk a změny počasí aj. Bolest více vnímají introvertované osoby oproti společenským extrovertům, kteří však o ní více mluví. Různá citlivost na různé podněty je podrobně, i když jen empiricky, rozváděna v nekonvenčních (alternativních) metodách, zejména v homeopatii. Zdravotnický personál (ale i pacienti na pokoji) by si rozdíly v citlivosti různých pacientů měli uvědomit. Nemusí přecitlivělost některého pacienta pokládat za zvláštní a ne příliš racionální. Informace o pacientovi je z těchto hledisek neúplná.

### VIZITA A NEJASNOSTI

Před velkou vizitou se všechno čistí, stolky se utírají, prostěradla a povlaky se vyměňují, pacientovy věci se uklízejí, zbytečnosti se vyhazují. Všichni netrpělivě očekávají primářskou vizitu. Přejde primář se sekundářem a vrchní sestrou. Na klinice je to profesor, docent, asistenti, vrchní a rehabilitační sestra, eventuálně medicí.

Vizita má různou úroveň. Může být stručná, jindy je přítomna dokumentace jednotlivých pacientů a dochází k doplnění informací, které se po vizitě v diskusi zapisují. Během primářské vizity se pacient sám většinou neodvází

upozornit na některé svoje potíže a nejasnosti. Též proto, že latinským slovům při diskuzi lékařů nerozumí. Většinou čeká na doplňující dotaz primáře, ke kterému však nemusí dojít. Přitom u potíží, které nejsou při vizitě zmiňované a nemusí být známé, by měl mít možnost promluvit. Může se stát, že je sekundář nepokládá za důležité vzhledem k svému názoru na diagnózu. Někdy se spoléhá jen na pomocná objektivní vyšetření, která vše nezjistí.

Stane se, že se nové potíže nediferencují od starších ani při dalším poslání na kontrolní vyšetření. Např. pacient je





hospitalizován na LDN pro bolesti ze zlomeného obratle Th12 při osteoporóze. Během hospitalizace vznikly nové bolesti asi 15 cm nad předchozími. Nemocný je poslán na chirurgickou kontrolu bez uvedení lokalizace nových bolestí. Na chirurgii ještě před vyšetřením lékaře je uděláno Rtg zaměřené cíleně na známou zlomeninu Th12. Rtg nic nového neukázalo a nové potíže jsou na chirurgii interpretovány jako funkční. Při další kontrole by se to opakovalo, kdyby pacient sám před Rtg vyšetřením lékaře na situaci neupozornil. Vyšetření celé hrudní páteře ukázalo další zlomeninu Th8. Teprve následná MR potvrdila, že jde o zlomeninu novou, vzniklou v nemocnici. To ukazuje na význam anamnézy před Rtg vyšetřením a upřesnění nálezu jiným radiologickým vyšetřením (MR). Ukázka složité interpretace různých radiologických vyšetření při reoparacích páteře a při nesprávné anamnéze s neúplnými operačními nálezy je ukázána v monografii (9).

Může se ale stát, že primář správnou diagnózu sekundáře zpochybní. Pacientka, u které pět let nepoznali Crohnovu chorobu, i když byla opakovaně hospitalizována, vypráví:

### ROZDÁVÁNÍ LÉKŮ

Léky roznáší a připravuje podle předpisu lékaře převážně sestra, která je za to zodpovědná. Léky někdy připravují zákyňky, které nikdo nemusí kontrolovat. Může se stát, a pečlivější pacienti si toho všimnou, že dostanou místo sedmi léků pouze léků šest, a to je většinou chyba. Anebo dostane pacient místo zeleného léku lék modrý. To nemusí být chyba, protože to může být lék o stejném složení, ale od jiné firmy. A může se nazývat jinak, než ten předepsaný, což

„Potíže se mi neustále zhoršovaly a názor, že jsem zdravá, mne neuklidňoval.“ Diagnóza ale ovlivní praktického lékaře i blízké příbuzné. Pacient ztrácí možnost lepšího pochopení při potížích. Diagnostické omyly jsou častější u atypických, latentních a psychosomatických nemocí, a zejména tam, kde je nesoulad mezi objektivním a subjektivním. Podrobně jsou rozebírány u interních nemocí ve dvou monografiích (1, 12). Zdůrazňuje se důležitost zhodnocení anamnézy, průběhu nemoci, klinického nálezu a správné interpretace objektivních pomocných vyšetření.

Potíže se dají alespoň orientačně vyjádřit kvantitativně, k čemuž nemusí docházet. Např. při každé vizitě se sekundář zeptá stereotypně: „Je to lepší?“ A když pacient po několika týdnech nakonec řekne, že „trošičku“, je propuštěn s nálezem, že se zlepšil. Pak přijde se zprávou k praktickému lékaři a vznikají nejasnosti. Není to časté, ale existuje při vizitě „akademický humor“ o nemoci pacienta. Např. v případě určité nedůvěry v jeho potíže („zde vidíte zajímavý příznak, který neodpovídá...“). Některý pacient může „odstín“ diskuse pochopit.

plete i rozdávacího. Chybou je, když je dávka léku v tabletě dvojnásobná. Může to být způsobeno tím, že má sestra ve vozíku krabičku s léky o vyšší dávce, než měla dříve. Nepřesnosti v dávkování jsou někdy způsobeny též změnou v předpisu. Dotazování pacienta, jaké léky bere, a následné vysvětlování sestry by mělo probíhat v klidu a bez emocí („proč nás kontrolujete?“). Zde je ale kontrola namístě.



Může se ovšem stát, že lék v nemocnici není, a pak objednání může trvat celý den i déle. V nemocnicích by měla být nepřetržitá lékárenská služba. Pacient může slyšet: „Máte svůj lék s sebou?“ Což ovšem většinou nemá, protože ho

správně má odevzdat na začátku hospitalizace. Když si ho dá do stolku, tak mu ho sestra většinou odebere. A tak zkušenější pacienti si lék, který by mohli potřebovat, ukryjí.

### INDIVIDUÁLNÍ REAKCE NA LÉK, DISPOZICE, EMPATIE

Pacienti si svoje potíže a zkušenosti s léčbou vyprávějí. Nevědí, že efekt léku závisí též, vedle farmaceutických návodů, v menší míře na individuální vnímavosti (reaktivitě), kde se uplatňuje řada faktorů. Zejména jde o genotyp nemocného. Roli hraje též psychický stav, osobnost, a především (vrozenější) temperament nemocného, který též ovlivňuje optimální dávku léku. Z tohoto hlediska je řada prací týkající se již zmiňované introverze a extroverze u psychofarmak (11). Též z pohledu novější teorie temperamentu podle Cloningera (2, 8), která zahrnuje intenzitu čtyř dispozic: vyhledávání nového až vzrušení, vyhýbání se ohrožení (úzkostnost), hledání ocenění a odměny (ctižádost), cílevědomost. Tyto individuální dispozice, většinou nezávislé na diagnóze, komplikují výzkum farmaceutickým firmám, které popisují efekt léku u určité nemoci z hlediska „průměrného pacienta“. Roli hraje též věk pacienta (starší lidé reagují na menší dávku), váha, očekávání efektu, rozdíly mezi ženou a mužem, placebo aj.

Nyní se rozvíjí personalizovaná či individualizovaná medicína (6, 17), snažící se o „správnou léčbu, správnému pacientovi ve správné dávce a ve správný čas“. Vychází z informace osobních genů, proteinů, životního prostředí v prevenci, diagnóze a léčbě. Tento výzkum vysvětluje, proč u určité skupiny pacientů v rámci stejné diagnózy lék není účinný. Je to však jen jedno hledisko.

Individuální reakce na lék, která se zatím nedá rychle objektivně detekovat, se odráží ve zkušenosti pacienta, což vede někdy k neshodě s názorem lékaře. Vyžaduje to motivaci a čas lékaře k poznání podrobnějšího průběhu nemoci a reakcí na různé podněty.

Účinek farmak může rušit též jejich interakce. Jestliže pacient bere sedm různých léků, možnost rušivé interakce je zřetelná a efekt některých léků se mění. Např. silnější lék proti bolesti podávaný injekčně vyvolá bolesti žaludku. Pak se léčí žaludek. Další vliv na léčbu mají faktory vnější, kam patří dále zmiňovaná léčba bez empatie. Naznačuje to důležitost propojení pohledu přírodovědeckého s pohledem psychosociálním.

Je prokázáno, že pacient, který je vyslechnut a cítí empatii lékaře, prožívá nemoc lépe a rychleji se uzdravuje. Mimo nemocnici mohou přístup bez empatie řešit pacienti změnou lékaře, zejména ve velkém městě. Empatickému přístupu lékaře je věnována řada studií z etického hlediska (4, 16). Při snížení empatie se zvyšuje fenomén dehumanizace, kterou zvyšuje též nárůst technologie a vyšetřovacích metod. Dochází k „redukci lidství“, zhoršenému vnímání osobnosti pacienta (deindividualizace) nálepkovaného diagnózou (na pokoji leží „žlučník“ a „plíce“). Nedostatek času může ovlivnit soucítění. V pokusu se studenty teologie (3), kteří měli přejít do vedlejší budovy, se ukázalo, že čím více



spěchali, tím méně byli ochotni se zastavit a pomoci vzdychajícímu ležícímu nemocnému člověku na ulici. Větší část dělala, že ho nevidí.

Jev dehumanizace se v některých profesích může projevit až extrémně. Ukázalo se to v Standfordském vězeňském experimentu (7), kdy simulovaná role vězeňských dozorců vedla k skutečné šikaně vůči vězňům porušujícím určitá stanovená pravidla. Empatii snižuje a dehumanizaci zvyšuje poslušnost k autoritě, bezmyšlenkovité provedení určitého úkolu a příslušnost k určité profesní skupině, která rozhoduje.

Studenti medicíny začínají studium většinou s ideály. Empatický přístup

k pacientovi se snižuje již u mediků, a to od třetího ročníku, kdy přichází do styku s pacientem. Další vliv na pokles empatie a zvýšení dehumanizace způsobí praxe a postoj lékařů, mezi kterými začnou pracovat, a též další nepoznané faktory (16). Přitom u některých lékařů empatický přístup zůstává. Záleží tedy i zde na osobnosti. (4).

I když se o etice v medicíně a komunikaci lékař-pacient nyní často píše (15), častěji se tato problematika týká teorií etiky, výzkumu, klinické praxe v jednotlivých specializačních oborech. Méně jsou popisovány zátěžové situace a jejich příčiny z pohledu pacienta. Na to mohou lépe upozorňovat a odborně to zhodnotit sestry a lékaři.

## LITERATURA

1. Bobek, K., a kol. Omyly a chyby v rozpoznávání vnitřních chorob. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství 1965, 440 s.
2. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Brzybeck, T. R. A psychobiological model of temperament and character. Arch. gen. psychiat. 1993, 50, p. 975-990.
3. Darlej, J. M., Batson, C. D. From Jerusalem to Jericho. A study of situational and dispositional variables in helping behaviour. J. personal. social. psychol. 1973, 27, p. 100-108.
4. Francová, V., Hnilica, K. Empatie v lékařské etice. In: Ptáček, R., Bartůněk, P., a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 401-410.
5. Friedman, M., Rossenman, R. H. Type A behaviour and our heart. New York: Knopf, 1974.
6. Hamet, P. Etické souvislosti personalizované medicíny. Empatie v lékařské etice. In: Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada Publishing 2014, s. 103-108.
7. Haney, C., Banks, C., Zimbardo P. G. Interpersonal dynamics in a simulated prison. Inter. j. criminal. penol. 1973, 1, p. 69-97.
8. Irmiš, F. Temperament a autonomní nervový systém. Diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie. Praha: Galén 2007, 204 s.
9. Irmiš, F. Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou. Příklady, příčiny, psychosomatika, etika. Praha: Galén 2014, 134 s.
10. Irmiš, F. Role temperamentu v psychoterapii, rodině a komunikaci. Psych@som. 2008, 6(3), 116-124. Dostupný také z WWW:[http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/Psomweb2008\\_3/irmis\\_308.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/Psomweb2008_3/irmis_308.htm)
11. Janke, W. (ed.). Response variability to psychotropic drugs. Oxford: Pergamon press. 1983, 304 p.
12. Kirch, W., a kol. Chybné diagnózy ve vnitřním lékařství. Martin: Osveta 1995, 339 s.

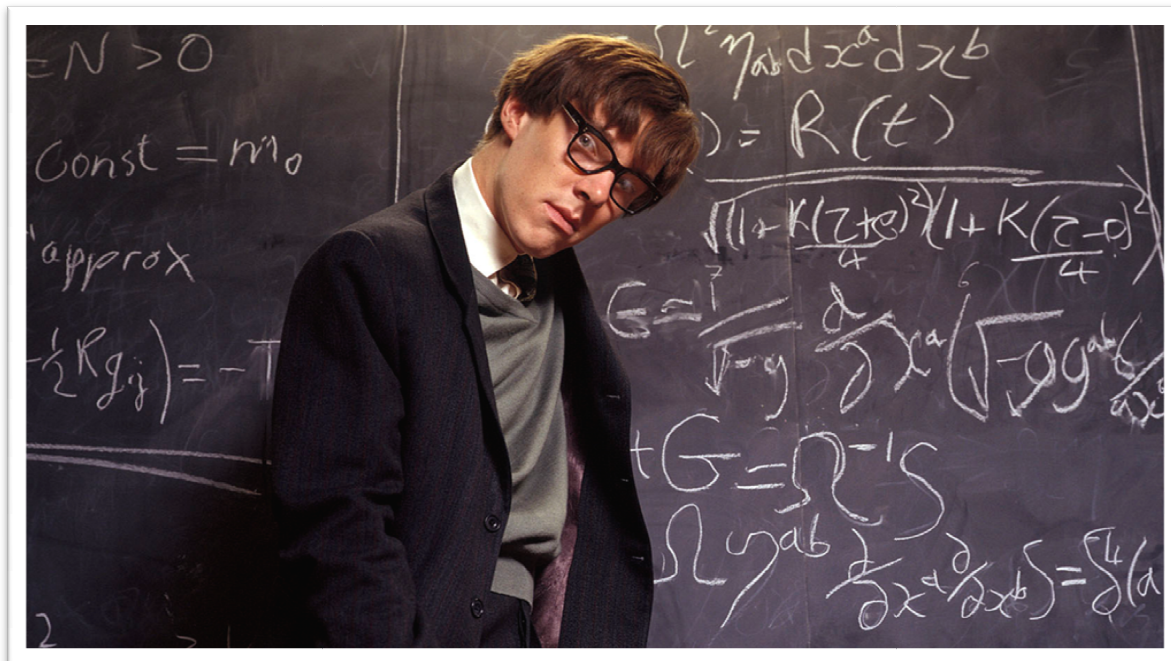


13. Lampert, H. Die Reaktionstypenlehre und ihre Bedeutung und Klimatologie. Arch. phys. ther. 1962, 14, p. 3-10.
14. Laneová, M. O. Jste introvert? Jak prosperovat ve světě extrovertů. Praha: Ikar 2006, 384 s.
15. Ptáček, R., Bartůněk, P., a kol. Etické problémy na prahu 21. století. Praha: Grada Publisching, 2014, 519 s.
16. Smetáčková, I., Barakzihyová, T., Francová, V., Hnilica, K. Dehumanizace v medicíně: rizika a přínosy. In: Ptáček, R., Bartůněk, P., a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada Publisching, 2014, s. 483- 493.
17. Šusta, M. Psychiatrická farmakogenomika. In: Raboch, J., Pavlovský, P., a kol. Psychiatrie. Nakladatelství Karolinum 2012, s. 402-408.

Práce nebyla zadána jinému časopisu, ani otištěna jinde.



# TEORIE



## HONZÁK R.: PLACEBO JAKO OPOMÍJENÁ SOUČÁST LÉČBY

SOUHRN: HONZÁK R.: PLACEBO JAKO OPOMÍJENÁ SOUČÁST LÉČBY, PSYCHOSOM 2016; 14(4), s. 233- 246

*Placebo bylo definováno jako inertní látka, která vyvolává některé fyziologické účinky, což je ze samé podstaty nesmysl, protože inertní látka je proto inertní, že nevyvolává žádné reakce. Současné poznatky ukazují, že účinky placebo jsou psychobiologické a kulturní fenomény a že použití placebo v léčbě i výzkumu má plné oprávnění, vyžaduje ale také lepší pochopení. Význam všech psychologických aspektů léčení vyplývá i z toho, že placebo-efekt existuje i v situacích, kdy žádná inertní látka není aplikována.*

**KLÍČOVÁ SLOVA: placebo – souvislosti a význam – výzkum – klinická praxe**

SUMMARY: HONZÁK R.: PLACEBO AS A NEGLECTED PART OF THE TREATMENT, PSYCHOSOM 2016; 14(4), PP. 233- 246

*For many years, placebos have been conceptualised by their inert content and their use as controls in clinical trials and treatments in clinical practice. Recent research demonstrates that placebo effects are genuine psychobiological phenomenon attributable to the overall therapeutic context, and that placebo effects can be robust in both laborato-*





*ry and clinical settings. Evidence has also emerged that placebo effects can exist in clinical practice, even if no placebo is given.*

KEY WORDS: placebo – context and meaning – research – clinical practice

*Lékaři i pacienti by se měli postupně naučit, že placebo je integrální neoddělitelnou součástí lékařské praxe, že je základem jejího umění povýšením její vědeckosti.*

Jay Katz, 1984

## NA POČÁTKU BYLO SLOVO

Historie i současné chápání placebo a placebo efektu jsou plné omylů a mýtů. Od samého počátku. Všeobecně se ví, že slovo pochází ze 116. žalmu, který kněz a věřící zpívají při udílení svátosti umírajících, dříve svátosti posledního pomazání. Je to devátý verš a je prvním, který všichni opakují po předzpěvákovi. Méně již se ví, že svatý Jeroným, patron všech překladatelů, přestože se dopustil jen malého množství chyb, tento verš: אהלהך לפניי בארצות יהודה לפני nesprávně<sup>1</sup>. Místo odpoví-dajícího, „*Ambulabo coram Domino in regione vivorum*“ (Budu kráčet před Hospodinem v krajině živých), zakotvil do Vulgaty na mnoho století text: „*Placebo Domino in regione vivorum*“ (Bohu se zalíbím v krajině živých). Tak se dostal pojem placebo na svět a navzdory dodatečné opravě biblického textu zde už zůstal.

<sup>1</sup> Finniss D. G., et al.: Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*. 2010 Feb 20;375(9715):686-695

Do medicínského slovníku se dostává až v 18. století jako přípravek, který má pacienta spíše potěšit než léčit. V současnosti je placebo buď nicem, které se stává něčím, nebo něčím, které

První význam, který pojem placebo dostal, bylo označení osob, jež se zúčastňovaly pohřbů v roli naříkajících s nadějí, že za to dostanou nějakou odměnu, v nejhorším alespoň najíst a napít. Netěšily se dobré pověsti a jeden takový nesympatický charakter zachytil též Geoffrey Chaucer v *Canterburských povídkách*.

Později ve špitálech si řeholníci zde sloužící všimli, že po skutečně obřadně provedeném rituálu udílení svátosti posledního pomazání, jejímiž účinky jsou uzdravení duše, posila, pokoj a odvaha nést utrpení spolu s Kristem, uzdravení těla – je-li to k prospěchu duše – a příprava na přechod do věčného života, se mnoho nemocných „zázračně“ zlepšilo. A nebyli to jen ti, pro které byla svátost určena. Lidem tehdy záleželo víc, jak to mají rozdané s Bohem, než to, jak dopadne dnešní mezinárodní fotbalový zápas, a po tomto obřadu se uklidnili, úroveň jejich stresová reakce klesla a subjektivní i objektivní zlepšení bylo možné.

se stává nicem. „Něco“ mu musíme dát, a tak mu dáme placebo, zatímco v placebové větvi farmakologické studie jako bychom nedávali pacientům „nic“.



Přítom v placebové větvi mohou probíhat následující děje:

- Spontánní zlepšení až uzdravení.
- Kolísání klinického stavu.
- Regrese k průměru.
- Vlivy jiné léčby.
- Důsledky špatného roztržení pacientů.
- Placebo typu MAC.

- Placebo typu učení a podmiňování.
- Kombinace obou.
- Snaha zavděčit se lékaři.

Definice sdělující nám, že placebo je inertní látka, která vyvolává fyziologickou odpověď v organismu je logicky zcela nesmyslná, je to *contradictio in adjecto*, protože inertní látka je proto inertní, že žádné reakce nevyvolává.

### PRAKTICKÉ POUŽITÍ PLACEBA PRO ZHODNOCENÍ LÉČBY

Kontrola léčebných výsledků není nic nového. První vědecký postup s použitím kontrolní léčby je připisován britskému lékaři Jamesu Lindovi, který v roce 1753 publikoval (James Lind: *A Treatise of the Scurvy*, 1753), jak několikerým způsobem léčil kurděje u dvanácti postižených námořníků a došel k závěru, že neúčinnější jsou citrusové a pomerančové plody<sup>2</sup>. Na konci 18. století nechal Ludvík XVI. posoudit odborné komisí, složené z lékařů Královské akademie a uznávaných specialistů z ostatních oborů, Mesmerovu léčebnou metodu. V komisi tehdy zasedli mimo jiné též Antoine Lavoisier, Joseph Guillotin, jehož vynálezem ukončil Lavoisier svůj život (bez placebové kontroly), senior Akademie astronom Jean Bailly a americký vyslanec v Paříži Benjamin Franklin.

Po měsíční práci komise dospěla k závěru, že Mesmer neobjevil žádné skutečné fluidum, že lidské tělo neobsahuje žádné dříve neznámé vstupy či výstupy a že účinky jeho léčby vycházejí výhradně z „představivosti“ jeho pacientů. Mesmer netušil, že objevil (nebo spíše znovu našel, otevřel a zprovoznil) hyp-

noticko-suggestivní oblast a komise netušila, že tehdy ještě nepojmenovaný „placebo-like efekt“<sup>3</sup> má mnohem širší zázemí, než pouze představitost.

Neslavně dopadl v Londýně také americký lékař Elisha Perkins se svými „tahači“ (Perkins Tractors), což byly dva krátké kovové pruty ve tvaru kapky, údajně ze speciální slitiny, které měly z pacientova těla vytáhnout nemoci, především záněty a revmatismus. Byly k mání v malém krámku na Leicester Square za pět guinejí a mezi pacienty jejich vynálezce patřil i prezident Washington (a ten má dnes v USA město!). Konkurent a šťoura, doktor John Haygarth, vyrobil nápodoby ze dřeva a „uzdravil“ jimi čtyři z pěti pacientů trpících chronickým revmatismem.

Daleko dříve však tyto postupy používala církev. Je citován případ, jak v roce 1565 si povolal Karel IX. ženu, kterou posedl protestantský démon. Ten byl testován svčnou vodou nalitou do červeného

<sup>3</sup> „Placebo efekt se liší od placebo podobného efektu tím, že ten první se objevuje po podání placebo, zatímco druhý ani administraci placebo nepotřebuje. Nicméně v obou případech hraje klíčovou roli psychosociální kontext.“ Benedetti F: Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2008;48:33-60

<sup>2</sup>

[http://schematyc.stat.ucla.edu/unit\\_04/scu\\_rvy.pdf](http://schematyc.stat.ucla.edu/unit_04/scu_rvy.pdf) (naposled dohledáno 19.9.2016)



vína a řádl jak smyslů zbavený. Nevšiml si přitom, že při druhém pokusu mu nalili do vína obyčejnou vodu, řádl úplně stejně, a tím na sebe prozradil, že neexistuje. Důkazy neexistence ďábla byly v tehdejší době velmi významné, protože šlo nejen o víru, ale často o skutečně velké majetky.

