



**RADKIN
HONZÁK**

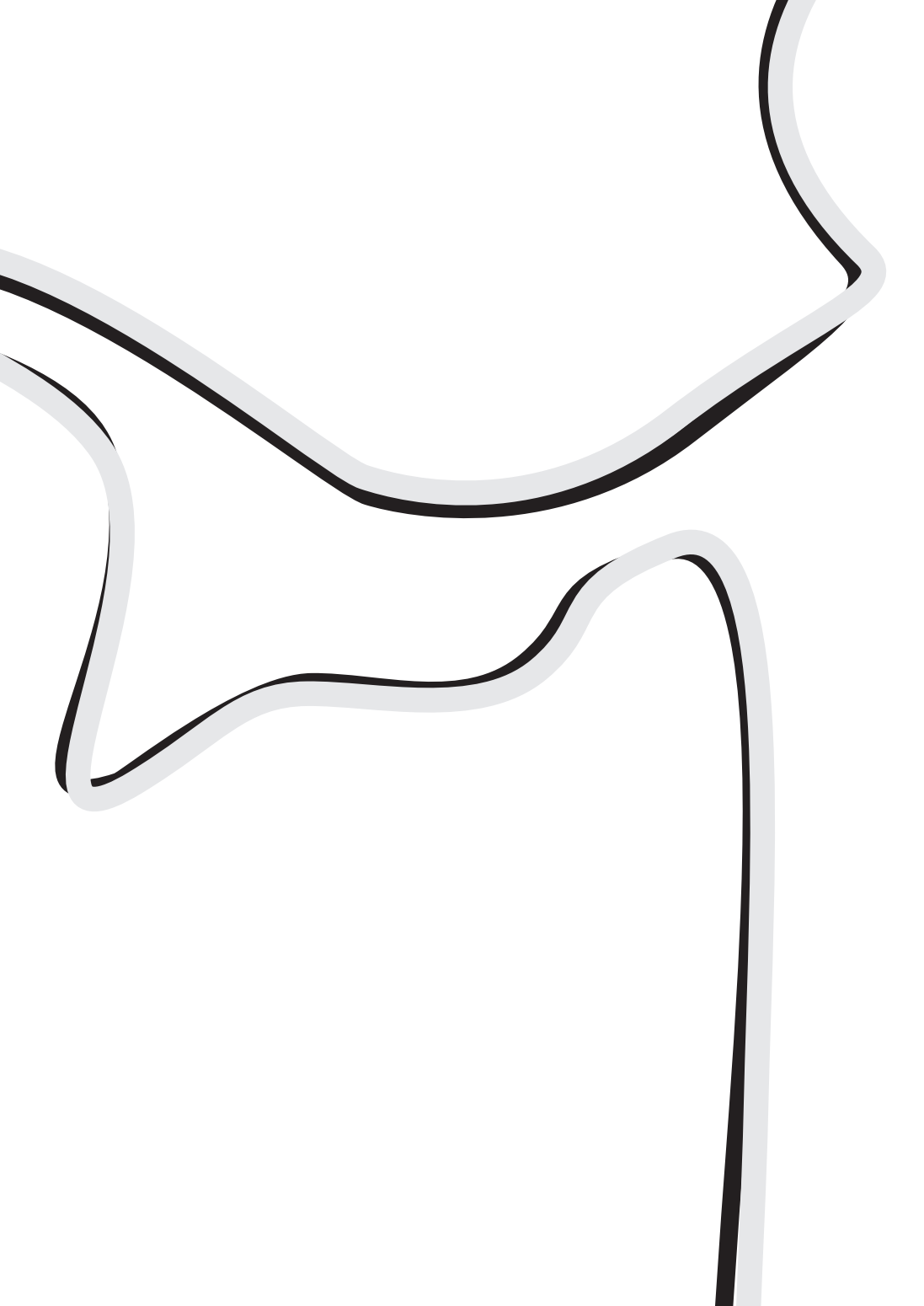
**PSYCHO-
SOMATICKÁ
PRVOUKA**

VYŠEHRAĐ



**RADKIN
HONZÁK**

**PSYCHO-
SOMATICKÁ
PRVOUKA**





**RADKIN
HONZÁK**

**PSYCHO-
SOMATICKÁ
PRVOUKA**

VYŠEHRAĐ

Každý má pravdu, pokud se nemýlí.

ERNEST HEMINGWAY

Typografie Kateřina Urbanová

Odpovědná redaktorka Radka Fialová

E-knihu vydalo nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,

v Praze roku 2017 jako svou 1674. publikaci

Vydání v elektronickém formátu první

(podle prvního vydání v tištěné podobě)

Doporučená cena E-knihy 210 Kč

Nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,

Praha 3, Víta Nejedlého 15

e-mail: info@ivysehrad.cz

www.ivysehrad.cz

Copyright © Radkin Honzák, 2017

ISBN 978-80-7429-934-6

Tištěnou knihu si můžete zakoupit na www.ivysehrad.cz

OBSAH

Pozvání do světa psychosomatiky	9
Záludnost slova „normální“	13
Důkazy účinnosti psychosomatického přístupu	18
Něco málo z historie	33
Člověk a jeho svět ve zdraví a nemoci – předmět našeho zájmu	50
Enterální mozek a mikrobiom	58
Emoce	81
Láska	90
Strach	93
Hněv a vztek	97
Údiv aneb „Tatínku, proč včelám krademe med?“	99
Smutek je potřebná emoce	103
Hnus – morální emoce	107
Radost a smích, jak je možná neznáte	113
Důvěra	121
Pomsta není sladká, je hořkosladká	125
Stud a pocit viny	129
Člověk – tvor sociální	133
Peklo je stav duše a peklo je nakažlivé	139
Lidská spiritualita aneb česká nemoc	144
Komunikace a terapeutický vztah z trochu jiného úhlu	156
Připoutávací vazba	159
Typy pacientů	161
Osobnost a reakce lékaře	163
Cykly interakce manipulujícího pacienta s lékařem	167

Spánek – třetina života	178
Nejčastější problémy	181
Řízení cyklu spánek – bdění	186
Odbočka o snech	189
Řešení běžných spánkových poruch	193
Co může dělat tělo pro svou duši – tělesná zátěž a kognice	200
Kůže, čich, hmat a lidské doteky	209
Bolest	226
Placebo jako opomíjená součást léčby	242
Na počátku bylo slovo	242
Praktické použití placeba pro zhodnocení léčby	244
MAC-efekt léku a (jeho) placeba	249
Placebo-efekt na základě podmiňování	255
Nocebo	261
Dráždivý tračník postinfekční versus non-postinfekční	268
Kazuistika	280
Psychogenní kašel	283
Hraniční témata	290
Jsem to já? O depersonalizaci	292
Psychopatie	296
Apotemnofilie	300
Sběratelé životních malérů	302
Othello je v tom nevinně	303
Pica	305
Brouk v hlavě	307
Münchhausenův syndrom	309
Setkání s dvojníkem	311
Couvade syndrom	312
Pár slov na závěr	315
Slovníček častých výrazů	317

POZVÁNÍ DO SVĚTA PSYCHOSOMATIKY

Vstupovat do světa psychosomatiky vyžaduje jednak odvahu, především však drzost. Odvahu opouštět pohodlné cesty a drzost šlapat po trávniku, na němž je po několika staletí umístěna výstražná cedule, udržovaná medicínským establishmentem za všech panujících režimů, s nápisem NEVSTUPOVAT. Co se mě týká, skromnost jsem před deseti či patnácti roky zanechal na prahu dospělého věku s tím, že bude-li potřeba, vím, kde ji najdu. Učím zdárně druhé, že *sedávej panenku v koutě, budeš-li hodná, najdou tě* je zcela obsolentní a škodlivé heslo. My (to je *pluralis majestaticus*) doporučujeme nové, které říká: *Vymet holka všechny bály, on se jednou někdo spálí!* Tento přístup mi dovoluje bez studu předložit spanilým čtenářkám a váženým čtenářům následující text.

Je to výsledek mého padesátiletého, a řekněme si tady poctivě, že také většinou marného hledání pravdy o zdraví a nemoci. S pravdou v medicíně to není jednoduché, protože tato disciplína, podobně jako Rusko, neví, kde má hranice. Jen čas od času si několik jedinců položí otázku, jaké jsou vlastně úkoly a cíle současné medicíny. Je to otázka nemilá, leč legitimní. Měla by stát u všech projektů, reforem a plánů zdravotního systému. Medicína sama ve své expandující tendenci nemá potřebu se definovat a vysvětlit, že jde o praktickou aplikaci vědeckých poznatků při diagnóze, léčení a prevenci nemocí, se jeví jako příliš obecné.

Jako vždy (a jako všichni) jsem velmi často opisoval, a to většinou ze zdrojů, které se také dnes mýlí a kdysi se mýlily podobným způsobem, kterým se mýlím já, protože tak to je nejen mně, ale nám všem daleko bližší. Mýlit se s moudrými je ale někdy stejně ošidné jako mít pravdu s blbci. Ucelená sbírka omylů je *srozumitelná*, tak jako *telná* kráva, když se pak otelí, přivádí na svět nová a nová stvoření, z nichž některá

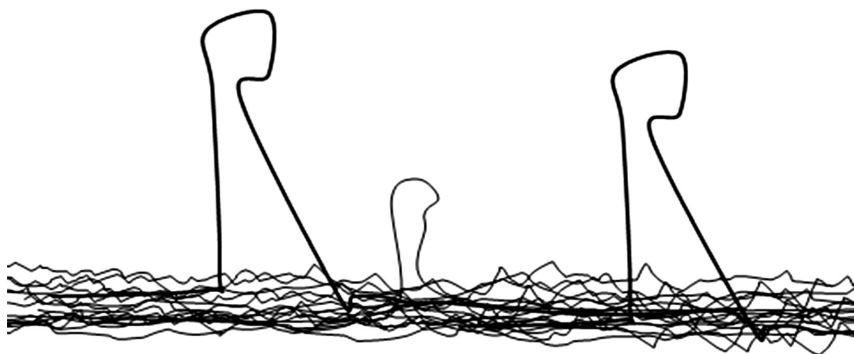
jsou dalšího života schopná. Při této příležitosti vzpomeňme s dojetím na slepé uličky génia Cimrmana i na serendipity.

Co se týká metafyzických problémů těla a duše, nemám s tím žádné starosti. Jestliže může být elektron jak částicí, tak vlněním, a jestliže jeden elektron může současně projít dvěma otvory, což obojí dnešní poznání vyhláší jako dogma, je nad slunce jasné, že je to nad naše chápání a nezbyvá než počkat, až to fyzici nám natvrdlým a zanedbaným, kteří stále stavíme svět v newtonských kulisách, kde to není samá díra, ale existují i pevné předměty, vysvětlí. Neměli bychom zapomínat, že svět se promítá do naší psychiky, přičemž o tom, co je to psychika, také žádná jediná a srozumitelná dohoda neexistuje.

Jsem přesvědčen, že jedním z dominantních světů, možná ten v naší sociální existenci nejvýznamnější, je svět slov, svět naší řeči, našeho jazyka. Ten je více či méně přesně propojen s naší **myslí**, což je mnohem širší pojem než to, co je permanentně vytvářeno v nitrolebním prostoru mezi oběma ušima každého člověka. Existence představy kolektivního vědomí, stejně jako nevědomí, není představou novou, byla tu již před Jungem, který ji však zviditelněl nejvíc, a dostává reálné obrysy po objevu zrcadlových neuronů.¹

Moje představa lidské mysli vychází z živé přírody, na rozdíl od často prezentovaných modelů z oblasti strojů (Freud – parní stroj s přetlaky, ventily a výpustěmi, později nám nabízený model telefonní centrály a dnes všeobecně přijímaný model PC), a podobá se systému houby (jedinec) a podhoubí (společné vědomí i nevědomí), jak je schematicky zachyceno na obrázku. Líbí se mi původní řazení hub k rostlinám, ale nakonec jejich osamostatnění, a připomíná mi to, že člověk je také zvíře, ale značně osamostatnělé. Lze je nalézt po celé Zemi a jakkoliv jde o jeden druh, zahrnuje široké spektrum svérázných individualit s velmi rozdílnými charakteristikami a schopnostmi. (A jejich zásobní látkou je také glykogen.) Lidé jsou jako plodnice vyrostlé za účelem rozmnožování, netušící, co všechno obsahuje a skrývá podhoubí.

¹ Rizzolatti G. – Fogassi L., The mirror mechanism: recent findings and perspectives. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2014 Apr 28; 369 (1644): 20130420; Ganttová S. P. – Agazarianová Y. M., Skupinová mysl, skupinové vytváření funkčních podkupin a interpersonální neurobiologie. In: E. Hopper – H. Weinberg (eds.), *Sociální nevědomí u osob, skupin a společností*, díl 1, Praha: Irene Press, 2015, s. 102–118.



Mysl jedince (model podhoubí a houby).

