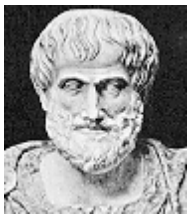
ADAMEC JIŘÍ
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



PSYCHIKA
A TĚLESNÁ ROVNOVÁHA

Se zvláštním ohledem k onkologii

Jiří Adamec

Brno 2020

PSYCHIKA
A TĚLESNÁ ROVNOVÁHA

Se zvláštním ohledem k onkologii

Jiří Adamec

Brno 2020

© Adamec Jiří
Filosofický seminář – katedra teorie
ISBN 978-80-87234-87-7

Věnováno:

Zdeňce Hyvnarové
a její dceři, Pavlíně Skotnicové

OVAHELP - Centrum pomoci onkologickým pacientům z. s.
Ostrava

O B S A H

Úvod
§1. Prevence z pohledu psychologie
§2. Co jsou to rizikové faktory vyžadující prevenci
§3. Specifika zachytávání symptomových znaků nebo syndromologických projevů u onkologických onemocnění a tak zvaná prevence
§4. Prevence ve vztahu k podpoře zdravého fungování CNS
§5. Neurokognitivní psychologie (Prevence na dosah)
§6(a). Přehled psychických poruch zásadně ovlivňujících tělesné funkce a obráceně
§6(b). Neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy a poruchy příjmu potravy
§7. Filosofické přesahy tématu
§8. Etické otázky prevence pohledem odborné literatury
§9. Psychologie zdraví
Závěr
Dodatek

„Ferekydés vyprávěl, že se Zeus, když chtěl stvořit svět,
změnil v Eróta, protože skládaje vesmír
z protiv, uvedl jej v souhlas i v
lásku a všem věcem vštípil
totožnost i jednotu vším
pronikající“

Zl. B 3 z Prokla (410 – 485 n. l.)

Tato kniha, žádná její část, neprošla redakční
nebo tiskovou úpravou

Ú V O D

O problému prevence byl již uveřejněn nespočet publikací, od studijních semestrových referátů, přes diplomové a doktorantské práce, stejně jako rozsáhlé knihy zahrnující krátkodobé, či longitudinální, sociologické studie. To samo o sobě svědčí o mimořádném zájmu o toto téma. Přitom nejjednodušší lékařskou radou, výzvou nebo chceme-li zdůrazněním není v této souvislosti víc než požadavek na to, aby se člověk přirozeně o své celkové zdraví staral s přiměřeným předstihem, a to je vše. Proč tedy opět v této knížce o daném problému psát? Předně proto, že každá generace o svém přístupu ke zdraví přemýšlí pod jiným úhlem pohledu! A jaký je tedy tento úhel pohledu dnes? Primárně spoluzahrnuje, zejména ve zvýšeném množství stresový faktor, který se na celkovém výskytu nemocnosti podílí zásadní měrou. Tento fakt je významně znepokojující. Rozšiřuje totiž dramaticky nárůst psychosomatických onemocnění a staví před odbornou veřejnost nové otázky, spojené jednak s potřebou dalších diagnostických znalostí, stejně jako nových terapeutických a léčebných přístupů. Štěstí, že medicína za posledních sto let uskutečnila již velké množství výzkumných aktivit, které zjednodušují aplikovatelnost takto získaných poznatků směrem k těm léčebným požadavkům, které si právě současný výskyt psychosomatických onemocnění vyžaduje, stejně jako že nutí takto vzniklá situace v daných, či nových výzkumech pokračovat (např. v dynamicky se utvářející: *genetické medicíně*). V předkládané knížce se budeme věnovat psychosomatické tématice z pohledu preventivně pozitivní psychologie.

Jiří Adamec

v Brně, leden / únor 2020

Č Á S T

O B E C N Á

§1. PREVENCE Z POHLEDU PSYCHOLOGIE

Způsoby, jak předcházet nejrůznějším psychickým a tělesným neduhům, zajímají člověka patrně již od pravěku. Oba fenomény jsou v posledních desetiletích významně součástí také odborných studií, které, ať už jakkoli věnují, nebo chtějí věnovat pozornost té části medicíny, jejímž společným jmenovatelm je tedy známá *psychosomatika*. Na lékařských fakultách se dokonce tento obor uvolnil v rámci semestrového studia a lze z něj skládat specialisační státní závěrečné zkoušky. Jistým nebezpečím však stále zůstává, že je psychosomatika *„volně dostupná“ nelékařské veřejnosti, která si často nekriticky dělá nárok* na to, že její hlubiny ovládá lépe než lékař a mistruje nejednou odborníky za to, že *nepracuje podle jejich kritérií*. Z tohoto důvodu je na tomto místě vhodné zdůraznit, že také můj přístup není zaměřen na léčbu, ale pouze na snahu zmírnit, nebo odstranit ty symptomy, které jsou klientovi jeho vlastní sebereflexí dostupné, a to nástroji jako je zejména v rámci psychologie v poradenství snaha pochopit, proč se některé okolnosti v životě klienta prostě dějí a v jakém ohledu se potom váží na ty problémy s jeho celkovým zdravím, které se staly pro něj obtěžujícími. Má-li klient v další spolupráci potřebu pokračovat (mnohdy i přes doporučení na odborná pracoviště) a nechat si dozorovat kroky, které mohou vést ke zlepšení jeho stavu, je mu tak vyhověno s trvalou připomínkou kdykoli se na odkazované pracoviště obrátit, nebo jednoduše série konzultací v naší spolupráci ukončit.

Na přednáškách v mém semináři občas také dostávám otázku, je-li odpovědnost lékaře a laického konzultanta (psychologie v poradenství osobního rozvoje), a to i v

rámci doporučovaných prevencí u každého z nich jiná nebo stejná? Tvrdím, že je stejná. Zejména v konkrétnosti podávaných informací, podle kterých se klient následně řídí. Tudíž, tato odpovědnost u mne nesmí překračovat horizont, kam již spadá medicína. A pokud s nimi už nevyhnutelně pracuji, tak potom, jak bylo tedy výše předesláno, výhradně s odkazem na odbornou literaturu a kontakt s odborným pracovištěm, k němuž klienta po předešlé dohodě o průběhu naší spolupráce, informačně doporučuji.

Pro celkový rozsah předkládaného textu knížky jsem vybral neuropsychologická témata, která úzce, nebo úžeji souvisí s psychosomatickou problematikou. Z odborné literatury se proto budu opírat zejména o aktuální tituly daných oborů, které byly publikovány v posledních letech, a které tak napomůžou autoritativně doplnit mé vlastní zkušenosti z konzultační praxe: Karel Lukáš, Aleš Žák et al.: ***Chorobné znaky-Diferenciální diagnostika***, Praha (Grada) 2014; Bohumil Seifert, Svatopluk Býma et al.: ***Všeobecné lékařství***, Praha (Galén), 2019; Petr Kaňkovský, Andrea Bártková et al.: ***Obecná neurologie a vyšetřovací metody***, UP v Olomouci 2019; Evžen Růžička: ***Neurologie***, Praha (Triton) 2019; Petr Kulišťák et al.: ***Klinická neuropsychologie v praxi***, Praha (Karolinum) 2017; Karel Dušek, Alena Večeřová: ***Diagnostika a terapie duševních poruch***, Praha (Grada) 2015; Aleš Tomek et. al.: ***Neurointenzivní péče***, Praha (MF) 2018; Pavel Mohr et al.: ***Klinická psychofarmakologie***, Praha (Maxdorf, Jessenius) 2017; Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ et. al.: ***Neuropsychiatrické případy***, Praha (Galén) 2011 a další literatura, citovaná v průběhu textu knížky.