Tyto zkušenosti převzala medicína dvacátého století a ve snaze oddělit zrno od plev zavedla randomizované, kontrolované a dvojitě slepé studie (RCTs = randomized controlled trials) a statistiku<sup>4</sup>. Placebo je použito jako neexistující lék, přitom je na něm zajímavé, že léčí. Běžný čtenář pozná, že lék je účinnější, jestliže vyléčil 60 % pacientů, zatímco placebo jen 40 %, protože ale medicínu často volí jedinci, jimž ve škole nešla matematika, málokdo si uvědomí, že účinnost léku není 60%, ale jen 36%. Placebo-reaktoři zafungovali jinými mechanismy. A není jich jen 35 %, jak se dlouho mylně traduje na základě Beecherovy studie z padesátých let<sup>5</sup>, ale za příznivých okolností mohou na placebo reagovat všichni účastníci studie<sup>6</sup>. To je potom rána! Někdy je jako placebo použito i aktivních přípravků, nejčastěji v situaci, kdy pacienti naléhají na předpis nějaké farmakoterapie; ne zcela

šťastné je pak předepsání anti-biotika při viróze<sup>7</sup>.

Nicméně v situaci, kdy medicína přestala léčit nemocné a začala léčit nemoci, kdy zájem o pacienty se přesunul v zájem o **chorobné stavy**, více či méně jasně definované patofyziologické entity prokázané příslušnými objektivními příznaky a fungující v konstruktu „evidence based medicine“ na příslušnou léčbu a nakonec jen laboratorní nálezy („zvýšený cholesterol“), se snadno takováto maličkost ztratí.

On to ve své době konstatoval už renesanční polyhistor, umělec a myslitel Francisco Petrarca<sup>8</sup>, když napsal roku 1346 v dopise příteli, jak si konkrétně představuje porovnání různých postupů: *„Slavnostně prohlašuji a věřím, že kdyby stovka nebo tisíc mužů téhož věku a téhož temperamentu a zvyků, dohromady v tomtéž prostředí onemocnělo v tentýž čas touž nemocí a kdyby polovina byla léčena podle doporučení těch doktorů, kteří ten den praktikují, a druhá polovina by nedostala žádné léky a byla ponechána jen instinktům Přírody, nemám pochyb o tom, která z obou by unikla (smrti).“*

<sup>4</sup> Meldrum M. L.: A brief history of the randomized controlled trial. From oranges and lemons to the gold standard. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000 Aug;14(4):745-760

<sup>5</sup> Beecher H. K.: The powerful placebo. *JAMA*, 1955;159(17):1602-1606

<sup>6</sup> Moerman D. E.: Cultural variations in the placebo effect. *Ulcers, anxiety and blood*

pressure. *Med Anthropol Quart*, 2000; 14(1):1-22

<sup>7</sup> Kermen R., Hickner J., Brody H., et al. Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos. *Fam Med* 2010;42:636-42

<sup>8</sup> Bothwell L. E., Podolsky S. H.: The Emergence of the Randomized, Controlled Trial. *N Engl J Med* 2016; 375:501-504



*PLACEBO-ODPOVĚĎ NENÍ REAKCÍ NA NĚJAKOU LÁTKU, ALE SLOŽITÝM PSYCHOBIOLOGICKÝM A KULTURNÍM FENOMÉNEM, KTERÝ SE VĚDECKÉ MEDICÍNĚ NECHCE ŘEŠIT.*

Placebo reakce ať na podanou inertní látku imitující lék, či „sham“ neboli neuskutečněný postup, který je jako léčivý očekáván, není „pouhou sugescí“, ale je vyvoláván několika různými mechanismy a vypovídá mimo jiné o samoúdravných schopnostech organismu v určitém mezilidském a kulturním kontextu. Vědecké medicíně tyto skutečnosti překážejí pro jejich složitost a neuchopitelnost v redukcionistickém a pozitivisticky laděném přístupu, provokační charakter vynořujících se souvislostí neodpovídá úspěšně na kladené otázky, spíše další klade a otvírá – a to je v komercializovaném prostředí nepohodlné.

Máme tu cosi, co se nazývá *Hawthorne efekt*, odvozený od názvu firmy, která je zaměřena na prodej elektrické energie a věcí s ní souvisejících a sídlí poblíž Chicaga v městečku Cicero. Zde ve třicátých letech minulého století prokázali vědci, že kombinace péče a zájmu vede k aktivitě, která přináší lepší výkonnost a vyšší výsledky. Tato skutečnost byla opakovaně ověřena v klinické praxi<sup>9</sup>. To je naprosto nespecifický faktor, s nímž se v klinických studiích nepočítá.

Když jsme na konci sedmdesátých let se Skálou a Pirkem v kontrolované farmakologické studii s amitriptylinem<sup>10</sup> sledovali rychlost pasáže trávicím traktem, zjišťovali jsme mezi pacienty výrazné rozdíly: od nálezu barya v ampule rekta

po 90 minutách, po zcela opačně pomalý průběh. Další zajímavostí bylo, že u dvou z deseti sledovaných se po podání amitriptylinu klinický stav výrazně upravil, průjmy ustaly, přičemž pasáž se významně zrychlila.

Z této studie vyplynul další klinický poznatek. Zřejmě díky zájmu mnoha zdravotníků se projevil významný nespecifický placebo efekt. Ze skupiny třiceti nemocných se jich 27 signifikantně zlepšilo. Asi po čtyřech letech provedli analogickou studii s benzodiazepinovým anxiolytikem clobazamem kolegové v Plzni a místo placebo použili jako referenční lék amitriptylin. Ten vedl ke zlepšení jen v 60 %, což v té době odpovídalo i jeho účinnosti ve standardních podmínkách mé ambulantní léčby. Zato clobazam měl 90% terapeutický úspěch. Od těch dob beru s velkou rezervou zprávy o tom, jak účinné jsou léky. Ale také vím, jak účinkuje Hawthorne efekt.

Co se týká placebo, můžeme totiž mít placebo-odpověď, která je založena na očekávání, a pak je v případě analgezie zrušitelná podáním naloxonu, můžeme mít placebo odpověď, která naloxonem zrušitelná není, protože je založena na klasickém podmiňování<sup>11</sup> a můžeme mít kombinaci obou<sup>12</sup>. Skutečnost, že bolest ustoupila po placebo, v žádném případě neznamená, že nebyla „skutečná“.

<sup>9</sup> McCarney R., et al.: The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol.* 2007; 7: 30. doi: 10.1186/1471-2288-7-30

<sup>10</sup> Honzák R., Skála I., Pirk F.: Therapeutic use of amitriptyline in irritable colon. *Cesk Gastroenterol Vyz.* 1978 Sep;32(6):379-85

<sup>11</sup> Montgomery G. H., Kirsch I. Classical conditioning and the placebo effect. *Pain,* 1997;72:107-13

<sup>12</sup> Amanzio M., Benedetti F.: Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems. *J Neurosci.* 1999; 19(1):484-94



V prvním uvedeném případě činí rozdíl mezi účinkem dvou placebových infuzí NaCl všeho všudy osm slov. Benedetti a Amanzio podali jako analgetikum na laserem vyvolanou bolest na předloktí infuzi fyziologického roztoku. V jednom případě bez jakéhokoliv upřesnění, ve druhém s ujištěním, že jde o účinné analgetikum. Ve druhém případě bolest ustoupila předpokládaným působením na opioidní a cholecystokininové receptory. Po podání naloxonu se ale zase vrátila<sup>13</sup>. Tyto skutečnosti, týkající se naloxonu, už byly ale metodicky méně přesně ověřovány od 70. let minulého století<sup>14</sup>

Bolest je vždy subjektivní, jak ji definuje závazně WHO, a podobně se můžeme dívat na pocit subjektivní pohody či nepohody u definované somatické ne-moci, který se může významně lišit při zcela stejných objektivních nálezech<sup>15</sup>. Studie provedená Kaptchukovým týmem a publikovaná v NEJM v roce 2011 u 39 nemocných s astmatem je hodnocena jako jedna z nejprísněji metodicky vedených studií<sup>16</sup>. Albuterol podávaný ve spreji zlepšil objektivně FEV<sub>1</sub> (Forced

Expiratory Volume – time) o 20 %, kdežto oba placebové postupy spočívající v shamové akupunktuře a placebo ve spreji jen o 7 %. Přitom ale se subjektivní zlepšení ve třech uvedených postupech významně nelišilo (albuterol 50 %, shamová akupunktura 46 % a placebo inhalátor 45 %), zato bylo signifikantně lepší než neposkytnutí žádné léčby, kdy činilo jen 21 %.

Čerstvější zobrazovací studie naznačují, že na anticipační analgezi se kromě opioidního systému podílejí také další mechanismy, které vycházejí z orbito-frontální a ventrolaterální prefrontální kůry<sup>17,18</sup>. Účinek placebo na zlepšení pohyblivosti u pacientů s Parkinsonovou chorobou není doposud plauzibilně vysvětlen<sup>19</sup>, přesto jej lze objektivně prokázat a také úspěšně terapeuticky využít navzdory malým počtům pacientů v publikovaných studiích, stejně jako dobré výsledky akupunktury<sup>20</sup>.

<sup>13</sup> Benedetti F., Amanzio M.: The neurobiology of placebo analgesia: from endogenous opioids to cholecystokinin. *Prog Neurobiol.* 1997;52(2):109-25

<sup>14</sup> Levine J. D. et al.: The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, 1978;2:654-657

<sup>15</sup> Kihlstrom J. F.: Placebo: Feeling Better, Getting Better, and the Problems of Mind and Body. *McGill J Med*, 2008;11(2): 212-214

<sup>16</sup> Wechsler M. E., et al.: Active Albuterol or Placebo, Sham Acupuncture, or No Intervention in Asthma. *N. Engl J. Med.* 2011; 365(2): 119–126

<sup>17</sup> Petrovic P., et al.: A prefrontal non-opioid mechanism in placebo analgesia. *Pain.* 2010 Jul;150(1):59-65

<sup>18</sup> Wiech K., Kalisch R., Weiskopf N., Pleger B., Stephan K. E., Dolan R. J. Anterolateral prefrontal cortex mediates the analgesic effect of expected and perceived control over pain. *J. Neurosci* 2006;26:11501–9.

<sup>19</sup> Espay A., et al.: Placebo effect of medication cost in Parkinson disease: A randomized double-blind study. *Neurology*, 2015;84(8):794-802

<sup>20</sup> Zeng B. Y., Zhao K.: Effect of Acupuncture on the Motor and Nonmotor Symptoms in Parkinson's Disease—A Review of Clinical Studies. *CNS Neurosci Ther.* 2016 May;22(5):333-41





Byl by hluboký omyl domnívat se, že samotná molekula léku je odpovědná za celý jeho účinek. Za jistých okolností dokonce vůbec molekula aktivní látky účinkovat nemusí, jak prokázala Collona s Benedettim ve studii z roku 2005<sup>21</sup>. Aplikace analgetika působícího na cholecystokininový systém byla bez analgetického účinku, pokud pacienti nevěděli, že dostávají lék proti bolesti a látka byla aplikována bez vysvětlení. Táž autorská dvojice později rozšířila mechanismy analgetického působení placebo o cestu sociálního učení<sup>22</sup>. Do tohoto souboru skutečností zapadá poněkud neorganicky zjištění, že placebo je účinné i tehdy, když pacienti nejsou uváděni v omyl a vědí, že dostávají neaktivní látku, jak

<sup>21</sup> Colloca L., Benedetti F.: Placebos and painkillers: is mind as real as matter? *Nat Rev Neurosci*, 2005 Jul;6(7):545-52

<sup>22</sup> Colloca L., Benedetti F.: Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain* 2009;144:28–34.

prokázal Kaptchuk se spolupracovníky v případě léčení nemocných trpících dráždivým trační-kem<sup>23</sup>. Kromě již uvedených faktorů je třeba vzít v úvahu mnoho dalších více i méně specifických a sociálně a kulturně podmíněných vlivů, označovaných jako MAC effect<sup>24,25,26</sup>: *meaning and context*. Proto se může pohodlně stát, že mnohem účinnější lék vykáže ve svém klinickém výsledku menší efektivitu, než jiný, mnohem méně účinný, který ale obsahuje větší MAC.

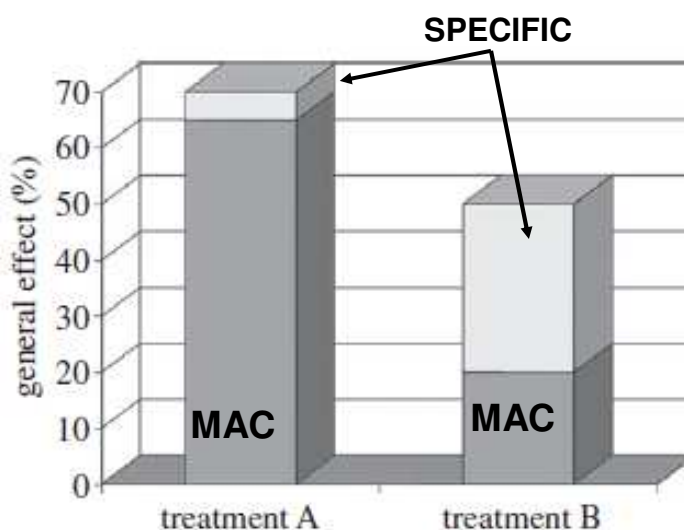
<sup>23</sup> Kaptchuk T. J., et al.: Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLoS One*. 2010; 5(12): e15591

<sup>24</sup> Moerman D. E., Jonas W. B.: Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response. *Ann Intern Med*. 2002;136:471-476

<sup>25</sup> Miller F. G., Kaptchuk T. J.: The power of context: reconceptualizing the placebo effect. *J R Soc Med* 2008;101:222-225

<sup>26</sup> Jonas W. B.: Reframing placebo in research and practice. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2011;366(1572):1896-904

## MAC effect (meaning and context)



Jonas WB: Reframing placebo in research and practice. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2011;366(1572):1896-904

MAC efekt je tvořen veškerou informací, která se kolem daného přípravku šíří,

počínaje haló-efektem, přes způsob aplikace – injekční je účinnější než perorál-



ní<sup>27,28,29</sup> – a vzhled tablety<sup>30</sup> až po zprávu o objektivních výsledcích při klinickém použití. Svůj význam hraje firemní značka, jak prokázali Branthwaite a Cooper<sup>31</sup> již v roce 1981. Placebo opatřené prvotřídním firemním logem mělo velice dobré analgetické účinky a jako slabší proti aktivním látkám se projevilo až u posledního nejvyššího kvartilu pacientů (velmi významné zlepšení). Nezavrhujeme myšlenku, že stejný přínos představuje „dobré jméno zdravotnického zařízení“, nebo konkrétní osoby. Verbální sugesce<sup>32</sup> značně účinky posílí. Sama o sobě má ale podle zjištění autorů jen malý efekt. V období uctívání konzumu (pravděpodobně ale vždy) se zajímavým způsobem – přímo úměrně – na účinku placebo podílí jeho deklarovaná cena<sup>33</sup>; „drahá“ injekce (desetkrát dražší) údajného antiparkinsonika zlepšovala pohyblivost pacientů více než „levná“. Ovšem jen tehdy, byla-li použita dříve než levná. V opačném pořadí tento model nefungoval. Dle převládajících názorů

jak autorů, tak mnoha komentátorů to bylo možná proto, že i „levná“ injekce za 100 dolarů se zdála pacientům velmi drahá a další stupňování účinku spojené s nárůstem ceny se nekonalo.

S barvou placebo mám vlastní zkušenost<sup>34</sup>. V září 1968, kdy nás po krátkém pobytu opouštěli zástupci západních farmaceutických firem, ke kterým jsme chodili během Pražského jara pro rozkazy, literaturu a také na koňak, zanechali mi několik krabic tehdy naprosto nových a do té doby v běžné praxi neznámých dvojbarevných kapslí (léky byly zásadně jenom v tabletách, magistraliter rozpisované prášky a jejich směsi se ukládaly „ad neb“ – do nebulí vylisovaných z jedlého papíru). Paní magistra nám ve svém volném čase naplnila stovky až tisíce těchto obalů mléčným cukrem a my jsme rozjeli výzkum týkající se modifikace placebo efektu barvou léku. Pomáhala nám při vymýšlení jejich názvů a s její asistencí jsme nejhnusnější placebo (temně cementově šedivá plus terrakota), po němž se několik pacientů pozvracelo, zkolabovalo a dvě ženy dostaly kopřivku, pokřtili na počest StB jako Estebin®. Jinak mohu potvrdit, souhlasně s literárními údaji<sup>35</sup>, že zelená barva „uklidňovala“ spasmus, zatímco žlutá a červená měla nejvíc sympatikonních vedlejších účinků.

Uklidňující modř na placebo anxiolyticích a hypnoticích funguje snad po celém světě s výjimkou italských mužů. Jejich kulturní zázemí ruší univerzální symboliku. Pro ně je modrá stimulující,

27

<http://harvardmagazine.com/2013/01/the-placebo-phenomenon> (dohledáno naposled 18.9.2016)

<sup>28</sup> Evans, F. J.: The placebo response in pain reduction. In J. J. Bonica (Ed.), *Advances in Neurology*. New York: Raven. 1974; 289-296

<sup>29</sup> de Craen A. J., et al.: Placebo effect in the acute treatment of migraine: subcutaneous placebos are better than oral placebos. *J. Neurol.* 2000 Mar;247(3):183-8

<sup>30</sup> Blackwell B., et al.: Demonstration to medical students of placebo responses and non-drug factors. *Lancet*, 1972;1(7763):1279-1282

<sup>31</sup> Branthwaite A., Cooper P.: Analgesic effect of branding in treatment of headaches. *BMJ (Clin Res Ed)*, 1981;282(6276):1576-1578

<sup>32</sup> Darragh M., et al.: The placebo effect in inflammatory skin reaction. The influence of verbal suggestion on itch and weal size. *J. Psychosom Res.* 2015 May;78(5):489-94

<sup>33</sup> LeWitt P. A., et al.: The pharmacodynamics of placebo: Expectation effects of price as a proxy for efficacy. *Neurology*, 2015;84(8):766-767

<sup>34</sup> Honzák R., et al.: Our experience with the effect of placebo in some functional and psychosomatic disorders. *Activ Nerv Super (Prague)*, 1971;13:190-191

<sup>35</sup> De Craen A. J. M., et al. Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *BMJ*1996;313:1624-6



neboť jejich národní fotbalový tým, který je neuspává, se nazývá Forza Azzurri<sup>36</sup>!

A pak tu máme hezký příběh pro ty, kteří si myslí, že veškerá lidská mysl se nachází mezi ušima a dál ne. Ta studie proběhla před třiceti roky na jedné zubní poliklinice v Německu, tehdy západním a kapitalistickým<sup>37</sup>. Badatelé se rozhodli, že budou testovat účinky analgetika fentanylu, placebo a naloxonu po vytržení zubu moudrosti a že v přísně zaslepeném uspořádání (opravdu nikdo neví, co v které tabletě je) dostanou pacienti jeden ze tří možných preparátů: fentanyl, placebo, nebo naloxon, přičemž budou seznámeni jen s tím, že dostali buď placebo, které může, ale také nemusí jejich bolest zmírnit, nebo naloxon, který může, ale nemusí jejich bolest zhoršit a po zákroku vyplní dotazník se škálou, jak jim příjemek zabral a ovlivnil bolest.

Fentanyl je velmi silné analgetikum a tehdy byl považován za krále všech. Je z rodiny opioidů a tam nastal zádrhel. Před vypuknutím studie přišel za lékaři její koordinátor a smutně jim sdělil, že fentanyl ve studii být zařazen nemůže, kvůli omezení, jež platí pro opiáty, že tam tedy zůstanou jen dva zbývající

<sup>36</sup> <http://www.iftf.org/future-now/article-detail/take-the-blue-pill-unless-you-love-italian-soccer/> (naposled dostupné 18.9.2016)

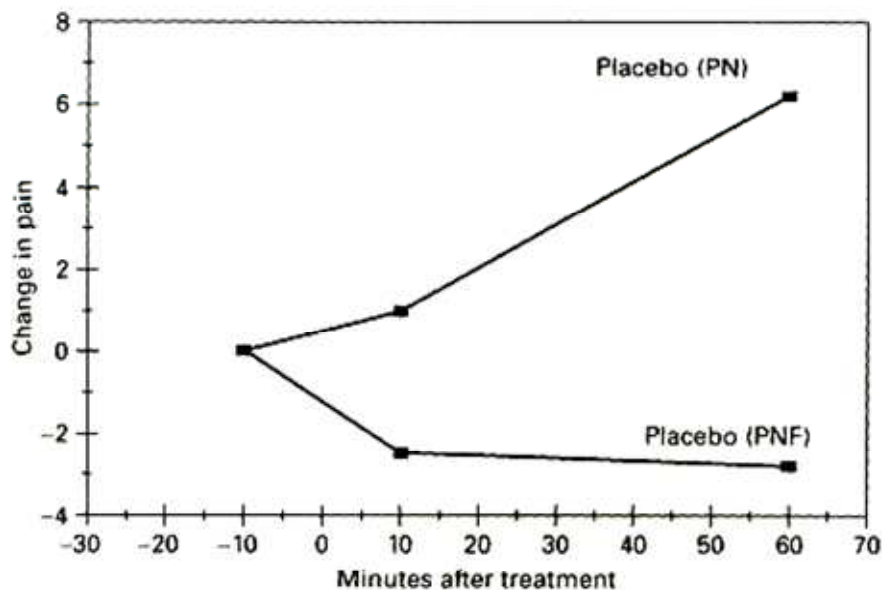
<sup>37</sup> Gracely R. H., et al.: Clinicians' expectations influence placebo analgesia. *Lancet*. 1985, Jan 5;1(8419):43

prášky. Tak se studie rozběhla bez fentanylu.

Po několika týdnech přišel koordinátor tentokrát s dobrou zprávou, že se podařilo fentanyl do studie zařadit a ode dneška tedy je mezi podávanými léky. Do informace pro pacienty tato skutečnost nepronikla, přesto však výsledky analgetické léčby začaly být mnohem příznivější. Konečně je to možné konstatovat na přiloženém grafu ze studie. V první části studie, znázorňené horní křivkou (PN), se bolest po zákroku zvyšovala, zatímco ve druhé části (PNF) byl patrný silný analgetický účinek. Jediný rozdíl mezi oběma skupinami byl v tom, že u té druhé lékaři věděli, že mezi podávanými léky je král analgetik – sám velký fentanyl. Pacientům to ovšem nesdělili.

Miluji studie sestavené systémem „podraz“ a tahle mezi ně patří. V obou částech totiž pacienti nedostali nic jiného než placebo, tedy dle definice látku inertní, která žádné reakce v organismu nevyvolává. Studie s názvem *Očekávání klinických lékařů ovlivňuje placeboovou analgezi* byla otištěna v časopisu *Lancet*. Dosud nebyla spolehlivě zodpovězena otázka, kudy a jakým způsobem pronikla do patientské skupiny informace o tom, co si lékaři slibují od podaného léku. Praktická aplikace této vědecké pravdy pak spočívá v tom, že pokud někomu podávám lék, kterému sám věřím, přidávám (kolik asi procent?) na jeho klinickém účinku.





4.1 Effects of physician knowledge on patient response to inert medication (Source: Gracely *et al.* 1985)

Jedna farmaceutická firma měla kdysi jako heslo omlouvající dyskomfort při farmakoterapii slogan: Když to nemá nežádoucí účinky, tak to není lék. V tomto ohledu si placebo vede velmi dobře, jak ukazuje studie otištěná 2006 v BMJ<sup>38</sup>. Do plně placebové (nepravá akupunktura versus tablety) studie bylo zařazeno dvakrát 133 nemocných trpících bolestivou artrózou ramenního kloubu. Kromě ústupu obtíží byly sledovány také nežádoucí příznaky. Nebylo jich málo. Ve skupině, v níž byly podávány tablety, se vyskytla u 20 % pacientů ospalost, u 19 % xerostomie (sucho v ústech), v 7 % neklid a v 5 % závratě. Úzkost, nauzea a noční můry se objevily u 3 % nemocných. Jehla, která nebyla nikdy vpíchnuta, protože zajela zpátky do pouzdra po přiložení na příslušný

bod, vyvolala bolest v 15 %, bolest po jejím „vytažení“ v 10 %, a zarudnutí nebo otok ve 3 %.