Psychosomatický pohled nepředstavuje v žádném případě nějakou alternativní medicínu, tedy konkurenci, která stojí jako alternativa, čili zcela jiná možnost, než je medicína současná, založená na důkazech pozitivistického ražení, zpracovaných statisticky. Svými požadavky **brát v úvahu stejně vážně jako faktory biologické také velmi obtížně měřitelné faktory sociální a psychologické, eventuálně už téměř neuchopitelné faktory duchovní neboli spirituální, je doplněním redukcionistického pohledu medicíny na člověka jako na biologický preparát.** Tím může být psychosomatický přístup přiřazen k „doplňkové a alternativní medicíně“ (*complementary and alternative medicine, CAM*), ale jako ten doplňkový. Při tomto poněkud odlišném pohledu se však jeho cíle zásadně neliší od cílů, které by si měla stanovit také medicína založená na důkazech (*evidence based medicine, EBM*), které však ve svém tažení za penězi a mocí překračuje zejména výrobou nových nemocí, účelově vytvářených systematickou medicinalizací sociálních jevů. Její cíle jsou zhruba tyto:

1. prevence nemocí a poranění a rozvoj péče směřující k udržení zdraví,
2. úleva v bolesti a utrpení způsobených nemocemi,
3. léčení a péče o nemocné a péče o nevyléčitelně nemocné,
4. zabránění předčasným úmrtím a na druhé straně pomoc při pokojném a důstojném umírání.

V biopsychosociálním přístupu je nutné přehodnotit pohled na lidské tělo, které se dnes už nejeví jako jeden organický monolit, ale jako složitý ekosystém (někdy označovaný jako supersystém), v němž na „naši“ (je ještě naše?) fyziologii a patofyziologii participuje složitý a bohatý především střevní, kožní a další slizniční mikrobiom. Ten se aktivně podílí na našem metabolismu, naší imunitě a našich řídicích funkcích. Kromě centrálního nervového systému máme tedy též nervový systém enterální a plno věcí, které byly považovány za nezvratné axiomy, podle dnešních poznatků už neplatí. V této chvíli se například biologičtí experti nemožou dohodnout, zda existuje či neexistuje „orgán“, a v případě že ano, jak ho definovat.²

Psychology nepochybně raním tím, že devalvuji jejich oblíbené „tělesnění emocí“ v současnosti opakovaně prokázaným tvrzením, že emoce jsou primárně tělesné děje,³ neurochemické procesy, nejstarší řídicí systémy a jejich mentální reprezentace se označují jako pocity. Po létech spekulací se tak vracíme k východiskům, která zaujal už Charles Darwin.⁴ Emoční oblast je zaměřena v první řadě na přežití jedince a druhu, proto má řada emocí svůj neoddělitelný sociální charakter, a zde již mizí úplně ostrá hranice mezi námi a našimi prý nižšími živočišnými příbuznými.

Rodina, která po staletí fungovala jako nejmenší a nejdůležitější sociální jednotka, se v současné společnosti rozpadá, což nesporně má důsledky pro vývoj jedince a jeho zdravotní stav, stejně jako radikálně změněné životní prostředí a způsob života. Strukturu a fungování širších společenství, která se vyvinula z původní tlupy – prahordy, asi nejlépe postihuje Luhmannův koncept⁵ autopoietických („samotvorných“) systémů, na něž ve svém přístupu odkazují.

Při vši neskromnosti si však nedělám iluze o svých možnostech, jednak proto, že se (částečně) znám, a pak proto, že nad všemi biologickými,

² Coffey C. J. – O’Leary D. P., The mesentery: structure, function, and role in disease, *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016; 1 (3), s. 238–247.

³ 21. 9. 2016 oznámili vědci z MIT (Massachusetts Institute of Technology), profesorka Dina Katabi a její žáci Mingmin Zhao a Fadel Adib, že vyvinuli EQ rádio – bezdrátové zařízení, detekující na základě analýzy dechu a tepu zkoumané osoby tři základní emoce – radost, hněv, smutek – a potom ještě jednu, která sice už mezi základní nepatří, ale je též zajímavá, a to spokojenost.

⁴ Darwin Ch., *Výraz emocí u člověka a u zvířat*, Praha: ČSAV, 1964.

⁵ Šámal K., <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/72123/?lang=en> (naposledy dohledáno 11. 2. 2017).

psychologickými a sociálními potřebami, jejichž nedokonalé sycení je jednou z příčin špatného zdraví, se vyskytují ještě potřeby duchovní, jež v živočišné říši jsou také vlastní nejen lidem a o jejichž sycení mám ještě méně přesnou představu. A nejen to; každá ze zmíněných úrovní je v systému lidského poznání zpracovávána odlišným způsobem a také odlišným jazykem, jejich vzájemné propojení není vůbec jednoduché, přičemž informační tok mezi nimi nepochybně existuje. Způsob, jak informace z jedné oblasti ovlivňuje dění v těch dalších, je stále pouze předmětem spekulací.

Informace bude patrně to podstatné, co zajišťuje celý složitý anti-entropický pohyb, jež nazýváme životem, a pokud se mi podaří utřídit informace – ať v podobě fyzikální, chemické nebo mentální – a ukázat na ty, jež vedou k dobrým změnám, budu považovat svou část úkolu na stavbě psychosomatiky za částečně splněnou.

Záludnost slova „normální“

Být normální je vytouženým cílem neúspěšných.

C. G. JUNG

Není třeba studovat magii, abychom pochopili, jakou sílu má slovo. Navzdory tomu, že jsme si toho (občas) vědomi, zacházíme s touto cennou a mocnou komoditou velice ledabyle. Nemám tím na mysli lidi, u nichž vyřčená slova předbíhají myšlenky (jsou-li tam jaké), ale přehlížení kontextu, v němž jsou pojmy používány.

Velmi instruktivní příklad jsem ulovil a bohužel zůstal v mé paměti bez příslušné citace. Nezbyvá vám než mi uvěřit, že jsem to nezkreslil a že se budete moci odpovědně rozhodnout. Vyjděme z následujících informací: Frída byla na vysoké škole ekonomické velmi aktivní účastnicí aktivit zaměřených na lidská práva a zejména na genderovou problematiku. Které z následujících dvou prohlášení se jeví pravděpodobnější?

A: Frída pracuje v bance.

B: Frída je členkou „Ženské ligy“ v bance, kde pracuje.

Pokud budeme uvažovat jako (byť amatérští) vědci, je větší statistická pravděpodobnost, že pravdivý je výrok „A“, protože v bankách pracuje víc lidí než v ženských spolcích. Pokud se budeme pohybovat v přirozeném světě a budeme uvažovat a mluvit přirozeným jazykem, platí to pro výrok „B“. Měli bychom si vždycky uvědomit, v kterém z obou – a dalších – jazykových světů se pohybujeme.

Slovo **normální** pochází z latinského *normalis* neboli „vyvedený podle tesařova čtverce“, tedy svisle stojící. *Norma* potom znamenala „pravidlo“ a časem se tento pojem stal označením pro **běžný stav věcí**. Úžasné je jeho zneužívání, nedávno jsem zaslechl pěkný oxymoron: „Von je normální blázen.“

„Pane doktore, řekněte mi, je tohle normální, je to normální?“ ječela na mě dáma v manželské poradně. „Von přijde domů, pravda, boty si zuje, ale nesrovná, pak si de umejt ruce, ale ani ho nenapadne, aby to umývaldo po sobě spláchnul, copak to je normální?“ A dále pokračovala, jako kdyby měla skrytou kameru u nás doma...

„To je těžké,“ vysvětloval jsem jí, „když malý chlapeček vyrůstá v rodině, kde tatínek večer přijde domů, všechny zmlátí a oni mu vypucují boty, bude chlapeček, až vyroste, takové chování považovat za normální. Když chlapeček vyrůstá v rodině, kde tatínka večer všichni zmlátí a on jim vypucuje boty, bude pro něj v dospělosti normální naopak tohle.“

V hovorovém jazyce je pojem normální chápán velice často jako něco, co dělám, co mám nebo co si myslím já, v čem jsem vyrostl, co platilo v naší rodině a co jsem tedy povýšil na normu (= pravidlo), jíž by se měli všichni ostatní podřídít. Když to nedělají, jsou nenormální. Pikantní na tom ale například je, že něco kolem 2 % synestetiků, kteří mají spojeny dvě kvality vnímání (například barevná písmena, barevnou hudbu), si většinou myslí, že všichni ostatní vnímají svět stejně jako oni. Existuje také Gaussovo normální rozdělení, v němž procentuální zastoupení dvou směrodatných odchylek zjišťovaných veličin od průměru tvoří 96 % ze všech, což je dost široká norma na to, aby se do ní vešlo nezanedbatelné množství podivuhodných jevů. Řeknete-li někomu „tvař se normálně“, jak asi bude vypadat jeho výraz?

Jak nám může tenhle koncept omezit myšlenkovou kapacitu? Snadno. Spoléhám-li se, že se budu setkávat s „normálními“ věcmi, je toto mé schematické vidění stále konfrontováno se skutečností, že takové nepo-

tkávám, tak jako pravděpodobně nepotkám občana kupujícího si průměrného 3 a ½ páru, tedy sedm bot ročně. Je to ale cesta, po které nás všichni vedou: například medicína při orientaci na „nemoci“ rozdělila vyskytující se symptomy na kardinální a vedlejší, přičemž ty první zařadila do zásadních rozlišovacích faktorů, zatímco ty druhé ponechala bez většího zájmu. U depresí například není uváděn průjem jako příznak, který by pacienti obtěžoval, naopak mezi kardinální průvodní jevy patří zácpa, přičemž u poloviny nemocných trpících dráždivým tračníkem (10 % prevalence) najdeme také úzkostnou nebo depresivní poruchu. Tu můžeme z diagnostické úvahy chybně vynechat právě na základě imperativních průjmu, které přece u této diagnózy nejsou „normální“.

„Nenormální“ jednání – a vztahy mezi lékařem a somatizujícím pacientem mohou být dost napjaté až třaskavé právě vzhledem k tomu, jaké problémy diagnóza i terapie „medicínsky nevysvětlitelných příznaků“ (*medically unexplained symptoms*, MUS) přináší – nás může na obou stranách jednacího stolu (abych hned nepoužil termínu „barikáda“) emocionálně nabudit tak, že začneme vidět rudě.

Harvardův zákon z Murphyho souboru nám říká, že *za přísně kontrolovaných tlakových, tepelných a dalších fyzikálních podmínek se živý organismus chová, jak ho to zrovna napadne*. Svoje klinické pozorování jsem pro potomstvo formuloval takto: *Člověk vydrží víc než zvíře, jen mu dát příležitost!* Dáme-li sem do třetice Selyeho⁶ heslo: *Co tě nezabije, to tě posílí*, dostáváme rámeček, v němž se lidské reakce a stavy mohou pohybovat.

Stresující zátěž, kterou někdo snese bez mrknutí oka, může druhý považovat za zničující, z přijaté a platné definice bolesti plyne, že ta je vždy subjektivní a její intenzitu tudíž nemůže posoudit nikdo jiný než její nositel, a na vyvolané emoce nelze žádnou normu nasadit. Deset lidí vystavených stejnému zážitku bude mít deset různých prožitků z něj a žádný nemůžeme vyhlásit za normální a zbytek za zcela nesprávné. V každém jednotlivém klinickém případě musíme uvažovat o jedinci a jeho individuální reaktivitě, pochopitelně na pozadí obecnějších zákonitostí.

⁶ Přestože byl opakovaně navržen, Selye nikdy nedostal Nobelovu cenu, protože jeho teorie „postrádala tvrdá fakta“. Tak to chodí ve světě vědy.

U jedné třetiny pacientek trpících funkčními obtížemi najdeme v anamnéze tělesné týrání nebo sexuální zneužití či alespoň ohrožení, ale u dvou třetin takhle traumatizace neproběhla. Na druhé straně máme v životě dobře adaptované oběti takového jednání bez jakýchkoliv psychopatologických nebo psychosomatických tělesných obtíží. Stejně je třeba vážit všechny další vyhlášené patogenní i uznávané protektivní faktory.

Ani těm ryze materiálním dobrotám a škodlivinám se nedá věřit: sádlo se zase smí, s cholesterolem to také není úplně jasné, trochu tělesného tuku navíc může chránit před degenerativními mozgovými poruchami, obezita není z přejídání a nedostatku pohybu, ale je to zánět, podle jiných zase ne, a je to nerovnováha regulačních faktorů. Být malým čunětem je zdravější než čistota, která ještě do nedávna byla půlkou zdraví. Mikrobiom zamíchal mnoha teoriemi a duše v břiše určitě ještě do dalších promluví.

Medicína založená na důkazech (*evidence based medicine*, EBM) staví na statistické pravděpodobnosti, že u pacienta trpícího chorobou nazvanou tak či onak budou s velkou pravděpodobností tyhle a ony obtíže, tyhle a ony objektivní nálezy, takový a onaký průběh a bude indikována ta či ona léčba. To platí u velké části nemocí, které jsou způsobeny známými či předpokládanými organickými příčinami. Přestože bude u každého pacienta něco přechýlávat a něco chybět, do popsaného schématu se jakž takž vejde. I tak je to někdy s odřenýma ušima.