Shodu v daném tématu, jakým je *prevence duševního zdraví*, budeme patrně sdílet tím výchozím postojem, že jejím *základním určením je životní styl*. Do tématu životního stylu spadají**:** odpovídající nároky denních aktivit souvisejících přiměřeně s věkovou skupinou a celkovým nastavením individuální schopnosti zvládat psychické a tělesné zátěže; jako významný prvek prevence zde hrají svou roli návyky související s výchovnými přístupy v rámci osobního vyzrávání; k těm náleží sebereflexe vázaná k racionální autonomii, jednoduše řečeno – schopnosti postarat se o sebe v úrovni hygieny, výživy, péče o zdraví, sebevzdělávání, rozvojem osobních a sociálních kontaktů, profesním a kariérním růstem, jakož i celkovou kultivací osobnosti v základních projevech, jakými jsou např. řeč, trávení volného času, odpočinek, nebo i kulturně osobnostními projevy (seberozvoj v nádstavbových aktivitách – sport, umění, četba a tak dále). Deficity v jakékoli výše jmenované oblasti jsou většinou lidí, vyžadujících konzultaci, pociťovány pak s napětím, neuroticismem, popřípadě mohou také zavádět sebeprožívání až směrem k melancholii nebo také depresi, obsedantně kompulsivním projevům či celkové, nedefinovatelné rozladě, která si nadále hledá kompenzaci zpravidla méně uspokojivými, mnohdy až symptomovými aktivitami, vázanými na sebeuzavírání a jednostrannost životního stylu, zvýšením napětí a jeho přesmykem mnohdy do nějakého druhu agrese. Somatickými znaky takových pochodů se pak tito jedinci projevují nějakým druhem doprovodné újmy v úrovni trávení, motoriky, oběhového systému a nebo orgánových potíží, subjektivně pociťovaných jako bolesti omezující je v každodenních činnostech.

Když se podíváme na nejčastěji projevované obtíže klientů vyžadujících konzultace, nebo i psychoterapii, tak jsou to potom problémy se spánkem, pamětí a pozorností, trávením, oběhovým systémem, popřípadě bolestivými syndromy a přechodně orgánovou dysfunkčností, narušením meziosobních vztahů, vezmeme-li tedy tu skupinu klientů, u kterých se nejedná o dramatické diagnósy, či vůbec potřebu diagnostikovat jejich psychický stav jako nemoc kandidující na reálnou psychickou poruchu. Co je však zapotřebí vyzdvihnout, tak to je ten fakt, že jsou zde vůbec jako nejobtížnějšími faktory jednak ***čas***, po který daný problém působí, stejně jako ***subjektivně prožívaná újma***, jíž klient pociťuje v nějaké úrovni „poškození" kvality svého života (nebo můžeme také říci – *trápení*, *utrpení*, které si přisvojuje z nějakého objemu emocionální zátěže). Mnohdy jako dostatečná prevence pomáhá psychoedukativní rozhovor, který nepoučujícím způsobem klientovi poskytneme v systému přehledu odkazů na vývoj jeho situace, provázáním předcházejících životních okolností a společným zvážením, zda takový náhled může odpovídat reálnému pozadí klientem vnímaného vzniklého stavu. Tuto část prevence zdůrazňuji především proto, že jejím významem je předně souhrn informací, které nejčastěji působí výzvami na to, co je vhodné v kvalitě života klientem změnit. Konečně, prevence vycházející z dobré informovanosti může zapůsobit mnohdy účelněji, než všemožné teoretisování o duševním a tělesném stavu přes jakési mělké citáty a lidová moudra, pokoušející se o hledání či odhalování rádoby *„jisté příčiny"*, když stačí poukaz na východisko ve změně životního stylu, v myšlení a denním rozvrhu.

Z toho, co bylo tedy, až doposud uvedeno plyne, že ***prevence závisí od schopnosti zvládat sebedisciplínu v přístupech k základním potřebám života a péči o své zdraví***. Lékařská i nelékařská literatura, věnující se sebepéči, případně veřejné přednášky odborníků, se k tomuto pojetí prevence všeobecně hlásí. I tak je prevence chápána ve dvojím smyslu: **1.** jednak jako zabránění dalšímu rozvoji již vzniklých škodlivých příznaků a **2.** jako předcházení jakýmkoli škodlivým příznakům v době relativního psychického a tělesného zdraví.

§2. CO JSOU TO RIZIKOVÉ FAKTORY VYŽADUJÍCÍ PREVENCI?

Vzhledem k tomu, že budu i nadále vycházet z výše uvedené teze, jakou je chápání ***prevence ve smyslu optimálního nastavení životního stylu***, zaměřím se proto na její popis v souvislosti s rizikovými faktory a jejich přesnější vymezení. Významnou součástí prevence je sebereflexe. V psychologii je jí věnována poměrně velká pozornost, protože sebereflexí vlastně začíná cesta k jakýmkoli změnám, týkajících se zdraví člověka, jak po stránce duševní, tak po stránce tělesné. K sebereflexi se pojí rovněž motivace, nebo přesněji: sebemotivace a k té zase dynamika vůle v souvislosti s jasně definovaným horizontem pozitivních změn. Tudíž, *požadavek prevence* může u některých klientů vzbuzovat dojem, zejména v počátku její realisace, že se jedná vlastně o zátěž vázanou na změny. Tento *požadavek prevence* se tak vlastně stává pro některé klienty nepříjemnou vidinou nutnosti vzdávat se zaběhnutých „rituálů“, naučených „kompenzací“, „racionalizovaných postojů“, atd. Paradoxně může tedy

u některých klientů docházet *k pocitu ohrožení osobní integrity*, jakmile by se měli o nějaký druh takové prevence zajímat nebo jej dokonce realizovat. Mnohdy se setkávám s nejrůzněji *šroubovanými* názory, obhajujícími zaběhnutá „zdravotní“ klišé, a to jako *zaručeně správné a zdraví prospěšné postoje*, odmítající však ve skutečnosti nastoupit cesty změn. Otevřeně zřejmým tedy je, že ***prvním rizikovým faktorem je člověk (klient) sám sobě, jestliže se odmítá preventivním opatřením podvolovat***. Množné číslo ve spojení: *„preventivním opatřením podvolovat“* je zde důležité v tom ohledu, že prevence je méně účinná, pokud je k ní přistoupeno, až v době symptomových projevů a je-li následná prevence zaměřena pouze k jejich vymizení, což mnohdy vede k tomu, že další preventivní kroky nejsou realisovány, jakmile obtíže ustoupí. Tedy, prevence je nejúčinnější, jestliže je poskytována (realizována) v trvale každodenním záměru posilování duševní a tělesné odolnosti.

§3. SPECIFIKA ZACHYTÁVÁNÍ SYMPTOMOVÝCH ZNAKŮ NEBO SYNDROMOLOGICKÝCH PROJEVŮ U ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ A TAK ZVANÁ PREVENCE

Může znít, až příliš nadneseně, řekne-li se, že lze předcházet onkologickým chorobám s nějakým jednoznačně daným přístupem. Charakter onkologických onemocnění je mnohdy nesen svojí vlastní dynamikou projevu, či výskytu, ať se člověk snaží ve svém životě prevenci zdraví uplatňovat jak chce. Někdy se říká, že onkologické choroby mají svůj vlastní, nezávislý život. Takový přístup by však byl výsostně kapitulační. Přijmout jej by znamenalo,

žít v naivní představě, že proti onkologickým nemocem už nelze vůbec nic dělat. Opak je pravdou! Onkologické choroby mají svůj mechanismus rozvoje a u některých jsou již dobře známé příčiny (rakovina plic, žaludku, slinivky břišní, kůže, hrtanu a v dalších případech i geneticky podmíněné faktory onkologických onemocnění). Rovněž dávno neplatí, že onkologická diagnósa znamená automaticky smrt v nějakém krátkodobém horizontu života pacienta, a začasté zejména smrt vůbec, což je dáno vývojem moderní medicíny, v současnosti zejména se stále se zvyšující úspěšností této léčby. *Rakovina* sama o sobě je však slovo, které pro naprostou většinu lidí představuje přímou vazbu na letální vývoj vlastního života pacienta, tedy nemoc, jejíž průběh už musí nutně vést ke smrti. Přitom z výzkumů jasně plyne, že výskyt rakoviny lze snižovat, zvlášť osvětovou aktivitou lékařů směrem k veřejnosti s důrazem na několik základních bodů, které při optimální úpravě životního stylu mohou účinně zabraňovat rozvoji onkologických nemocí, a to tak, jak tyto body byly uvedeny i v našem textu prozatím už i výše. Jejich společným jmenovatelem je tedy**: *dostatečná sebereflexe ke zdravému životnímu stylu***.