Jsou-li konzervativní léčebné postupy dobrou inspirací posilující placebo efektivitu, o co silněji musí působit postupy chirurgické, vzpomeneme-li na větší účinnost placebo podaného parenterálně ve srovnání s podáním perorálním; narušení tělesné integrity má nesporně větší dramatický dopad. A také že skutečně působí; od prvních experimentů s podvazem arteria mammae konaných v dobré víře, že „to tak opravdu funguje“, kdy u nemocných se stabilní anginou pectoris nastávalo zlepšení v 30 – 80 % a u pacientů se srdečním selháním ve čtvrtině případů<sup>39</sup>.

<sup>38</sup>Kaptchuk T. J., et al.: Sham device v inert pill: randomised controlled trial of two placebo treatments. BMJ. 2006 Feb 18;332(7538):391-7

<sup>39</sup> Bienenfeld L., Frishman W., Glasser S. P.: The placebo effect in cardiovascular disease. Am Heart J., 1996;132:1207-21

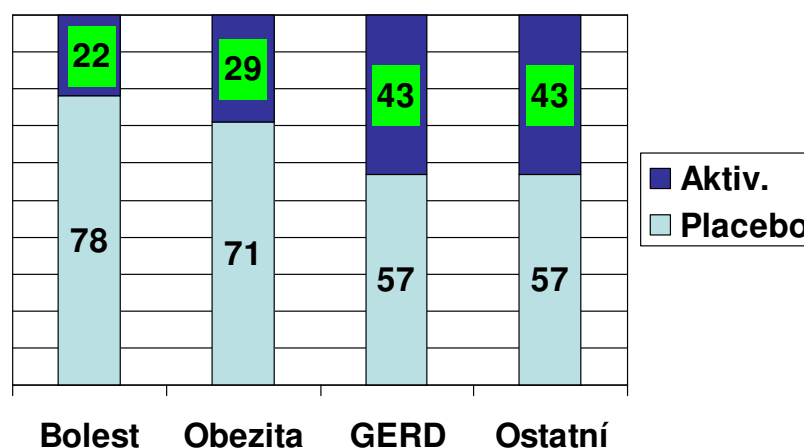


Nedávná metaanalýza prací věnovaných chirurgickým zákrokům provedená Jonasovou skupinou<sup>40</sup> nepotvrzuje efekti-

<sup>40</sup> Jonas W. B. et al.: To what extent are surgery and invasive procedures effective beyond placebo response? A systematic review with meta-analysis of randomised, sham controlled trials. *BMJ Open*, 2015;5:e009655

vitu chirurgického řešení u řady chronických bolestivých afekcí, efektivitu bariatrické chirurgie při řešení obezity hodnotí jako hraniční, jedinou diagnos-tickou skupinou indikovanou k chirurgickému řešení jsou podle ní pacienti trpící gastroezofageální refluxní chorobou (GERD). Pro srovnání graf shrnující jejich údaje:

### Relativní podíl placebové složky na zlepšení



Jonas WB et al.: To what extent are surgery and invasive procedures effective beyond placebo response? *BMJ Open*, 2015;5:e009655.

### PLACEBO EFEKT NA ZÁKLADĚ PODMIŇOVÁNÍ

Kdyby na všech případech klinických úspěchů placebo mohli jeho odpůrci argumentovat „sugescí“, u zvířat jim to těžko projde. Jedním z prokázaných případů placebového účinku vzniklého klasickým podmiňováním je už dnes legendární práce zakladatelů oboru zvaného neuropsychoiimmunologie, Roberta Adera a Nicholase Cohena<sup>41,42</sup>, kteří u myši se

systemovým lupusem jako podmíněného podnětu použili chuťově výrazného sacharinu, jehož podání párovali, nebo v kontrolní skupině nepárovali, s podáním účinného cyklosporinu. Přezívání zvířat „léčených“ sacharinem po přerušení podávání cyklosporinu bylo významně delší u těch, u nichž byly oba

<sup>41</sup> Ader R., Cohen N.: Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med*, 1975;37(4):333-340

<sup>42</sup> Ader R., Cohen N.: Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science*. 1982;215(4539):1534-6





podněty párovány, tedy tam, kde byla navozena klasická podmíněná odpověď.

Podobně lze u lidí navodit podmíněnou analgezií jinou cestou, než cestou opioidních receptorů, jak to ve své studii prokázala Amanzio s Benedetti<sup>43</sup>, když jako analgetikum podávali non-opioidní ketorolac tromethamine, a tak prokázali, že na placebové analgezií se mohou podílet jak faktory očekávání, tak faktory klasického podmiňování nabuzené opakovaným podáním účinného analgetika a že lze navodit analgezií blokova-telnou naloxonem úplně, částečně, nebo vůči této blokáde vzdornou. Tudy vede cesta k analgezií přes různé relaxační, koncentrační a meditační techniky<sup>44</sup>.

Souhrnně lze říci, že placebo efekt je v zásadě efekt vyrůstající z psychosociálního kontextu a dostupná data ukazují, že různé sociální podněty, jakými jsou slova, rituály nebo terapeutické akty, mohou měnit jak chemické tak neurofyzilogické pochody v mozku. Mechanismy aktivované placebem jsou tytéž, které jsou aktivovány léky (eventuálně

drogou), což naznačuje, že konečný účinek léku je také výsledkem kognitivní/afektivní interference. Současně však platí, že když jsou významně narušeny prefrontální funkce, je placebo odpověď redukována, nebo zcela chybí, jak se děje u demence Alzheimerova typu<sup>45</sup>.

Za velice zajímavou lze považovat nedávnou zprávu kanadských autorů, kteří podrobili metaanalýze poslední studie věnované lékům na tlumení neuropatické bolesti z USA<sup>46</sup> a zjistili, že prodloužení intervalu sledování mělo za následek, že rozdíly mezi aktivními léky a placebem se zmenšovaly, až na hranici signifikance. Přitom neklesaly ani uváděné výchozí intenzity bolesti zařazených pacientů, neklesala účinnost podávaných analgetik, ale zvyšovala se „účinnost“ placeba. Komentáře autorů i dalších odborníků nevyklučují možnost, že pokud by byly studie v minulých letech prováděny ve stejně dlouhém období, nebyla by prokázána tak významná účinnost řady analgetik a také mnoha v té době na trh uvedených psychofarmak.

<sup>43</sup> Amanzio M., Benedetti F.: Neuropharmacological Dissection of Placebo Analgesia: Expectation-Activated Opioid Systems versus Conditioning-Activated Specific Subsystems. *J. Neurosci*, 1999;19(1): 484-494

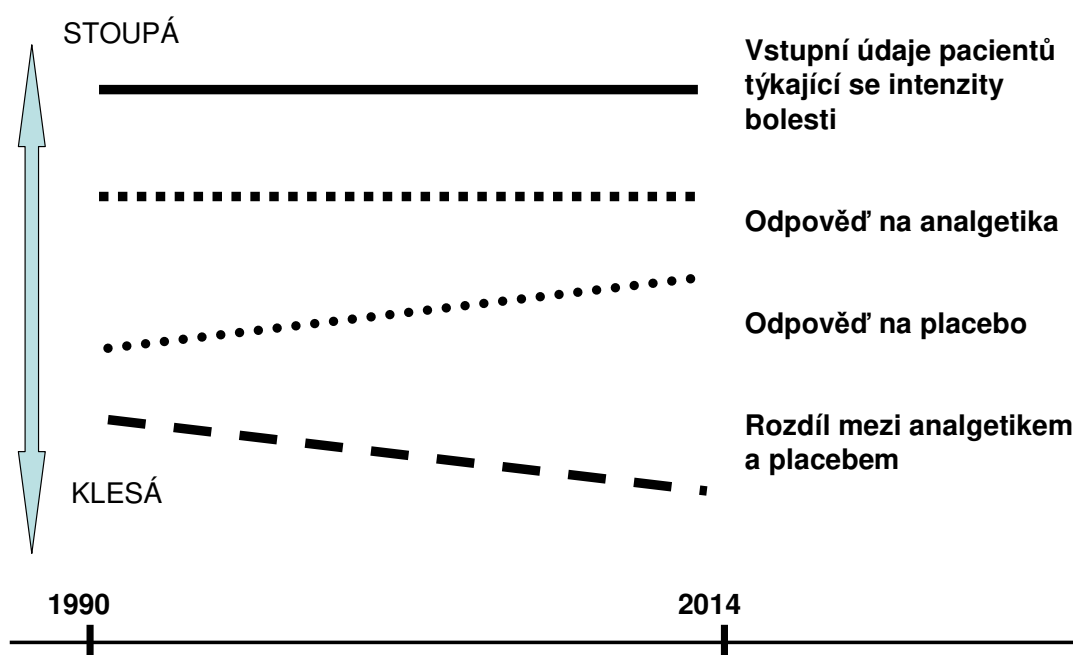
<sup>44</sup> Zeidan F., et al.: Mindfulness-Meditation-Based Pain Relief Is Not Mediated by Endogenous Opioids. *J. Neurosci*, 2016;36(11): 3391-3397

<sup>45</sup> Benedetti F.: How Placebos Change the Patient's Brain *Neuropsychopharmacol Rev*, 2011;36(1):339-354

<sup>46</sup> Tuttle A. H., et al.: Increasing placebo responses over time in U.S. clinical trials of neuropathic pain. *Pain*. 2015 Dec;156(12):2616-26



## Vývoj reakce na analgetika a placebo



Zpracováno podle údajů Tuttle AH et al.: Pain. 2015;156(12):2616-26

Mezi mnoha dalšími otázkami, které se týkají probírané problematiky, nelze obejít jednu důležitou: Jak dalece je použití placebo etické v době, kdy je kladen důraz na autonomii pacienta, na jeho souhlas s léčbou a plnou informovanost? Poslední revize Helsinské deklarace z roku 2013<sup>47</sup> říká, že v terapeutických studiích může být placebo použito, pokud není k dispozici terapie, nebo pokud to vyžadují výzkumné cíle. Je celkem shoda v tom, že by mělo být co nejméně používáno u psychiatrických pacientů, kde hrozí relaps<sup>48</sup>. Co se týká použití při terapii,

<sup>47</sup>

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

<sup>48</sup> Čurković M., et al: Ethical Overview of Placebo Control in Psychiatric Research -

shodují se etici na názoru, že navzdory shora uvedeným požadavkům není placebo v rozporu s etikou tam, kde je lékař přesvědčen, že představuje dobro pro pacienta<sup>49</sup>. Ale také průzkumy mezi pacienty ukazují, že většina je nakloněna použití placebo<sup>50</sup> v indikovaných případech.

Concepts and Challenges. Psychiatr Danub. 2015 Jun;27(2):118-25

<sup>49</sup> Gold A., Lichtenberg P.: The moral case for the clinical placebo. J Med Ethics. 2014 Apr;40(4):219-24

<sup>50</sup> Ortiz R., et al.: Patient attitudes about the clinical use of placebo: qualitative perspectives from a telephone survey. BMJ Open. 2016 Apr 4;6(4):e011012

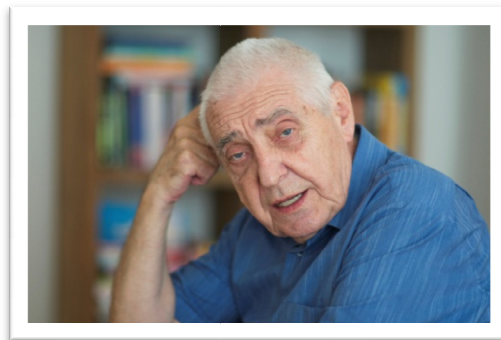


*NĚKOLIK PRAKTICKÝCH RAD:*

- Předepisuj častější denní dávkování.
- Léčbu aplikuj v terapeutickém settingu.
- Věnuj pozornost aplikační cestě (s.c. > p.o.).
- Registruj účinky aplikovaného postupu.
- Atmosféra při aplikaci má být vřelá a pečující.
- Při aplikaci z tebe musí vyzařovat jistota.
- Rozpoznej, čemu pacient věří.
- Ujisti se, že pacient věří tvé léčbě.
- Srovnej svou víru s pacientovou vírou i kulturou.
- Přidej bezpečný, a zřetelný podmíněný stimul (jehla, dotyk, vůně).
- Zdůrazni, že léčba je nová a prominentní.
- 
- Používej známé a osvědčené značky firem.
- Jestliže je to pro pacienta významné, neváhej způsobit – s dodržením všech kautel (bezpečnostních podmínek) – mikrotrauma (jehla, skarifikace).
- Informuj pacienta, co může očekávat.
- Používej světlo, laser, elektronické přístroje, které „dopravují“ lék pacientovi do těla.
- Zařaď do svého verbálního projevu opakovaná ujištění s nádechem sugesce.
- Používej metody snižující úzkost pacienta.
- Vytvoř rituál při aplikaci jakékoliv terapie.
- Ceny doporučené terapie: nesmějí být ani příliš nízké, ani přehnaně vysoké.
- Dotýkej se pacienta!

Text vznikl jako kapitola z připravované učebnice psychosomatiky.

Na vyžádání redakce text dorazil 2. 10. 2016  
Do tisku zařazen se souhlasem Petra Bartůňka, do jehož  
sborníku byl také zařazen.  
Střet zájmů: není



## TELEC I.: ZDRAVOTNÍ SLUŽBY A PLACEBO: POROZUMĚNÍ, NEBO ZAMLŽENÍ PROBLÉMU?



**SOUHRN:** TELEC I.: ZDRAVOTNÍ SLUŽBY A PLACEBO: POROZUMĚNÍ, NEBO ZAMLŽENÍ PROBLÉMU? *PSYCHOSOM* 2016; 14(4), s. 247- 258

*Komplementární a alternativní medicína je v některých kulturně srovnatelných zemích zahrnutá do hlavního proudu zdravotních služeb, například v Německu, Švýcarsku, Lichtenštejnsku. Část lékařské komunity ale vysvětluje účinnost některých metod, přípravků nebo přístrojů komplementární a alternativní medicíny pouze cestou placebo efektu. Takový účinek je znám z experimentální farmakologie a lékařského výzkumu. Není pochyb o tom, že některé jevy, jako je autosugesce nebo sugesce, mohou zdraví ovlivnit. Ve zdravotních službách platí právní zákaz užívání placebo, jako úmyslného zkreslování informací poskytnutých pacientovi o účinku účinné látky, postupu nebo přístroje. S jedinou výjimkou- pokud by se pacient vzdal svého práva na informace o jednotlivých navrhovaných léčebných postupech. Abychom mohli používat některé formy komplementární a alternativní medicíny, musíme uvést, které postupy, léčivo nebo přístroje jsou skutečně efektivní. To znamená přinést důkaz, zejména na základě kvalitativního výzkumu v oblasti zdraví. Celkově lze shrnout, že experimentální princip placebo nelze použít ve zdravotních službách. Jedinou výjimkou je vzdání se pacientova práva na informace.*

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Komplementární, alternativní medicína, placebo, právo



ABSTRACT: TELEC I.: HEALTH CARE AND PLACEBO: UNDERSTANDING OR MISUNDERSTANDING OF THE PROBLEM? PSYCHOSOM 2016; 14(4), PP. 247- 258

*Complementary and alternative medicine is in some culturally comparable foreign countries included to the mainstream health services, e.g. in Germany, Switzerland, Liechtenstein. Part of the medical community but explains the effectiveness of some methods, substance or device of the complementary and alternative medicine using only a placebo effect. Such an effect is known from experimental pharmacology and medical research. As to some phenomena, such as auto-suggestion or suggestion, we have no doubt about health affect. In the health services pay legal ban on the use of placebos. This is a deliberate misrepresentation putting the patient on the active substance, procedure or device. The only exception would be if the patient waives his right to information on the proposed individual treatment decisions. We can mention some health care of the complementary and alternative medicine which procedures, substance or devices are indeed effective. This is evidence in particular on the basis of qualitative health research. The overall conclusion is that the experimental principle placebo can not be used in the health services. The only exception is the patient's waiver of the right to information.*

KEY WORDS: Complementary and alternative medicine, placebo effect

Při výkladu a praktickém používání zdravotnického práva se setkáváme s odborným pojmem placebo. Týká se to například rozmanité komplementární a alternativní medicíny nebo přírodního léčitelství. Používání různých postupů, látek a prostředků působení na zdraví je věcí svobody volby péče o vlastní zdraví (*Kurierfreiheit*).<sup>1</sup> Lidské svobodě a popřítavce z ní vyplývající má odpovídat nabídka služeb na trhu. Pojem „komplementární a alternativní medicína“ sice není českým právním pojmem, ale pro jeho zavedenost v klinické praxi jej používám i zde.<sup>2</sup> V západním pojetí bývá

tento lékařský pojem chápán v poměru ke konvenční biomedicině či školské medicíně. Scelujícím pojmem bývá integrativní medicína, k níž se hlásí kupříkladu Severoatlantická aliance (NATO),<sup>3</sup> jíž je Česko členem. Komplementární medicína se v některých částech stala součástí české školské medicíny, resp. zdravotnického vzdělávání, a to i v klinické výuce.

---

2016]. BLOG PROVOZUJE M. H. COHEN; K TOMU VIZ TÉŽ KNIŽNÍ PRÁCE CIT. AUTORA TAM UVEDENÉ.

<sup>1</sup> Viz autorův příspěvek *Máš právo léčit se, jak chceš*. Lidové noviny, 24. 9. 2016, příloha Orientace, s. 24 (VI) – 25 (VII).

<sup>2</sup> SROV. NAPŘ. CAMLAW BLOG, [HTTP://WWW.CAMLAWBLOG.COM/](http://www.camlawblog.com/), [CIT. 14. 8.

<sup>3</sup> Viz zvláštní číslo *Medical Acupuncture*, Vol. 27, 2015, No. 5, resp. závěrečnou zprávu tam zveřejněnou.





## POHLED K SOUSEDŮM

V nedalekém a kulturně spřízněném Bavorsku, kam někteří čeští lékaři odcházejí za výdělkem, po pětadvacet let působí nemocnice zaměřená na tradiční čínskou medicínu, *TCM-Klinik Bad Kötzing*.<sup>1</sup> Vedle ní můžeme zmínit například mnichovskou nemocnici *Krankenhaus für Naturheilweisen*,<sup>2</sup> navazující na *Münchener homöopathische Spitalverein* založený roku 1851. Mnichovskou integrovanou nemocnici tvoří odborná klinika vnitřního lékařství, přírodně léčebné péče a homeopatie. *Naturheilkunde* je tam zavedenou součástí zdravotnictví a celé společnosti.<sup>3</sup> Setkat se můžeme s lékařskou odborností *Arzt für Naturheil-verfahren*. Připomenout si také můžeme hamburskou podnikovou nemocniční pokladnu *Securitas* nebo wupper-talskou zdravotní pojišťovnu *Barmenia*. Obojí nabízí zdravotně pojistné služby v oboru *Naturheilverfahren*, včetně smluvního připojištění hrazení nákladů léčitelských služeb (*Heil-*

*praktikern*). Zdravotní pojišťovna *Barmenia* ve věcném rozsahu pojistitelné přírodně léčebné péče uvádí čtyřicet druhů této péče. Švédská rehabilitační klinika *Vidarklinikem* v Järna se zase věnuje antroposofickému lékařství a patří do sítě jedenácti klinik nebo nemocničních oddělení, jejichž kvalita je osvědčována záruční ochrannou známkou *AnthroMed*; většinou jde o kliniky německé, vedle jedné švýcarské. *Pharmakopoe Helvetica, Švýcarský lékopis*, obsahuje například antroposofické přípravky, které jsou distribuovány i u nás. Švýcarská spolková ústava po lidovém hlasování z května roku 2009 praví: „Spolek a kantony pečují v rámci rozsahu svých pravomocí o zohlednění doplňujícího lékařství.“ (čl. 118a nazvaný *Doplňující lékařství, Komplementärmedizin*).<sup>4</sup> V Lichtenštejnsku patří například přírodní léčitelé mezi zdravotnická povolání.<sup>5</sup> V Německu mají postavení specifického povolání, podrobeného od-

<sup>1</sup> Viz rozhovor a přehled v *TCM Revue*, 13. 8. 2016, zde <http://www.tcmrevue.cz/klinika-tcm-v-bad-kotzing-slouzi-pacientum-uz-25-let/>, [cit. 3. 10. 2016].

Oproti tomu v českém lékařském prostředí jinak, posměšně, *Ondřichová, L.:* Kdo tu věří na sušenou oslí kůži? *Tempus medicorum*, 24, 2015, č. 7/8, s. 15.

<sup>2</sup> <https://www.krankenhaus-naturheilweisen.de/>, [cit. 15. 10. 2016].

<sup>3</sup> „Průměrný německý konzument zdravotních služeb při vyslovení pojmu »alternativní medicína« primárně nemyslí na oblast léčitelství, ale na racionálně orientovanou, oficiální či standardní medicínu, uznávanou pod názvem *Naturheilkunde*. Pod tímto pojmem se v Německu rozumí etablovaná přírodní medicína.“ Cit. dle (akt): Německo: Homeopatie jako oficiální přírodní medicína i součást nemocniční praxe. *Zdravotnictví a medicína*, 10. 2. 2014, zde: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nemecko-homeopatie-jako-oficialni-prirodni-medicina-i-soucast-nemocnici-praxe-474067#>, [cit. 15. 8. 2016].

<sup>4</sup> Srov. např. německý vědecký časopis *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine*, vycházející od roku 1994. **Přehled dalších 40 zahraničních časopisů o komplementární medicíně** zde: [http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de/dpm\\_dll?pageID=108](http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de/dpm_dll?pageID=108), [cit. 6. 10. 2016].

<sup>5</sup> Lichtenštejnské zdravotnické povolání přírodního léčitele je odborně zaměřeno na tradiční evropskou medicínu, tradiční čínskou medicínu a homeopatii; viz osvětové materiály sekce komplementární medicíny *Hospodářské komory Lichtenštejnsko pro živnosti, obchod a služby*, zde: <http://www.wirtschaftskammer.li/clientupload/news/Komplementaer Anlass Praesentation.pdf>, další materiály např. zde: <http://docplayer.org/13703768-Diesektion-komplementaermedizin-der-wirtschaftskammer-liechtenstein-heisst-sieherzlich-willkommen.html>, [obojí cit. 14. 8. 2016].



borné zkoušce.<sup>6</sup> V Rusku před lety odstranili některé pochyby tím, že výslovně umožňují působení diplomovaných léčitelů ve zdravotnických zařízeních. Ve Spojeném království platí zákony o osteopatech a chiropracticích. Od května 2017 mají mít ve Švýcarsku čtyři léčebné obory komplementárního lékařství stejný zdravotnicko-právní význam jako konvenční medicína, a to pokud jde o úhrady služeb z veřejného zdravotního pojištění.<sup>7</sup> Akupunktura má toto postavení již nyní. Důsledně tak má být provedena zdravotně politická legitimizace těchto, celkem již pěti, oborů. Odstraní se tím některé možné právní pochyby a posílí se právní postavení slabší strany, tj. pojištěnců (a pacientů).

Tolik na úvod. Ostatně do dubna 1997 byla v Česku hrazena akupunktura z veřejného zdravotního pojištění, včetně pulzní diagnostiky. Jak známo, akupunktura nebo požehování pracují s úplně odlišným obrazem světa a vnímáním člověka než například klinické inženýrství. Podobně indická ájurveda, japonské lékařství aj. Kupříkladu akupunkturní pojetí je vitalistické, a to oproti pozitivisticky laděným proudům západní biomedicíny.

U nás v Evropské unii patří komplementární a alternativní medicína mezi

<sup>6</sup> Z literatury viz např. SASSE, R.: *Der Heilpraktiker. Ein Gesundheitsberuf ohne Berufsausübungsrecht?* Baden Baden: Nomos 2011. A dále literaturu tam uvedenou. Od téhož autora viz *Heilpraktiker-Recht*. Düsseldorf: Freie Heilpraktiker e. V. 2013. Dále, ULUSAL, S.: *Recht in der Naturheilpraxis*. Stuttgart: Haug 2011. (Autorka je advokátka a léčitelka.)

<sup>7</sup> Jde o homeopatii, antroposofické lékařství, bylinnou medicínu a tradiční čínské lékařství.

výzkumná témata financovaná z veřejných zdrojů; viz např. *A pan-European research network for Complementary and Alternative medicine (CAM)* z let 2010 až 2012 pod názvem *CAMBrella*.<sup>8</sup> Koordinace výzkumné sítě se odvíjela od *Technické univerzity* v Mnichově.