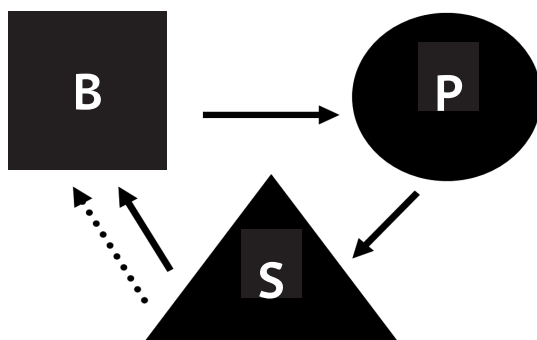
Pacienti s funkční poruchou ale nestůňou podle těchto pravidel, organická příčina jejich obtíží se nenajde a vysvětlení, že porucha není na postiženém místě, ale na úrovni řídicích systémů, je neuspokojí a ani nenadchne, protože podle jejich mínění, mínění laického a bohužel často též profesionálního, mají jakousi neplnohodnotnou, polovičatou diagnózu. Mají pocit, že jim jejich lékař nevěří, že si myslí, že je to jen jejich představa, že jsou považováni za simulanty. Tím jejich napětí narůstá a příznaků úměrně přibývá. A stěhují se. Ty příznaky. Ti pacienti naopak cestují po medicínských pracovištích od čerta k ďáblu a sbírají zkušenosti, nálezy a laboratorní výsledky; to by v tom byl čert, kdyby se někde něco nenašlo! A někdy reagují, potom zase nereagují na tuhle nebo onu léčbu a je to prostě všechno jinak. Je tohle normální?!

Dostaneme se k tomu ještě podrobněji, zde však chci zmínit, že medicína založená na důkazech toto řešit neumí, svoje platná a účinná doporučení pro takové lidi nemá a obecně vzato s poznáním obtíží, kterým se před stoletím říkalo „hysterie“ a dnes se jmenují „somatizace“, není o moc dál, než byli Charcot, Janet nebo Freud.

Životy postižených lidí probíhají „normálně“, když tu náhle přijde zvrat a objeví se obtíže. Matematici pro tuhle situaci mají Ljapunovův exponent, teorie autopoietických systémů zase pojem „kontingence“, medicínský model zde hledá nikoliv kauzální, ale pouze „spouštěcí“ mechanismy. U části psychosomatických autorů se objevuje pojem „alostáza“, což je adaptační změna neboli úprava vzniklé stresové situace, aby byl dosažen adekvátně stabilizovaný stav organismu („homeostáza“).

Nicméně všechny modely naznačují, že předchozí cesta obsahovala významné rizikové faktory, jejichž kritická hodnota (jako informace vedoucí ke změně) by mohla být předpověditelná. Jedinec, ani rodina jako nejbližší suprasystém, si tyto okolnosti neuvědomuje, teprve v jejich

**Sociální akce vyvolá emoci.
Emoce je do vědomí přeložena jako pocit.
Informace o pocitu do sociálního prostředí.
Úprava, nebo další emoce — příznak.**



Interakce bio-psycho-sociálních faktorů.

nadhraničním projevu je nějakým způsobem reflektuje. Zajímavé je, že změna, která proběhne neuvědoměle v somatické oblasti jednotlivce, vede ke změnám v sociálním systému rodiny přes roli nemocného, která kromě utrpení přináší s sebou moře sociálních zisků. Ty však – stejně jako transformace psychosociální tísně do somatického příznaku – běží většinou mimo plné uvědomění všech zúčastněných a tím také mimo možnost racionálního zpracování kýmkoliv z nich. Reflexe důsledků vzniklých změn se může dostavit později a situaci dále komplikovat. To probíhá ve stovkách rodin, a věřím, že ani nejzapálenější zastánce toho zneužívaného pojmu to nenazve normálním.

Důkazy účinnosti psychosomatického přístupu

Medicína založená na důkazech (EBM) snáší důkazy statistického charakteru o výsledcích biologické léčby. Bere-li se tento v zásadě redukcionistický postup jako jediný doporučovaný, není možné si nevšimnout, že se liší od zásad ústavy Světové zdravotnické organizace (WHO), která definuje zdraví jako stav fyzické, mentální a sociální pohody, a tím výslovně požaduje nikoliv redukovaný, ale komplexní, celostní biopsychosociální přístup⁷ k lidem ve zdraví a nemoci. EBM také ponechává stranou všechny nemocné, kteří se do jejích statistik nevejdou, což je něco kolem čtvrtiny z těch, kteří zavítají za lékařem první linie a jsou jim zde diagnostikovány funkční/somatizační poruchy, s nimiž si EBM neví rady.

Jak je patrné ze schématu systémového modelu, teoretický rámec a z něho plynoucí léčebný biomedicínský zásah se odehrává na úrovni řídicích a řízených systémů. Vyšší etáže systému nebere v konkrétních případech v úvahu, maximálně se na ně odvolává v rámci obecných hypotéz a to deklaruje jako biopsychosociální přístup. K tomu je nutné dodat, že o existenci střevního mikrobiomu, podstatné součásti řídicích systémů, a jeho fyziologickém a patofyziologickém významu nebylo před desetiletím ani ponětí a dodnes je velmi málo seriózních údajů

⁷ <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>; Engel G., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196 (4286), s. 129–136.

SYSTÉMOVÝ MODEL

BIOSFÉRA
SPOLEČENSTVÍ – NÁROD
KULTURA – SUBKULTURA
KOMUNITA
RODINA
DYÁDA
JEDINEC
se svou zkušeností a chováním
ŘÍDÍCÍ SYSTÉMY
ŘÍZENÉ (ORGÁNOVÉ) SYSTÉMY
TKÁŇ
BUŇKY
ORGANELY
MOLEKULY
ATOMY
SUBATOMÁRNÍ ČÁSTICE

o tom, jak skutečně pracuje, co je příčina, co důsledek a co epifenomén. Máme tady – stejně jako behavioristé ve svých začátcích – jakousi černou skříňku, v níž „cosí“ probíhá, možná tak, jak si představujeme, možná že zcela jinak.⁸ Příliš mnoho starých jistot se tak hroutí a těch nových pravd přibývá mnohem pomalejším tempem, nicméně je dnes jasné, že jsme spíše koexistující než nezávislé bytosti.

Co se týká neřešených stavů u člověka, EBM má ještě podstatný dluh v oblasti emocí, které jako biologické recepční a současně řídicí systémy s jasně patrnými a detekovatelnými neurochemickými ději nedokázala zatím akceptovat, natož integrovat. Jediná podoba emocí, jíž se věnuje, jsou emoce těžce patologické nebo zcela vykloubené a desintegrované v psychiatrii, a to je jistě málo.

⁸ Vácha M., Kontroverzní postavení „jedince“. In: R. Ptáček – P. Bartůněk (eds.), *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2016, s. 63–70.

Teorie systémů nám říká, že dobrá funkce systému je závislá na dobré funkci subsystémů a že změna jednoho subsystému vede ke změnám v subsystémech dalších, nikoliv přímým vlivem, ale jejich vlastním speciálním způsobem. Psychosomatická medicína plně respektuje biologickou podstatu člověka a nezpochybňuje postupy ani výsledky EBM, chce jen, aby přinejmenším v indikovaných případech byly brány v diagnostice, léčbě, prevenci a celkovém chápání člověka ve zdraví a nemoci⁹ stejně vážně subsystémy psychosociální jako ty biologické.

Budeme-li definovat léčbu na obecné úrovni, je to proces, který navrátí aktuálně či chronicky vychýlený chod organismu zpět do oblasti zdraví, optimálně do stavu plné potenciality a obnovy regulačních zpětnovazebných mechanismů. V této obecné rovině tedy záleží na specifických **informacích**, které organismus dostane a které k této žádoucí změně povedou. Informace mohou mít jak charakter hmotný (odstranění, repozice, molekula působící na receptor), tak energetický (záření ničící nádorové buňky, fototerapie), rovněž ale charakter ryze psychosociální (přítomnost druhé osoby, slovo) nebo spirituální (víra). V oblasti přijatelných hypotéz zde navíc můžeme počítat s jistými samouzdravnými mechanismy, které se jasně projevují¹⁰ například v placebových situacích. A nesmíme zapomínat, že i ryze biologická léčba není pouze výsledkem interakce léku a organismu, ale že má též svůj psychologický a kulturní rozměr.¹¹ Nechybí ani názory zpochybňující teoretické principy současné EBM léčby¹² nebo studie ukazující na to, že při prodloužení časového intervalu se rozdíl mezi placebem a novými analgetiky stávají nesignifikantní, a vyjadřující na základě toho pochybnost o větší účinnosti psychofarmak a analgetik u léků, které se dostaly na trh v posledních letech.¹³

O významu dyády, jakož i širšího společenství, který nelze nikdy přecenit, „vědí“ už bakterie, které se dokážou v případech nouze obklopit

9 Honzák R. – Chvála V., Psychosomatická medicína. In: L. Hosák – M. Hrdlička – J. Libiger a kol., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, s. 551–561.

¹⁰ Také s následujícím paradigmatem je třeba počítat: *Keď sa pacient rozhodne žiť, je medicína bezbranná*.

¹¹ Honzák R., Placebo jako opomíjená součást léčby. *Psychosom* 2016; 14 (4), s. 229–242.

¹² Kirsch I., Antidepressants and the Placebo Effect. *Z Psychol* 2014; 222 (3), s. 128–134.

¹³ Tuttle A. H. et al., Increasing placebo responses over time in U.S. clinical trials of neuropathic pain. *Pain* 2015 Dec; 156 (12), s. 2616–2626.

svými rezistentními kamarády a kamarádkami a vzdorovat zhoubným účinkům antibiotik, jak nás informuje čerstvá studie v *PLOS*.¹⁴ Pamatuji se živě na údiv našich imunologů v IKEM, kteří v 80. letech zjišťovali, že vyvolané defekty u myši se hojí rychleji, když jsou myši dvě, než když je trápené zvíře samotné. Mohl jsem jim tehdy nabídnout analogickou situaci týkající se prahu bolesti. To je v různých podobách opakovaně prokazováno dodnes.¹⁵ Dnes máme zprávy, že tahle skutečnost „analgické pomoci“ se ve společenství laboratorních zvířat odehrává cestou empatie,¹⁶ musí ale jít o kamarádku ze společného ubytování; cizí myš empatii neprojeví.

Exkluzivní vztah lékař – pacient je sice předmětem intenzivního zájmu psychoterapeutů, do klinické medicíny ale dosud tyto poznatky všeobecně nepronikly, a pokud ano, příliš se v ní neukotvily. Jestliže samy léčebné výsledky psychosomatického přístupu nejsou dostatečným argumentem, metody neurověd nám o něm přinášejí některé objektivní zprávy, ze kterých lze usuzovat, co se v terapii děje, a ukázat zatím jen některé prokázané biologické prvky celostního biopsychosociálního přístupu.

První podmínkou léčby je vytvoření terapeutického vztahu.¹⁷ Už tato skutečnost vlídného a nehodnotícího přijetí je pro mnohé pacienty (zdůrazňuji, že ne klienty, ale opravdu pacienty) zajímavým zážitkem, který prožívají často poprvé a z objektivně prokazatelných působků je zde zjišťována vyšší koncentrace **oxytocinu**.¹⁸ Protože je důvodné podezření, že u kořenů většiny psychosomatických a dalších psychických obtíží

¹⁴ Sorg R. A. et al., Collective Resistance in Microbial Communities by Intracellular Antibiotic Deactivation. *PLOS Biology* 2016 Dec 27, doi: 10.1371/journal.pbio.2000631.

¹⁵ Weinstein D. et al., Group music performance causes elevated pain thresholds and social bonding in small and large groups of singers. *Evol Hum Behav* 2016 Mar 1; 37 (2), s. 152–158.

¹⁶ Chen J. et al., Empathy for pain: A novel bio-psychosocial-behavioral laboratory animal model. *Sheng Li Xue Bao*, 2015; 25; 67 (6), s. 561–570.

¹⁷ Welton R. – Kay J., The Neurobiology of Psychotherapy. *Psychiatric Times* 2016 Oct 22. <http://www.psychiatristimes.com/neuropsychiatry/neurobiology-psychotherapy/page/0/1?GUID=2ACA84B4-74F6-42D2-8E1B-0BFDC5752AB5&rememberme=1&ts=30122016>

¹⁸ Buchheim A. et al., Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology* 2009 Oct; 34 (9), s. 1417–1422.

je narušená připoutávací vazba v časném dětství, což má za následek problémy v pozdějších vztazích, v nichž se postižení domáhají pocitu bezpečí a jistoty nešťastným a vesměs kontraproduktivním způsobem a jsou dále opakovaně frustrováni, je vytvoření náhradní vazby v terapeutickém vztahu významné. Spolu s oxytocinem zde najdeme zvýšené množství **vasopresinu**¹⁹ a **endogenních opioidů**. To svědčí o mírné úrovni eustresu – stavu výhodném pro kvalitní průběh kognitivních procesů v psychoterapeutické práci. Empatie terapeuta je základem k možnosti, aby si pacient vypracoval korektivní zkušenost.

Ta podle současných hypotéz spočívá v návratu k původně zraňujícím komplexům a v jejich dospěle bezpečném emocionálním přehodnocení.²⁰ Opakování korektivní zkušenosti vede k jejímu upevnění ve smyslu neurovědcí prosazovaného principu nácviku, vyjádřeného sloganem *fired together – wired together*. (Desítky užitečných a použitelných příkladů jsou uvedeny ve zde již citované publikaci Normana Doidge *Tvůj mozek se dokáže změnit*.) Zde participují ze struktur centrálního nervového systému především hipokampus, amygdala, prefrontální kůra, gyrus cinguli a další.²¹ To vše lze doložit pomocí zobrazovacích metod. Předpokládá se, že odstranění traumatických komplexů vede ke změně chování jak navenek, tak co se týká řídicích funkcí „dovnitř organismu“. Tento důsledek terapie se stává v modelu cirkulární kauzality příčinou uvolnění napětí a skrytého nepřátelství ve vztazích a touto cestou dalšího zlepšení kvality života.