Jinou věcí ovšem zůstává, čeho si v symptomových znacích a syndromologických projevech u sebe všímat, aby nastal popřípadě včasný záchyt onemocnění, které by se mohlo jevit některou z onkologických diagnóz. Na tomto místě je mnoho teorií a dokonce i několik studií, které se snaží o upřesnění seznamu preventivních záchytů, ale jak se prozatím ukazuje, a jak bylo řečeno, už i výše, tato onkologická, rakovinová bujení v lidském těle vskutku mají ještě často své vlastní důvody, pro které se

vyskytují, čímž pro takový seznam doposud není možné určit jeho konečnou podobu – tak tedy alespoň, níže jen ty nejznámější:

1. úbytek na váze a nechutenství, nauzea…
2. úbytek celkové energie, svalová ochablost…
3. celkové zhoršení nálady nebo prudké výkyvy nálad…
4. vyprahlá sebemotivace…
5. komplikace s dýcháním…
6. točení hlavy, popřípadě závratě nebo mdloby…
7. problémy v oblasti smyslového vnímání (šum nebo pískání v uších, rozostřené vidění – zhoršený zrak, ztráta čichu, brnění v končetinách)…
8. nespavost a zvýšený počet bizarních snů… (po probuzení není vnímán odpočinek – denní ospalost)…
9. kožní změny…
10. vnímané změny v souvislosti s vylučováním…
11. specifické a doposud neznámé druhy bolestí v konkrétnm nebo konkrétních místech…
12. výrazně častější selhávání autoimunity, časově výrazně prodlužovaná léčba virových a bakteriálních onemocnění, chronicita a rozvoj přídatných obtíží…

Pokud bychom chtěli k tématu prevence přistupovat systematicky, tak bych na první místo dával dvě, dle zkušenosti práce s klienty - významné okolnosti - ***sebepéči a vyhledávání informací***. *Sebepéčí* mám na mysli takový zájem o vlastní duševní a tělesnou zdatnost, která se opírá o vědomost, sledovanou podle praktických znalostí, tak jak přichází z každodenního života a naší celkové angažovanosti ve strukturách realizovaných potřeb a z nich vyplývající reflexe o tom, na co skutečně psychicky a tělesně stačíme. Už tento moment přehlížení daných okol-

ností bývá faktorem, který se podílí na rozvoji některých symptomů, vedoucích až k rozvoji nemoci. Příklad: *kouření, dušnost, ztráta energie, změny nálady*.

Jako druhý moment prevence bylo jmenováno *vyhledávání informací*. V žádném případě nelze jako primární zájem doporučit internetové zdroje. Mám na mysli sledování knižních publikací prestižních nakladatelství daných oborů a jejich trpělivé samostudium v dílčí konfrontaci s odbornými přednáškami a ošetřujícím lékařem, pakliže si to situace vynucuje, zejména pociťovaným zhoršováním zdravotního stavu. Jednoduše řečeno**:** objektivní sebereflexe a encyklopedická vědomost založená na odborné informovanosti, jako primární prevence v sebepéči může zabránit mnoha obtížím, jestliže jsou takto zavčasu zachytávány a stanou-li se předmětem rychlého zásahu v podobě odpovídajícího opatření, léčbou. Například onkologičtí pacienti jsou o těchto faktorech dopodrobna informováni, zejména, je-li jejich diagnósa součástí hypotésy možné recidivy. Z toho, co tedy, až doposud předcházelo lze uzavřít, že rizikovými faktory rovněž, mimo jiné jsou**: 1.** nízká sebereflexe směrem k sebepéči a **2.** absence informací.

Abych zůstal v souladu s obecnými požadavky na prevenci, bude nyní vhodné rizikové faktory, působící negativně na naše duševní a tělesné zdraví z dalších oblastí více rozvést. Rizikovým se totiž stává nejčastěji jednostrannost v celkovém fungování v rámci každodennosti, nebo přetěžování organismu, popřípadě odpírání v tělesné a psychické oblasti některých významných poskytovatelů harmonického, či stabilizujícího (upevňujícího) vývoje. Tady mám na mysli poměrně širokou škálu okol-

ností, které se jako rizikové mohou značným způsobem spolupodílet na zhoršení nálady nebo fysické výkonnosti. Co mám tedy na mysli? Klienti velmi často dochází s požadavkem, abych jim poskytl nápomoc při hledání východiska z jejich neutěšené životní situace, nějakého druhu. Jejich stížnosti směřují k tomu, že se za poslední období, zpravidla i několik let nazpátek uzavírají, většinu času tráví o samotě s činnostmi, které je baví, a které si dnes už nedokáží představit, že je opustí. Tento požadavek doplňují například tím, že se chtějí už zase s někým seznámit, popřípadě založit rodinu, nebo jiným způsobem navázat na „ztracený“ konec a vrátit se do nějaké původní situace i když v nových podmínkách jejich současného života. V této souvislosti si klienti stěžují také na svoji vyzáž, přertvávající rozbouřenou emotivitu, často doprovázenou sklonem k plačtivosti, smutku, nervozitě a netrpělivosti. Přitom se své minulosti i vědomě drží často zcela úporně a v protních konzultacích je jim zcela nemožné dopravit myšlenku na změnu úhlu pohledu, změnou životního stylu. S trochou plochosti, zde lze uvést ono známé rčení: *„Zvyk je železná košile“!* Zůstaneme-li ovšem na úrovni, alespoň základní odbornosti, potom zde již nehovořím o ničem jiném, než o založeném konfliktu a obranných mechanismech, vytěsnění, přesunutí a působení nevědomých faktorů, prosazujících se na úkor *Já* klientů. Tudíž, máme zde před sebou poměrně široké pole psychoanalytických námětů, které nám mohou s tématem prevence a rizikových faktorů zasadně vypomáhat.

Dalším nepřehlédnutelným problémem, který si vyžaduje, ba vynucuje prevenci, je faktor času. V psychoana-

lýse hraje důležitou roli zejména v souvislosti se založeným konfliktem. Vychází proto z psychoanalýsy požadavek komunikovat o subjektivně prožívaných obtížích, pokud možno bezprostředně v okamžiku, když se odehrávají, dějí, aby bylo možné předcházet hromadění emočně nezpracovanému „materiálu“, který si jinak v budoucnosti vyžaduje uvolnění, často nevhodně volenými prostředky, jež se manifestují zejména těmito neodreagovanými emocemi, stejně jako na ně nasedaným behaviorálním projevem. Vzhledem k tomu, že tato energie nevyřešených konfliktů pochází z minulosti klienta, jeho chování v dané přítomnosti to mění v něco symptomového, a protože čas od té doby, kdy byl konflikt založen uplynul, jeví se chování klienta v tuto danou přítomnost, vůči okolnostem nepřiměřené, neboť jedná pouze v souladu se svojí minulostí a nikoliv přítomností. Nekomunikovatelnost založeného konfliktu podporuje hromadění napětí s postupně nutnými výkyvy nálad. Jejich dosah může být maximální: od prosté nepozornosti, snížené schopnosti něco si pamatovat, poruch spánku, až k nechutenství, nausei, nebo selhávání při tělesných výkonech. A to nejmenujeme zdaleka všechny symptomy, které s tímto problémem v rámci diferenciální diagnostiky ještě souvisí. Verbální otevírání nejrůznějších osobně motivovaných témat, týkajících se toho, co člověk z hlediska své psychiky vnímá ve vztahu k sobě a ve vztahu k druhým lidem skutečně zásadním způsobem upravuje vnitřní pocity nespokojenosti, dosahováním, až na druhý konec tohoto spektra, tedy vyjasňováním vlastní emoční situace a jednoduše podáno: *zklidněním*. Vyverbalisování klientovy minulosti a zpřehlednění jejího dopadu na jeho přítom-

nost může být trvalou součástí například partnerské komunikace, *„kulturně“* zabezpečené na výměnu sdělení, bez potřeby podjatosti a osobních útoků. Je to ostatně jeden z přístupů, který se doporučuje v rámci párové a manželské psychoterapie, jako základní prevence časového narůstání napětí v rámci takového soužití.