V Evropě působí řada lékařských a jiných profesních spolků, jejichž činnost souvisí s naším tématem. Některé z nich jsou sdruženy v *CAMDOC Aliance*.<sup>9</sup> Svou roli sehrává společenství *EuroCAM* sídlící v Bruselu. Lékařské nebo jiné profesní spolky podobného zaměření působí i u nás.

Některé otázky komplementární a alternativní medicíny již dříve dospěly k přístrojovým technickým řešením chráněným patenty na vynálezy nebo uživatelskými vzory.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> <http://www.cambrella.eu/home.php>, cit. 17. 10. 2016; viz též odkazy na příslušné zprávy v repozitáři.

<sup>9</sup> Viz *European Committee for Homeopathy, European Council of Doctors for Plurality in Medicine, International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques* a *International Federation of Anthroposophic Medical Associations*; viz [http://www.camdoc.eu/Organisations/ECP\\_M\\_main.html](http://www.camdoc.eu/Organisations/ECP_M_main.html), [cit. 21. 1. 2016]. Poslání spočívá v podpoře svobody léčebných postupů a patientského práva svobodné volby. Z prostředí uváděné aliance viz *Model Guidelines for the Practice of Complementary Therapies (CAM) by Medical Doctors in the European Union*.

<sup>10</sup> Z poslední doby srov. např. 2 slovenské patenty, a to na vynález *Způsobu měření vlastností biologických objektů, materiálů a jejich vzájemné interakce elektrografii* (č. 285081 s právem přednosti od 9. 11. 2000) a na vynález *Senzoru na měření energetických projevů biologických objektů, materiálů a jejich vzájemných interakcí* (č. 285085 s právem přednosti k témuž dni), tzv. *Aurograf*. Majitelem obou patentů je *Akademie ozbrojených sil generála Milana Rastislava Štefánika* v Liptovském Mikuláši, státní vysoká škola vojenského druhu napojená na slovenský státní rozpočet prostřednictvím



Statistická *Klasifikace oborů vzdělání* vycházející z mezinárodního standardu UNESCO obsahuje, vedle zdravotní péče, též „Tradiční a alternativní medicínu a terapie“, což platí i v Česku (sděl. č. 348/2015 Sb.).

Z blízkého Německa si připomeňme tamější univerzitní stolice: *Lehrstuhl für Naturheilkunde, Lehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin*, jakož i *Lehrstuhl für Medizintheorie, Integrative und Anthroposophische Medi-*

---

rozpočtové kapitoly tamějšího ministerstva obrany. K druhému vynálezu viz KOMÁREK, K. – CHRAPAN, J. – HEREC, I.: Senzor pre meranie biologických objektov a ich vzájemných interakcií – patent č. 285 085. In: LA-LÍK, V. – HYBLER, P. – SCHWARZ, M. (eds.): 8. Banskoštiavnické dni 2006. Zbor. Zvolen: Technická univ. 2006, s. 38 – 42. Dále viz KOMÁREK, K. – CHRAPAN, J. – HEREC, I. – BUČKA, P.: Fyzikálne polia biologických objektov a triboelektrický jav v živých systémoch. In: ŠKRABÁLEK, P. (ed.): XII. Štiavnické dni. Zbor. Banská Štiavnica: Združ. pre reguláciu rizika z radónu 2011. V obou případech viz i další literaturu tam uvedenou.

### NEÚČINNÉ METODY, LÁTKY A PROSTŘEDKY?

Část lékařské obce vysvětluje účinnost některých metod, látek nebo prostředků komplementární a alternativní medicíny pouze pomocí efektu placebo, pokud vůbec. Jde o pojem, který je kontrolně metodicky znám a používán ve zdravotním výzkumu a při klinickém hodnocení léčiv.

Zjednodušeně řečeno jde o kontrolně pokusné použití neúčinné látky, metody nebo prostředku namísto účinného, aniž o tom nemocný člověk ví. Fakticky by tak šlo jen o nepřímou účinnost „něčeho“ nebo „ničeho“, když vlastní fyziologickou účinnost by příslušná metoda, látka či prostředek vůbec neměly nebo by byla

zanedbatelná.<sup>11</sup> Pokud by se snad někdo měl stát univerzitním profesorem z „oboru placebo“, nezbylo by než těmto otázkám věnovat i právní a zdravotně vzdělávací pozornost. Totéž by platilo pro zdravotní pojišťovny. Těžko by obstála péče řádného hospodáře například německé zdravotní pojišťovny, resp. nemocenské pokladny, která by hradila zdravotní výkony založené buď na „ničem“, anebo na „něčem jiném“. I proto nelze vyloučit, že věci se ve skutečnosti mají poněkud jinak, než bývá částí lékařské nebo přírodovědecké obce tvrzeno. Vyloučit nelze, že spor o placebo může být pouhou zástěrkou skutečného sporu světonázorového, resp. ideologického, včetně možné osobní řevnivosti apod. subjektivních činitelů v přírodní vědě.

---

<sup>11</sup> Blíže, včetně univerzitních a výzkumných německých odkazů, zde: <http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de/>, [cit. 6. 10. 2016].

Z literatury viz např. ZUCK, R.: *Das recht der anthroposophischen Medizin*. 2. Auf. Baden Baden: Nomos 2012.

zanedbatelná. Srov. některá lékařská tvrzení o neúčinnosti homeopatických přípravků, včetně specifických humánních homeopatických přípravků s léčebnou indikací podle lékového práva, které jsou u nás dostupné jen na lékařský předpis. Dále k tomu srov. *Evropský lékopis* podle *Úmluvy o vypracování Evropského lékopisu* z roku 1964 a *Protokolu* k ní (sděl. č. 255/1998 Sb.), jakož i *Český lékopis* úředně vydávaný Ministerstvem zdravotnictví.

Stranou ponechávám různé vědecké hypotézy nebo přírodovědecké či psychologické teorie mechanismu účinku efektu placebo. Pro právní posouzení



zdravotních služeb nemají význam. Na danou otázku nahlížím s ohledem na plnění závazku péče o zdraví (výkon zdravotní služby).

Běžná zkušenost říká, že různá „soběvemlouvání“ (autosugesce) nebo cizí podmanivá chování (sugesce) mo-hou přispět k úlevě u méně závažných chorob, třeba typu duševní nepohody. Zřejmě i u podpůrné léčby závažných onemocnění. Vzpomeňme jen na osmé přikázání skautského zákona: „Skaut je veselý myslí!“ Dosáhnout alespoň úlevy je žádoucí, byť by třeba šlo jen o úlevu dočasnou. V těchto případech se běžně mluví o účinku placebo, ponecháme-li stranou určité techniky psychoterapeutické apod. Vlastní postoj k sobě samému nebo cizí postoj k nám může pomoci, včetně změn chování nebo prostředí apod., zvláště u psychosomatických neduhů. Někdy stačí i jen pouhé pomyšlení na dostupnou pomoc vnímavého člověka, v něhož klademe důvěru bez ohledu na jeho veřejnoprávní odbornost. Nakonec i advokát někdy sehrává roli racionálního „laického terapeuta“, namísto manželského a rodinného poradce, ve sporech rodinně-právního charakteru týkajících se klientových obtížných životních situací, nemluvě o mediátorovi.

Zdá se ale, že tímto způsobem se někdy pokoušíme objasnit i takové zdravotní jevy, které bývají složitější a hlubší, ačkoli by snad byly rozumově vysvětlitelné jinak. Pokud by pouhé „vlídné slovo“, sebeklam anebo cizí podmanění, ale i jen cizí vnímavost, skrývané do vágního „placeba“, byly pokaždé či ve většině případů zásadně účinné, ušetřili bychom si odbornou práci, část dlouhého studia a náklady z veřejného zdravotního pojištění.<sup>1</sup> Zřejmě tomu tak ale pokaždé zda-

leka není anebo jde jen o doprovodný efekt, byť vítaný a pomáhající. Někdy může zpověď nebo modlitba zlepšit duševní zdraví či alespoň pohodu, například snížením duševního napětí či úlevou. Podle některých lékařů a fyziků se tak stává tehdy, je-li zpověď nebo modlitba psychoenergeticky vydatná; tzn. upřímná a vroucná. Podle jiných lékařů a fyziků, světonázorově zaujatých ateismem a hrubým materialismem, ale půjde o „šarlatánství“. Křesťanská svátost pokání a smíření je nezajímá a její eventuelní vliv na uzdravení berou za přírodovědecky neprokázaný, tudíž neexistující (leďa jako sebeklamné „placebo“). Výzkumy v tomto směru berou za zbytečně vynaložený čas a peníze a možným pokusným důkazům nevěří. Odmítána tak bývá sama pastorální medicína, anebo jí zůstává formálně systematicky vyhrazené místo „stranou“, tj. v praktické teologii mimo zdravotní služby, kam ale věcně pronikla v podobě klinické pastorační péče.<sup>2</sup> Tím došlo k podstatné proměně obrazu zdravotních služeb samých.

---

*»uzdravení« z nemoci. Protože pak úspěch a reputace medicíny jsou založeny na schopnosti uzdravovat, je pochopitelné, že doktoři se zřídka odvolají na placebový efekt, protože stejný efekt může podpírat úspěchy jakéhokoli šarlatána a podvodného léčitele. Místo, jaké je věnováno placebo v učebnicích a přednáškách pro mediky je nepatrné, což překvapuje vzhledem k podstatné roli placeba v praktickém lékařství: tu odstavec v učebnici, onde zmínka při přednáškách nebo při praktikách. Jedním z důvodů, proč jsou lékaři motivováni moc nemluvit o placebovém efektu, je, že jeho moc podkopává jejich profesionalitu a efektivitu.“ Cit. dle ŠKRABÁNEK, P. – McCORMICK, J.: Pošetilosti a omyly v medicíně. Praha: NLN 1995, s. 24 – 25. Překlad Holubův. Autoři ale neřeší otázku placebo u zvířat; např. ve spojení s veterinárními homeopatickými přípravky podle práva Evropského hospodářského společenství z roku 1992.*

<sup>1</sup> „Placebový efekt přispívá ke každému léčebnému úspěchu, umenšuje symptomy choroby a začasť je i jediným důvodem

<sup>2</sup> Kriticky o pastorální medicíně viz např. BOUCHAL, M.: Pastorální medicína. In:





Částí lékařské vědy nebo lékařského stavu bývá účinnost některých komplementárních a alternativních, tzv. nekonvenčních, metod zdravotní péče spatřována v placebovém účinku služby či zdravotního výkonu téměř „čarodějného“ lékaře. Logicky je tento závěr opřen o racionální úsudek, že musí jít o účinek placebo, je-li zde vůbec nějaký účinek, jestliže jinak je určitý postup, látka nebo prostředek fyzikálně či chemicky neúčinný, popř. na hranici účinnosti; tedy účinek žádný anebo zcela zanedbatelný. Mluvíme pak o tzv. zůstatku ve smyslu logické úvahy,

---

VODSEĎÁLEK, Ž. – MACKŮ, J. (eds.): Věda, víra, pověra. Brno: Kraj. nakl. 1961, s. 41 – 47, UHER, M.: Pastorální medicína a porodnictví, *ibid.*, s. 46 – 47. Jde o konferenční sborník z vědeckých akcí na brněnské lékařské fakultě v letech 1960 a 1961.

„když nic jiného, tak toto“. Logicky vzato by podle tohoto názoru mělo jít o „soběvemlouvání“ (autosugesci) účinků „ničeho“, popř. o podmanivé působení, vmlouvání, například praktického lékaře pro dospělé vůči zkušenému dospělému pacientovi. A obdobně veterinárního lékaře podmanivě, téměř „čarodějné“ působícího třeba na včely či jiná hospodářská zvířata, u nichž v ekologickém zemědělství od roku 2000 platí legální povinnost přednostního používání přírodně rostlinných nebo homeopatických látek před alopatiky. Podotýkám, že jak homeopatie, tak alopatie, resp. homeopatické nebo alo-patické přípravky jsou zákonnými pojmy lékového práva, aniž by kterémukoli z nich byla právně dáвана přednost – vyjma výše uvedený případ upřednostňování homeopatik před alopatiky.

Podívejme se na věc právně.

### *ZÁVAZEK PÉČE O ZDRAVÍ A OTÁZKA KLAMÁNÍ PACIENTA*

Při záměrném používání placebo při plnění závazku péče o zdraví by lékařsky šlo o nepoctivé, tudíž i zakázané (§ 6 odst. 1 o. z.) uvádění pacienta v právním styku – mimo zdravotní výzkum nebo klinické hodnocení léčiv – v omyl o účinné látce, prostředku nebo metodě. Podstata farmakologického (méně již lékařského) pokusného principu placebo totiž spočívá v patientské nevědomosti, že jde o neúčinnou látku, popř. postup či prostředek.

Šlo by proto o úmyslné klamání slabší strany závazku, zranitelného (a někdy i duševně nebo fyzicky skutečně zraněného) pacienta, při zdravotní službě na trhu o povaze farmakoterapeutického nebo jiného zdravotního výkonu, a to

podnikatelem za účelem zisku. Poskytnutí zdravotní služby nemocnému člověku nelze zaměňovat za experimentální farmakologický nebo zdravotní výzkum a pacienta za pokusnou osobu.

Je pravda, že pacient se při zdravotní službě může vzdát pohledávky na informační plnění o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, které by jinak muselo být srozumitelné a dostatečné [viz § 32 odst. 1 ve spojení s § 31 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách č. 372/ 2011 Sb.]. K tomu, aby se vzdal práva, ale nelze nikoho nutit, navíc v tak citlivé sféře, jako je zdraví a potažmo i život sám. Zdraví patří právně mezi osobnostní stránky každé lidské bytosti. Pánem za-





kázky je zákazník (pacient), o jehož vlastní zdraví jde.

Záznam o tom, že se pacient výše uvedeného práva vzdal, by musel být obsažen ve zdravotnické dokumentaci podle § 32 odst. 1 cit. zák. Nabízí se přitom otázka, proč by se běžný pacient, například chronicky nemocný, vůbec měl vzdávat svého práva na informace o navrženém individuálním léčebném postupu. Bylo by vůbec možné pokaždé uplatnit pacientovu součinnost požadovanou právem veřejného zdravotního pojištění? Rozumná otázka zní: Proč vůbec by to běžný pacient o své vůli, dobrovolně, činil?

Rozhodování pacienta ve věcech individuálního léčebného postupu má závažný význam, včetně práva na druhý odborný názor v rámci konzultačních služeb. Nicméně dispozitivnost je jistě namístě, jestliže se pohybujeme v soukromém právu. Pokud by se pacient skutečně vzdal svého výše uvedeného práva, jeho informovaný souhlas [§ 34 odst. 1 písm. b) cit. zák. č. 372/2011 Sb.] by zřejmě spočíval ve volném projevu „dělejte si se mnou, co uznáte za vhodné, mně je to jedno“. Zde by mohl spočívat právně otevřený prostor pro léčbu placebem. Zdravotní osvěta se ale rozrůstá, lidé si vyměňují a šíří zdravotní informace, až se někdy stávají zkušenými laiky, kterým není jedno, co někdo cizí bude provádět s jejich duší nebo tělem, leckdy i na jejich náklady. Právo souhlasit, zde navíc souhlasit poučeně, patří mezi přirozená lidská práva. Takovéto právo vyvěrá ze samotné lidské podstaty (*heart of man*), která se vyznačuje svobodnou vůlí.

I kdyby výše popsany stav při konkrétní zdravotní službě na trhu nastal, bylo by otázkou, zda by klamání pacienta o účinnosti určité látky, metody či prostředku odpovídalo etickým pravidlům, kterých

se dovolává zákon o zdravotních službách [§ 49 odst. 1 písm. a)]. Srov. též řády *České lékařské komory*, zejména *Etický kodex* této komory, stavovský předpis č. 10. Obecně vzato, klamat jiného člověka (zákazníka na trhu) není slušné, poctivé ani mravné. Těžko na něčem takovém vybudovat celé zdravotnické obory anebo systém zdravotního pojištění, alespoň v cizině. Otázka proto zní, zda podobná klamání patří mezi „náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje“ (§ 3 odst. 1 cit. kodexu); též srov. lékařskou informační povinnost o zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik podle § 3 odst. 4 cit. kodexu, kterou však Česká lékařská komora nevedla do souladu se zákonem o zdravotních službách, ač měla a mohla; viz pacientovu možnost vzdát se práva.

Něco jiného je kontrolní, a tedy i metodické pokusné používání placebo při klinickém hodnocení léčiv nebo ve zdravotním výzkumu, o což zde nejde. Plnění závazku péče o zdraví nelze běžně založit na úmyslném klamání věřitele, byť by snad nakonec mohl být eventuálně spokojený, anebo nikoli. Právně vzato, šlo by o nepoctivé zahrávání si s dobrou vírou pacienta či s jeho oprávněným očekáváním, resp. o úmyslné klamavé navozování pacientova vnitřního stavu upřímného a pevného přesvědčení o účinnosti neúčinného, popř. stavu očekávání účinnosti neúčinného. Ospravedlnit to zájmem pacienta nelze, protože o svém zájmu si rozhoduje pacient sám. Mimořádné otázky „milo-srdné lži“ ponechávám stranou. Pacient důvodně očekává, že bude skutečně léčen, nikoli klamán lékařem.

Přesněji právně řečeno, používání léčebných účinků placebo při zdravotních službách brání povinnost poskytovatele těchto služeb informovat o navržených zdravotních službách, mj. o povaze na-



vrhovaného zdravotního výkonu apod., [§ 31 odst. 2 písm. b) zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů]. Tudíž by ani nemohlo jít o získání informovaného souhlasu pacienta s takovým postupem [§ 34 odst. 1 písm. b) cit. zák.]. Patříčná informace by totiž musela obsáhnout sdělení o neúčinnosti látky apod., čímž by ovšem byl zmařen účel placebo, který je farmakologicky pokusně založen na principu pacientovy nevědomosti o neúčinnosti zkoušené látky. Platí to ale jen za předpokladu, že by se pacient svého práva na informace o individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách nevzdal; viz výše.

Existuje zde i jedno zdravotní nebezpečí. Nezabere-li lékařský klam u jedinečného pacienta, může být na straně poskytovatele zdravotní služby promeškána jiná léčba, která by byla přímo účinná, a tím hrozí újma na zdraví nebo alespoň vzrůst nákladů z veřejného zdravotního pojištění. Takové náklady by byl poskytovatel zdravotní služby povinen nahradit zdravotní pojišťovně, která by je vynaložila.

Záznam o použití placebo by musel být obsažen ve zdravotnické dokumentaci, protože by šlo o postup při poskytování zdravotní služby, resp. o její průběh či výsledek [§ 53 odst. 2 písm. d) cit. zák. č. 372/2011 Sb.]. A to bez ohledu na to, zda se pacient vzdal své pohledávky na výše popsané informační plnění. Na záznamy ve zdravotnické dokumentaci se také vztahuje předpoklad znalosti a pečlivosti, což jsou obecné legální znaky jakékoli odborné péče, spjaté s postavením odborníka podle § 5 odst. 1 o. z. Srov. též záznamy o předepsaných nebo podaných léčivých přípravcích či o jejich vybavení pacienta podle *vyhl. č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci*, ve znění pozdějších předpisů. Bezvýznamné je, zda jde o záznamy

o péči ambulantní nebo lůžkové, včetně denních záznamů (dekursů) při hospitalizaci pacienta. Nahlédnutím do zdravotnické dokumentace by se pacient dověděl, že byl farmakoterapeuticky obelstěn (i s eventuálním zdravotním nebezpečím z toho pro něho vyplývajícím), aniž by s něčím takovým souhlasil. Tím by mohla být podstatně narušena pacientova důvěra k lékaři, resp. poskytovali zdravotní služby na trhu. Napodruhé by již ani nebylo možné podobnou lest opakovat, protože by byla vyzrazena, resp. je potenciálně vyzraditelná vždy. Nepravdivé nebo pravdu zkreslující údaje ve zdravotnické dokumentaci by zase znamenaly porušení odborné péče a nebyly by ani přezkoumatelné pro případ pacientovy stížnosti nebo ochrany soukromého práva u soudu, tudíž by byly vadné a proti-právní, navíc na úkor slabší strany. Nepravdivost nebo zkreslenost zdravotnické dokumentace, kupříkladu v důsledku neúplných údajů, jde k tíži odborníka (§ 5 odst. 1 o. z.).

Pacienta nelze uvádět v omyl v tom, jaký způsob léčby byl nebo má být u něho prováděn, již s ohledem na možné návaznosti zdravotní péče, a to ani u jiného poskytovatele zdravotních služeb. Nemluvě o otázce pacientova souhlasu či nesouhlasu. Je věcí pacienta, nikoli sloužícího poskytovatele zdravotní služby, zda souhlas k určitému postupu udělí, nebo neudělí. Eventuální odborné mlžení typu „podání nějakého léku na snížení bolesti“ by bylo nepřístojné právě pro ignoranci pacientova práva souhlasit, jak má být léčena jeho duše nebo tělo. Šlo by proto o bezohlednost vůči jeho svobodné vůli.<sup>1</sup> Nelze ani vyloučit, že některý paci-

<sup>1</sup> K opačnému právnímu, zjevně vadnému, názoru dospěli *L. a J. Vondráčkovi*, viz VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J.: Placebo při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*, 2011, č. 3, s. 21 – 22. Cit. spoluautoři nezohlednili všechny právní okol-



ent vůbec nebude chtít být vystaven údajným zdravotním účinkům pouhého placebo z jakéhokoli důvodu, který nezbyvá než vzít na vědomí. Pakliže se ale pacient potenciálně ze zdravotnické dokumentace dozví, že byl léčen neúčinnou látkou, těžko lze u něho napříště použít stejný postup. Léčebný efekt, pokud by zde vůbec byl, do budoucna by byl zmařen.

Z toho všeho vyplývá, že zákaz používání postupu placebo při zdravotních službách se ani tak netýká legálních znaků „náležité odborné úrovně“ zdravotních služeb neboli postupu *lege artis medicinae*, tedy „pouhé“ odbornosti, nýbrž širší právnosti, resp. zákonnosti. Může se ale týkat etických pravidel, která právně pojmově nespádají do „náležité odborné úrovně“, protože jde o „náležitou úroveň“ mravní, resp. o veřejnou morálku povolání. Obsahová prolnutí odbornosti a etiky, potažmo práva, ale nejsou vyloučena.

Sama právnost doznává jiného záběru tím, že není obsahově vyčerpána pouze „náležitou odbornou úrovní“ (§ 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.). Mohlo by se proto stát, že použití postupu placebo při zdravotních službách by sice splňovalo znaky oborových pravidel (*lege artis*), například by bylo v místě a čase uznávaným medicínským postupem v urči-tém oboru, avšak stalo by se protiprávní z jiného důvodu; viz výše otázku souhlasu pacienta, jeho informovanosti o službě a záznamu ve zdravotnické dokumentaci, který může mít význam pro navazující nebo opakované služby.

nosti věci, zejména to nejpodstatnější, čímž je souhlas pacienta a jeho právo na informaci o zdravotní službě, jakož i řádnost zdravotnické dokumentace.

Přístupme proto k právnímu závěru. Spočívá v tom, že farmakoterapeutické používání principu placebo při plnění závazku péče o zdraví je zakázáno pro rozpor se zákonem o zdravotních službách [§ 31 odst. 2 ve spojení s § 34 odst. 1 písm. b)]. – Ledaže by se pacient o své vůli rozhodl vzdát se svého práva na informace o navrženém individuálním léčebném postupu a o všech jeho změnách. Ryze soukromoprávně resp. právně teoreticky si to jistě lze představit a zákon s tím také počítá, avšak v běžné klinické praxi může jít spíše o nestandardní patientské chování, k němuž nesmí být nucen.

Mimořádné stavy, jako je krajní nouze, zejména u některých duševních stavů nebo poruch ponechme stranou.