¹⁹ Mavani G. P. et al., A review of the nonpressor and nonantidiuretic actions of the hormone vasopressin. *Front Med* (Lausanne) 2015 Mar 24; 2, Article 19.

²⁰ Buchheim A. et al., A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging. *Front Hum Neurosci* 2013 Oct 23; <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00677>; MacDonald K. et al., Oxytocin and psychotherapy: a pilot study of its physiological, behavioral and subjective effects in males with depression. *Psychoneuroendocrinol* 2013; 38, s. 2831–2843; Goldin P. R. – McRae K. – Ramel W. – Gross J. J., The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biol Psychiatry* 2008; 63, s. 577–586.

²¹ Crowther A. – Smoski M. J. – Minkel J. et al., Resting-state connectivity predictors of response to psychotherapy in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacol* 2015; 40, s. 1659–1673.

Probíhající děj	Účastní se	Výsledek
Připoutávací vazba – její náprava	oxytocin arginin vasopresin opioidní receptory	vytvoření bezpečného vztahu
Empatie	gyrus cinguli, insula oxytocin arginin vasopresin	zrcadlení emoční a kognitivní aspekty empatie
Emoční regulace	amygdala, prefrontální a parietální kůra	kognitivní přehodnocení a potlačení negativní složky
Odstranění strachu	amygdala, hipokampus, ventromediální prefron- tální kůra, gyrus cinguli	odstranění podvědomého strachu

Děje v terapeutickém vztahu vedoucí k odstranění traumatických komplexů

Vizionářským cílem Zbygniewa Lipowského²² na konci minulého století bylo zohlednění psychických a sociálních faktorů, stejně jako se zohledňují faktory biologické u všech nemocí, a jeho realizaci si představoval v podobě „konzultační-*liaison* psychiatrie“. Jak vidíme možnosti psychosomatiky u nás dnes, nespojovali bychom další osudy psychosomatiky s psychiatrií, z níž se stává byrokratická disciplína nacházející se v područí farmaceutického průmyslu, uctívající kritéria, průběhy a předepsaná psychofarmaka. Rádi bychom psychosomatický přístup viděli především v ordinacích praktických lékařů a pak na pracovištích těch specialistů, kde se pacienti s funkčními poruchami doslova houfují, tedy především na gastroenterologii, dermatologii, neurologii a kardiologii, o všeobecné interně nemluvě. Mnohem větší „promořenost“ psychosomatickými myšlenkami už dnes vykazuje pediatrie, což je dobře, a odtud se začínají vinout cesty k rodinné terapii. Podobně je to u části ambulancí pro léčbu bolesti.

Na samý začátek tvrdě vybojované a stále znejišťované existence se zaměřujeme v klinickém přístupu na funkční/somatizační poruchy

²² Lipowski Z. J., Psychosomatic medicine: Past and present. *Canad J Psychiat* 1986; 31 (1), s. 2–21; týž, Consultation-liaison psychiatry at century's end. *Psychosomatics* 1992 Spring; 33 (2), s. 128–133.

a na tu část psychiatrické symptomatologie především u emočních poruch, které se prezentují tělesnými příznaky a tím se primárně dostávají do péče somaticky orientovaných lékařů.

Ve spolupráci s předními odborníky z řad praktických lékařů vypracovali členové Psychosomatické společnosti Doporučené postupy,²³ které shrnují základní prvky diagnostiky a principy léčby nemocných trpících funkčními poruchami. Bylo by redundantní je zde doslova opakovat, odkazují proto na ně a doplňují doporučenými a stále doporučovanými diagnostickými kritérii pro výzkum.²⁴

Protože u nemocných často nelze najít žádný významný psychopatologický rys, doporučují nejen pro výzkum, ale také pro praxi „diagnostických kritérií psychosomatického výzkumu“ (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*, DCPR) přihlídnout k podstatným psychosociálním charakteristikám, které spoluurčují jak aktuální klinický obraz, tak průběh a vyústění, a jsou rovněž vodítkem k léčbě.²⁵

Trs	Možnosti
Vnímání a prožívání zdravotního stavu	• nosofobie • thanatofobie • hypochondrie • popření
Etiopatogeneze	• přetrvávající somatizace • symptomy psychické poruchy • konverzní symptomy • „výroční“ reakce
Behaviorální odpověď	• podrážděná nálada (D-typ) • A-typ chování • demoralizace • alexithymie

Diagnostická kritéria psychosomatického výzkumu

²³ <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf> (naposledy dohledáno 18. 8. 2017).

²⁴ Fava G. A. et al., Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom* 2017; 86 (1), s. 13–30.

²⁵ Porcelli P.– Rafanelli C., Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12, s. 246–254.

Tyto charakteristiky obsahují dvanáct symptomových okruhů rozdělených do tří trsů: vnímání, prožívání a pacientovo vyhodnocení zdravotního stavu (nosofobie, thanatofobie, hypochondrie, popření), etiopatogeneze somatizace (přetrvávající somatizace, funkční symptomy jako sekundární projev definované psychické poruchy, konverzní symptomy, „výroční“ reakce) a behaviorální odpověď (podrážděná nálada, A-typ chování, demoralizace, alexithymie).

Několik drobných vysvětlivek k uvedeným pojmům v kontextu této metody: **nosofobie** představuje strach z možného onemocnění nej-různějšími chorobami, **hypochondrie** naopak přesvědčení, že pacient touto chorobou trpí. Hypochondři jsou posmívanou skupinou, jejich úzkost je však nesmírná, až tak, že může skončit sebevraždou. Také léčba je náročná a vyžaduje vysoké dávkování antidepresiv, až trojnásobné ve srovnání s depresivními pacienty. **Strach ze smrti** máme všichni, ale thanatofob mu podřizuje celé své jednání; velmi častá je v tomto případě obava ze smrti ve spánku, což vede k jeho dlouhodobému narušení. **Popření** je obranou proti úzkosti a je definováno jako nevědomé posunutí reality do podoby, v níž by si ji pacient přál vidět. V praxi se projevuje především nedodržováním doporučení lékaře a rizikovým chováním, což jsou naprosto kontraproduktivní postoje.

Přetrvávající somatizace je někdy označována jako způsob života spíše než choroba. Nacházíme při ní chronické stěhovavé obtíže nej-různějšího typu, které se střídají tak, že pacient je neustále „churavý“. **Tělesné symptomy psychických poruch** se objevují nejčastěji u emočních poruch (úzkostné stavy, deprese) a patří téměř zákonitě mezi jejich klasické příznaky. Descartovské rozdělení člověka na tělo a duši totiž doslova vnucuje představu, že emoce jsou cosi efemérního. To není pravda; emoce jsou tělesné děje a prožíváme je různě intenzivně. Pacienti ale jejich projevy interpretují jako poruchu orgánu nebo systému, v němž je pociťují.²⁶ **Konverzní symptomy** patří mezi obranné reakce proti úzkosti a jsou tělesným vyjádřením nezvládnutelného konfliktu nebo emoce. Velmi často sdělují nonverbálně podstatu problému (například obrna při pocitu nemohoucnosti, „těhotenské“ obtíže budoucích

²⁶ Henningsen P. – Zimmermann T. – Sattel H., Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65 (4), s. 528–533.

nebo čerstvých otců). Všeobecně známou **výroční reakcí** je Lomikarova smrt.²⁷ V běžném životě nenabývá takto dramatických a patologických rozměrů, je však častější, než se předpokládá. Nemusí jít vždy přesně o významné datum, ale také o volnější asociace; pacienti si většinou souvislosti vůbec nejsou vědomi.

Podrážděná nálada bývá spojována s chováním nebo osobností tzv. D-typu (D = dysforie). D-typ osobnosti je charakterizován dvěma okruhy vlastností: negativními emocemi a sociální inhibicí, tedy ostýchavostí, plachostí, tendencí se stáhnout především ze strachu s nesouhlasem druhých a s jejich možným odsudkem. Negativní emoce mají smíšený charakter depresivních a úzkostných příznaků, ale současně předrážděnosti a nevrlosti. **A-typ chování** byl dlouho považován za samostatný rizikový faktor ischemické choroby srdeční a zejména infarktu myokardu. Vyznačuje se tím, že osoba agresivním způsobem houževnatě bojuje, aby dosáhla stále vyšších výkonů a postavení bez ohledu na překážky, přičemž má obvykle několik nepřesně stanovených a navzájem nesouvisících cílů. V obecné řeči splývá s pojmem „workholik“. **Demoralizace** naopak souvisí se syndromem vyhoření a je charakterizována emoční vyprahlostí, odtahitými postoji hraničícími s cynismem, nudou, ztrátou zájmů a nezdědka provázena jednou nebo více závislostmi na psychotropních látkách. **Alexithymie** je vědecký termín pro „emoční negramotnost“ a bude probrána podrobně v oddílu věnovaném emocím. Pacienti nejsou s to prožívat emoce v psychologické rovině a vnímají je jen na tělesné úrovni.

K tomuto výčtu epicyklických charakteristik dlužno dodat, že řada pacientů je doslova promořena anxiolytiky, buď získanými vlastním příčiněním, nebo od jiných lékařů, eventuálně i těmi, které jsme jim v zoufalství předepsali sami. A to až na pomezí závislosti, nebo dokonce za ní. Součástí léčby pak se logicky stává postupná, pomalá detoxifikace.

Léčba by se měla odehrávat ve spojenecké alianci s pacienty; lékař by měl srozumitelně dát najevo, že jim věří, a přistupovat k nim tak, aby

²⁷ Podle pověsti neprávem odsouzený chodský předák Jan Sladký Kozina vyzval při své popravě majitele panství Lammingeru, kterému Chodové říkali Lomikar, do roka a do dne na Boží soud. Lomikar pak skutečně za necelý rok zemřel, pravděpodobně na cévní mozkovou příhodu.

oni mohli (po čase) také uvěřit jemu a začít sdílet jeho názor na podstatu a mechanismus svých potíží. Měli bychom vědět, že léčba začíná již od prvního vzájemného kontaktu, někdy dokonce dřív (haló efekt), a že pacienti podprahově hodnotí veškeré naše počínání.

1. Fyzikální vyšetření, alespoň zběžné, je naprosto nezbytné. Přestože riziko somatického onemocnění u těchto pacientů je mizivé, někdy za kuriózní stížností odhalíme ještě kurióznější nález. Rituál vyšetření plus tělesný kontakt má svůj hluboký význam i za těch okolností, že příznaky chápeme jako projev emočního distresu a ne tělesnou nemoc. Nevynoří-li se nové okolnosti, v okamžiku stanovení diagnózy končíme se všemi dalšími pomocnými vyšetřeními.

2. Zkontrolujte veškerou medikaci, ptejte se aktivně na přípravky vydané bez lékařského předpisu, které pacienti většinou mezi léky nepočítají, proto je ani neuvádějí, ale které mohou obsahovat aktivní látky, jež nejen působí na stav organismu, ale také vstupují do interakcí.

Racionalizujte medikaci a současně vysvětlete, proč to děláte. Pacienti se často brání vysazení oblíbených léků, přestože jim ani během dlouhého období nepřinesly žádnou úlevu a někdy je také dost stály. Mohou je magicky pokládat za jakousi ochranu, prevenci. Za léky ze skupiny analgetik a anxiolytik bojují nejhrouževnatěji. Nemilé příznaky z odnětí je tedy nezbytné minimalizovat. Lékař by zde měl být pevný, ne však tvrdý.

Obojí lze úspěšně postupně nahradit nenávykovými antidepresivy. Analgeticky nejvíce působí tricyklika, a to již v třetinových dávkách (vystačíme s 25–50 mg imipraminu, nortriptylinu, dosulepinu, klomipraminu či amitriptylinu, který má navíc spasmolytický účinek). Podobně nízkou lze dávkovat i SNRI – venlafaxin nebo mirtazapin. Místo anxiolytik lze podávat prekurzory GABA, zejména pregabalin, z antipsychotik se osvědčil quetiapin. Antidepresiva ze skupiny SSRI jsou indikována v případech zřetelné přítomnosti úzkosti nebo deprese.²⁸

²⁸ Kapfhammer H. P., Psychopharmakotherapeutische Ansätze bei somatoformen Störungen und funktionellen Körpersyndromen. *Nervenarzt* 2012; 83 (9), s. 1128–1141; Calandre E. P. – Rico-Villademoros F., The role of antipsychotics in the management of fibromyalgia. *CNS Drugs* 2012; 26 (2), s. 135–153; Fink P. – Rosendal M. – Toft M., Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice: The Extended Reattribution and Management Model – An Advanced Educational Program for Nonpsychiatric Doctors. *Psychosomatics* 2002; 43 (2), s. 93–131.

3. Stanovte diagnózu a řekněte pacientům její název. Chrání to obě strany před pokušením vymýšlet další a další pomocná vyšetření. Také platí, že má-li problém jasné pojmenování, stává se již problémem menším. Je dobré stanovit léčebný plán alespoň v zásadních obrysech s cílem co nejvíce přiblížit pacienta k optimálnímu stavu.