Rizikové faktory vyžadující si prevenci v souvislosti s psychickými a tělesnými nemocemi, zahrnují dále obecně uznávané přístupy, jakými jsou např.: **1.** kompenzace sedavého zaměstnání odpovídající pohybovou aktivitou, **2.** trvale utvářený strukturní přístup k výživové tématice a jídelním návykům, **3.** základní zdravotní sebepéči návštěvami lékaře a dodržováním jeho doporučení. Tudíž, optimalisace životního stylu je sama o sobě prevencí, pakliže zahrnuje všechny tyto doposud uváděné přístupy, které lze zahrnout do položky: ***práce na sobě samém***. Okolnosti jakými jsou**:** nedostatek spánku, vliv stresorů v současné společnosti, problém životního prostředí (např. vzduch v městských aglomeracích), nebo návykové obtíže (alkohol, kouření) představují v rámci prevence poměrně vysoce rizikové faktory s nimiž v zásadě zápasím během konzultací téměř denně. Klienti si často stěžují, že buďto u sebe nebo u svých blízkých tyto problémy vnímají jako spouštěče psychických a vztahových problémů a musím přiznat, že mnohdy nejsem schopen poskytnout potřebnou, či odpovídající informaci, jak se s takovými komplikacemi po duševní stránce u klienta vyrovnávat. Matka mne například žádá, jak přistupovat k situaci, kdy její dítě trpí astmatickými záchvaty a otec, roztrpčen celou situací, od rodiny odešel, protože nesnesl dále se hádat s klientkou o to, kdo z nich jejich dceři uškodil. Nej-

častěji podobné vztahové komplikace vnímám tak, že si hádkami otec svůj odchod od rodiny pouze připravil, neboť nezvládá oslabení dítěte a nutnost se o něj ve zvýšené péči starat. Zde je nutno na druhou stranu také přiznat, že jedinou prevencí astmatu je vždy včasná a účinná léčba avšak s různým spektrem výsledků a jejich proměnných, vyplývajících z individuálního průběhu nemoci.

Samostatnou položkou jsou potom ***vrozené dispozice***. Ty mohou zahrnovat jednak tělesné oslabení, které může být dobře zvládnuté, jestliže je klient s takovou okolností, tak zvaně srovnán a svůj fysický výkon tomu odpovídajícím způsobem přizpůsobuje. To už je prevence sama o sobě. V psychické úrovni tomu může být stejně tak. Například klientka ví, že ve společnosti působí plachým, až vystrašeným způsobem a tak se přihlásí do kurzu sebevědomého zvládání psychicky náročných situací. Její prevence je splněná. Nestane se patrně lvicí salónů, ale bude schopná vcelku bez toho, aby na sebe dál poutala pozornost, sociální fobii, k níž má od dětství sklon (aniž by se jednalo o založený konflikt), bez větších obtíží potlačit.

Jiné to ovšem je u genetických poruch, které jsou neměnnou újmou, zpravidla tzv. viditelnou na první pohled. Klienti s těmito obtížemi: poškození skeletu, kůže, řečových schopností, zraku, sluchu aj., mívají zpravidla své odborníky s nimiž svoji situaci konzultují. Jejich prevence spočívá pak především v tom, že od narození preferují schopnost svůj stav přijímat a učit se s ním žít na té úrovni, kterou v maximální samostatnosti (pokud to nemoc dovoluje), budou dále zvládat sami za sebe. Jejich preventivním přístupem je optimismus a pokud možno kontakt se stejně postiženou komunitou, za stálé spolu-

existence s okolním světem, svojí integrací. Zde rád podotýkám, že na různých pracovištích, kde jsem s těmito klienty měl možnost pracovat, jsme spolu vždy vycházeli nadmíru dobře. Tuto skutečnost přičítám zejména té okolnosti, že klienti s tělesným postižením, se od raného dětství stále něco učí, aby lépe zvládali svůj zdravotní stav. Proto jsou jejich vůle a motivovatelnost výrazně pozitivněji nakloněné zejména ochotě podstupovat nejrůznější programy, kterými mohou optimálněji zvládat svoji situaci. Je to ostatně dobrou ukázkou toho, že ***podpora k aktivnímu životnímu stylu***, je sama o sobě prevencí ke zdraví, stejně jako k udržování potřebného nadhledu ve všech úrovních každodenního života. Samozřejmě, že zde zásadní roli hraje zejména udržování samoobslužnosti a tím také tělesné autonomie klienta.

I když se v předešlé a v této kapitole pohybujeme prozatím v obecných souvislostech, je už i tak zřejmé, že ***rizikovými faktory pro duševní a tělesné zdraví jsou zejména způsoby myšlení***, *kterými se člověk zaobírá, a to v rámci reflexe své kondice*. To, že mnohdy do celé problematiky mocně pronikají přejaté, nebo dokonce vnucované názory, které v rámci sociálních předsudků a klišé mohou vytvářet velmi neblahý názorový prostor, jenž se nakonec podepíše na prohlubování některých zdravotních komplikací, není na tomto místě třeba zvlášť zdůrazňovat. *Sociální inteligence* v tomto ohledu není nijak vysoká a s takovou mírou naivity je proto zapotřebí počítat a v osvětové práci ji trvale brát na zřetel. ***Medicína založená na faktech je zcela na místě***. I když v psychologii, např. v psychoanalýse, jako je zejména klinický výklad snů, jen stěží budeme schopni doložit tuto oblast onei-

rického fenoménu exaktním způsobem, nějakou zobrazovací technikou, tak přeci jen, alespoň v maximální shodě s obecně uznávaným faktem, že sny existují, a je možné je terapeuticky zpracovávat v rámci celkového léčebného psychoanalytického postupu a dosahovat touto korekcí, jako jednou z metod přístupu, optimálního duševního zdraví pacienta.

Na vznik onkologických chorob má svůj zásadní vliv naše před-onkologické chování. Stresový faktor zde patrně hraje opět svoji primární roli**:**

1. ***psychický stres*** – nervozita, strach, úzkost, deprese, kombinace těchto psychických stavů,
2. ***metabolický stres*** - spojený s jednostranností výživy a tím také s jednoznačně nekomfortním utvářením vnitřního, tělového, orgánového a celkově fysiologického prostředí, navozujícího nejrůznější stavy nemocnosti s tendencí k prohlubující se chronicitě,
3. ***oxydační stres*** – působení *reaktivních kyslíkových substancí*, jejichž výskyt zvyšuje, např. u dlouhodobě jednostranné stravy, nebo naopak snižuje jinak potřebnou optimalisaci tvorby (na molekulární úrovni) *lipidů, bílkovin* a *nukleových kyselin*, čímž je narušená schopnost buněčných aktivit v imunitním systému, podporující samostatně se rozvíjející nádorové bujení (viz, Miroslav Tomíška: ***Výživa onkologických pacientů***, Praha /MF/, 2018), str. 270,
4. ***orgánový stres*** – arytmie, astma, neparkinsonovský třes, hypertyreóza, anemie… (viz, ***Psychiatry***, Oxford University Press, 2016, p. 374).

Č Á S T
S P E C I Á L N Í.

§4. PREVENCE VE VZTAHU K PODPOŘE ZDRAVÉHO FUNGOVÁNÍ CNS

Lidský mozek je souborem miliónů nervových buněk široce strukturovaného rozsahu. Jako takový představuje dynamicky fungující celek. Slovem dynamický mám na mysli zejména práce-schopnost jeho jednotlivých částí (viz, základní neuroanatomie), které studuje neurofysiologie CNS. Výzkumy zaměřené na jeho detailní aktivitu sledují odborníci od přenosu vzruchu mezi jednotlivými částmi těla (vnější a vnitřní orgány) a konkrétními odpověďmi (frontální lalok, hypofýsa, amygdala atp.), až po neurochemické a neurogenetické výsledky vztahů a reakcí, zjišťovaných na molekulární úrovni. Autonomie CNS je charakteristická v tom smyslu, že využívá lidské tělo k vlastní životaschopnosti (zejména v úrovni oběhového a trávícího, gastrointestinálního systému) a dále, v případě psychických poruch, kde lze diagnostikovat na ně napojené somatické obtíže, bere si mozek tělo jako svého zajatce a promítá do jeho oslabených míst nejrůzněji modifikované fenomény nezpracovaných a déle trvajících úzkostí (komplikace např. v oblasti pohybových obtíží a nebo v úrovni fungování vnitřních orgánů, jakož i obtěžující nociceptivní, tedy bolestivé jevy).