Uvedený soukromoprávní závěr je pro praxi zdravotních služeb významný. Nemusí ale být pro tyto služby „likvidační“ ani zásadně ohrožující pacientovo zdraví. Jednak proto, že přinejmenším vedlejší efekty lékařské „přívětivosti“, jako je pacientovo možné pocí-tění duševní úlevy již proto, že mu je věnována odborná pozornost, anebo proto, že začal svůj zdravotní stav řešit apod., zde budou zřejmě pokaždé. Také ale proto, že v případě účinnosti některých metod, látek nebo prostředků komplementární a alternativní medicíny nebo přírodního léčitelství nemusí jít o pouhý nepřímý efekt placebo (nebo nikoli pouze o něj). Srov. např. bioenergetický vzorec lékařství,<sup>2</sup> fyzikální teorie éteru (tzv. volné

<sup>2</sup> Viz např. osteopatické modely, mezi něž patří i vzorec bioenergetický, podle české, převzaté evropské, technické normy ČSN EN 16686 Poskytování osteopatické zdravotní péče. Leden 2016, s. 20.

Obecně srov. např. KOMÁREK, K.: Úvod do bioenergetických javov. Martin: Osveta 2005. Dále viz literaturu tam uvedenou. Učebnicově viz CHRAPAN, J. – KOMÁREK,



energie i k léčebnému využití), některé teorie kvantové fyziky anebo vlastní pravidla homeopatického oboru či tradičního korejského nebo čínského lékařství apod. Oborová pravidla mohou mít jim vlastní teorie s možnými důkazy teoretickými nebo empirickými. Srov. například vědecké poznatky kvalitativního zdravotního výzkumu. Poznávací roli sehrávají různé filosofie zdraví a života, obrazy světa a vědy, jakož i pluralitní metodologie atd. Někdy proto jde o spory spíše ideologické, světónázorové, popř. osobní, než o spory vědecké.

V posledních naznačených případech by proto mohlo jít o skutečnou a přímou účinnost dané látky, postupu apod. Mechanismy účinků některých léčebných působení na lidské nebo zvířecí zdraví nejsou konvenčně přírodovědecky známy anebo vědecké důkazy o nich nejsou pokaždé spolehlivé či hodnověrné. Srov. však možné kazuistiky, klinickou zkušenost, a to i po generace zobecnělou a

---

K.: Základy biofyziky. Ružomberok: Katolic. univ. 2006, 1. díl, s. 127 – 140.

### Závěr

Používání efektu placebo při poskytování zdravotních služeb, aniž by pacient věděl, že nejde o neúčinnou metodu, látku nebo prostředek, je zakázané pro rozpor s patientským právem souhlasit, informační povinností poskytovatele služby a jeho povinností vést zdravotnickou dokumentaci, a to podle zákona o zdravotních službách. Výjimkou by bylo, kdyby se pacient vzdal práva na informace o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Takový volný projev by ovlivnil i předpokládaný informovaný souhlas pacienta, který by se tak v zásadě stal „neinformovaným“.

sdílenou, anebo tradici na základě dohodného zavedení do klinické praxe apod.

Eventuální přírodovědecké důkazní pochvyby, včetně formalizované epidemiologické soustavy nadřazených důkazů, samy o sobě nemají vliv na právní posuzování příčinnosti jevů, které se odvíjí v nezávislém právním řádu na základě volného hodnocení důkazů. Nikomu nelze odepřít spravedlnost v jeho věci jen pro možné neshody v lékařské obci, lékařské vědě nebo filosofii vědy. Příčinnost je právně kvalifikována na základě přezkoumatelného racionálního soudcovského, popř. úřednického úsudku o míře pravděpodobnosti příčiny určitých dějů v právním smyslu. A to na základě prokázaných skutkových dějů v konkrétním právním případě. Nejde proto o vyjádření orgánu veřejné moci, například *České lékařské komory*, ani o podání znalce z oboru zdravotnictví o skutkovém ději u nemocného. Důvodem je to, že půjde až o právní kvalifikaci skutkového děje, která následuje po jeho zjištění, byť by k tomuto zjištění byl přibrán třeba znalec pochodů (skutkových dějů) v těle.

Pokud by naopak pacient věděl, že jde o léčebně neúčinnou zdravotní péči, které se mu dostalo, pak by byl zmařen pokusný princip placebo, neboť je založen právě na pacientově nevědomosti. Nemohlo by se proto ani odborně o takovou pokusnou techniku vůbec jednat.

Nadužívání pojmu placebo může vést k zamlžení poznatků vlastní účinnosti některých metod, látek nebo prostředků, zejména v oblasti komplementární a alternativní medicíny, resp. tradiční nebo přírodní medicíny, popř. přírodního léčení.

Nelze vyloučit, že v případě uváděných jevů nekonvenční medicíny půjde přinej-





menším po stránce teoretické, resp. též empirické, o vědecky prokázanou vlastní účinnost, například kvalitativním zdravotním výzkumem. A to přesto, že mechanismus účinku nemusí být pokaždé přírodovědecky znám nebo dostatečně

prozkoumán konvenčními postupy přírodní vědy.

V případě právního sporu o pohledávku na plnění závazku péče o zdraví půjde o volné hodnocení důkazů účinnosti podle příslušného procesního předpisu.

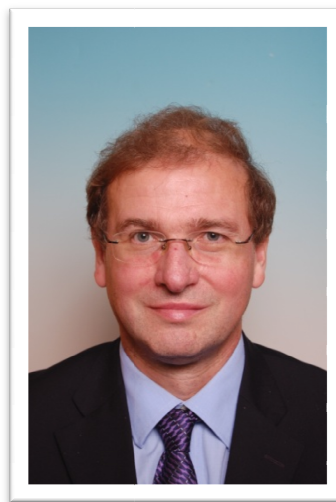
Do redakce přišlo 8. 11. 2016

Do tisku zařazeno po recenzi 15. 11. 2016

Střet zájmů: není znám

O autorovi:

*Prof. JUDr. Ivo Telec, CSc.*, profesor občanského práva a vedoucí katedry soukromého práva a civilního procesu Právnické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde též vede výzkumnou skupinu práva duševního vlastnictví; advokát a mezinárodní rozhodce. Představitel vysokých škol v Akademickém sněmu Akademie věd České republiky. Původně státní notář a úředník. Od roku 1991 působil na brněnské právnické fakultě, později i na fakultě informatiky. V Ústavu soudního inženýrství Vysokého učení technického v Brně se zabývá znaleckým právem. Přednášel též na Fakultě práva Panevropské vysoké školy v Bratislavě. Byl hostujícím výzkumníkem v Ústavu Maxe Plancka pro zahraniční a mezinárodní patentové, autorské a soutěžní právo v Mnichově a v Mezinárodním ústavu pro sjednocení soukromého práva (UNIDROIT) v Římě. Působil ve vědecké radě Masarykovy univerzity v Brně, jiných akademických orgánech a oborových radách sociálních a ekonomických věd Grantové agentury České republiky a Grantové agentury Akademie věd České republiky (místopředseda oborové rady). Byl členem Vysoké skupiny autorskoprávních odborníků Komise Evropských společenství, konzultativního poradního orgánu prezidenta České republiky pro oblast práva a legislativy, rozkladové komise Úřadu průmyslového vlastnictví, pracovní komise Legislativní rady vlády pro občanské právo, řídicího výboru a rekodifikační komise Ministerstva spravedlnosti k novému občanskému zákoníku. Následně působil v expertní skupině Kanceláře pro aplikaci nové civilní legislativy téhož ministerstva. Spolupodílel se na vypracování českého autorského zákona z roku 2000 a mnoha dalších právních předpisů. Stal se „Právníkem roku“ 2006 v kategorii právo duševního vlastnictví na základě odborné ankety. Je nositelem Ceny rektora Masarykovy univerzity, dvou Čestných uznání rektora Univerzity Palackého a slovenské Medaile univerzitního profesora Štefana Lubyho.



Odkaz na další pozorhodné texty autora: <http://zdravotnickepravo.info/zdravotni-sluzby-podle-pravidel-vedy-prispevek-prof-telce/> a <http://zdravotnickepravo.info/technicke-normy-v-komplementarni-a-alternativni-medicine/>





# VÝZKUM



ILUSTRÁČNÍ FOTO 1: PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA. Z WEBU WWW.APERIO.CZ

## BAŠKOVÁ M., URBANOVÁ E., KOKAVCOVÁ T.: VÝZNAM PSYCHOFYZICKEJ PRÍPRAVY NA PRIEBEH PÔRODU

**ABSTRAKT:** BAŠKOVÁ M., URBANOVÁ E., KOKAVCOVÁ T.: VÝZNAM PSYCHOFYZICKEJ PRÍPRAVY NA PRIEBEH PÔRODU. PSYCHOSOM 2016; 14(4), s.259- 267

*Cieľ štúdie:* Cieľom práce bolo analyzovať vplyv predpôrodnej prípravy na subjektívne vnímanie bolesti, správne využívanie brušného lisu a dýchania počas pôrodu, ako aj na dĺžku prvej doby pôrodnej na základe porovnania súborov prvorodičiek, ktoré navštevovali a nenavštevovali predpôrodnú prípravu.

*Metodika:* Na zber dát bol použitý štandardizovaný pozorovací hárok. Vzorku tvorilo 99 prvorodičiek, ktoré sme prerozdělili do dvoch skupín: prvorodičky, ktoré sa zúčastnili predpôrodnej prípravy (n=44), a prvorodičky bez predpôrodnej prípravy (n=55). Zber údajov bol realizovaný v troch nemocniciach na Slovensku v období november 2014 až marec 2015. Výsledky získaných údajov sme spracovali deskriptívnou štatistikou. Signifikantnú interakciu dvoch premenných sme hodnotili Chi-kvadrát testom.

*Výsledky:* Prvorodičky, ktoré absolvovali PFP, uvádzali zriedkavejšie intenzívnejšiu mieru bolesti (vyjadrenú hodnotami 8 až 10 na VAS škále) v porovnaní s tými, ktoré PFP neabsolvovali (27,3 % vs. 53,1 %,  $p=0,012$ ). Kým medzi prvorodičkami, ktoré neabsolvovali PFP, nesprávne dýchala počas pôrodu viac ako štvrtina z nich (27,3 %), u tých, ktoré absolvovali PFP, to bola len jedna žena (2,5 %), pričom bol rozdiel bol štatisticky významný ( $p=0,001$ ).



*Záver: Najvýznamnejším zistením bolo zmiernenie vnímania bolestivých pocitov a využitie správnych dýchacích techník počas pôrodu v súbore respondentiek s PFP. Naopak sa nepreukázal žiadny vplyv PFP na lepšie využívanie brušného lisu a skrátenie prvej doby pôrodnej.*

**KEÚČOVÉ SLOVÁ: psychofyzická príprava, pôrodná asistancia, pôrod**

**ABSTRAKT: BAŠKOVÁ M., URBANOVÁ E., KOKAVCOVÁ T.: EFFECT OF ANTENATAL EDUCATION ON COURSE OF LABOR, PSYCHOSOM 2016; 14 (4) PP. 259- 267**

**Objective:** The goal of the work is to analyse impact of antenatal preparation on subjective perception of pain, appropriate use of abdominal pressure and breathing during labour as well as length of the first stage of labour by comparison of samples of primiparous women attending and not attending antenatal training course.

**Methodics:** On the data collection was using a standardized observation sheet. The sample consisted of 99 first-time mothers, who were enrolled in the study, where we distributed into two groups: first pregnancy who attended prenatal preparation (n = 44) and new mothers without prenatal training (n=55). Data collection was conducted in three hospitals in Slovakia in the period November 2014 to March 2015. Results obtained data were processed by descriptive statistics. Significant interaction of two variables we assessed the Chi-square test.

**The results:** New mothers who have undergone PFP reported rarely intense level of pain (measured values of 8-10 on the VAS scale) compared to those who did not attend the PFP (27,3 % vs. 53,1 %, p=0.012). While the first children who have not attended PFP improper breathing during labor more than a quarter of them (27,3 %), among those that passed the PFP, it was only one woman (2,5 %), while the difference was statistically significant (p=0.001).

**Conclusion:** The most important finding was the reduction of pain sensations and the use of correct breathing techniques during labor in a file of respondents with PFP. On the contrary, it showed no effect PFP to make better use of abdominal press and shorten the first stage of labor.

**KEY WORDS: psycho-physical preparation, midwifery, childbirth**

## ÚVOD

Prenatálna starostlivosť a psychofyzická príprava na pôrod (PFP) sú pevnou súčasťou zdravotnej starostlivosti o ženu – matku v krajinách Európskej únie. Program prenatálnej starostlivosti sa vo všeobecnosti zaoberá screeningom ochorení, podporou zdravého životného štýlu a hodnotením stavu budúceho dieťaťa. Je cielene zameraná na zníženie perinatálnej morbidity a mortality matky a dieťaťa. Cieľom psychofyzickej prípravy na pôrod je predovšetkým príprava ženy na zmeny v organizme počas tehotenstva, mechanizmus pôrodu a príprava

na samotný pôrod. Jej integrálnou súčasťou je aj zameranie sa na problematiku šestonedelia, význam dojčenia a správnu opateru dieťaťa (Baškova, 2015; Baškova, Struhárová, 2010).

Význam psychofyzickej prípravy na pôrod spočíva v získaní relevantných informácií a poradenstva, ako zvládnuť rôzne situácie počas pôrodu. Uvádza sa aj preventívny charakter, kedy správne vedenou PFP možno častokrát predísť rozličným komplikáciám počas tehotnosti. Informovanosť tehotných žien



môže prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu rodiny ako aj komunity, a to ovplyvnením životného štýlu budúcich matiek a prostredníctvom nich aj životného štýlu ostatných členov danej komunity. Ďalšie pozitíva PFP spočívajú v tom, že pozitívne ovplyvňuje pocit úzkosti a vnímanie pôrodnej bolesti, znižuje pravdepodobnosť použitia farmakoterapie, skracuje časové trvanie pôrodu, má kladný prínos na psychické prežívanie pôrodu a radosti zo spolu-práce s partnerom, umocňuje rodinnú väzbu a vzťah k novorodencovi, vytvára predpoklady pre zdravý priebeh šestonedelia. Kvalitné kurzy psychofyzickej prípravy na pôrod navyše pozitívne vplyvajú na, plánovanie rodičovstva, zdravotné návyky (ako napr. preventívne prehliadky), ovládanie stresu, znižovanie úzkosti a v neposlednom rade i na pôrodnú adaptáciu a úspešné dojčenie. Kurzy PFP môžu taktiež zmeniť životný štýl žien s cieľom prevencie chorôb (Baškova, et al., 2009; Wilhelmova, 2013).

Primerané a pravidelné cvičenie tehotných pod odborným vedením má taktiež mnoho pozitívnych účinkov na ženu, plod, i okolie tehotnej: pôsobí fyzicky a emocionálne upokojujúco (vyplavuje endorfíny), napomáha relaxácii, napomáha lepšiemu sebauvedomeniu a zvýšeniu sebadôvery, zmiernuje bolesti chrbta, kŕče v nohách, opuchy, zápchu

### *SÚBOR A METODIKA*

Celkový súbor tvorilo 99 respondentiek – prvorodičiek s nízkym rizikom perinatálnych komplikácií, ktoré boli hospitalizované na gynekologicko-pôrodných oddeleniach v Leviciach, Brezne a Čadci v období január – apríl 2015. Z nich 44 žien absolvovalo PFP a 55 žien neabsolvovalo PFP. V sledovaných vzorkách prvorodičiek bolo najviac žien vo veku

a dýchavicu, zvyšuje úroveň energie, udržuje dobrú fyzickú a psychickú kondíciu, preventívne pôsobí proti oslabeniu svalov panvového dna, napomáha správne držaniu tela, zvyšuje pružnosť svalov, zlepšuje funkciu srdca, pľúc, obličiek, tráviacich ústrojov, lepšie pripraví ženu na pôrod, skráti jeho trvanie, urýchľuje návrat k pôvodnej hmotnosti, znižuje percento predčasných pôrodov, stimuluje krvný obeh a pôsobí preventívne proti tromboflebitíde (Baškova, 2016; Maskálová, 2010)].

U tehotnej ženy, ktorá absolvovala komplexnú psychofyzickú prípravu až do termínu pôrodu, sa vytvorí správny postoj k tehotenstvu a pôrodu ako fyziologickému procesu. Systematická príprava tehotných žien na pôrod môže ovplyvniť dĺžku pôrodu (skrátenie pôrodu) a udržať dobrý psychický stav tehotnej ženy. Jej súčasťou je aj príprava partnera na poskytnutie podpory a pomoci počas tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, preto význam PFP treba hodnotiť aj z tohto aspektu.

Cieľom práce bolo analyzovať vplyv predpôrodnej prípravy na subjektívne vnímanie bolesti, správne využívanie brušného lisu a dýchania počas pôrodu, ako aj na dĺžku prvej doby pôrodnej na základe porovnania súborov prvorodičiek, ktoré navštevovali a nenavštevovali predpôrodnú prípravu.

20 až 30 rokov (62,6 %). Ženy vo veku menej ako 20 rokov tvorili 11,1 % a ženy vo veku 31 rokov a viac predstavovali 26,3 %. Rozdiely vo vekovej štruktúre oboch súborov boli malé a nedosahovali štatistickú významnosť.

Informácie o rodičkách, ktoré zohľadňovali stanovené ciele, boli zaznamenané



na vybraných praco-viskách do pozorovacích hárkov vlastnej konštrukcie, ktoré obsahovali:

- základné osobné údaje o rodičke (vek, počet pôrodov, absolvovanie PFP),
- dĺžka 1. doby pôrodnej, spôsob ukončenia pôrodu (spontánne, sekcia),
- intenzita subjektívneho pociťovania bolesti podľa vizuálnej analógovej škály bolesti (VAS) od 1 do 10,

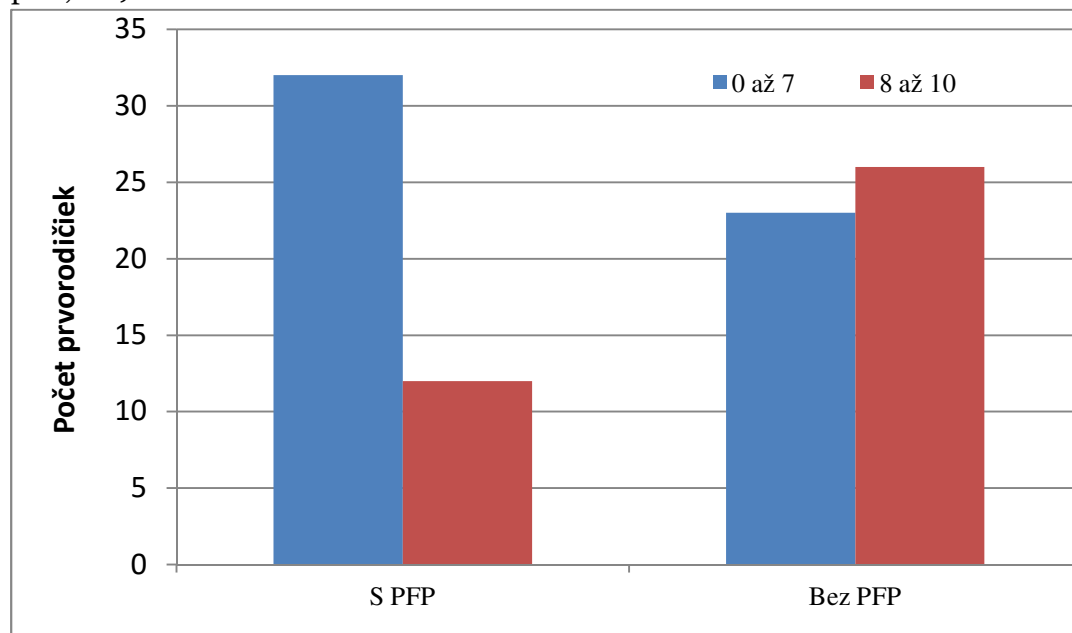
- správne využívanie brušného lisu,
- správne dýchanie počas pôrodu.

Na záznamoch do pozorovacích hárkov participovali aj pôrodné asistentky z uvedených pracovísk, ktoré neboli priamo zainteresované do výskumu.

Rozdiely medzi súborom prvorodičiek, ktoré absolvovali PFP a súborom, ktoré neabsolvovali PFP, boli štatisticky vyhodnotené pomocou Chí-kvadrátového testu.

## VÝSLEDKY

**Graf 1** prezentuje rozdiely vo vnímaní bolesti medzi súbormi. Prvorodičky, ktoré absolvovali PFP, uvádzali zriedkavejšie intenzívnejšiu mieru bolesti (vyjadrenú hodnotami 8 až 10 podľa VAS) v porovnaní s tými, ktoré PFP neabsolvovali (27,3 % vs. 53,1 %,  $p=0,012$ )



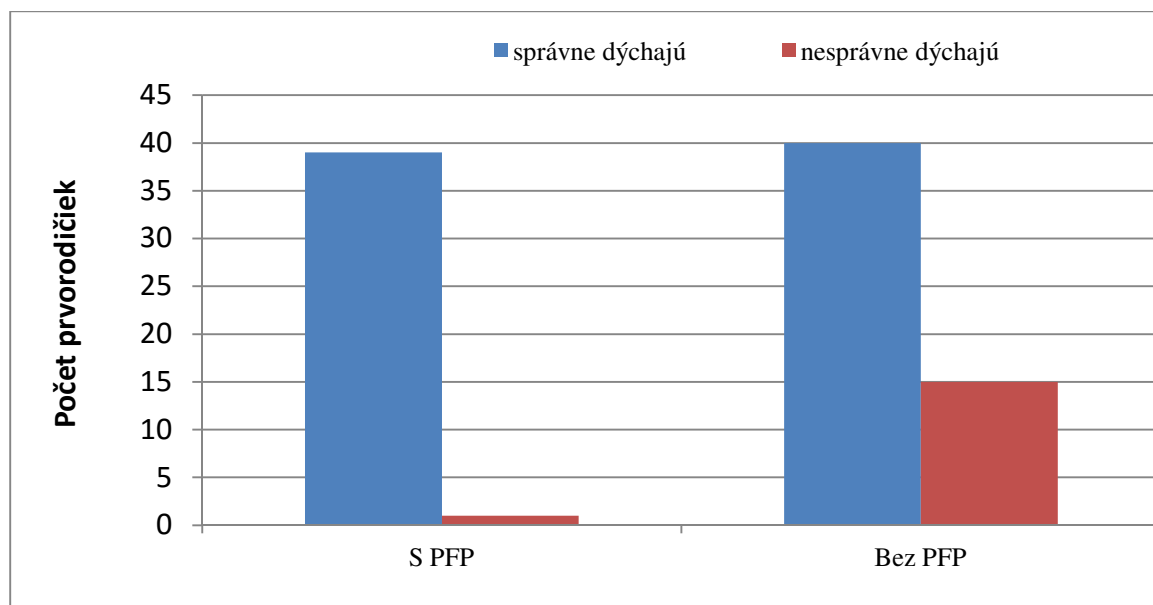
GRAF 1

**Graf 2** Kým medzi prvorodičkami, ktoré neabsolvovali PFP nesprávne dýchala počas pôrodu viac ako štvrtina z nich (27,3%), u tých, ktoré absolvovali PFP to bola len jedna žena (2,5%), pričom bol rozdiel bol štatisticky významný ( $p=0,001$ ).



Väčšina prvoroďičiek (75,3%) správne využívala počas pôrodu brušný lis, pričom nebol prítomný štatisticky významný rozdiel medzi ženami, čo absolvovali PFP a tými čo PFP neabsolvovali ( $p=0,160$ ).

U väčšiny (65,7 %) prvoroďičiek trvala prvá doba pôrodná do 6 hodín, pričom nebol prítomný štatistický rozdiel medzi súbormi ( $p=0,080$ ).



GRAF 2

## DISKUSIA

Prioritou našej štúdie bolo analyzovať vplyv predpôrodnej prípravy na vybrané ukazovatele priebehu pôrodu porovnaním subjektívneho vnímania bolesti počas pôrodu, správneho využívania brušného lisu a dýchania počas pôrodu, ako aj dĺžky prvej doby pôrodnej prvoroďičiek, ktoré navštevovali predpôrodnú prípravu s prvoroďičkami, ktoré túto prípravu neabsolvovali. Štúdia priniesla niekoľko zistení, ktoré majú potenciálny význam pre pochopenie významu PFP a zníženia rizika perinatálnych komplikácií.