4. Současně uznejte realnost pacientových příznaků. Začnete tak překlenovat rozpor mezi *illness* a *disease*. Pacient musí mít jistotu, že byl se svými potížemi akceptován a že mu rozumíte, i když poněkud jinak, než to vidí on sám.

Buďte trpěliví, šetřte optimismem a předpokládejte, že změny k lepšímu se objeví až za nějaký čas. O tuto skutečnost se poctivě rozdělte s pacientem. Mějte na paměti, že spíše než „lčba“ se hodí pro spolupráci pojem „bytí k dispozici“ nebo „provázení“. To není cynismus, ale realita, kterou je třeba přijmout jako jednu z facet naší profese. Někteří pacienti nemají nic než svou nemoc. Jeden z klasiků řekl, že chronický pacient tohoto typu dává přednost závětrí nemoci před rizikem selhání na zdravém povětrí života.

Je proto také třeba naučit se chápat některé nové nebo zhoršené příznaky jako signál emoční komunikace, spíše než jako symptom nové nemoci. Naučit se říkat: „Víme oba, že zhoršení vašeho stavu bývá často reakcí na nepříjemné věci, které vás potkaly, nebo které vás čekají; co je v tomto ohledu u vás nového?“

5. Ve fázi, kdy pacient připustí významný vliv psychosociálních faktorů na svůj zdravotní stav, je vhodné odeslat ho na psychoterapii, kterou může nabídnout i psycholog, nejen odmítaný psychiatr. Psychoterapie není „povídání si o tom, co dělá pacientčin kocour“, jak někdy hlásají její odpůrci, ale systematická práce vedoucí jak ke změně chování v nejširším smyslu (tedy i jak se chová organismus), ale také k přestavbě mozkových struktur, jak dokazují současné poznatky neurověd. Hlavní směry, jejichž zástupci se této problematice věnují, jsou kognitivně behaviorální a dynamické terapie. Kognitivně behaviorální terapii (KBT) můžeme doporučit s tím, že nikdo z terapeutů nebude „pitvat minulost“, protože se v zásadě jedná o nácvik nových postupů a strategií, které nemocnému umožní vyhnout se zraňujícím momentům a tréninkem „nastaví“ organismus do stavu, který je snesitelnější. Dynamicky orientované terapie se naopak snaží v minulosti najít trauma, které spolupůsobilo na nepříznivém vývoji

a jež ukryto v nevědomí nespí a nezahálí, ale funguje jako bolestivá rozbuška, o kterou když zavádí některé situace dneška, vede k reakci, již organismus prožívá jako somatizovanou nepohodu. Dynamické terapie také deklarují delší účinnost a trvalejší zlepšení.²⁹ Jako velmi úspěšná se jeví rodinná terapie, která se nezaměřuje na „identifikovaného“ pacienta, ale na celý rodinný systém, často i do předcházející generace. V tomto systému ovlivňuje patologické vztahy a komunikaci. V té totiž nemoc často reprezentuje komunikační prvek nahrazující to, co pacient nemůže – z jakýchkoliv důvodů – říci přímo a nahlas.³⁰

6. Souběžně s tím je žádoucí vést pacienty ke zdravému životnímu stylu, k přijímání přiměřené zátěže a neskrytování se za štít nemoci. Sekundární zisky sice nedosahují úrovně, jakou popisuje nejslavnější irský bard v následujícím úryvku, ale někdy usnadňují dosahování cílů ne zcela poctivým způsobem.

Michal Moran se narodil roku 1794 poblíž Black Pitts, v dublinské čtvrti Liberties, v uličce Faddle Alley. Čtrnáct dní po narození od nemoci úplně oslepl, a stal se tak požehnáním pro své rodiče, kteří jej brzy mohli poslat veršovat a žebrat na nároží ulic a na mosty přes Liffey. Byli by si vskutku mohli přát, aby měli více takových...

WILLIAM BUTLER YEATS (1902)

Ačkoliv lékaři může lichotit, že mu pacient důvěřuje víc než komukoliv jinému, je nezbytné uhlídat, aby tato důvěra nepřerostla v závislost a pacientovy požadavky se nestaly tvrdým diktátem. Zejména v případě, že chybí psychoterapeutický výcvik a kvalitní zkušenost s mechanismy přenosu. Ambulantní kontroly plánuje lékař v rozmezí 2–6 týdnů podle vlastní úvahy a také jejich průběh má v režii. Rozumně je třeba nakládat rovněž s potvrzením o pracovní neschopnosti, eventuálně invalidním důchodu a zamezit posilování „role nemocného“ v případě, že zdravotní problémy tomu neodpovídají.

²⁹ Sumathipala A., What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med* 2007 Dec; 69 (9), s. 889–900.

³⁰ Chvála V. – Trapková L., *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál, 2008.

7. Komorbiditu neboli souběh vícero chorob, ať somatických nebo psychiatrických, je třeba léčit *lege artis*. Komorbidita depresivních a úzkostných poruch je mnohem častější, než se předpokládá, a moduluje průběh funkční poruchy.³¹ Při farmakoterapii také vyžaduje plné, tedy mnohem vyšší dávky psychofarmak.

Navzdory tomu, že to představuje obtížnou roli, by měl lékař usilovat o to, aby byl jediným lékařem somatizujícího pacienta, neboť i při naprosté shodě názoru může jen trochu odlišně nebo jinými slovy formulovaný výrok druhého odborníka ohrožovat průběh již beztak dost obtížné léčby. Výjimkou z tohoto doporučení je psychiatr, a pokud se za ním pacient vydá, je dobrá co nejtěsnější spolupráce. Jak ukazuje praxe, je bohužel málo psychiatrů, kteří jsou ochotní se této problematice věnovat.

SHRNUTÍ POSTUPU:

- stanovte s jistotou diagnózu funkční poruchy;
- omezte zbytečná pomocná vyšetření;
- zjistěte, co lze léčit v rámci EBM (emoční poruchy), a zahajte léčbu;
- poučte pacienta a dle možnosti i rodinu;
- dohodněte s pacientem léčebný postup;
- minimalizujte farmakoterapii funkčních obtíží;
- maximalizujte nefarmakologické postupy (režim, cvičení, KBT);
- motivujte pacienta k aktivnímu přístupu k úzdavě.

³¹ Kroenke K., Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. *Int J Meth Psychiatr Res* 2003; 12, s. 34–43.

Možné interakce nejčastěji užívaných bylinných přípravků

Několik publikací upozorňuje na rizika, která mohou vzniknout při kombinaci často užívaných přípravků herbální medicíny s rovněž často aplikovanou farmakologickou léčbou.³² Na tyto kombinace je třeba se aktivně ptát, protože řada pacientů nepovažuje koupené přípravky, které nebyly předepsány na recept, za „léky“, nebo spíš neuvádí je, přestože mají nejrozličnější a někdy silné farmakologické účinky a dostávají se do interakce s některými předepsanými „jeho léky“, především přes systém CYP 450. Na druhé straně jsou zprávy o interakcích nekonzistentní, protože herbální přípravky jsou používány v různých koncentracích a v případě použití rostliny a její části nemusí mít stejné složení ani stejnou přípravu. Pokud jde o oficiální léčiva, nejčastěji se jedná o léky s úzkou terapeutickou koncentrací, tedy ty, které jsou při nižší neúčinné a při vyšší působí toxicky. V běžné praxi jde nejčastěji o warfarin, digoxin, cyklosporin, tacrolimus, amitriptylin, midazolam, indinavir a irinotecan.

NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ LÉČIVÉ BYLINNÉ PROSTŘEDKY

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

Zázvor (*Zingiber officinale*) působí podobně jako grepy a může významně zvýšit riziko nežádoucích účinků tím, že sníží nebo zablokuje v organismu odbourávání daného léku, který se pak v těle pacienta hromadí. Mezi taková léčiva patří např. léky používané při léčbě onemocnění srdce či vysokého krevního tlaku (např. amiodaron, amlodipin, felodipin, verapamil, eventuálně digoxin), léčiva snižující hladinu cholesterolu (např. atorvastatin, simvastatin), léčiva ovlivňující krevní srážení (např.

³² Chen X. W. et al., Clinical herbal interactions with conventional drugs: from molecules to maladies. *Curr Med Chem* 2011; 18 (31), s. 4836–4850; Izzo A. A. – Ernst E., Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: an updated systematic review. *Drugs* 2009; 69 (13), s. 1777–1798; Chen XW. et al., Herb-drug interactions and mechanistic and clinical considerations. *Curr Drug Metab* 2012 Jun 1; 13 (5), s. 640–651.

klopidogrel, dabigatran, warfarin), léčiva ovlivňující psychiku (např. antidepressiva ze skupiny SSRI – sertralin aj.), léčiva podávaná při nespavosti (např. zopiclon, eventuálně zolpidem) či např. léčiva používaná k potlačení nežádoucí imunitní reakce po transplantaci orgánů (např. takrolimus, cyklosporin).

Jinan dvoulaločný (*Ginkgo biloba*) snižuje plazmatické koncentrace omeprazolu, pokud je kombinováno s warfarinem (přestože snižuje jeho plazmatické koncentrace, může vyvolávat krvácení), s thiazidovými diuretiky zvyšuje krevní tlak a údajně by nemělo být podáváno současně s trazodonem (Trittico) pro nebezpečí kómatu. Byl však popsán všeho všudy jeden případ,³³ který je citován ve všech přehledech. Šlo o osmdesátiletou pacientku trpící Alzheimerovou demencí, kóma bylo zvládnuto blokátorem BZDZ flumazenilem a vysvětlení předpokládané etiopatogeneze (ginkgo paradoxně působilo na BZDZ receptor) působí značně vykonstruovaně.

Ženšen (*Panax ginseng*), jehož aktivní látky se nazývají ginsenoidy a jsou vesměs zpracovány střevními bakteriemi. Podle některých prací je ženšen slabý induktor CYP 3A4, jeho interakce s warfarinem není úplně jasně prokázána.³⁴ Podle některých údajů snižuje ženšen sérové koncentrace omeprazolu a tolbutamidu a může mít nežádoucí interakce s antiepileptiky, kyselinou axetylsalicylovou, ibuprofenem, diuretiky a trazodonem.

Třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*)³⁵ působí jako silný induktor CYP 3A4 a P-glykoproteinu. Snižuje tedy koncentrace amitriptylinu, cyklosporinu (zde vede až k odhojení transplantovaných štěpů!), digoxinu, indinaviru, methadonu, midazolamu, simvastatinu, takrolimu a warfarinu. Snižuje také koncentrace perorálních kontraceptiv a může být příčinou nechtěného těhotenství. V kombinaci s antidepressivy blokujícími zpětné vstřebávání serotoninu může vyvolávat serotoninový syndrom.

³³ Galluzzi S. et al., Coma in a patient with Alzheimer's disease taking low dose trazodone and ginkgo biloba. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 May; 68 (5), s. 679–680.

³⁴ Ramanathan M. R. – Penzak S. R., Pharmacokinetic Drug Interactions with Panax ginseng. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet* 2017 Jan 23, doi: 10.1007/s13318-016-0398-2.

³⁵ Zhou S. et al., Pharmacokinetic interactions of drugs with St John's wort. *J Psychopharmacol* 2004 Jun; 18 (2), s. 262–276.

NĚCO MÁLO Z HISTORIE

U intervenční vědy, jakou je medicína, to může být sama komplexita, která poskytuje klíč k problému. V biologickém systému narušeném nemocí je to tak, že čím více komplexity si uvědomujeme, tím četnější jsou místa, kde můžeme zasáhnout. Znalost „skutečné“ příčiny choroby čili onoho jednotlivého prvku, který ji způsobuje, je jistě cenná; často ji však zjistit nelze a může jít o fikci vytvořenou badatelem toužícím po jednoduché odpovědi na složité otázky.

BARUCH BLUMBERG

The philosophies of one age have become the absurdities of the next, and the foolishness of yesterday has become the wisdom of tomorrow.

WILLIAM OSLER

Lidské trápení, které nazýváme nemocí, je tady od nepaměti. Jak píše George Engel,¹ od nejprimitivnějších společenství až po dnešní dobu nemoc byla a je rozpoznávána nejprve na laické úrovni jako zneklidňující, nežádoucí, nechtěný, neočekávaný a zlý stav, který negativně zasahuje vzhled, funkční zdatnost, aktivitu a chování postiženého člověka. Převáděno do běžné řeči: „Ty dnes nějak divně vypadáš; nejsi nemocná?“ Postižený člověk o svém trápení vypráví, změny jsou patrné, utrpení zřejmé, a tak vznikají základní údaje o tom, zda se tento člověk jeví nebo nejeví jako nemocný.

¹ Engel G. L., The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196, s. 129–136.

Z dnešního pohledu tehdy šlo a dosud jde na této úrovni o laické značkování prvního stupně. Postižený – laik, nebo jeho také laické okolí – vyhodnotí změnu jako nemoc a vyhledá příslušnou pomoc. Pokud je závažný stav přehlédnut a tento proces neproběhne, může se stát, že nemocný, označovaný pak zdravotníky jako „pacient z ulice“, přichází na první vyšetření a ošetření ve značně kritickém stavu. Například pokud ho z vysokého krevního tlaku silně bolí hlava, může už mít hodnotu 180/120, na první dialýzu přichází dušný s necelými třemi miliony červených krvinek, zato s hodnotami odpadních látek v séru v míře těžce patologické. Dodnes je takových bohužel dost.