Obecným poznatkem o těchto problémech při nedostatečné prevenci optimalizovat životní styl je, že dochází mnohdy rovněž k tzv. *biologickému stresu*. Organismus vystavovaný např. jednostrannosti života (životního stylu) na některé jeho úrovni, vysílá signál ohrožení a pokud není rozpoznán jako varovný, dochází k postupné somatizaci, neboli rozšíření stresového faktoru směrem na tělesné příznaky. Nervová soustava (sympatikus, parasym-

patikus) začne vůči takové okolnosti stavět hráze v podobě neúčelného přeskupování nevyužité energie. Tím vznikají například chronické bolesti hlavy, změna krevního tlaku (zpravidla jeho zvýšením), diabetes, změny v úrovni trávení a další obtíže. V samé podstatě, mozek z úrovně obsahu těla, který využívá jako zdroj pro vlastní existenci, přesouvá v momentě pocitu ohrožení všechen dostupný materiál pod vlastní správu, čímž zbytek somatu (těla) ochuzuje o působení potřebných metabolitů. Jedná se zejména o kyslík, glutamát a ty metabolické hodnoty, které mají jinak sloužit k udržování tzv. homeostásy, neboli rovnovážnosti fungování vnějších a vnitřních orgánů. V oblasti psychiky jsou z tohoto pozadí známy zejména panické ataky, které i když mohou navazovat na tzv. založené konflikty, mohou být terapeuticky redukovány nácvikem správného dýchání, poskytujícím opětné získání potřebného objemu kyslíku v CNS, který se z pocitu ohrožení v neúměrně krátké době u této ataky nahromadil ve svalech a jiných částech těla.

§5. NEURO-KOGNITIVNÍ PSYCHOLOGIE (PREVENCE NA DOSAH)

Člověk je přirozeně svým vývojem směrován k tomu, aby pracoval s informacemi. Jeho mozek po informacích touží, vyhledává je a má je rád. Pokud se mozku informací nedostává, tak se nudí a vymýšlí všelijaká alotria, prostě si nějaké informace vymyslí. Tím je dáno, že také odtud je člověk predisponován k takovému druhu představivosti, která s realitou nemusí mít vůbec nic společného, čímž lze jednoduše dosáhnout, až na sám práh psychotismu a zabřednout do subjektivně nevýveratného přesvědčení

(bludu) a nebo do halucinací (všelijak utvářených smyslových klamů). To nás upozorňuje tedy na fakt, že lidský mozek je ve vyhledávání informací vcelku úporný a je proto naší povinností se o adekvátní přísun informací starat, abychom se udržovali v potřebné racionální naladěnosti směrek k realitě a také k sobě samému.

Ze základní neuroanatomie víme, že práci s informacemi, jako s jednotlivými impulsy mezi neurony (synapsemi) vedenými po nervových vláknech, které jsou nesený elektrickým nábojem, zajišťují mnohočetné neurofyziologické a neurochemické kontrolní mechanismy. Čím častější je přísun těchto elektrických impulsů z výkonného orgánu do těla buňky a synapticky zpracovávaných, tím stabilnější je pole (okruh) těchto informací, což způsobuje možnost nechat mozek pracovat na této úrovni podstatně déle. Pokud informace a přirozené učení v životě chybí, potom se člověk dostává už na seniorském prahu (někdy dokonce ještě dříve) do stavu, kdy výrazně zapomíná, není schopen se systematicky učit a všechno, co se týká práce s informacemi naopak začne pociťovat jako nepříjemné obtěžování, neboť se musí do takové činnosti složitě nutit. Jednoduše řečeno: *mozek zlenivěl*. U predisponovaných jedinců k organickým duševním poruchám takové okolnosti vedou k rychlejšímu nástupu jednak přirozeného stárnutí (rychlejšímu ubývání práce schopných nervových buněk), ale stejně tak k rozvoji alzheimerismu, parkinsonismu, či jiné z této skupiny poruch psychické nemoci. Na nápravu však není nikdy pozdě. Prevence zde může spoluzahrnovat aktivní zájem, kterým se dá vcelku snadno dosáhnout výrazného zlepšení. Mozek pracuje na úrovni tak zvané plasticity, což

znamená, že veškerý zachovaný potenciál, který ještě zbývá, může začít spolupracovat, pokud jsou dodrženy přibližně tyto zásady:

1. dostatečný spánek a práce na vnitřním klidu,
2. dostatečný pohyb, odpovídající své věkové skupině (nikoliv extrémní přemáhání),
3. systematický přísun informací**:** četba, rozhovory, studium jazyků nebo nějakého oboru, viz university třetího věku, udržování vzpomínek (trénink paměti), koníčky, přiměřeně aktivní trávení volného času,
4. vytváření plánů, které jsou v časovém horizontu splnitelné,
5. blízkost rodiny a přátel,
6. humor a nadsázka,
7. strava a tekutiny opět v přiměřené míře odpovídající reálným tělesným nárokům, případně dietologii,
8. úplně vynechat kouření a alkohol a jiné škodlivé návyky,
9. dělat si drobné radosti (návštěvami divadla, kina, nákupem, zájezdy),
10. výběrem nejméně jednoho studijního zájmu, který je rozvíjen i v soukromí.

Jak je vidět, tak předložený výčet může být jen stěží úplný, neboť je takový požadavek prevence na udržování neurokognitivní kondice vždy výrazně opírán o individuální možnosti. Ve své předchozí publikaci o: ***Faktorech prevence pro zdraví těla i duše*** (rok vydání - Brno 2013), jsem se pokusil dané téma rozšířit na celkový přístup k prevenci zdraví, kde bylo zdůrazněno rovněž vzájemné provázání kognice v souvislosti s ostatními vnitřními, tělesnými funkcemi organismu jako celku, úhlem pohledu.

§6(a). PŘEHLED PSYCHICKÝCH PORUCH ZÁSADNĚ OVLIVŇUJÍCÍCH TĚLESNÉ FUNKCE A OBRÁCENĚ

To, že psychika ovlivňuje tělesné stavy a celkové somatické zdraví dnes už patrně nebude nikdo zpochybňovat. Moderní psychiatrie mezi CNS a ostatními částmi lidského organismu hledá stále přesnější propojení i když jejich provázanost je již po tisíciletí známá. Medicína se tak vlastně ocitá ve vlastním paradoxu. Ano, nervy a tělo tvoří jeden celek, ale jak tento celek funguje, stále zůstává i přes všechny již dosažené poznatky v mnoha ohledech záhadou. S psychiatrickými poznatky do celé problematiky vstupuje rovněž povědomí o tom, že mnohé duševní poruchy, zejména ty, které obsahují faktory stresu, znamenají počátek nové éry – ***psychosomatické medicíny***. Stres tedy představuje základní problém, při řešení psychických a tělesných obtíží. Jeho průnik a působení je zaznamenáván ve všech oblastech nemocnosti. Není nic nadneseného, pokud řekneme, že se stresové fragmenty dají spolehlivě sledovat od prostého nachlazení, přes syndromologické nemoci všech druhů, až po onkologické nemoci, stejně jako u mechanických poškození (např. zlomenin, úrazů), nebo i v případech prožívání nemoci u druhých lidí vciťováním.

Duševní poruchy, které se zásadním podílem účastní tělesných změn, kromě těch organických (alzheimerismus a další) jsou zařazeny zejména ve skupně poruch neurotických, kam stresové poruchy se zvláštním obsahem spadají, stejně jako poruchy somatoformní (poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a sexuální dysfunkce). Z opačné strany, vysoce stresové diagnósy, jakými jsou zejména onoklogické, geneticko-syndromologické a dále

všechny ty, jejichž obsah je vázán na progredující onemocnění s nezvratným, letálním vývojem (např. v paliativní péči), obsahují stresory se zásadním stupněm ohrožení psychického zdraví.

Chronisující úzkostné a s nimi související somatoformní poruchy, mají na svědomí celou řadu onemocnění spojených s orgánovými dysfunkcemi, způsobených autoimunitním snížením obranyschopnosti, před nejrůznějšími mikroorganismy, ovlivňujícími vleklou, dlouhou dobu se potom táhnoucí a přitom mnohdy i ne zcela efektivní léčbu. Zde se ukazuje jako významný faktor dvojí přístup k *prevenci*:

1. byla zahájena již jako běžný přístup k péči o zdraví jedince v jeho raném vývoji, čímž se stala přirozenou normou chování v rámci sebepéče a volně přešla do každodenního života, jako jedna z jeho norem
2. prevence byla zahájena, až v době zjištění pozitivních příznaků, tedy po jejich částečném rozvinutí, kdy se pacient s prevencí, jako svého druhu změnou životního stylu, sžívá teprve nyní a je nucen překonávat nejrůznější překážky, zejména v úrovni odříkání, které však může být při dodržovaných postupech často jen dočasným požadavkem, nevynucujícím si některá taková opatření striktně dodržovat po dokončení léčby.