Analýza zistených informácií preukázala pozitívny vplyv PFP na subjektívne vnímanie bolesti (Graf 1). Výskum zameraný na túto oblasť naozaj poukazuje na to, že nadobudnuté zručnosti v relaxačných

a dýchacích technikách prispievajú skôr k schopnosti zvládať existujúcu bolesť ako reálne znižovať jej mieru (Simkin, Bolding, 2004). Vnímanie bolesti počas pôrodu úzko súvisí s mierou úzkosti a strachu. Určitá úzkosť v priebehu pôrodu síce predurčuje lepšiu toleranciu bolesti vďaka uvoľneniu endogénnych opioidov, ale zvýšená úzkosť v priebehu pôrodu súvisí so zvýšenou intenzitou bolesti (Waldenstrom et al., 1996; Waldenstrom et al., 2006). Zvyšuje sa sekrécia katecholamínov, ktorá zvyšuje nocicepciu z panvovej oblasti, umocňuje vnímanie nociceptívnych stimulov na kortikálnej úrovni (Waldenstrom et al., 1996) a zároveň predlžuje prvú dobu pôrodnú (Alehagen et al., 2006). Strach a úzkosť taktiež vyvolávajú napätie svalstva a zosilňujú bolesť. Tým, že pod





vplyvom PFP a informovanosti sa znižuje miera úzkosti a strachu z pôrodu, tým sa aj znižuje subjektívne vnímanie bolesti (Aksoy et al., 2014). Okrem zníženia miery diskomfortu klesá aj riziko komplikácií. Ukázalo sa totiž, že u žien absolvujúcich PFP sa znížil výskyt náhlych indikácií na cisársky rez. Na druhej strane, PFP neovplyvňuje dopyt po epidurálnej anestézii zo strany rodičiek (Bergström et al., 2010), z čoho vyplýva, že aj keď tieto rodičky vedia bolesť ovládať, je u nich stále reálne prítomná.

V práci sa tiež preukázal pozitívny vplyv PFP na správne dýchanie počas pôrodu (Graf 2). Tento výsledok je konzistentný so zisteniami predchádzajúcej štúdie, podľa ktorej takmer 89 % rodičiek absolvujúcich PFP využívalo správne dýchanie (Bašková, Struhárová, 2010). Správne dýchanie je predpokladom prerušeniu tkanív a prevencie ischemie. Preukázalo sa, že pod vplyvom PFP sa zlepšuje oxygenácia svalstva a znižuje svalová tenzia počas pôrodu (Bergström et al., 2010), čo pravdepodobne súvisí s účinnejším dýchaním. Na základe tohto mechanizmu možno predpokladať, že PFP môže aj objektívne znižovať výskyt a mieru ischemickej bolesti počas pôrodu.

V štúdií sa nepreukázala súvislosť medzi PFP a správnym využívaním brušného lisu počas pôrodu. Príčinou môže byť skutočnosť, že úlohu tu zohráva predovšetkým fyzická kondícia pred tehotenstvom a posilňovanie brušných svalov nie je súčasťou PFP. Z tohto zistenia vyplýva význam adekvátnej fyzickej kondície dosiahnutej ešte pred tehotenstvom.

Významný rozdiel sa v jednotlivých súboroch nepreukázal ani v dĺžke prvej doby pôrodnej, ktorá bola približne rovnaká v oboch súboroch. Vzhľadom na to, že vplyv PSP na skrátenie prvej doby pôrodnej nebol relevantný, možno pred-

pokladať, že PFP zlepšuje subjektívne prežívanie pôrodu, avšak na samotný priebeh pôrodu majú vplyv najmä fyziologické faktory ako vylučovanie kaltecholamínov, ktoré podstatnou mierou určujú dĺžku prvej doby pôrodnej (Alehagen, 2006). Vzhľadom na to že výskum prebiehal v reálnych podmienkach uvedených pôrodníc, bolo potrebné minimalizovať časovú náročnosť práce s pozorovacími hárkami. Táto skutočnosť limitovala počet sledovaných položiek a komplexnosť zisťovaných informácií.

Požadovaným minimálnym percentom návratnosti výskumného nástroja (v tomto prípade pozorovacieho háрку) je podľa literárnych zdrojov 60–75 %. Avšak pri nezainteresovaných osobách do výskumu je to často okolo 20 % (Žiaková et al., 2009). Návratnosť pozorovacích hárkov dosiahnutá v našej štúdií bola 55 %. Z tohto hľadiska spĺňajú výsledky kritériá validity, ktorú možno porovnávať s inými publikovanými prácami.

Vzhľadom na to, že rozdiely vo vekovej štruktúre súboru prvorodičiek, ktoré absolvovali PFP, a súboru tých, ktoré neabsolvovali PFP, boli nevýznamné, je pravdepodobnosť skreslenia výsledkov nízka, čo tiež zvyšuje výpovednú hodnotu zistení.

#### Odporúčania a návrhy:

PFP je účinným prostriedkom na znižovanie miery prežívania pôrodnej bolesti. Zdravé rodičky, ktoré si dôverujú, sú schopné pôrod ako aj bolesť zvládnuť (Bandura, 2011), a ak sú zároveň edukované v kurzoch PFP, ako zvládať pôrod a pôrodnú bolesť, prežívajú pri pôrode menej intenzívnu bolesť (Bracke, 2007). Preto by mala byť PFP štandardnou súčasťou prenatálnej starostlivosti. Súčasťou PFP by malo byť vysvetlenie



významu pôrodnej bolesti ako fyziologickej súčasti pôrodu. Tehotná žena by mala byť informovaná o tom, aké psychologické a sociálne faktory ovplyvňujú intenzitu vnímania bolesti pri pôrode (Takács, 2015) a ako ovplyvniť jej pociťovanie.

Vzhľadom na to, že počas tehotenstva už nie je možné účinnou mierou zlepšiť využívanie brušného lisu, dôležité je zdôrazňovať význam pohybovej aktivity a dosahovania adekvátnej fyzickej kon-

dície ešte pred tehotenstvom (Dunkley, 2000).

Vzhľadom na prepojenie subjektívnych a fyziologických faktorov ovplyvňujúcich priebeh pôrodu je potrebný ďalší výskum v danej oblasti zamerať aj na možnosti ovplyvnenia objektívnej miery bolesti zlepšením prekrvenia tkanív ako výsledku využívania naučených zručností predovšetkým v oblasti využívania správneho dýchania počas pôrodu.

## ZÁVER

Cieľom práce bolo analyzovať vplyv predpôrodnej prípravy na priebeh pôrodu. Rodičky, ktoré absolvovali kurzy predpôrodnej prípravy, dokázali získané vedomosti a zručnosti do určitej miery efektívne využiť počas pôrodu. Najvýznamnejším zistením bolo zmiernenie vnímania bolestivých pocitov a využitie správnych dýchacích techník počas pôrodu v súbore respondentiek s PFP. Naopak sa nepreukázal žiadny vplyv PFP na lepšie využívanie brušného lisu a skrátenie prvej doby pôrodnej.

Význam psychofyzickej prípravy na priebeh pôrodu je niekedy spochybňovaný. Mnohé štúdie postupne potvrdzujú jej dôležitosť a prínos pre rodičku,

partnera a dieťa. Na základe toho by sa mal využívať jej potenciál v širšej miere. Legislatívne úpravy v zmysle finančného hradenia PFP ako plnohodnotnej starostlivosti, ktorú poskytuje pôrodná asistentka by v tejto oblasti upevnili postavenie PFP a umožnili jej rozvoj a plnohodnotnejší benefit pre rodičky.

Rezervou je malá miera využívania potenciálu PFP v edukácii a zvýšení informovanosti tehotných žien. Hlavným dôvodom je nedostatočná legislatívna úprava v rámci finančného hradenia poskytovanej starostlivosti pôrodnou asistentkou, keďže nie sú zaradené do verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

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

## Kontaktná adresa hlavného autora:

Doc. Mgr. Martina Bašková, PhD.  
Ústav pôrodnej asistencie, JLF UK,  
Malá Hora 5, 036 01 Martin,  
[Baskova@jfmed.uniba.sk](mailto:Baskova@jfmed.uniba.sk)  
t.č. 00421-905-971 986

## LITERATÚRA



1. Aksoy, M; Aksoy, N. A; Dostbil, A; Celik, M; Ince, I., The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth, *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2014, Article ID 274303, 1-7 .
2. Alehagen, S., Wijma, B., Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(1), 56-62.
3. Bandura, A. 2011. *Self-efficacy - The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
4. Bašková, M. 2015. *Metodika psychofyzickej prípravy na porod*. Praha: Grada, 2015. 113 s. ISBN 978-80-247-5361-4
5. Bašková, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009, 227 s. ISBN 978-80-8063-320-2
6. Bašková, M., Struhárová, P. 2010. Psychoprofylaktická príprava na pôrod – efektivita a význam v pôrodnej asistencii. **Ošetrovatelství a porodní asistence**. 2010, 1(3), s. 83-88.
7. Bergström M., Kieller, H., Waldenström, U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetric et Gynecologica*. 2010; 89:794-800
8. Bracke Ch. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2007, 7:26
9. Dunkley, J. *Health promotion in midwifery practice*. London: Harcourt Publishers, 2000. s. 154-156.
10. Maskálová, E. 2010. Fyziologická tehotnosť a prenatálna starostlivosť o ženu a plod. In: Urbanová, E. et al. 2010. **Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy**. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1
11. Simkin, Bolding, Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health.*, 2004; 49(6):489-504.
12. Takács, et al., 2015. Psychologie v perinatální péči Praktické otázky a náročné situace, Praha., Grada, 208 s. 978-80-247-5127-6
13. Waldenström, U., Borg, I. M., Olsson, B., Skold, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*, 1996, 23(3), 144-153.
14. Waldenström, U., Hildingsson, I., Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*, 113(6), 638-646.
15. Wilhelmová, R. Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. *Praktická gynekológia*. č. 17 (3), 2013. Str. 254-261
16. Žiaková, K. et al. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009, s.129-147.

Do redakce přišlo 14. 9. 2016

Po recenzi zařazeno k tisku 15. 10. 2016

Prehlásenie: Práca nebola a nebude publikovaná v inom časopise.



Etické aspekty a konflikt záujmov: Vo výskume boli dodržané odporúčané etické pravidlá. Participantky boli informované o cieľoch štúdie. Bola zachovaná anonymita respondentov. Autori prehlasujú, že nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmu.

**O hlavní autorce:** Doc. Mgr. Martina Bašková, PhD. študovala na Jesseniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského (JLF UK) v Martine odbor Ošetrovateľstvo. V roku 2001 úspešne ukončila štúdium PhD. V odbore Ošetrovateľstvo na JLF UK v Martine. V roku 2008 obhájila titul docent Ošetrovateľstva na Zdravotně sociální fakulte Juhočeskej univerzity v Českých Budějoviciach v Českej republike. Od roku 2008 bola vedúcou Ústavu nelekárskych študijných programov na JLF UK v Martine, neskôr od roku 2013 Ústavu pôrodnej asistencie na JLF UK v Martine. V roku 2011 vytvorila a spolugarantovala nový magisterský študijný program a rigorózne konanie pre pôrodnú asistenciu, ako historicky prvé na Slovensku. Jej vedeckým zameraním je Prevencia rizikových faktorov životného štýlu počas tehotenstva so zameraním na edukáciu v psychofyzickej príprave na pôrod. Vydala početné učebnice a publikácie v oblasti ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, ktoré sú citované viac ako 500krát na Slovensku ako aj v zahraničí (Hirsch index - 5).

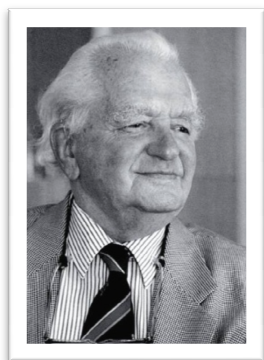




# HISTORIE OBORU



## HONZÁK R.: OSLAVME STÉ NAROZENINY OTY GREGORA



**„Nedovolte, aby ve vás uhasla jiskra nadšení pro medicínu, pro vědu a pro pomoc trpícím.“** Z projevu k absolventům fakulty dětského lékařství v r. 1968

**„Myslím si, že psychosomatika jako obor by měla mít za dlouhodobý cíl svého působení vlastní zánik – měla by totiž proniknout do všech oborů a stát se způsobem myšlení všech lékařů.“** Moje návraty aneb kudy jsem chodil (2000)

V pondělí na sv. Barboru a ve znamení Střelce v roce 1916 se narodil v Praze Ota Gans, mezi jehož předky patřil současník Keplera a Tychona de Brahe, historik, astrolog a lékař David Gans (1541–1613), odpočívající na Starém židovském hřbitově v Praze. Ten má náhrobek. Otovi

rodiče už ne, protože zmizeli v pekle vyhlazovacích táborů. Také proto po návratu domů Ota přijal nové jméno, které už nemělo připomínat tisíciletá utrpení.

Začátky jeho pobytu v tomto světě se nezdály věštit nic divokého a vyzna-





čovaly se intenzivním nasáváním všech pozitivních stránek, které tehdejší intelektuální česko-německo-židovská Praha nabízela, počínaje multilingvální humanistickou výchovou (absolvoval německé gymnázium) a konče zbožňo-váním šantánové zpěvačky. Zde Ota také vystudoval čtyři ročníky medicíny, když přišla válka.

Prozíravě zamířil přes Polsko do Anglie, kde po krátkém pobytu ve sběrném táboře dostal možnost stipendia a studia biochemie v Birminghamu, které dokončil v roce 1942. Poté nastoupil do tvořící se československé obrněné brigády, kde působil jako řidič nákladního Studebakeru, v němž projel ve druhé vlně invaze Normandií, a potom celou Francií, kde se zúčastnil bitvy o Dunkerque, pak Německem až do Klatov. A odtud do Prahy...

*„Bezprostředně po mém návratu do Prahy byl vydán rozkaz, že všichni, kdo mají za sebou nejméně tři ročníky medicíny, mají být co nejrychleji propuštěni do civilu, aby mohli dostudovat. Já jsem měl ročníky čtyři a stále jsem propuštěn nebyl. Tak jsem se rozhodl vydat se načerno na Ministerstvo národní obrany. Hlásil jsem se tam u jednoho naftalína. Byl to plukovník, seděl u stolu, ťukal do stroje a ptal se, co chci. A tak jsem řekl, že jdu podat stížnost na velitele praporu pro neuposlechnutí rozkazu... (tři dny na to byl propuštěn do civilu)... Zůstala mi ovšem uniforma, protože poukázka na civilní oblečení mi umožňovala získat pouze boty a klobouk. Chodil jsem tedy po Praze ve vojenské uniformě a civilním klobouku. Jednou mě na Václavském náměstí zastavil důstojník a začal na mě řvát, proč ho nezdravím. Tak jsem řekl: Co bych vás zdravil, když vás neznám?“*

Studium medicíny dokončil v únoru 1948 a nastoupil jako sekundář do teh-

dejšího Sanopzu, který ještě nebyl prominentním zařízením, ale Sanatoriumem poštovních zaměstnanců, odtud přešel na IV. internu a poté na místo asistenta na I. interně pod vedením profesora Netouška. Zde se zaměřil na gastroenterologii (pamatuju tu mučírnu se semiflexibilními endoskopy) a zde také habilitoval, později obhájil velký doktorát, a nakonec v roce 1967 získal profesuru. Tehdy přešel jako přednosta do Fakultní nemocnice pod Petřínem, náležející tehdy Fakultě dětského lékařství, na níž se stal také proděkanem.

Jestli ve srovnání s československými piloty RAF nebyly represe po Vítězném únoru pro Otů existenčně zajímavé a představovaly jen omezenou možnost vycestovat, po Spřáteleném srpnu 1968 už to tak benigní nebylo, a když jeho oba synové emigrovali, rozhodla rodná a všemocná Strana, že není hoden vychovávat mládež, a tak byl v roce 1976 ke svým šedesátinám sesazen z místa přednosta a v roce 1981 odeslán do penze. Což byla v podstatě voda na psychosomatický mlýn, který se mohl roztočit na plné obrátky, protože Otovým nejvíce nenáviděným úslovím bylo: odejít na zasloužený odpočinek (to mě naučil, stejně jako své erbovní: umět souhlasit s nesouhlasem).

Ne že by to bylo proto, že neměl do čeho píchnout. Otevřel si totiž ordinaci na okraji Prahy, působil v redakci tehdy jediného zdravotnického nakladatelství Avicenum, kde navíc potkal svou druhou a největší životní lásku Renku Friesovou a krom toho, že konkrétně psychosomaticky pracoval, opřel se také do teorie. Synové z Anglie ho zásobovali literaturou. Jeho první velké vystoupení na Internistickém sjezdu v Gottwaldově (nyní opět Zlín) mu doslova přihrálo do náruče několik nadšených psychologů a psychiatrů. V Třinci, kde byla o rok později první poloilegální psychosoma-



tická konference, už jsme si tykali. Ota měl široký základ pro své psychosomatické názory než jen osobní klinickou zkušenost; byl zapojen do balintského hnutí v Anglii a patrně zde byl mužem dost agilním a významným, jak jsem mohl konstatovat na evropské konferenci v roce 1996 v Budapešti ke stému výročí Balintova narození. Další kořeny jeho teoretických znalostí můžeme hledat v jeho přátelství s akademikem Charvátém, který seznámil českou lékařskou i laickou veřejnost s konceptem stresu.

Přítomnost významného internisty a gastroenterologa v psychosomatické obci jí dodalo na somatické serióznosti a zbavilo ji oděru duchařství (navzdory skutečnosti, že Ota neustále mluvil o „duši“ a jejích bolestech), zvláště když se časem připojil také další koryfej české gastroenterologie, profesor Mařatka. Ota se plně zapojil do našich „spanilých jízd“, které jsme původně podnikali s osvíceným kardiologem, profesorem Fejfarem z IKEM. Začal také více publikovat pro laické čtenáře a jeho knihy „Stárnout – to je kumšt“, „Zdravě žít – to je kumšt“ a „Žít se stresem – to je kumšt“ měly velký čtenářský ohlas.

Rok 1989 otevřel nestárnoucímu mladíkovi dveře k dosud odpíraným možnostem. Z Avicena přešel do redakce nového nakladatelství Galén, mezi Svobodnými zednáři našel mnoho starých i nových přátel a s nepředstíranou radostí přijal moje pozvání a stal se učitelem Oddělní lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatiky 1. LF UK. Zde se nejlépe projevil jeho mladý duch: Praktika zahajoval s velkou lupou v ruce a Holmesovou čepicí na hlavě, aby ilustroval větu, že stanovení diagnózy je

detektivní práce. Medici i medičky ho brali a jedinou konkurencí z našeho spolku mu byl komediant Bláha. Přitom o sobě říkal, že už není stárnoucí, ale starý.

Svěžest si udržoval tím, že ráno se naložil na deset minut do vany se studenou vodou, tenhle rituál mi předvedl i na své chalupě, kde neměl sice vanu, ale přírodní tůň. Pak buď cvičil jógu, nebo rozumně běhal. Duševní práci se věnoval několik hodin. Po obědě – dřív než to věda zase objevila – si dal šlofíka. Po večeri měl dvě či tři deci červeného. Miloval svou ženu a ona jeho. Měl hojnost přítel, jejich oficiální klub KPOG vznikl již v Nemocnici pod Petřínem, ale další se vyskytovali nezávisle všude, kde se objevil. Přednášel, psal, redigoval, učil, běhal, s chutí jedl, žil. Byl psychicky svěží téměř do své devadesátky, která mu jen těsně unikla.

Dočkal se konečně uznání, které mu náleželo. V roce 1995 obdržel Purkyňovu cenu, 1996 Zlatou pamětní medaili 2. LF UK, 1998 Zlatou pamětní medaili UK, 2000 Pamětní medaili za účast v odboji a v roce 2004 byl pasován na Rytíře českého lékařského stavu jako zástupce oboru psychosomatika.

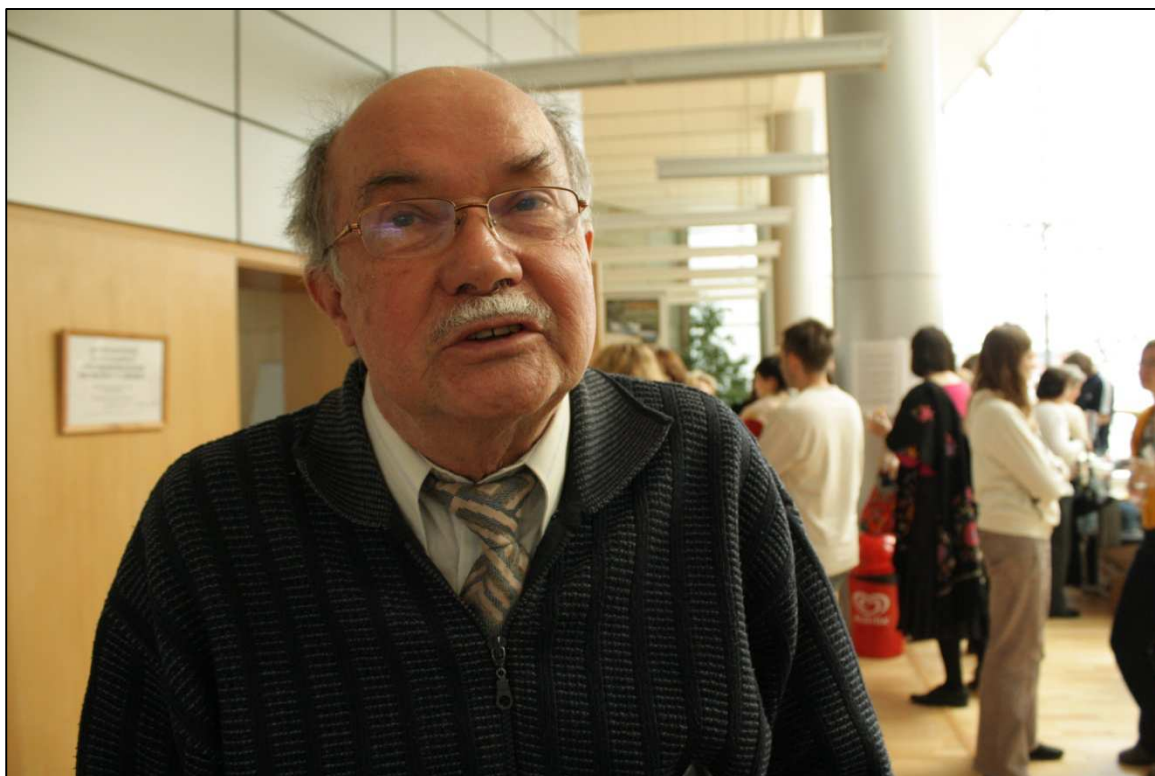
Nepochybuji, že Ota by požehnal mému nápadu raději oslavit jeho narozeniny než se trápit, že nás před deseti roky opustil a že mezera po něm není dosud zacelená, že nám zatraceně chybí.

Jeho přípitek vždy zněl: Le chajim! Na život!

R. H. 2016



## ZA FELIXEM IRMIŠEM



MUDr. Felix Irmiš, CSc., dlouholetý zastávce psychosomatiky, zemřel začátkem října 2016. Poslední rozloučení se konalo 11. října 2016 v malé obřadní síni strašnického krematoria v Praze. Na kolegu, lékaře a člověka vzpomínáme společně:

**Radkin Honzák:** Považuji za své životní štěstí, že jsem doktora Irmiše potkal a poznal jeho práci podrobněji. Felix byl vynikající doktor, uměl medicínu, uměl jednat s nemocnými a na základě svých zkušeností s omyly, které se v medicíně mohou přihodit, napsal plno výborných statí, věnovaných jak věcným omylům, tak komunikačním chybám. Uměl na tyhle skutečnosti upozornit s nadhledem a neagresivně, takže jak jeho přednášky, tak literární příspěvky se těšily vždy velkému zájmu. Měl humor, který nezraňoval ani neurážel a dovoloval, aby si posluchači nebo čtenáři zapamatovali z jeho sdělení mnohem víc. Přestože byl po této stránce velmi úspěšný, nebyl namyšlený a dal si říct, když bylo třeba něco upravit nebo

změnit. Měl jsem to potěšení recenzovat jeho poslední knížku pro Galén „Stres mezi pacientem, lékařem a zdravou osobou“ a byla radost s ním spolupracovat. Bude mi chybět, především jako člověk ryzího charakteru a také jako do jisté míry symbol lékařského svědomí.