Odpovědi všech společenství pak bylo ustavení jedinců a vývoj institucí, jejichž primární funkcí bylo zhodnocení změněného stavu, jeho zařazení a vysvětlení, a provedení opatření, která mají vést k nápravě. Tito institucionalizovaní jedinci pak při značkování druhého stupně rozhodují, zda se třeba nejedná o kriminalitu (častý problém při mánii nebo psychóze), morální nedostatky (dodnes je mnoho depresivních nemocných pokládáno i lékaři za líné slabochy), v minulosti též projevy svatosti (temporální epilepsie Jany z Arku),² nebo nemoc. Medicína jako obor, ale současně jako instituce, a lékaři jako její profesionální zástupci, se tak vyvinuli jako odpověď na uvedené sociální požadavky.

Medicína tedy vznikla jako humanisticky orientovaná altruistická aktivita, ale posléze se od prosté nabídky lidské pomoci dostupnými prostředky vydala cestou pozitivistické vědy, což jí přineslo neobyčejné úspěchy, prestiž a, proč to zatajovat, také nemalé hmotné a politické zisky. Tam, kde je světlo, nelze však vyloučit stíny, někdy až zastínění pacienta. Opuštění dialogu s nemocným ve prospěch hromadění objektivních nálezů s sebou přineslo určité mechanistické pojetí ústící někdy až do existenciálního odcizení.³ Není vzácné, že lékař má mnohem hlubší znalosti o pacientově žlučníku než o pacientovi jako člověku. Pacient byl zastíněn nemocí, v zájmu vědeckého poznávání se právě nemoc stala předním cílem zkoumání i zásahu a její kardinální příznaky zcela odvedly pozornost od individuálního stonání. Redukcionistický přístup

² Lesný I., Zpráva o nemocech mocných – Jana z Arku. *SANQUIS* 2002 (20), s. 553.

³ Reiser S. J., The era of the patient. Using the experience of illness in shaping the missions of health care. *JAMA* 1993; 269 (8), s. 1012–1017.

nutně vedl k opomenutí některých důležitých skutečností, mimo jiné také Husserlova axiomu, že ve světě lidí nejsou nejdůležitější vztahy příčinné, ale vztahy smyslu.

Je nedobré, když lékaři peskují adolescentního pacienta trpícího chronickým onemocněním, kterého léta znají, že zanedbává režimové požadavky, a nevezmou v úvahu, že se mu před dvěma týdny ve škole oběsil spolužák a dobrý kamarád, čímž zákonitě rozhoupal vlny viny nejen u něj. A ještě horší je, když jim to psycholožka oznámí a vysvětlí, a oni řeknou: „To je toho, s tím se musí srovnat! Hlavně musí pravidelně cvičit.“ Je ten pacient skutečně nezajímá, je fascinuje jen jeho nemoc. To není historka z dávných dob z dalekého zámorí ani z Marsu, to se stalo v Praze před dvěma týdny.

Nemoci se objevují a mizí, a ty, které přetrvávají, mění někdy svůj charakter. Hlavně se však mění pohled medicíny na problematiku zdraví a nemoci. Ukázkově to lze demonstrovat třeba na příkladu homosexuality. Ta byla před půl stoletím kriminálním počínáním a za prokázaný dobrovolný sexuální styk mezi dvěma dospělými osobami stejného pohlaví hrozil až dvouletý trest vězení. Kroky vedoucí k její dekriminizaci byly často za hranicí etiky.⁴ Nicméně výsledkem snažení bylo pochybné vítězství: homosexualita se přestěhovala do medicíny, konkrétně do psychiatrie mezi sexuální deviace. Setrvala zde až do roku 1992, kdy vstoupila v platnost klasifikace MKN 10.

Na oplátku nám ale do medicíny „přistoupily“ nové nemoci, které jsou *de facto* medicinalizovanými sociální problémy.⁵ To přináší zisky hlavně farmaceutickému průmyslu. Když se někdo – zatím to platí jen pro USA podle DSM-V – třikrát do měsíce přejí, není to neukázněný jedlík, ale nemocný člověk trpící *binge eating*, a pochopitelně jsou na to po ruce i léky!

K pochopení složitosti funkčních poruch je třeba jít ještě hlouběji do historie. Za otce evropské medicíny je považován Hippokratés, jehož zásluhou bylo především odstranění všech nadpřirozených prvků z medicíny, kterou označil za aktivitu „mezi vědou a uměním“, a dále uspořádání

4 Honzák R., Některé základní otázky psychologické etiky. In: Weiss P. a kol., *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011, s. 53–73.

5 Bandini J., The Medicalization of Bereavement: (Ab)normal Grief in the DSM-5. *Death Stud* 2015; 39 (6), s. 347–352.

do té doby dosažených znalostí. Jeho humorální teorie byla spíše učením o čtyřech principech než o konkrétních tekutinách, a člověka vnímal v kontextu s jeho nejbližším prostředím, dnes bychom řekli etologicky.

Jeho úplné, celé prohlášení, jehož začátek se často objevuje na promočních oznámeních, zní takto: *Život je krátký, cesta umění dlouhá, okamžik prchavý, soud obtížný. Proto musí nejenom lékař všeho využít, ale i nemocný a jeho rodina a všechny vnější okolnosti musí být využity.* S duší a tělem neměl problémy.

Ty se objevily až o pár století později. Začalo to ale už tím, že Sókratés přišel na nápad, že dokonalé duše stoupají k nebesům, zatímco naše nedokonalé zde poskakují po zemi. Toho se chopil Platón a rozpracoval jeho myšlenku k takové dokonalosti, že se s jejími důsledky setkáváme dodnes. Duše podle něj je samostatná entita podobná okřídlenému dvojspěří, v němž vozatajem je rozum, a ten má na uzdě dva koně: hodného, což jsou hezké emoce, a vzpurného, to jsou emoce ošklivé. Aristotelés sice žádal větší jednotu s tělem, nabízel analogii duše jako otisku pečeti-dla ve vosku, ale Platón trval na svém a prosadil to, včetně odsudku těla jako hrobu duše (v tutéž dobu bylo na Východě tělo označováno jako chrám duše).

Tuhle příšernost zcela akceptoval Galén z Pergama, oddaný žák Platónův a Aristotelův, a vtělil ji do medicíny. Sám sice nabádal své žáky, aby dbali o duši stejně pečlivě jako o tělo, ale to se později nepodařilo splnit. Po období středověku, kdy medicína degenerovala na úroveň pověr, přichází Galileo a po něm vědy – vědy jako způsob ideologicky neovlivněného (ne vždy se jim to povedlo) objektivního poznávání, výkladu, stanovení zákonitostí a využívání jednotlivých oblastí. Královnou mezi vědami se tehdy stala newtonská fyzika, která na principu kauzality (příčina = gravitace, následek = pohyb) elegantně vysvětlila planetární pohyb, a nejen to, dokázala jej i přesně předpovídat, což koperníkovský model nedokázal a daleko zaostával za geocentrickým modelem s jeho epicykly. Vědy, které tyto šance neměly, se spokojily s taxonomií (botanika, geologie).

Medicína zatoužila také být vědou, a to vědou o člověku. Nemoci totiž tehdy ještě neměla tak utříděné. Sydenham sice vypracoval základní principy systému, který v zásadě odpovídal dnešnímu, nozologickému (to je odvozeno z postupné stavby: symptom neboli příznak sám o sobě nemocí ještě není, několik symptomů dá dohromady jejich typický soubor neboli

syndrom, a syndrom a více syndromů vytvoří *nosos* neboli nemoc), ale poznatků bylo ještě málo. Zde se však objevil velký problém: člověk té doby byl obdařen nesmrtelnou duší. Církev, která mlčky povolila pitvu mrtvého těla, křehké to schránky nesmrtelné duše, nehodlala tuto uvolnit ze svého područí. A tehdy se ještě vesele upalovalo, hranice s kacíři plály po celé Evropě.

Jako *deus ex machina* přichází francouzský filosof a matematik René Descartes, který nabídl medicíně řešení: duši ať ponechá v kompetenci církve (eventuálně i filosofie) a člověka pro své potřeby ať pojednává jako „rozumný stroj“, což byl tenkrát běžně používaný model, asi jako dnes „virtuální realita“. Nemoc potom je poruchou provozu tohoto rozumného stroje a lékař je člověk, který umí tuto poruchu diagnostikovat a dle svých možností také napravovat.

Tak byl položen filosofický základ k vědecké medicíně (*evidence based medicine*, EBM), která vnímá člověka jako biologický preparát, v němž pro „duši“ nezbylo místo. Vědecké požehnání dodal Rudolf Virchow, který ve své slavné *Buněčné patologii*⁶ z r. 1858 definoval nemoc jako poruchu buněk, tkání, orgánů. Posledním myšlenkovým výhonkem tohoto ryze biomedicínského přístupu je prohlášení: „jeden gen – jedna nemoc.“ Platónská duše tak zůstala mimo zájem medicínských badatelů a s ní se mimo oblast zájmu ocitly zákonitě a pochopitelně také emoce.

Emoce však nejsou žádní platónští koně, ani efemérní motýlci, jsou to neurobiologické děje, které se podílejí na registraci nesmírně širokého spektra podnětů, signálů z vnitřního i vnějšího prostředí, jejich zpracování a řízení řady exekutivních funkcí.⁷ Jsou starší než Platónův „rozum“,⁸ méně přesné, ale rychlejší. V naší kultuře, která jim věnuje podstatně méně pozornosti než kultury Východu, také velice nedokonalé zmapované. Zájem medicíny o ně je minimální, pokud jde o výzkum, a infinitesimální, tedy nekonečně malý, pokud jde o klinickou praxi. Přitom jejich fyziologické a patofyziologické projevy jsou pacienty nezářídka

⁶ Virchow R., *Die Zellular-Pathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gerebelehre*. Berlin 1858.

⁷ Damasio A., *Hledání Spinozy*. Praha: dybbuk, 2004

⁸ Babička spisovatele Glazara se na margo „rozumu“ údajně vyjádřila takto: „Když se mužský úd ocitne tam, kam se domnívá, že patří, je rozum jen o kousek dál.“ Glazar R., *Veselý nebo Lustig*. Praha: G+G, 2003.

vnímány jako symptomy nebezpečné choroby. Vzpomeňme jen adrenergní aktivace oběhového systému při úzkosti nebo trávící parasymptomatické bouřlivé reakce při emoci hnusu.⁹

Tohle vědomí však zdaleka nestálo u zrodu psychosomatických představ, ačkoliv možná v zakuklené podobě ano (hřích jako něco ohavného).¹⁰ Emoce měly na svou chvíli v přírodovědně orientovaných vědách a zejména v medicíně, ale nejen v nich, na svou příležitost dlouho čekat.¹¹ Poprvé se pojem **psychosomatický** objevuje před dvěma stoletími ve spise německého psychiatra Johanna Christiana Augusta Heinrotha (1773–1843), a to v souvislosti se spánkem.¹² Pro pořádek citujme celou větu, která uvedla sice v celém spise všeho všudy jednou, zato na dlouho tento výraz do světa: *Příčiny nespavosti jsou obvykle psycho-somatické; ačkoliv každá z nich sama o sobě může být dostatečnou příčinou a může poruchu spánku vyvolat.*

Heinroth viděl hřích jako příčinu psychických chorob. Jeho popis hříchu vychází jednak z protestantského pojetí devatenáctého století, a také z přijímaného evropského kodexu etiky a morálky.¹³ Jeho pojetí hříchu netkví v jednotlivém činu, ale v několikaletém postupu, který jde proti smyslu uspokojování skutečných potřeb. *Onemocnění je pouze produktem, konečným důsledkem... života vedeného po špatné cestě, který byl po dlouhou dobu v rozporu s požadavky přírody – mentálně i somaticky – přehlcovaný, předrážděný... takže konečné příznaky poruch organismu jsou pouze projevem jeho vnitřního stavu.*

Nevíme přesně, co měl Heinroth na mysli, když mluvil o hříchu jako o příčině chorob. Rozhodně to nebylo plivání v kostele na zem, snad ani

⁹ Levenson R. W., Basic Emotion Questions. *Emotion Rev* 2011; 3 (4), s. 379–386.

¹⁰ *Nečistá duše může pospínit čistou, naopak zdravá a božsky posílená duše může léčit nemocnou ve stejné míře.* J. C. A. Heiroth.

¹¹ Solomon R., The philosophy of emotions. In: Lewis M. – Haviland-Jones J. M. – Feldman Barret L. (eds.), *Handbook of emotions*. New York – London: The Guildford Press, 2008, s. 3–16.

¹² Heinroth J. C. A., *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung*. Leipzig: Vogel, 1818. (Cit. podle: Steinberg H. – Herrmann-Lingen C. – Himmerich H., Johann Christian August Heinroth: Psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina* 2013; 25 (1), s. 11–16.