Nesmíme proto zapomínat rovněž na významný faktor věku (viz, prevence a věková stádia v tabulce níže), který je také důležitou součástí této problematiky. I když se v tomto uvedeném přehledu dotýkám opět pouze těch bodů, které vyplývají z mé poradenské praxe, mohu doložit, že klienti mají v daných oblastech zásadní deficity.

PSYCHICKÝ STAV	Prevence v dětství	Prevence v dospívání	Prevence v dospělosti	Prevence ve stáří
obtíže s pamětí:	*výživa a spánek*	*rozvoj logiky*	*rušení stereotypů*	*aktivní život*
závislost:	*„zaměstnanost“*	*rozv. sebevědomí*	*sebeuplatnění*	*komunikace*
schizofrenie:	*sociál. kontakty*	*respekt osobnos.*	*relaxace*	*blízkost rodiny*
deprese:	*pozitivní jednání*	*nepřetěžování*	*osobní vztahy*	*pozitiv. perspekt.*
neurózy:	*odstraň. nejistot*	*podpora tzv. Já*	*hledání motivací*	*denní režim*
anorexie / bul.:	*výživa bez stresu*	*kvalitní zázemí*	*jídlo jako rituál*	*pravidel. strava*
por. spánku:	*klidné prostředí*	*tělesná činnost*	*odbour. stresorů*	*dechová cvič.*
por. osobnosti:	*pozitivní autority*	*nedirektivnost*	*důraz na dohody*	*psychiatr. konz.*
afektovanost:	*rodičovské vzory*	*rozum a emoce*	*předpojatost*	*úprava léky*

Tělesné a s nimi spojené behaviorální jevy nepředstavují pouze ty, které se váží na vnitřní orgány a vlastní psychiku, ale stejně tak zahrnují celou oblast tak zvaných *periferních nervů*. U nás tomuto tématu věnují prvořadou pozornost neuroanatomové a neurochirurgové, jako například *Zdeněk Ambler*, *Josef Bednařík* nebo *Evžen Růžička* a další. Téma prevence a popřípadě onkologie, je často vázáno na dvě významné oblasti tělesného fungování: ***pohyb*** a ***bolest***. Jakmile některá tato újma a zpravidla obě současně pacienta omezují ve schopnosti pohybu a samoobslužnosti, samy o sobě představují významné podílníky na rozvoji psychického a tělesného (biologického) stresu.

Zdeněk Ambler, ***Poruchy periferních nervů***, Praha (Triton) 2013; (468 stran). Publikace představuje klinické sledování základních a specifických poruchy v daném zaměření. V úvodních kapitolách referuje o neuroanatomii periferního nervsta, a dále o vyšetřovacích metodách. V následujících oddílech se autor potom už věnuje klinickým tématům jako např.: mononeuropatii poruchám kraniálních (hlavových) nervů, polyneuropatii, motoneurologickým poruchám a neuropatické bolesti. Kniha přehledně uspořádaným způsobem seznamuje čtenáře s danými problematikami a může sloužit jako dobře informativní příručka k posuzování různých úrovní onemocnění, spojených s poruchami periferních nervů. Znalci celkové humánní anatomie, budou moci studiem takto uváděných informací, modelovat popisované obtíže rovněž v návaznosti na diferenciální diagnostiku. Autor se nevyhýbá popisu rovněž mnoha onkologickým komplikacím, spojených právě s poruchami periferních nervů.

U referovaných poruch je nejčastějším preventivním přístupem, až sama léčba a rekonvalescence, neboť u velkého počtu obtíží se jedná o geneticky, environmentálně, nádorově, či vaskulárně podmíněná onemocnění, která existují jako skryté fenomény, do poslední chvíle jinak jevícího se, zdravě fungujícího organismu. Základní anatomie zahrnuje: hlavové nervy, plexy (např. krční, hrudní, bederní, křížové aj.), dále senzitivní okruhy, popřípadě endokrynní neuropatie, a se všemi jmenovanými nocicetpivní (bolestivé) stavy, vnímané rovněž v souvislosti s danými poruchami periferních nervů. Mononeuropatie jsou výsledkem zpravidla mechanického poškození (úrazy) a na ně, popřípadě navazující poškození s trvalým nebo částečným dopadem, omezujícím v nějaké úrovni možnost zdravého fungování pacienta. Zde také nachází klinik onen větší počet poruch periferních nervů, kde se příčina stává bezprostřední součástí povědomí o důvodech takového poškození. Naopak nádor jiného orgánu však může svojí velikostí, nebo už jen místem vzniku utlačovat jinou okolní tkáň, kterou jsou nervové dráhy periferního nervstva vedeny a tím způsobit efekt, který popřípadě nemusí okamžitě informovat např. o problému onkologického onemocnění a naopak, dochází ke sfalšování symptomů důrazem na poškození, které se jeví primárně jako problém v úrovni pohybové aktivity. I když tímto popisem jdeme přeci jen za jistou tematickou hranici, není na škodu, když jí vytyčíme jeden důležitý rozdíl, oproti tzv. konversním poruchám. Dříve používaný termín hysterie (dnes hystriónství), zahrnoval rovněž nejrůznější neurologicky se projevující obtíže, kterými pacienti trpěli. Představovali viditelné končetinové napětí,

voskovou ohebnost, obtíže s polykáním. Konversní poruchy tohoto typu u nemalého počtu psychiatrických pacientů vídáme samozřejmě doposud, přesto, že jsou jejich průběh a subjektivní vnímání pacientem, také v úrovni bolesti v mnohém zdárně mírnější díky moderním preparátům a rekonvalescenčním technikám přístupu k jejich zvládání. Odlišnost však spočívá v tom, že popis poruch periferních nervů Zdeňkem Amblerem zahrnuje zpravidla ty, které si vynucují svým etiologickým založením (kromě těch, které vznikly jinak mechanickým poškozením a tedy méně často zdraví trvale poškozujících) poměrně náročnější léčbu, nejčastěji ve spojení s chirurgickým zákrokem. U psychiatrických konversních poruch se v rámci léčby jedná o kombinaci relaxace, psychoterapie, psychofarmak a rekonvalescenčních aktivit – masáže, cvičení a aktivní volnočasové činnosti provázané psychoedukací. Pro další upřenění tohoto rozdílu v přístupech k onemocněním, či poruchám, o kterých zde pojednáváme, lze s jistotou doporučit manuál pro úrazový, klinický, chirurgický a pooperační lékařský a zdravotnický personál: Aleš Tomek, ***Neurointenzivní péče***, Praha (MF), 2018; (610 stran). Laik si nahlédnutím do této knihy určitě vytvoří důležitý základ k přehledu a dalšímu doplnění důležitých informací o aktuálním stavu v širokém spektru činností, které do tohoto oboru dnes spadají.

Samozřejmě, že i zde nemůžeme vynechat důležitý poukaz k tomu, že je paradoxem celé věci, když pacient s konversní poruchou, která vznikla z psychogenních podmínek, nezvládnutí nějaké v životě náročné situace, a dále se rozvinula v extrémní úzkost s následky tělesného poškození, dál sama tuto úzkost násobí a udržuje.

Dospěli jsme v našem přehledu k místu, kterému se nutně nelze vyhnout**:** k tématu ***bolesti***. Z lékařského hlediska je bolest poměrně složitý problém. *Z pohledu laika má vždy jen jednu rovinu, bolest tu je, nebo není a lékař, v případě, že je vyžadována jeho účast na jejím výskytu a léčbě, „je vždy odpovědný za to", že bolest buďto je nebo není součástí pacientova utrpení, vázaného na diagnósu, jde-li ji však s jistotou, v souvislosti s nociceptivním (bolestivým) fenoménem, vůbec stanovit!*

Richard Rokyta/Miloslav Kršiak/Jiří Kozák, ***Bolest*** (Přepracované doplněné vydání), Praha (Tigis) 2012; (750 stran velkého formátu). Kniha v českém prostředí představuje patrně nejrozsáhlejší textový soubor, soustředěný k tématům**:** výzkumu a léčby bolesti. Kapitoly**:** *Historie a obecné aspekty bolesti, Fysiologie a patofysiologie bolesti, Farmakologie bolesti, Diagnostika bolesti, Typy bolesti a jejich léčba, Nádorové bolesti a jejich léčba, Bolesti orgánů a jejich léčba, Léčebné techniky*, samy o sobě vypovídají o rozsahu a hloubce předkládaných informací. Každou kapitolu samozřejmě doprovází odkazy na další českou a zahraniční literaturu.