**Vladislav Chvála:** Mně se Felix Irmiš vynořoval mezi přáteli psychosomatiky jako trochu záhadný pamětník starých časů, lékař z jiné doby, u kterého jsem dlouho nevěděl, jakému oboru se vlastně věnuje. Odhadoval jsem ho na klasického internistu, ale nepřekvapilo by mě, kdyby pracoval jako lázeňský lékař. Měl zkušenosti, které prokazovaly jeho všímavost k lidským příběhům. Časem se ukázalo, že jeho porozumění pro pacienty má svůj původ i v jeho vlastní roli pa-



cienta. Dlouho jsem si myslel, že je to lékař, kterému vlastní nemoc pomohla pochopit své pacienty do větší hloubky. Nezdůrazňoval jen bio-psycho-sociální model, vždy připomínal také rozměr spirituální. Proto mě překvapilo, když jsem se dověděl, že začínal s psychosomatikou jako výzkumník ještě snad u Hanzlíčka.

**Jiří Šimek:** MUDr. Felix Irmiš, CSc., byl takovou trochu zvláštní, nenápadnou postavou ve Výzkumném ústavu psychiatrickém. Nebyl hovorný, ani ničím nevzbuzoval pozornost, ale již po několika jeho slovech bylo zřejmé, že je to člověk přemýšlivý, se svým vlastním svérázným pohledem na svět. Vím, že pracoval v neurofyziologické laboratoři, ale díky jeho malé ochotě vychloubat se svou prací jsem se o zaměření jeho práce dověděl až z knih, které po r. 1990 vydal.

Felix Irmiš nebyl pouze lékařem, byl i amatérským malířem, stěnu v mé ložnici zdobí jedna jeho půvabná miniatura – výhled do krajiny se dvěma stromy v popředí. Rád vzpomínám, jak jsem mu tenkrát udělal malé „promo“ a Felix pár svých obrázků rozprodal mezi zaměstnanci ústavu. Po r. 1990 jsem se náhodou setkal ještě s další jeho uměleckou aktivitou: až do závěru svého života zpíval ve vynikajícím amatérském (kvalitou spíše poloprofesionálním) sboru Gaudium Pragense, který léta vede syn slavného českého hudebního skladatele Lukáš Hurník.

Již před mnoha lety se MUDr. Felix Irmiš sám jako pacient dostal do konfliktu s naší medicínou. Diagnosticky složitá situace, nezdařená operace a nevhodné reakce ošetřujících lékařů. Místo toho, aby zahořkl, začal se problému komunikace a omylům v medicíně věnovat teo-

reticky, přednášel o svém problému a psal odborné texty.

Při této smutné příležitosti mám potřebu připomenout odbornou dráhu doktora MUDr. Felixe Irmiše, CSc., protože díky jeho skromnosti o něm v internetových vyhledávacích mnoho informací nenajdeme. A kdo není na internetu, jakoby neexistoval. Narodil se v roce 1937, příští rok by se tedy dožil osmdesátých narozenin. V seznamu českých psychiatrů (nyní je veden v Národním ústavu duševního zdraví) jsou jeho odborné zájmy, zřejmě na základě jeho vlastní definice, popsány takto: psychosomatika (bio-psycho-socio-spirituální hledisko), psychoterapie, sociobiologie, rodinná terapie, přírodní léčba.

Felix Irmiš napsal a vydal tři knihy:

- Irmiš, F.: Temperament a autonomní nervový systém: diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie. Galén, Praha 2007.
- Irmiš, F.: Nauč se zvládat stres. Alternativa, Praha 1996.
- Irmiš, F.: Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou. Galén, Praha 2014.

**Radka M.:** Felixe jsem znala především jako člena našeho pěveckého sboru. Zpíval bas. Absolvoval s námi všechny koncertní zájezdy, kam jen mu časové – a v pozdějších letech i zdravotní – možnosti dovolovaly.

Vždycky měl rád veselou partu, úsměv, smích, měl smysl pro humor. Někdy i trošku raráškovský. Pamatuji si jeden večer, kdy náš sbor v rámci zájezdu do Francie podnikl dvoudenní výlet do Bretaně. Felix se na chvíli nenuceně ujal vedení zábavy a předváděl nám „kouzla“. Nebyly to divoké copperfieldovské zále-





žitosti, ale hezké klasické triky. A šlo mu to moc pěkně.

Byl velice inteligentní a všímavý, paradoxně ale zároveň občas působil jako poněkud svérázný solitér. Proto jsme ho časem začali malinko „podezírat“, že se tak někdy pouze navenek stavěl, ale uvnitř se našimi reakcemi jednak bavil, jednak mu možná sloužily trošku jako „studijní materiál“ pro vědeckou část jeho života.

Hudba nebyla jediným uměleckým oborem, který jej zaujal. Měl také smysl pro výtvarné umění. Sám krásně maloval. To jsem zjistila až poté, co jsem zavítala coby jeho pacientka do jeho ordinace, kde měl pověšeny některé své obrazy. Nezmohla jsem se na slovo, když na mou otázku, kdo ty pěkné krajiny maloval, odpověděl, že to dělal on. O tomto jeho koníčku, o dalším rozměru jeho osobnosti, zdaleka nevěděli všichni. Nebyl extrovert, nijak se nesvěřoval. Nemluvil ani o svých radostech, ani o svých starostech. A už vůbec ne v rámci většího množství lidí. Kolektivu, party, sboru. To bylo jeho soukromí, kam mnoho lidí zřejmě ani nechtěl pustit. Bylo to jeho výsostné území, které si bedlivě střežil, tam určitě nechtěl pustit nikoho, kdo by mohl být jen nechtěně ublížit jeho duši. Silné, a přece vnitřně nejspíš dost citlivé a zranitelné.

A jak jsem se já konkrétně dostala z pozice sborové kolegyně-sopranistky do pozice jeho pacientky? Naprosto neočekávaně. Věděla jsem, že se zabývá kromě svého hlavního oboru psychiatrie také léčbou homeopatiky. A tak, když jsem už delší dobu měla veliké potíže s úporným kašlem, který nepolevil ani po postupné léčbě trojími různými antibiotiky, na plicním byli otevřeně bezradní a já byla nešťastná jak šafářův dvoreček, že nebudu moci zpívat na koncertě, poprosila jsem pokorně Felixe, zda by

neměl tip na nějaké homeopatikum, které by mi mohlo v mém trápení pomoci. Vyslechl si popis mého problému, potom se na mě podíval a řekl: „Víš, tyhle potíže těla bývají většinou spojeny s potížení duše. Ale to teď tady asi nevyřešíme. Mohla bys přijít za mnou do ordinace?“

Přišla jsem. A tam jsem poprvé potkala nikoli sboristu-basáka v tričku nebo ve svetru a džínách, který se snaží poctivě zpívat svůj part, o přestávce se vesele baví s jinými nebo si jde koupit kafičko do automatu na chodbě. Přišel PAN DOKTOR, elegantně oblečený v pečlivě vyžehlené košili, kalhotách, laskavě, nicméně naprosto profesionálně jednající se svými pacienty. To byla další vrstva Felixovy osobnosti, kterou zdaleka ne všichni měli možnost poznat.

PAN DOKTOR IRMIŠ mě vyslechl, krásně a laskavě se mnou hovořil jako starší moudrý bratr, mimo jiné též jako souputník krajem hudby; velmi přátelsky, a přece naprosto s profesio-nální jistotou se mnou hovořil o mých zdravotních potížích. A pak stanovil diagnózu a doporučil léčbu. Nejen homeopatickou; i klasické léky. Všechno zdůvodnil a objasnil. A mezitím jsme si stihli povídat i o úplně obyčejných věcech, strastech i radostech, pocitech a zážitcích rodinných, profesních, úplně klasických i naprosto ojedinělých a sou-kromých. Nečekala jsem to. Ale bylo to strašně milé. Člověčí v tom nejpřes-nějším a nejčistším smyslu toho slova. Vážím si toho. Ani nevím, kolik lidí z našeho sboru mělo vlastně příležitost Felixe poznat i z této stránky jeho osobnosti. Skoro to je škoda. Je to moc hezká stránka.

A tehdy jsem se také dozvěděla, že Felix je svým založením hluboce věřící člověk. I v této oblasti si ale prošel velkým a dramatickým procesem poznávání, učení, zrání, škobrtání, hledáním a nacházením cest slepých i těch, které vedou o hodně





dál. Ani tohle jsem o něm tehdy nevěděla. A nesmírně jsem si pak vážila toho, že o tom se mnou byl ochoten mluvit, i toho, jak upřímně a otevřeně to udělal.

Moc děkuju. Bude se mi stýskat.



# RECENZE

## CHVÁLA V.: PŘÍRUČKA PRO PŘIPRAVENÉ

Recenze knihy Zbyňka Vybírala: Jak se stát dobrým psychoterapeutem. Portál 2016, ISBN 978-80-262-1104-4. 190 stran

Přečetl jsem publikaci Zbyňka Vybírala Jak se stát dobrým psychoterapeutem a chci ji doporučit hlavně lékařům, kteří se věnují, nebo chtějí věnovat psychosomatice. Svět psychoterapie představuje pro nás často zdroj naděje i zklamání. Naděje je proto, že v bio-psycho-sociálně pojaté psychosomatice většinu z nás škola vybavila jen tím „bio“, čekáme tedy ze strany psychoterapeutů vydatnou pomoc s našimi pacienty v oblasti „psycho“. Zklamání pak proto, že zdaleka ne vždy jsou naše očekávání naplněna. Pacienty pro takový postup není snadné získat, a když už se to podaří, ukáže se, že psychoterapeutů je málo a většina z nich má plné kalendáře. Ve srovnání s farmakou se může zdát léčba pouhým slovem zoufale bezmocná. Přesto se ve snaze pomoci našim pacientům někteří vrháme i do světa psychoterapie, a chceme se ji také naučit nebo aspoň více poznat. Jenže, jak jiný je to svět! Najednou -a někdo z nás vůbec poprvé- se máme zabývat nikoli pacientem, ale sami sebou! Pro ty z vás, kdo váháte nad touto cestou, nebo jste již na cestě, připravil Vybíral stručnou a čtivou knížku. Chce se mi napsat příručku, protože ve srovnání s rozsáhlými monografiemi o psychoterapii se zde na 180 stranách seznámí čtenář srozumitelně s oblastí psychoterapie. Knížka může být dobrým úvodem, průvodcem prvními krůčky k profesionalizaci naší práce.

Proč se mi zdá vhodná právě pro lékaře, když mnohem častěji se na cestu k psychoterapii vydávají z podstaty své-

ho vzdělání psychologové? Nejspíš proto, že cestu lékaře k psychoterapii pokládám z více důvodů za obtížnější. Z podstaty medicíny jsme vychováváni jako experti, většinu času stráveného s pacientem diagnostikujeme a radíme, co s nemocí má pacient dělat. Není nic vzdálenějšího tomu, co se vyžaduje od dobrého psychoterapeuta, než diagnostikování a udělování rad. A přitom, pozice „toho, kdo léčí“, role aktivního činitele, je nám lékařům přeci samozřejmá. Věřím, že řada dobrých lékařů se díky svému talentu a empatii věnuje svým pacientům více, než vyžadují doporučené postupy. Pacienti je mají rádi, léčí se v jejich péči ochotněji, a proto lékaři snadno podlehnou pocitu, že jsou i „dobrymi psychoterapeuty“. Ani by je nenapadlo jít do výcviku psychoterapie, zdokonalovat svou přirozenou výbavu, stávat se psychoterapeuty profesionály. To také lékař nepotřebuje, má dost svých nástrojů k léčbě. Ale jakmile se začne věnovat psychosomatice, a nechce-li zůstat jen u alternativních a komplementárních léčebných prostředků, chtěli se zlepšit v komunikaci a zvýšit dál účinnost své práce, může být výprava do světa psychoterapie moc užitečná.

Vybíral je původním vzděláním psycholog, vysokoškolský pedagog, sečtělý profesionál. Čerpá nejen ze své vlastní terapeutické zkušenosti, ale především z literatury, aniž čtenáře zahltlív množstvím odkazů. Jako zastávce eklektického přístupu nezůstává věrný jen jednomu „zaručenému“ způsobu psychoter-



pie, takže nehrozí jednostranná indoktrinace čtenáře. Ten nabývá spíše dojmu, že i když je psychoterapeutických škol hodně, stejně nakonec je nejpodstatnější nalezení vlastního stylu. Autor je věrný několika svým přesvědčením, která se zde jeví jako užitečná: varuje před generalizacemi, předpojatostí, před zjednodušujícími hesly a slogany. To bude pro lékaře, kteří mají mnohem méně času na pacienta než psycholog, důležité varování. Tam, kde má terapeut dostatek času, a to lékař téměř nikdy nemá, mohou být stručné poznámky a ještě lépe otázky lékaře položené ve správný čas tím nejlepším prostředkem. Neměli bychom to však pokládat za psychoterapii a s radami typu „tak to vám, milostivá asi něco leží v žaludku...“ bychom měli hodně šetřit. Proč je tomu tak, napovídá Vybiřalova publikace. Na rozdíl od příruček typu „návodu k použití“, obrací autor důsledně pozornost k terapeutovi a věří na spolupráci s pacientem. Tedy nejen na spolupráci, ta je samozřejmým předpokladem takové práce, ale doslova na vedení pacientem. Ani to není pro lékaře snadné. A pro pacienta, který je u lékaře zvyklý se nechat vést, také ne. Z vlastní zkušenosti vím, že snad to nejtěžší pro lékaře, který se stává psychoterapeutem, je moment, kdy připustí, že neví. Že není mocný mág, který jednoduchou radou pomůže pacientovi. Zdá se, že to ví i autor, nejspíš ani pro psychologa není snadné přestat rozdávat rady. Orientace na dialog, na svět pacienta vybízí i psychologa, aby se vzdal expertní pozice. To se týká každého vzdělance, protože vědění je moc. Ta pak určuje, kdo je tady expertem. A jakýpak dialog, když jeden ví vše a druhý nic?

To svádí ke kritice zavedených expertních psychoterapeutických směrů. Vybiřal uvádí i příklady reflexí, které ironizují psychoterapii, třeba z pera Jay Halyho. Je-li kniha určena začínajícím psychote-

rapeutům, může mít takové zlehčení a kritika dobrý korektivní účinek. Ale plocha několika souvislých stran věnovaná kritice ze strany pacientů mi připadá příliš velká. Kdo jiný než zkušený psychoterapeut by měl vědět, jak těžké je s některými pacienty vyjít, a uspokojit jejich představy, někdy naprosto nereálné. Pokud se taková frustrace z nevydařené psychoterapie promění do literárního útvaru, nemělo by se z něho stávat měřítko celé psychoterapie. Jako by se zde projevovala jakási terapeutická skepse autora, který se v některých svých pracích stavěl až na pozici kritika psychoterapie, antipsychoterapie. Oprávněně kritizuje terapeuty experty a mágy, léčbu slogany šířené médií jako pop-psychologie. Autor cituje i takové výzkumné práce, které prokazují, že jsou psychoterapeuti, u kterých je ústup obtíží pacienta častější a léčba kratší. Nadání a zkušenost zde hrají svou roli, významný je však také kontext, například věhlas psychoterapeuta. Jak se takovým terapeutem stát?

Už v prvních deseti poznámkách v úvodu knihy se pokouší autor odpověď najít. Pokud by lékař, který má dojem, že je samozřejmě jak dobrým lékařem tak automaticky psychoterapeutem, přečetl těchto prvních 19 stránek, poslouží mu to lépe než celý „překladový slovník“ psychosomatiky z pera Dalkeho . Když přečte víc, bude to ještě lepší. Dozví se, jak vůbec udělat něco účinného, jak vytvořit mezilidský vztah, který léčí, jak se vyhýbat předpojatostem, jak vést rozhovor, něco o technikách a postupech psychoterapeuta a lecos dalšího. V neposlední řadě se dozví, že psychoterapie může také škodit. Upozorňovat také na etickou stránku naší práce, je nejen pro oblast psychoterapie velmi důležité. Pokládá-li někdo „pouhá slova“ oproti farmakům za příliš nicotná, může



snadno přehlédnout, že mají schopnost nejen léčit, ale také škodit.

Vybíralova znalost širokého kontextu psychoterapie umožňuje chvályhodnou stručnost. Pokud vybírá z rozsáhlé literatury citace, pak právě tak, aby ilustroval předávanou myšlenku. Odkazů na literaturu má čtenář k dalšímu studiu na konci knihy až dost, i když může stačit úvod do světa psychoterapie, který mu autor zprostředkoval. Hlavní téma knihy, tedy jak se stát dobrým psychoterapeutem je

podpořeno vyznáním řady dobrých psychoterapeutů, kteří odpovídali na takovou otázku v minianketě. To umožňuje autorovi neupadnout do pastí každého autorského textu: že bude brán příliš vážně. Když totiž o tom řekli své také jiní, může si čtenář vybrat ještě další názory. A učinit si ten svůj.

V Liberci 18.11.2016



# EXCERPTA

## ZIPFEL S., ET AL.: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA V NĚMECKU

### VÝVOJ A SOUČASNÉ POSTAVENÍ

V Německu na rozdíl od USA není psychosomatická medicína synonymem konzultační psychiatrie, ale představuje samostatný ucelený specializovaný obor a v důsledku toho má podstatně silnější institucionální základy, než je tomu v jiných zemích. Nicméně podobně jako jinde měla i německá psychosomatika kořeny v psychoanalýze. Měla ale také jiné zdroje, nezávislé na současném biopsycho-sociálním modelu, a to integrativní internistický model Uexküllův a s ním neurologický Weizsäckerův, které konceptualizovaly trochu jinak vztahy „těla a duše“ a v nichž tělesné příznaky nebyly chápány jen jako projevy psychiky, ale v kontextu modelu, v němž senzomotorické a další aktivity psychiku (mysl) spoluvytvářejí. (Je to v podstatě myšlenka, kterou dnes prosazuje Andy Clark: Pro tvory, jako jsme my, jsou tělo, svět a čin spolutvůrci té nepostižitelné věci, které říkáme mysl.)

Německá psychosomatika není subspecializací psychiatrie, přestože s ní má některé společné oblasti a překrývá se s ní v péči o některé skupiny pacientů. Na některých univerzitách, jako například v Heidelbergu a Tübingenu, jsou psychosomatická oddělení součástí interních klinik. Nezávislost na psychiatrii je dána nejspíš skutečností, že psychiatrie dlouho odmítala integrovat do svých metod psychoterapii jako jednu z klíčových. Tím se také psychosomatická medicína vyvíjela samostatně.

Pokud jde o klinickou část, počítá psychosomatická medicína do své kompetence péči o pacienty s následujícími obtížemi: somatoformní (funkční) poruchy, poruchy příjmu potravy, somatopsychické problémy (včetně psychonkologie, psychokardiologie a dalších) a psychotraumatologie. Přesah do psychiatrické oblasti tvoří depresivní, úzkostné a osobnostní poruchy.

### PSYCHOSOMATICKÁ ZAŘÍZENÍ A JEJICH STRUKTURA

První psychosomatická nemocnice byla otevřena v Berlíně r. 1927 a od té doby vzniklo mnoho nejrůznějších lůžkových zařízení. Současný počet klinik je 223 s celkovým počtem kolem 10 000 lůžek, na nichž pacienti stráví průměrně 40 dnů. Za zmínku stojí, že počet lůžek se v tomto tisíciletí ztrojnásobil oproti sta-

vu v roce 2000. Rovněž je zřetelný nárůst denních stacionářů.

#### Současné typy lůžkových zařízení:

1. Nemocnice pro psychosomatickou medicínu na superregionální úrovni se specializovanými odděleními (například pro PTSD, poruchy příjmu potravy,





chronickou bolest atd.) s více než 200 lůžky.

2. Psychosomatická oddělení na regionální úrovni jako součást větších nemocnic, zajišťující zde také konzul-tační-liaison službu, s kapacitou 9–36 lůžek.

3. Psychosomatická a psychoterapeutická oddělení při univerzitních nemocnicích s 20–70 lůžky, zajišťující péči o pacienty, výuku a výzkum.

4. Psychosomatická oddělení při psychiatrických zařízeních (20–30 lůžek).

5. Konzultační-liaison služby při všeobecných a univerzitních nemocnicích bez vlastní lůžkové kapacity.

Zdravotní pojišťovny, státní nebo soukromé, hradí léčení z rozpočtu oddělení od rozpočtu psychiatrie. Ceny se odvíjejí více od nutné délky léčení než od diagnostických skupin. Tento systém se pravděpodobně bude v blízké budoucnosti měnit.

Vedle zdravotního pojištění je v Německu ještě zvlášť další systém pro reha-

bilitační centra v klinických oblastech kardiologie, onkologie, neurologie, ortopedie a psychosomatické medicíny. Ta se zaměřují na aktivity bránící vývoji do disability a jejich provoz je kryt z penzijního pojištění. Center pro psychosomaticku je 141 a mají celkem okolo 16 000 lůžek s průměrným pobytem 37 dnů.

Program jednoho psychosomatického léčebného lůžkodne zahrnuje většinou multimodální aktivity, kombinovanou individuální a skupinovou psychoterapii, často s kombinací jak dynamické, tak kognitivně behaviorální. Podle základní diagnózy jsou k dispozici další postupy, jako například techniky redukující stres, fyzioterapie, terapie zaměřená na tělo, kreativní terapie (muzikoterapie, arteterapie) a další. Na vztahovou problematiku se zaměřuje rodinná terapie často s přizváním partnerů a s nácvikem některých sociálních dovedností. V současném systému hrazení je za klíčovou část považována psychoterapie.

### *EFEKTIVNOST INTEGROVANÉ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE*

Multimodální lůžková péče se ukazuje jako efektivní v mnoha naturálních studiích; z etických důvodů není možná klasická randomizovaná kontrolovaná studie (RCT). Nicméně přehledy a metaanalýzy provedené v poslední době ukazují na to, že při skupinovém hodnocení velikosti účinku je možné konstatovat ústup příznaků ( $g=0,72$ ) i pozitivní změny mezosobních problémů ( $g=0,35$ ). Nicméně nově se RCT začínají uskutečňovat k porovnání výsledků vycházejících z hospitalizace ve srovnání s denními stacionáři.

Většina psychosomatických oddělení a nemocnic je zařazena do programu sledování kvality programů, a to jak z hlediska odborného, tak z hlediska transparentnosti péče pro pacienty.

Zdroj: Zipfel S., et al.: Psychosomatic medicine in Germany: More timely than ever. *Psychother Psychosom*, 2016;85(6):262-269

R. H.



# Z KONFERENCIÍ



## KOHÚT J.: CREATING CONNECTIONS 2015 – REZILIENCIA

Prežitie vďaka prepojeniu

V polovici apríla sa v Holandskom Kaatsheuveli uskutočnila konferencia pre odbornú, ale aj laickú verejnosť s názvom Creating Connections. Ústrednou témou bola téma reziliencie. Za týmto slovíčkom s francúzskym, či latinským sexepílom sa skrýva pojem definujúci schopnosť človeka prežiť, adaptovať sa a vzdorovať potencionálne nepriaznivým vplyvom. Na konferencii, ktorá sa koná každé dva roky, prednášali profesionáli, ktorí sa dlhodobo a hĺbkovo zaoberajú témami vzťahovej väzby (Daniel Siegel), na emócie fokusovanej terapie (Sue Johnson), neurovedami (Marco Iacoboni), acceptance & commitment therapy (Steven Hayes), tréningom bdelosti

a pozornosti (Jon Kabat Zinn), ale aj napríklad etológiu (Frans de Waal).