¹³ https://en.wikipedia.org/wiki/Johann_Christian_August_Heinroth (dohledáno 15. 4. 2017).

s ním porovnáváné cizoložství. Jako představitel německé romantické školy byl kritikem zplošťující racionalizace osvícenců, jeho přístup je dnes hodnocen jako religiózně antropologický. *Člověk je více než pouhé tělo a také více než pouhá duše; je celou lidskou bytostí... Ti, kteří chápou své „já“ nejen jako tělesné, ale také duševní bytí, vědí, že není poloviční zdraví, tedy zdraví jedné poloviny jejich celé bytosti... jejich pocit zdraví zahrnuje tělo i duši a cítí se dobře a zdravě jedině ve svobodném a uvolněném naladění jak zevně, tak i vnitřně.*

Co v jeho díle nacházíme – také poprvé –, je první medicínská definice empatie. Na to, aby plně porozuměl svým pacientům, lékař potřeboval – podle Heinrotha – „jasný vhled“ a „přiměřený takt“, který Heinroth definoval jako *umístění sebe sama na místo těch druhých a do jejich stavů.*

Pak následovalo dlouhé období latence. Křesťanskou vědu Mary Baker Eddyové (1821–1910) nelze dost dobře zařadit do medicínského proudu, přestože určitě měla vliv na myšlenkové klima.¹⁴ Možná podobně jako dnes, kdy CAM (*complementary and alternative medicine*; dnes často užívaná zkratka i v českých textech) se dočkává v USA uznání hlavně díky tomu, že tímto směrem tečou velké peníze.

Ke vzkríšení psychosomatických myšlenek přispěla až triumfální Freudova cesta do Spojených států a následný rozvoj psychoanalýzy na jejich úrodných polích. Myšlenka „orgánové neurózy“ vyvolané vnitřním konfliktem byla nosná, vypovídala o stavu pacientů trpících některou ze sedmi psychosomatických chorob víc než tehdejší fakta biologické medicíny a navíc určitá typologie, kterou první hlasatelé tohoto přístupu nabízeli, odpovídala klinické zkušenosti lékařů.

Předními představiteli psychosomatické medicíny byli ředitel Psychoanalytického institutu v Chicagu, původem maďarský psychiatr žijící od r. 1930 trvale v USA, **Franz Alexander**, a **Helen Flanders Dunbarová**, absolventka čtyř vysokých škol, z nichž medicína byla tou poslední – předtím graduovala z matematiky, psychologie a teologie. Její úvodní projekt institucionalizace psychosomatické medicíny proběhl pod záštitou newyorské Lékařské akademie ve spolupráci s komisí „Religion and Medicine“ a zaměřil se na shromažďování „psychosomatické“ lékařské literatury a publikací věnujících se vztahu religiozity a zdraví. S podporou

¹⁴ Zweig S., *Léčení duchem*. Praha: Mladá fronta, 1999.

několika nadací pak v roce 1939 vyšlo první číslo dodnes prosperujícího žurnálu *Psychosomatic Medicine*, který publikuje experimentální a klinické studie pojednávající o nejrůznějších aspektech vztahů mezi sociálními, psychologickými a behaviorálními faktory a tělesnými ději u člověka i u zvířat, jehož se Dunbarová stala první šéfredaktorkou.

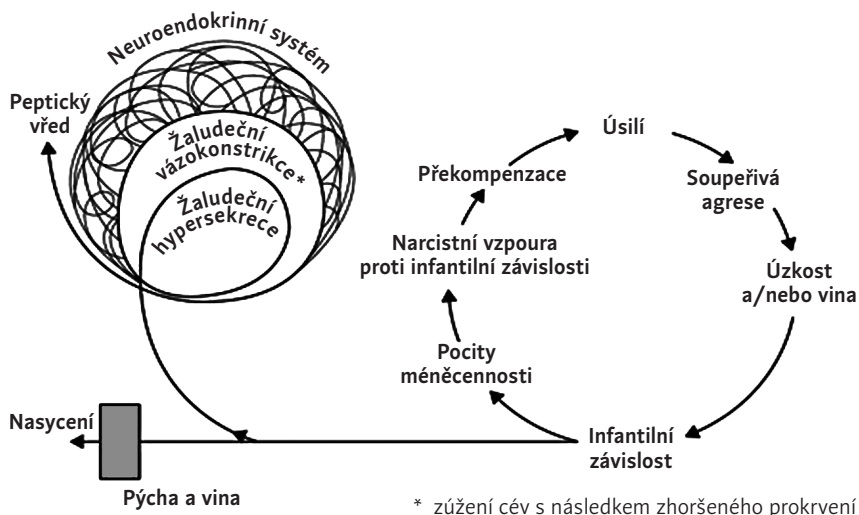
První hypotézy vycházely z předpokladu, že může-li psychický konflikt vyvolat neurózu s konverzními tělesnými příznaky (které byly tehdy běžné, nejčastější formou byly různé obrny), může také vyvolat vegetativní neurózu s trvalým drážděním některého systému, což vede k psychosomatickému onemocnění. Oba typy poruchy se liší, konverze symbolicky vyjadřuje dyskomfort (obrna = už to nemohu dál dělat; záchvat „bezvědomí“ = nemohu se na to ani dívat), zatímco psychosomatická porucha je vyvolávána systematickým drážděním vegetativního systému přetrvávající emocí, nicméně společná jim je psychická příčina, tedy jde o **psychogenezi**.¹⁵ Podle Alexandra je však dosud registrováno jen malé množství léčených případů, aby bylo možné na jejich základě doporučit psychoanalýzu jako léčbu volby.

Na to, aby se emoce správně strefila do příslušného orgánu, musí být jednoznačně charakteristická, **specifická**. Například v případě vředové choroby žaludku je to „neukojený hlad po lásce“, který se nakonec projeví zvýšenou produkcí žaludečních šťáv (hypersekrecí) a následným poškozením sliznice. Takto bylo vytipováno celkem sedm psychosomatických chorob, u nichž byla předpokládána psychogenní etiologie¹⁶ při existenci specifického psychologického konfliktu. Byly to: hypertenze, hypertyreóza, astma, vředová choroba, ulcerativní kolitida, revmatoidní artritida a atopická dermatitida. Tuhle myšlenku – sedm psychosomatických chorob při existenci specifického konfliktu – zastával Alexander ještě v učebnici psychosomatiky z roku 1950.¹⁷ Méně radikální byl již při obhajobě psychogeneze, naopak zde opakovaně zdůrazňoval, že psychosomatické nemoci, stejně jako ostatní, jsou vyvolány multikauzálně, nikoliv buď somatogenně, nebo psychogenně.

¹⁵ Geneze = vznik, proces vznikání, zrod, původ.

¹⁶ Etiologie = nauka o příčinách vzniku nemocí; původ onemocnění.

¹⁷ Alexander F., *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. New York: W. W. Norton & Co., 1950.



Rozvoj vředové choroby jako psychosomatického onemocnění. Převzato z knihy F. Alexandera *Psychosomatic medicine: its principles and applications* z r. 1950.

Také teorie specifity byla postupně nahlodávána, přestože ve zmíněné publikaci ji Alexander ještě hájil. Měl na mysli spíše specifické emoční konstelace, nikoliv trvalejší osobnostní charakteristiky, jak to prosazovala Dunbarová. Jednak se ale už měnil pohled na stres jako na nosný koncept vzniku a rozvoje onemocnění, který podle Selyeho byl **nespecifickou** odpovědí organismu, jednak při revizi klinických případů a jejich posuzování hodnotiteli, kteří dostali k posouzení jen psychosociální údaje a měli určit, kterou ze stanovených sedmi psychosomatických chorob pacient/ka trpí, bylo sice dosaženo o něco lepších než zcela náhodných výsledků, zdaleka však ne na úrovni, která by potvrzovala výchozí hypotézu. Nejvíce původním předpokladům odpovídala revmatoidní artritida a nejméně, respektive prakticky vůbec, hypertenze.

Selye navázal na starší Cannonovy práce zaměřené na poplachovou (adrenergní fázi) a rozpracoval také mechanismy druhé fáze stresu – rezistence, až do závěrečného selhání po vyčerpání rezerv. Selye geniálním myšlenkovým skokem vyslovil předpoklad, že **stresové vlivy z psychosociální sféry budou stejně nebezpečné jako stresové vlivy z oblasti**

biologické. Tuto jeho myšlenku prakticky ověřil Herbert Weiner¹⁸ v prospektivní studii provedené na brancích paradesantní jednotky. Podmínky tvrdého výcviku hodnotil jako stres. Pak ale navíc prokázal, že v této zátěži zdaleka ne všichni onemocní vředovou chorobou a že je to kombinace určitých osobnostních charakteristik typických pro pacienty s vředovou chorobou a biochemických odlišností – vyšší koncentrace pepsinogenu –, která vede k rozvoji onemocnění.

Stresová teorie vedená zásadní myšlenkou **nespecifity** možných stresových vlivů vnesla zásadní obrat do původně analytických koncepcí a pomohla nashromáždit cenné poznatky, z nichž bylo možné vyvozovat další hypotézy. Také psychosomatika se odklání od představy, že intrapsychický konflikt je jediným spouštěčem obtíží, je objevenán význam mezilidských neboli interpersonálních vztahů (Sullivan) a v 60. letech je formulována teorie životních událostí.

Přestože se Weiner zcela nevzdal prvků specifity, vytvořil svou koncepcí přechod do další etapy psychosomatického přístupu, a to do modelu označovaného jako **stres > diatéza**, který se do značné míry podobá úvahám Galénovým. A úloha stresu je nezpochybnitelná přes objev *Helicobacteria* jako patogenního agens.¹⁹ Navíc když dnes víme, že je přítomen v trávicím traktu poloviny populace.

Podíváme-li se na vývoj výzkumu stresu, vidíme zde – na rozdíl od původních psychosomatických předpokladů – důsledné prosazování především **nespecifických** vlivů, a to jak v pracích Cannonových, zaměřených na poplachovou fázi ze začátku století, tak především v díle Selyeho, který tuto skutečnost zdůraznil již v názvu stresové odpovědi (GAS – nespecifický adaptační syndrom).

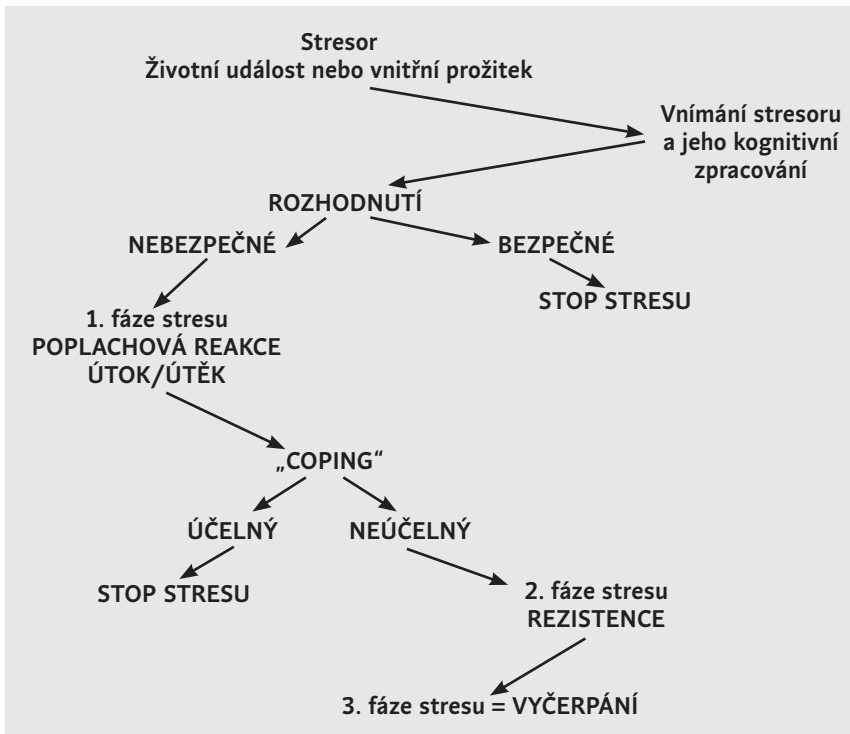
Selye posloužil psychosomatice hlavně tím, že po propracování teorie nespecifického adaptačního syndromu geniálním logickým skokem vyslovil předpoklad – aniž tuto hypotézu experimentálně ověřoval –, že stresory přicházející z psychosociální oblasti budou mít na organismus stejný vliv jako stresory z oblasti biologické. Také byl za svou genialitu

¹⁸ Weiner H., *Psychobiology and human diseases*. New York – Oxford – Amsterdam: Elsevier, 1977.

¹⁹ Weiner H., From simplicity to complexity (1950–1990): the case of peptic ulceration – I. *Human studies. Psychosom Med* 1991 Sep–Oct; 53 (5), s. 467–490.

po zásluze potrestán a nikdy nedostal Nobelovu cenu, přestože byl opakovaně navržen.

Stres si můžeme představit jako autonomně probíhající kaskádu dějů, které mají v první **poplachové** fázi připravit organismus na útok nebo útek, ve druhé fázi **rezistence** pak na přežití za krajně nepříznivých okolností. Stres je mechanismus ochraňující život, a to za nesmírně vysokou energetickou cenu, navíc však také za cenu „vypnutí“ některých funkcí (např. imunita) v zájmu posílení funkcí zásadních a prioritních. Zatímco první fáze je řízena především sympatickým systémem a druhá systémem parasympatickým, představuje třetí fáze **vyčerpání** selhání regulačních mechanismů a dezorganizaci jak systémů řídících, tak systémů řízených.



Vznik a průběh stresu.