Už na začátku knihy zaujme krátký názvoslovný přehled typů bolesti *(Alodynie, Analgezie, Anesthesia Dolorosa atd.)*, kterým je studující nebo laický čtenář tohoto oboru, bezpečně uveden do základní terminologie. Následující autoři (např. František Neradílek, Viktorie Valachová a další), pod vedením již jmenovaných v nadpisu knihy, poskytují zasvěcené informace z jednotlivých oblastí výzkumu a klinické praxe s tématem, *„bolest"*. Příznačně zahajuje svůj příspěvek již jmenovaný Fr. Neradílek, když cituje *zakladatele moderní léčby bolesti* Johna J.

Bonica (1917 – 1994), slovy: *„Je zarmucující skutečností, že v našem století fantastického vědeckého a technického pokroku, nadále trpí miliony lidí tvrdošíjnou bolestí, která způsobuje těžké poruchy tělesné, duševní i sociální.“* (Viz, c. d., str. 27) Tento citát, jak vnímá patně nejeden jeho čtenář, zaznamenává zcela přesně danou problematiku i s jeho základní výzvou**:** ***jak předcházet fenoménu bolesti a jak bolest tlumit, nebo léčit***? Z medicínského hlediska je bolest důležitá, neboť indikuje, upozorňuje na možný zdravotní problém. Bez mnohých bolestí bychom se nakrásně obešli a za jiné můžeme být i vděční, protože nám umožňují včasný záchyt nebezpečně se blížící poruchy, nemoci. Subjektivní prožívání bolesti však nejednoho člověka vede, téměř, až k hysterisující představě, že je snad smrtelně nemocen a přitom to tak vůbec být nemusí, stejně jako jiný jedinec své bolestivé jevy, jako zásadně zdraví i život ohrožující, odmítá s vážností svého stavu ztotožnit. Vidíme tedy, že subjektivní vyhodnocování bolesti je vysoce důležité a není tak, jako tak, vhodné se tomuto tématu vyhýbat jen proto, že se v mnoha případech během života učíme bolest snášet a překonávat, neboť v souvislosti s ní jsme často vystavováni *„všelijakým radám“*, co a jak popřípadě udělat, či neudělat, aby tak výsledek jejího odeznění potom byl, už *„zaručenou“* úlevou. Mnohá nepozornost může odtud vést k předimensování utišijucími léky. Tato skutečnost na sebe potom váže další pozornost vznikem mnohačetných vedlejších účinků, spojených zejména, se zdravím poškozujícího rozvoje zvlášť v oblasti epigastria (trávícího systému), stejně jako se mohou dostavovat komplikace spojené s oběhovým systémem**:** dýcháním a srdeční ak-

tivitou, nebo nejrůznější obtíže vázané na samu funkci CNS (poruchy spánku, poruchy pozornosti, poruchy paměti, stejně jako neuromotorické obtíže – třes těla, horních a dolních končetin, závratě, nauzea, a dále také podrážděnost, agitovanost a jiné).

V kapitole**:** *Prevalence bolesti u onkologických pacientů* (Ondřej Sláma, str. 381 an), můžeme potom do dané problematiky nahlédnout zcela konkrétně. Existují bolesti vyvolané nádorem a bolesti vyvolané protinádorovou léčbou. V obou případech je jedním z klinicky léčebných úkolů, oba typy bolesti eliminovat na co nejnižší, pacientem pociťovanou zátěž, kterou tyto bolesti vyvolávají. Autor ve svém příspěvku uvádí, že v době, kdy je onkologická diagnósa stanovována, tak nádorovou bolestí prochází přibližně třetina pacientů. U protinádorové léčby je to přibližně jedna polovina pacientů *(viz, tamtéž)*. Neznamená to ovšem, že pacient touto bolestí trpí v nesnesitelných mukách, ale znamená to, že jsou mu nutně poskytována farmaka, která dnes už dokáží takové bolesti významně tlumit. Nejčastější výskyt nádorových bolestí v onkologii pochází z onemocnění, která zahrnují novotvary v kontaktu s kostí *(tamtéž)*, jícnu, hlavy nebo močových cest *(úplný výčet viz, str. 381, druhý odstavec)*. I přes významné snahy lékařů, poskytovat kvalitní péči onkologickým pacientům, je v povědomí fakt, že léčba bolesti není na takové úrovni, aby se dalo říci, že ji umíme v této souvislosti jednoznačně léčit *(tamtéž)*. Musíme tedy rozlišovat mezi dvojím zadáním**:** ***tlumit*** a ***léčit***. V prvním případě jsou klinické výsledky úspěšnější, v případě druhém však existují oprávněné rozpaky. Výzkum léčby bolesti, celosvětově zahrnuje vysoké procento zájmu.

§6(b). NEUROTICKÉ PORUCHY A PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM, SOMATOFORMNÍ PORUCHY A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Psychické stavy jako poruchy, které jsou jmenovány v nadpisu této kapitoly spoluzahrnují velké množství diagnostických podkapitol (okruhů). Jsou to duševní onemocnění, která představují královskou třídu tradiční i moderní psychoanalýsy. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, jeho pátá revize (DSM-5) opět do této kategorie vzkřísil Freudem původně zavedený pojem: ***konversní poruchy***. Nejčastějším zprostředkovatelem těchto poruch je *založený konflikt* (traumatický zážitek), uchovávaný v paměti, v jeho nevědomé části, již od nejranějšího dětství. Ve skutečnosti je to vytěsněný stresor, jehož energie i po celá destiletí neochabuje, ale naopak, hledá si všemožně z tohoto nevědomí cestu ven. Jedinou prevencí zde zůstává, co nejrychlejší emoční odplavení nahromaděné energie, aby se nemohla nekontrolovaně přeobsazovat**:** a to jednou jako symptom psychický, jindy zase jako symptom tělesný (nebo orgánový). Tak, jako může být potenciál založeného konfliktu (stresoru) lidské psychice škodlivý sám o sobě, stejně tak může potencovat směrem k tělu, zejména k těm jeho částem, které už jsou nějak vrozeným způsobem oslabeny. Znamená to, že tento založený konflikt významnou část sebe sama s tímto oslabeným místem spojí a importuje do něj svoji negativní energii ve výrazně koncentrované podobě *(prosím mějme na paměti, že tento popis je zjednodušený pro, co nejsrozumitelnější podání, v rámci psychiatrie je věc mnohem složitější)*. Způsobí tak, že odvede pozornost od skutečné příčiny svého vzniku tím, že

nějaký orgán učiní nemocným (omezí nebo jej vyřadí z funkce), čímž dosáhne toho, že se mozek přestane cítit psychicky ve výkyvu, neboť hlavní pozornost je tak nyní upoutána na příslušnou tělesnou komplikaci (bolest, třes, nauzea, chronisující virová onemocnění vlivem snížené imunity, a další). Věc může dojít tak daleko, že se může jednat o dramatické zhoršení vidění, tlak na prsou připomínající infarkt, neschopnost tak zvaně udržet jídlo a natrávit jej v potřebném množství pro vytváření základních metabolitů, nebo se komplikace projeví sexuální dysfunkčností, kdy je milostný život ohrožen i s představou *pacienta* / *pacientky*, že má dramaticky *vážné* orgánové obtíže. Fysiologicky negativní dopady na fungovaní lidského těla jako celku, komentují shodně všechny psychodiagnostické manuály současně s poukazy na přesah této problematiky také směrem k diferenciální diagnostice (tedy s přímou vazbou na další nemoci, vyvolávaných specificky stresovými poruchami a na ně vázanými tělesnými odpověďmi ve změně fungování, nebo i rozvojem nových komplikací, specifickými chorobami a jejich rozvojem). Psychosomatika tedy pracuje se dvěma druhy problémů:

1. s nemocemi, které nemají konkrétního jmenovatele a jsou více méně jen subjektivně prožívanou újmou pacientem samým,
2. s nemocemi, které následují po dlouhodobém psychosomatickém působení stresorů (založených konfliktů) jejich tělesným přeobsazováním a svým trváním poškodily zdraví pacienta do té míry, že je organismus přijal a s tímto poškozením se ztotožnil vytvořením podmínek, pro rozvoj skutečné nemoci.