Osobne som sa na túto konferenciu vybral predovšetkým s motiváciou zažiť v akcii jedného z pionierov – „prekladateľov“ východných meditatívnych praktík do západného kontextu, pána Jon Kabat-Zinna – zakladateľa MBI (mindfulness based interventions – napr. *MB-SR – mindfulness based stress reduction*).

Počas sledovania týchto rôznorodých a výnimočne inšpirujúcich prezentácií a workshopov som mal možnosť rozpoznať zopár spoločných menovateľov:



- rozvíjanie pozornosti (awareness, mindfulness), pozornosti duálne nehodnotiacej, pozornosti zvedavej, avšak neaktívnej v zmysle vyvíjania inej aktivity, ako aktivity samotného procesu pozorovania,
- pozorovanie a nepredpojaté skúmanie vnútorných procesov či už telesných, alebo emocionálnych (v tejto súvislosti dvoch strán jednej mince), procesov vnútorných do tej miery, do akej je možné túto hranicu stanoviť medzi viacerými otvorenými systémami,
- komunikácia, empatia, súcit, intersubjektivita,
- rozvoj terapeutického vzťahu, najdôležitejšieho a najefektívnejšieho faktoru účinnej interpersonálnej psychoterapie,
- dôležitosť spojenia resp. prepojenia jednotlivých fazií ľudskej osobnosti (sebaobraz, túžby/potreby, strachy, traumy), ich zvedomenie a ich integrácia pomocou akceptácie a tento „vnútorný“ model na úrovni jedinca prenesený na úroveň interpersonálnu (medziludské vzťahy) a sociálnu (vzťahy na rôznych sociálnych úrovniach; národné až „nadržované“ vzťahy),
- zdravá vzťahová väzba s primárnymi osobami, ktorá jedincovi dáva pevné korene a týmto mu umožňuje rásť do výšky a šírky, a ďalej nadväzovať sýtiace a obohacujúce medziludské vzťahy, resp. umožňuje v prípade frustrácie tieto obdobia pretaviť do poučných skúseností ako zdrojov osobnostného rastu a v neposlednom rade bezpochyby rozvíjať nase kapacity reziliencie.

V jednom veľmi zaujímavom a veľmi zábavnom príspevku bolo možné vidieť vývoj vzťahov, predovšetkým vývoj altruistického, resp. podporujúceho a kooperujúceho chovania vyšších primátov. Frans de Waal tu poukázal, že toto správanie je úplne bežné u šimpanzov, ako aj u opíc bonobo. Keď som sa pozeral na tie malé video-ukážky, ako jednoducho a zároveň biologicky účelne táto kooperácia môže fungovať,

prišlo mi na um nielen to, že tieto zvieratá pociťujú tú istú paletu pocitov ako my, a preto si zaslúžia väčšiu úctu, či už sa to týka ochrany ich prirodzených teritórií, alebo ochrany ich života ako takého, neredukovaného na „predmet“ či „vec“. Rovnako som si uvedomil, ako je spolupráca, pokiaľ je rešpektovaných pár pravidiel, v zásade prirodzená a jednoduchá vec, veľmi prospešná pre jednotlivca a skupinu.

Na záver dodám len toľko, že bolo neskutočne inšpirujúce sledovať ľudí tak ľudsky kompetentných, enormne sčítaných a rozhladených, interdisciplinárne pôsobiacich, pracujúcich na mnohých projektoch, venujúcich sa výučbe, výskumu a osvete, zároveň ale skromných vo svojich vyhláseniach a pokorne relativizujúcich tézy, ktorými sa zaoberajú celý život, teda ľudí poctivých k pravde. Predovšetkým k pravde, ktorá už koluje tisícročia vo vedomí aj podvedomí ľudstva. K pravde, že za rozvoj jednotlivca môže jeho absolútne prepojenie s ostatným svetom, s ľuďmi a cítiacimi bytosťami naokolo, so svojim prostredím, v ktorom žije, ale aj so svojim vnútorným svetom, so svojou vlastnou ekológiou. Azda aj prívetivou integráciou a akceptáciou prirodzených protichodných ľudských tendencií, odporov a strachov do jedného spoločného „sveta-organizmu“ je možné, aby mohla plynúť tak potrebná výmena informácií a energie a mohla byť zachovaná biodiverzita, faktor nevyhnutý pre prežitie. Náš najväčší zdroj. Aby človek nebol nútený zo strachu, či z nevedomosti „odtínať“ svoje rôzne fazety a aspekty, takisto však, aby neodtínil hlavy iným, ktorí nepasujú do jeho konceptu. Rozvojom horeuvedených schopností je človek schopný čeliť výzvam, ktoré prináša život, a vďaka nim je potom skutočne možné, aby z deformujúceho distressu mohol byť benefičný eustres. Vtedy je reziliencia naozaj fran-

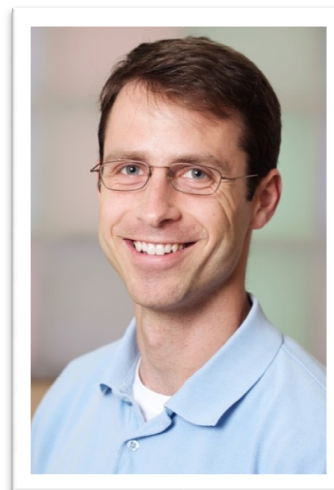


cúzsťou radostou a nekonečným zažíváním miriád možných spojení v na-šom matrixe. Vtedy nejde iba o pomenovanie neurotransmiterov za toto zodpovedných (oxytocín v hlavnej úlohe), ale vtedy tu ide o niečo, čo na konferencií so

šibalským úsmevom viackrát zopakoval pán profesor Dan Siegel – parafrázujem: Nejde iba o „me“ (ja), nejde iba o „we“ (my). Treba nanovo zažiť esenciu novogizmu – takzvaného „mwe“ („jmy“).

Do redakce přišlo 18. 6. 2016  
Zařazeno do tisku bez recenze 15. 10. 2016  
Střet zájmů: není znám

MUDr. Ján Kohút  
Assistenzarzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Psychiatrische Dienste Biel - Réseau Sante mental Bienne  
Mühlebrücke 14  
2502 Biel/Bienne  
Švajčiarsko  
[jankohut5@gmail.com](mailto:jankohut5@gmail.com)



Assistenzarzt für Psychiatrie und Psychotherapie

## ROČŇOVÁ M.: JAK SE PŘEDNÁŠÍ PSYCHOSOMATIKA PRO PRAKTIKY (OD KARLOVÝCH VARŮ PO TATRY)

V únoru 2015 vybědli pořadatelé Kongresu primární péče v Praze výbor SPM ČLS, aby připravili blok o psychosomatice pro dvoudenní akci pro praktické lékaře pro děti a pro dospělé. Já sama za sebe, jako jedna z přenášejících, jsem měla velký problém, jak toto téma vtisknout do jedné přednášky, jak si vybrat, o kterých aspektech mluvit, jak zaujmout nebo snad přesvědčit posluchače ve velkém sále pro 1200 lidí, že psychosomatiiku lze dělat v ordinaci praktického lékaře. Mezi kolegy, které jsem znala (kromě výjimek kolegů, kteří absolvovali se mnou výcvik v rodinné terapii) jsem neměla pocit, že toto téma je nějak zvlášť zajímavá. Naše přednášky tenkrát byly začátkem příštích změn. Během roku

2015 vyšly Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro praktické lékaře u psychosomatických poruch a lékařsky nevysvětlitelných příznaků především díky podpoře vědeckého sekretáře Společnosti všeobecného lékařství doc. MUDr. Bohumila Seiferta. Tento krok byl zcela zásadní pro oporu včleňování psychosomatického pohledu do práce praktika.

Po nadšení z Psychosomatické konference v Liberci, kde jsem (mezi svými) poprvé přednášela bez obav, jak bude moje přednáška přijata, jsme dostali pozvání do Tater na Kongres pro praktické lékaře. Předseda Společnosti pro praktické lékaře na Slovensku je mladý lékař a





jeho manželka je psychiatr, oni osobně měli o téma psychosomatiky zájem a věnovali nám v programu hodinu času. Bylo to velmi zvláštní přednášet o psychosomatice hned po přednášce na téma, jak správně vykazovat pojišťovně EKG. Posluchačům také chvíli trvalo, než si na takový přechod témat zvykli, ale během přednášky se zaposlouchali a po ní za námi řada lékařů přišla, že by měli zájem o vzdělávání v psychosomatice a že u nich nic takového není. Dostali jsme také pozvání na příští rok s tím, že by rádi psychosomatický workshop.

Kongres stejného typu u nás se koná každoročně v Karlových Varech v hotelu Thermal. Letos se konečně hotel Thermal dočkal po všech hvězdách světové kinematografie a majitelích Oskarů i zástupců psychosomatiky. V nabitém čtyřdenním programu na naši přednášku vyhradili organizátoři 10 minut času.

Po prvotním zděšení, co asi můžeme na téma psychosomatiky stihnout sdělit

Na vyžádání redakce napsala M.Ročňová  
Do redakce přišlo 22.11.2016

během 10 minut, jsem si řekla, že tato situace je obdobná situaci, kdy chci ve své somatické ordinaci uplatňovat bio-psycho-sociální přístup, a přijde mi během ordinálních hodin 40 pacientů a z nevýhody se stala logická paralela. Vybrali jsme s MUDr. Kabátem rychlý průřez původní hodinové přednášky a stihli jsme říct vše, co bylo potřeba.

Po skončení našeho bloku dala přísná předsedající publiku možnost položit jednu otázku (přednášky končily v čase, kdy už měl být zakončen program toho dne). Přihlásila se paní doktorka v první řadě a řekla pádně, že nemá dotaz – že chce jen říct, že je to smutné, když téma, které se týká nás všech, a zabírá nám denně polovinu času naší práce, dostalo na kongresu jen 10 minut prostoru.

Uvidíme, co se odehraje do dalšího kongresu – zda si sami posluchači řeknou o to, že by na téma psychosomatiky chtěli více času....

Zdá se nám, že je zaseto...



OBRÁZEK 6: D. JANDOURKOVÁ, B. BRAN-  
NÁ A M.ROČŇOVÁ





# POLITIKA, KONCEPCE

## ZÁPIS ZE SETKÁNÍ NAD VÝZKUMNÝM PROJEKTEM PSYCHOSOMATIKY

3. 11. 2016 se uskutečnilo v prostorách Psychosomatické kliniky v Praze 6 setkání nad výzkumem v psychosomatice. Sešli se na něm zástupci větších i menších psychosomaticky orientovaných pracovišť z různých míst ČR, studenti a Tomáš Řiháček z FSS MU v Brně.

Předmětem setkání byla debata nad konkrétní podobou případné grantové žádosti. Tu by SPM ve spolupráci s Centrem pro výzkum psychoterapie ráda podala v březnu na Grantovou agenturu ČR (GAČR). Již delší dobu zvažujeme, jakou podobu by měl výzkum mít. Cílem experimentální studie by mělo být zjištění efektivity psychosomatické léčby u širšího spektra pacientů s MUPS. V případě naturalistické studie by šlo spíše o zjišťování širších souvislostí léčby MUPS pacientů (osobnostní charakteristiky pacienta, jeho motivace, průběh terapie, zhodnocení terapeutické změny aj.)

Dr. Tomáš Řiháček (řešitel projektu) seznámil zúčastněné s metodologickými nároky experimentální a naturalistické výzkumné studie. Zástupci pracovišť, kteří by měli zájem na výzkumu participovat, debatovali nad proveditelností výzkumu v podmínkách svých praxí.

Stěžejním tématem se stal především výběr klientů do experimentální a kontrolní skupiny, velikost výzkumného vzorku a zajištění jednotných výzkumných podmínek na více pracovištích. Přísná kritéria designu experimentální výzkumné studie vyžadují vysoký počet participantů (zhruba 120) a to jak v experimentální tak kontrolní skupině. Právě tento požadavek se zdá být jednou z velkých překážek, která nám komplikuje experiment realizovat.

Velmi živá debata přinesla řadu zajímavých zjištění. Opět upozornila na limity, kterým je výzkumné zkoumání efektivity psychosomatické (ale i psychoterapeutické) léčby vystaveno v kvantitativním výzkumu. Limity ale neznamenají konec. Věříme, že se nám podaří výzkumný projekt naplánovat tak, aby na jedné straně splňoval kritéria současné pozitivistické vědy, a na straně druhé mu neunikla specifika práce s psychosomatickými pacienty. O průběhu našeho počínání Vás budeme průběžně informovat.

Helena Franke



# VYCHÁZÍ

## PSYCHOPATOLOGIE

*NAUKA O NEMOCECH DUŠE*

2., aktualizované a doplněné vydání

Orel Miroslav a kolektiv

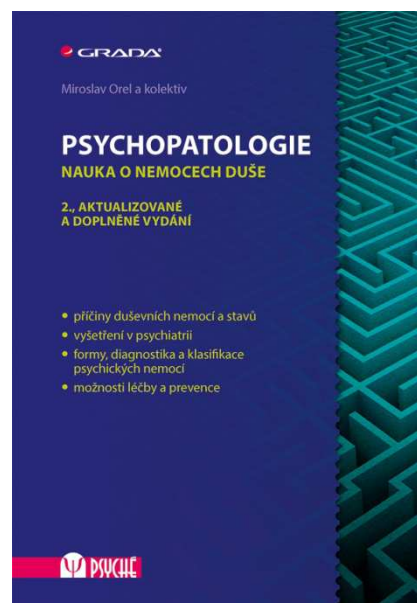
formát: B5

vazba: V2

rozsah: 344 stran

prodejní cena včetně DPH: 399 Kč

ISBN: 978-80-247-5516-8



Druhé vydání hojně využívané publikace nabízí stručný přehled o dnes stále aktuálnějším oboru. Přístupnou a čtivou formou přináší základní informace o široké oblasti duševních poruch všem, kdo knihu vezmou do ruky buď kvůli splnění svých studijních povinností, nebo kvůli potřebám své profese, nebo třeba jen ze zájmu. Znalost základů psychopatie patří k nepostradatelným předpokladům pro práci ve všech pomáhajících profesích, tj. u psychologů, sociálních pracovníků, zdravotníků, pedagogů a dalších.

Od doby prvního vydání se objevily nové vědecké poznatky a přibyly nové okolnosti, mimo jiné došlo ke změnám legislativy (občanského zákoníku) a byla vydána pátá verze Diagnostického a statistického manuálu DSM-5. Celý text knihy byl proto revidován, doplněn a zpřesněn. Rozšířeny byly některé poznatky neurověd týkající se stavby a fungování mozku, zcela nová je kapitola o hraničních stavech psychiatrie, které za určitých okolností mohou být funkční a poruchovými se stávají jen někdy. Objevují se tu také témata krize, truchlení, agrese a stresové reakce, s nimiž se dnes v pomáhajících profesích setkáváme zcela běžně. Přibylo i rámcové seznámení s modelem genderu.

Tato moderní a přehledná publikace, doplněná řadou ilustrací, vychází z klinické praxe i z výuky v rámci univerzity, a tvoří tedy kompendium širokého oboru.

Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: 234 264 401-2

fax: 234 264 400

www.grada.cz



# PŘEHLED PORUCH PSYCHICKÉHO VÝVOJE

Pugnerová Michaela, Kvitová Jana

formát: B5

vazba: V2

rozsah: 296 stran

prodejní cena včetně DPH: 359 Kč

ISBN: 978-80-247-5452-9

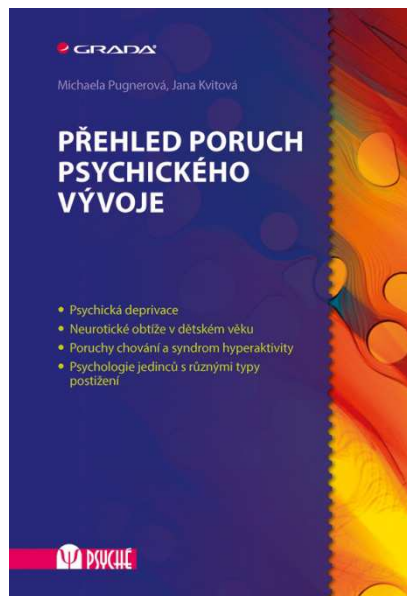
Současný pedagog základní školy se neseťkává pouze s „normalitou“, ale zcela přirozeně i s „abnormalitou“. Pokud se má orientovat v mezilidských vztazích, rozumět dětem a jejich rodičům, měl by získat rozhled v širších souvislostech, být schopen komunikovat nejen v rámci psychologické normality, ale umět se správně zachovat také v případech patologie. Pedagogové řeší různé typy výukových obtíží, jež se mohou objevovat v rámci tzv. integrací. Se zavedením se setkávají se žáky, kteří mají výukové obtíže, a to z rozličných příčin. Tato kniha by jim měla být cenným pomocníkem právě v takovýchto situacích.

Jak samy autorky uvádějí, jejich cílem nebylo předložit vyčerpávající popis celé šíře psychických obtíží, ale spíše zprostředkovat (ať již budoucím, či stávajícím pedagogům) základní orientaci ve vybrané psychologické oblasti. Zaměřily se na témata a problematiku, které se jim jeví jako nejfrekventovanější v pomáhajících profesích, zejména v profesi učitele působícího na všech typech a úrovních vzdělávání. Propojují teoretická východiska a dosavadní poznatky o vybraných tématech s výzkumem konkrétních případů. Za cíl si daly informovat o tématech, jejichž znalost pomáhá pedagogům lépe pochopit problematiku dítěte, a pomoci tak zkvalitnit jejich pedagogickou činnost a orientaci v dané problematice.

Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.

Vystudovala jednooborovou odbornou psychologii na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Nyní pracuje jako odborná asistentka Katedry psychologie a patopsychologie Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde již léta vyučuje vývojovou psychologii a přehled poruch psychického vývoje v prezenčním i kombinovaném studiu. Má bohatou praxi v pedagogicko-psychologickém poradenství, je vedoucí Vysokoškolské psychologické poradny při PdF UP. Dlouhodobě se zabývá problematikou školní zralosti a kvalitou života pedagogů.

PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.



V současné době působí jako odborná asistentka na Katedře psychologie a patopsychologie Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde se zaměřuje na poruchy psychického vývoje, psychokorektivní intervenci a psychologii zdraví. V publikaci zúročila své pedagogické, lektorské i výzkumné aktivity a také zkušenosti z manželské a rodinné poradny, kde osm let působila. Výzkumně se zaměřuje na oblast psychosociálních aspektů zdraví, konkrétně na vlivy osobnostní i výchovné, techniky důležité pro zvládání stresu a v neposlední řadě také na oblast kvality života a životní spokojenosti.

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

## RORSCHACHOVA METODA

Integrativní přístup k interpretaci

2., rozšířené a aktualizované vydání

Lečbych Martin

formát: B5  
vazba: V2  
rozsah: 240 stran  
prodejní cena včetně DPH: 339 Kč  
ISBN: 978-80-247-5834-3

Kniha se věnuje Rorschachově metodě, jednomu z nejzajímavějších a také nejznámějších nástrojů, které se v psychologii využívají k diagnostice procesů vnímání, myšlení, emočního prožívání a mezilidských vztahů.

Důraz je kladen na integrativní přístup k interpretaci metody. Jeho zdrojem je řada vědeckých teorií, které se autor snaží funkčně propojit s ohledem na konkrétní otázky psychologické diagnostiky. Druhé vydání knihy je rozšířeno zejména o kvalitativní rovinu interpretace Rorschachovy metody a o praktické aspekty integrativního přístupu.

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



# LITERÁRNÍ KOUTEK

## DOPIS ALBERTA EINSTEINA DCEŘI

*Koncem roku 1980 prý věnovala Lieserl, dcera slavného génia, 1400 dopisů psaných Albertem Einsteinem Hebrejské univerzitě s příkazem nepublikovat je, dokud neuběhne dvacet let od její smrti. Toto je překlad jednoho z nich.<sup>1</sup>*

Dopis pro Lieserl Einstein:

„Když jsem navrhl teorii relativity, velmi málo lidí mě pochopilo a to, co odhalím a přinesu lidstvu, teď rovněž koliduje s nepochopením a s předsudky světa. Žádám Tě, abys chránila dopisy, jak dlouho bude nutné. Roky, dekády, dokud se společnost nevyvine na takovou úroveň, aby akceptovala to, co vysvětluji níže.

Existuje extrémně mocná síla, pro kterou zatím věda neobjevila formální vysvětlení. Je to síla, která zahrnuje a řídí všechny ostatní síly, a dokonce je obsažena ve všech fenoménech, které operují ve vesmíru, ale přesto jsme ji nedokázali identifikovat. Tato univerzální síla je láska.

Když vědci hledali sjednocující teorii vesmíru, zapomněli na nejmocnější, nespátřenou sílu. Láska je světlo, které osvětluje ty, co ho dávají a dostávají. Láska je gravitace, protože způsobuje, že jsou někteří lidé přitahováni k ostatním. Láska je síla, protože násobí to nejlepší, co je v nás, a dovoluje lidstvu nevyčerpat se svým slepým sobectvím. Láska odkrývá a odhaluje. Pro lásku žijeme a umíráme. Láska je Bůh a Bůh je Láska.

Tato síla vše vysvětluje a dává životu smysl. Je to proměnná, kterou jsme příliš dlouho ignorovali možná proto, že se lásky bojíme, jelikož je to jediná energie ve vesmíru, již se člověk nenaučil podřídit své vůli.

---

<sup>1</sup> *Nejsem si jista, jestli ten milý Einsteinův dopis není podvrh. Je divné, že o Einsteinových kontaktech s dcerou se nikde nepíše. Ve většině životopisů se uvádělo, že nemanželská dcera Lieserl byla dána k adopci do Srbska (odkud pocházela její matka Mileva) a tam umřela na záškrť. Později to bylo zpochybňováno, možná nezemřela, nicméně se všude píše, že nejspíš s otcem neměla žádný kontakt. Kdyby se ta nemanželská dcera přihlásila v Hebrejské knihovně (?) a odevzdala 1400 Einsteinových dopisů, tak toho byly plné noviny. A mohl vůbec Einstein napsat tolik dopisů dohromady, natož pak jednomu člověku, a to dceři, kterou evidentně nechtěl? Navíc styl toho dopisu Einsteinův není, to by forenzní lingvista prokázal testem,... Dívala jsem se, jestli blog nevyšel 1. dubna, ale je červenový. (pozn red.)*





Abych lásku učinil viditelnou, jednoduše jsem zaměnil hodnotu ve své nejslavnější rovnici. Pokud bychom namísto  $E = mc^2$  akceptovali, že energie k vyláčení světa může být získána skrze lásku násobenou čtvercem rychlosti světla, došli bychom k závěru, že láska je nejsilnější existující silou, protože nemá žádný limit.

Po selhání lidstva ve snaze kontrolovat ostatní síly vesmíru, které se tak otočily proti nám, je velice urgentní, abychom sami sebe naplnili jiným druhem energie...

Pokud chceme, aby náš živočišný druh přežil, pokud chceme najít smysl života, pokud chceme zachránit svět a každou živou bytost, jež ho obývá, láska je jedinou odpovědí.

Možná zatím nejsme připraveni postavit bombu lásky, zařízení dost silné na zničení veškeré nenávisti, sobectví a chamtivosti, na zničení vlastností, které devastují planetu.

Nicméně každá individualita s sebou uvnitř nosí malý generátor lásky, jehož energie čeká na vypuštění do světa.

Pokud se naučíme tuto vesmírnou energii dávat a dostávat, drahá Lieserl, potvrdíme tak, že láska zvítězí nad vším, je schopná přesáhnout všechno a nic, protože láska je kvintesencí (podstatou) života.

Hluboce lituji své neschopnosti vyjádřit to, co je v mém srdci, jež pro Tebe tiše bije po celý můj život. Možná je už pozdě se omlouvat, ale protože čas je relativní, potřebuji Ti říci, že Tě miluji a díky Tobě jsem dosáhl k ultimátní odpovědi!“

Tvůj otec,

Albert Einstein

/Převzato z Mladé fronty DNES <http://richardmasek.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=465387/>

Pro badatele odkazy zde <http://www.ptejteseknihovny.cz/dotazy/dcera-alberta-einsteina>



*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](mailto: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. Me-



zera 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.