Připomeneme-li si fyziologické a patofyziologické procesy, jež se během stresové reakce odehrávají, máme při jejich promítnutí do klinické roviny pestrý obraz řady obtíží, z nichž méně závažná část může být označována ještě jako funkční, závažnější část (například důsledky zvýšené krevní srážlivosti pro nemocné ischemickou chorobou srdeční) již jako plně klinicky významné až smrtící (viz *takotsubo* kardiomyopatie nebo *voodoo* smrt).

Stres je jednoznačně výhodný v boji o biologické přežití; jeho účinnost je však přinejmenším pochybná, pokud se spouští na podněty (někdy velmi malicherné) z psychosociální oblasti. Řešením a prevencí škodlivých důsledků jsou mechanismy označované jako *coping*, tedy strategie, které mohou od samého počátku modulovat průběh a tudý i závažnost stresové reakce.

Stresová hypotéza našla své praktické uplatnění v **teorii životních událostí**, která klinicky prokázala, že nadměrná stresová zátěž znamená reálné ohrožení zdravotního stavu. U jejího zrodu nestál v 50. letech minulého století žádný badatelský tým, ale úředníci zdravotních pojišťoven ve Walesu, kteří si všimli, že vdovy po zavalených hornících mají více zdravotních obtíží, závažnějších a často smrtících, než skupina stejně starých a stejně ekonomicky a sociálně zařazených žen (= randomizovaná kohorta), jež tato životní událost nepoznamenala.

Po více než patnácti letech klinických výzkumů prováděných po celém světě sestavili američtí psychologové Holmes a Rahe²⁰ známou tabulku životních událostí, kde každé významné životní události přiřadili určitou bodovou hodnotu od 100 (úmrtí partnera) po 11 (přestupek, např. dopravní, a jeho úřední řešení). Klinické zkušenosti odpovídá, že pokud někdo během posledních dvanácti měsíců „nasbírá“ více než 350 bodů, je u něj vysoká pravděpodobnost vzniku psychického nebo tělesného („psychosomatického“) onemocnění.

²⁰ Holmes T. H. – Rahe R. H., The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11 (2), s. 213–218.

Inventář životních událostí

Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření nebo přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální potíže	39
Přírůstek nového člena rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem/tchyní/zetěm/snachou	29

Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (sňatky, úmrtí)	15
Změna stravovacích zvyklostí	15
Dovolená	13
Vánoce	12
Přestupek a jeho projednání	11

Je pochopitelné, že stejná událost působí na různé jedince podle jejich specifického založení, například rozvod, který je pro jednoho těžkou ztrátou, představuje pro jiné úlevu, a to je třeba zohlednit při vyhodnocování životních událostí. Nicméně při opakovaných revizích zůstává shoda o přibližné zátěži těch událostí, které zanechaly pocit křivdy, ponížení, ohrožení, ztráty a pocit „v pasti“, a těch, které vedly ke změnám dosavadního životního stylu s novými nároky.

Česká, resp. tehdy ještě československá psychosomatika se mohla začít rozvíjet teprve po pádu pavlovského diktátu, který nepovoloval nic,

co přes Pavlova, Bykova a Uchtomského nepřišlo ze Sovětského svazu. Ještě Jaroslav Baštecký, první předseda tehdy těžce vybojované Psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, byl pavlovskému učení v mnohém poplatný a po celý život věrný (hereze připouštěl, ale teorii „stržení“ nikdy neopustil), nicméně vůbec netrval na úlitbě této ideologii. Z předchozí generace se k obtížně se rodícímu psychosomatickému proudu přidal psychiatr Miloš Vojtěchovský, věrný učení psychoanalýzy, gastroenterologové Ota Gregor a Zdeněk Mařatka, oba eklektici, pokud šlo o psycho-složku, intuitivně se pohybující na pomezí dynamických a behaviorálních přístupů, kardiolog Zdeněk Fejfar, který řadu poznatků i tehdy obtížně sháněné literatury přivezl ze svého několikaletého působení ve Švýcarsku.

Všichni jsme se se drželi hlavně koncepce stresu a jeho vlivu. Setkání s touto částí medicínského poznání v době zatraceně omezených možností od počátku 60. let zprostředkovával přednáškami a tiskem po několika časopiseckých informacích nakonec dvěma útlými publikacemi Josef Charvát.²¹ Stojí za zmínku, že ačkoliv byl akademik Charvát v roce 1969 zvolen rektorem, nesměl tuto funkci vykonávat, protože do ní nebyl ustanoven vládnoucími kolaborantskými strukturami. Byl to čas plný legrace. Těžko si představit, že jsme žili v takové době, ale žili jsme. I v roce 1968, v roce „oteplení a uvolnění“, byly Freudovy spisy – po dlouhé době vydané – prodávány v jediném knihkupectví v Praze po předložení indexu nebo diplomu. Dovedete si to vůbec představit? Zasílaná **odborná** literatura byla na hranicích zabavována. Knihovny neměly na nákup časopisů a ty povolené, resp. části z nich, nám byly předkládány na filmových foliích.

V 80. letech, přestože oficiální marxistická ideologie ústy RSDr. Beránka odsoudila psychosomatiku v jednom procesu s Karlem Popperem jako buržoazní pavědu, začaly první aktivity organizované, jako konference v Třinci a posléze na dalších místech. Jiří Šavlík otevřel experimentální psychosomatické interní oddělení v nemocnici v Třebotově, Activitas Nervosa Superior řízená Milanem Horváthem, zakotvená u mezinárodní organizace CIANS, nám otevřela cestu do světa, protože její obsah byl

²¹ Charvát J. *Adaptace a stres, Čas lek česk* 1964 Jul 6; 103, s. 761–765; týž, *Život, adaptace a stres*. Praha: Avicenum, 1970; týž, *Člověk a jeho svět*, Praha: Avicenum, 1974.

excerpován v *Current Contents*. Většina zájemců o psychosomatiku pracovala v pozicích konzultačních nebo jiným způsobem do somatického oboru začleněných psychosociálně orientovaných „non-somatiků“, pracovní setkání se pak odehrávala také na konferencích a sjezdech těchto oborů jako sekce například psychoonkologie, psychonefrologie aj. Na krátkou dobu se podařilo primáři MUDr. Jiřímu Šavlíkovi zprovoznit interní oddělení nemocnice v Třebotově v psychosomatickém režimu, navzdory příznivým výsledkům však tento experiment nevydržel dlouho. Velice dobrá byla spolupráce se slovenskými kolegy, každoroční Pezinské dny byly přínosem pro obě strany.

Na tomto místě bych rád uvedl několik poznámek od bratislavského kolegy psychologa, Dušana Selko, s nímž jsme měli těsnou spolupráci. Ta trvá nadále mezi námi dvěma, navzdory tomu, že kontakty se slovenskými kolegy po rozdělení republiky značně uvadly. Dušan mi pro tuto kapitolku napsal:

Napriek silnému vplyvu sovietskej či ruskej školy prenikali aj informácie zo Západu, aj keď nie vždy sa dali otvorene hlásať. Na Slovensku sa začiatok psychosomatického myslenia viaže na šesťdesiate roky a mená prof. Ruttkay-Nedecký a Vl. Zikmund (fyziológ a psychiater) svojim anamnestickým rozborom životopisu aplikovanom na rôznych psychosomatických ochoreniach: hypertonici, ulkusári, dysfunkcie štítnej žľazy, Bechterevovou chorobou a neskôr aj pacienti po infarkte myokardu a s ischemickou chorobou srdca asi začali formovať progresívnejšie pohľady na psychosomatiku. Vtedajší šéf psychiatrie Guensberger doslova nenávidel psychológiu a psychologov; mám v živej pamäti jeho prehlásenie, keď na odbornom seminári na Psychiatrickej klinike FN v rámci diskusie povedal, že dnes (1981) môže psychosomatiku robiť ktokoľvek, psychiater, ale aj zmrzlinár, aj murár – psychológa nespomenul...

V tejto tvorivej klíme však presadzovali psychologický aj psychosomatický prístup v niektorých medicínskych odboroch prof. Kondáš, dr. Heřmánek (reumatológia), dr. Ličko (deti), dr. Verner (príprava na pôrod).

Skôr teoreticky (tak mi to vyplýva z mojich spomienok) ako prakticky za psychológiu na východe bol činný doc. Stančák a Miro Skorodenský, ktorý sa zaoberal A-typom správania.

Prelomový bol r. 1981, keď prof. Pogády, ktorý mal síce na psychológov svojský názor, spolu so somaticky orientovanými lekármi: vtedy

doc. Riečanským a doc. Cagáňom (kardiológia), doc. Zikmundom neurologia a psychiatria, založili vo vtedajšej Psychiatrickej nemocnici v Pezinku spadajúcej pod KUNZ prvé psychosomatické oddelenie na Slovensku, neskôr, keď zrušili Šavlíka u vás, tak bolo jediné v ČSSR. Primárom sa stal internista MUDr. Rudolf Štefanovič, za psychiatriu tam bol MUDr. Breier, ako osvietený a psychológii priaznivo naklonený lekár; za psychológov sa tam vyskytoval Mišo Arpáš, ktorý však po zmene režimu sa dal na šport, podnikanie a politiku. Naše pracovisko využívalo psychosomaticky na doliečovanie pacientov po infarkte myokardu, s hypertenziou, ale aj po operácii srdca, resp. pre kardioklub, kde boli naši bývalí pacienti po operácii srdca. Až pokiaľ sme v r. 1991 nezískali doliečovák na Železnej studničke, kde som rozbiehal program pre našich pacientov, čo potom po príchode na ústav neskôr iniciatívne prebrala Pavla Notová. Tu by som ešte zdôraznil, že nás značne ovplyvnil pohyb v historických zemích a mnohí sme sa stretávali napr. na seminároch a kurzoch behaviorálnej medicíny, ktoré organizoval váš nezmar doc. Horváth (chodili tam aj Baštecký a Boleloucký).

A v roce 1989 zakládá Vladislav Chvála zcela ojedinělé pracoviště v Liberci,²² které odolalo náporu času, reorganizací, peněz i ideologií. Z radostné tvůrčí práce se zákonitě odvinula méně hezká větev: práce na institucionalizaci, která je nekonečná, únavná, odporná a trvá dodnes.

Na počátku devadesátých let vyšel první rozsáhlejší text mapující širší oblast psychosomatické medicíny se všemi přednostmi i zápory kolektivního díla několika desítek autorů²³ a od té doby se knižní trh zaplňuje knihami jak našich (Chvála, Trapková, Poněšický, Hnízdl, Klímová, Hašto aj.), tak cizích autorů (Röhr, Morschitzky, Dahlke, Wolfgang aj.). Vychází nyní již recenzovaný čtvrtletník *Psychosom*²⁴ a přístup k literatuře je neomezený. Prolínání psychosomatiky a psychoterapie je zákonitě s vědomím, že psychoterapie představuje jednu z cest, kterou lze v psychosomatice jít, nikoliv však cestu exkluzivní, tím méně jedinou.

²² Honzák R., Co stojí za čtvrtstoletým úspěchem a co tedy stojí za následování. *Psychosom* 2014; 12 (3), s. 206–209.

²³ Baštecký J. – Šavlík J. – Šimek J. (eds.), *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993.

²⁴ ISSN 1214-6102.

ČLOVĚK A JEHO SVĚT VE ZDRAVÍ A NEMOCI – PŘEDMĚT NAŠEHO ZÁJMU

*Ráno to chodí po čtyřech, v poledne po dvou, večer po třech
a je to prolezlé breberkama.*

DOPLŇENÁ A UPRAVENÁ OTÁZKA SFINGY

Nastal čas začít přepisovat učebnice o člověku, počínaje fyziologií, přes patofyziologii až po kliniku. V tomto ohledu mám výhodu, že mě nové poznatky zastihly dříve, než jsem začal dávat dohromady tuhle kapitolu. Ona ale stejně bude už za pár let (= 2 roky) zcela zastaralá a bude nutno ji přepsat a doplnit. A to je dobře, protože občas jsou i nové vědomosti, stejně jako ty staré a dávno zapomenuté, k něčemu dobré.

Je třeba se smířit se skutečností, že člověk není monolit, ale že ho od nepaměti provázejí „staří přátelé“, hejno nazývané **mikrobiota**, pokud se obrácíme k jeho genomu, tak **mikrobiom**,¹ obsahující kromě bakterií také viry, kvasinky, parazity, houby a další mikro-stvoření, žijící zde, v nás, na nás a kolem nás v jakémsi ozbrojeném příměří desítky tisíc let. Je jich jenom v trávicím traktu, jehož celková plocha je velká asi jako tenisové hřiště, údajně 10 na čtrnáctou, tedy jednička se čtrnácti nulami v závěsu a odborníci se hádají, zda je jich víc nebo méně než buněk v těle. Pokud započítáme mezi buňky i bezjaderné červené krvinky, tělo má slabou převahu, pokud ne, na počet elementů vítězí mikrobiom a my tvoříme jednu desetinu člověka, jak zní titul výborné populární knížky pojednávající o tomto tématu.⁶¹ Mikrobiomu je to lhostejné, protože co se týče genů, má přibližně stonásobné vítězství jisté.⁶²

¹ V současnosti se rozdíl mezi oběma označeními stírá a pro obojí je většinou užíván už jen výraz „střevní mikrobiom“.