To, zda jsou stres nebo úzkost přímými aktivátory rakovinového bujení není názorově u odoborníků ujednoceno. Ovšem to, že stres a jeho varianty, v podobě diagnostikovatelných psychických poruch, ovlivňují vlastní funkčnost nebo dokonce dysfunkčnost vnitřních a vnějších orgánů (na úrovni měřitelných změn v oblasti neurální aktivity) již prokázáno je. Pro vlastní rakovinové nádorové bujení je však patrně nejvýznamnějším faktorem, pro je ho podporu, tak zvaná ***porucha regulátorů buněčného cyklu v tumorogenezi*** (viz, Jan Novotný et al, ***Onkologie v klinické praxi – Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů***, Praha /MF/ 2019, str. 46 an). Tento důvod poruchy může být uložen jednak v genomické výbavě pacienta, čímž se jeho maligní karcinogenita zvyšuje, nebo může být získán během života jedince vlivem nejrůznějších nemocí jako původce ovlivňující také řadu dalších nádorových (nerakovinných) chorob (jako zřejmý příklad lze na tomto místě uvést stresové faktory, ovlivňující nádorovou aktivitu v oblasti epigastria – žaludku).

Realisovaná prevence onkologických chorob, sama o sobě snižuje významě biologický stres a má rovněž svá doporučení *Světovou zdravotnickou organisací (WHO)***:**

- prteventivní prohlídky a doporučovaná očkování,
- nevystavovat se zejména nadměrnému záření (přirozené, umělé),
- být pozorný k prostředí, kde se člověk pohybuje nebo žije,
- vyváženým životním stylem (potrava, spánek, odpočinek) eliminovat stresové faktory,
- ochrana při pohlavním životě.

Uvedené prevence jsou tedy primární; dalšími jsou**:**

- co nejvčasnější diagnostika karcinomu,
- správně diagnostikovat možné opakování (recidivu),
- rekonvalescencí dopomáhat k udržování standardu kvality života, tak jak byl pacient zvyklý před léčbou a tím zajistit také maximálně dobré výhlídky na přirozenou dobu dožití.

Tímto jsme zopakovali a doplnili některé už výše uvedené teze našeho výkladu. K daným informacím je patrně vhodné ještě přibrat jistá rizika, která sebou nesou tak zvané:

- ***prekancerózy*** – nezhoubné útvary (děložní a jiné), ze kterých se však po čase mohou vyvinout maligní karcinomy,
- dále ***perorální hormonální antikoncepce***,
- některé druhy ***hormonální substituční léčby***,
- popřípadě také v rámci ***asistované reprodukce*** (in vitro fertilisation) a výčet oblastí, kde je relativně zvýšené ryziko vzniku nádorů, by tak mohl pokračovat (in, Samuel Vokurka, ***Onkologie v kostce***, Praha (Current Media – edice Medikus) 2018, str. 39 an).

Zdánlivě to vypadá, že jsme se od nadpisu této kapitoly odklonili. Jak ještě uvidíme, není tomu tak, neboť všechny uvedené neurotické okruhy a od nich plynoucí *konversní poruchy* mají za svého základního zprostředkovatele přechodně nebo dlouhodobě působící poplachový signál, který je vyvoláván v těle našeho organismu známým ***adreno-kortiko-tropním hormonem***, tedy diskutovaným - ***kortizolem***.

Pro zjednodušení přehledu aktivity ACTH můžeme vypracovat následující tabulku:

UMÍSTĚNÍ	NÁZEV	PŮSOBNOST	NEURO PATOLOGIE	PSYCHIATRIE
Přední lalok hypofýsy	ACTH	Stres	Oběhový systém svaly a orgány	Napětí
Dřeň nadledvin	**Katecholaminy (adrenalin, noradrenalin)**	**Stresové reakce**	**Zvýšený krevní tlak**	**Podrážděnost (agrese)**
Hypotalamus	Kortikoliberin	Vyvažuje adrenergní spolupráci	Při disbalanci komunikuje s amygdalou	Strach

Nelze se tedy vyhnout poznámce, že stresová aktivita je mnohoznačně strukturovaný neuro-hormonální proces. I naše tabulky jsou pouze orientační a pokud bychom do nich chtěli zahrnout úplný výčet všech biomarkerů, podílejících se na stresové aktivitě, potom by jsme takový přehled rozšířili o několik desítek položek s informacemi vedoucími, až do molekulárních detailů.

DIAGNÓSA	BIOMARKER	SOMATISACE	ONKOLOGIE
PTSP	katecholaminy	epigastrium	nádory žaludku
PA	kortikoliberin ACTH	oběhový systém	?
GA	kortikoliberin	imunita	hypotésa širšího spektra vlivů na nádorové bujení

POZNÁMKA: ***PTSP*** *– post traumatická stresová porucha,* ***PA*** *– panická ataka,* ***GA*** *– generalisovaná úzkost. Uvedená tabulka je pouze orientační. Zahrnuje „randomizované“ (tedy jen v rámci subjektivně se vyskytujících obtíží klientů) poskytované údaje z mé praxe. K výrazně rozšířeným poznatkům z této oblasti mohu odkázat na níže komentované obsahy odborné literatury uvedené v dalších kapitolách této knížky.*

Diskutované téma bylo podrobněji zkoumáno v přehledové studii autrorů Zdeněk Adam, Jeroným Klimeš, Luděk Pour, Zdeněk Král, Alice Onderková, Aleš Čermák, Jiří Volrlíček: ***Maligní onemocnění, psychika a stres. Příběhy pacientů s komentářem psychologa***, Praha (Grada) 2019, která v současnosti u nás představuje patrně nejucelenější soubor poznatků o dané problematice. Obsah knihy je členěn do osmi oddílů o celkovém objemu *204 stran*, zahrnujících psychologické otázky od způsobu sdělení diagnósy ošetřujícím lékařem, přes popisy způsobů přijetí této informace pacientem, o spolupráci během léčby, začlenění rodinných příslušníků, dále o významných otázkách působení stresu na vlastní úspěch léčby a konečně o problémech spojených s osobnostními rozdíly přijímání celé situace, pohledem těch individuálních zvláštností, které vykazují charakteristické mentální znaky pacientů a rodinných příslušníků, také vzhledem k jejich možné psychologicko-psychiatrické diagnóse. Významnou součástí knihy jsou potom uváděné kazuistiky, které celé téma názorně ilustrují. Ve shodě s naším předešlým popisem významu stresu v souvislosti s onkologickými chorobami, autoři popisují dsaný problém tak, že vychází ze základní informace: *stres*, podle mezinárodního označení, a to jako: *general-adaptation-syndrome*, tedy *GAS*. (Viz, str. 98 an, c. d.) Autoři se zaměřují dále na dělení stresu, podle *Hanse Seleye*: *eustres* (intenzivnější příjemné pocity nebo neutralita emocí) a *distres* (nepříjemné pocity, zpravidla spojené rovněž s poplachovým signálem). Upozorňují na nutnost oba druhy stresu kompenzačně, tělesně a také psychicky korigovat, na což organismus nemusí vždycky stačit sám a je nutné zapojit

vůli a sebereflexi. Proto stojí za zmínku rovněž jejich poukaz k podkorové aktivitě v souvislosti s korovou aktivitou během stresu, tedy směrem k působení *serotoninu* a *adrenalinu*. Tyto hormony se podílí na „instinktivní činnosti“, snížením *racia* a umožňují uplatňovat ve stresové situaci takové vzorce chování, které jsou bezprostředně schopné, za působení také dalších hormonů, na kterýkoli vznik ohrožení, odpovídat podvědomou aktivizací. (Viz, str. 101 c. d.) Jednotlivé odstavce v knize komentují dále: vliv stresu na proces zpomaleného hojení ran, zvýšení četnosti infekčních nemocí, progresi maligních chorob, nebo snížení stresorů, pokud pacient žije v harmnisovaném páru. Komentovaná studie vychází v převážné většině z objektivních výzkumů a studií, které jsou za každou kapitolou doloženy podrobným přehledem české a zahraniční literatury, popřípadě také odvolávkami na seriósní internetové zdroje vědeckých a universitních pracovišť. Co lze, v tomto ohledu považovat za zvlášť přínosné, je příjemný fakt, že autoři předkládané knihy, za datovaný horizont *nejstarší* citované, nebo odkazem doporučované literatury, vzali za své, nezacházet dál, než k roku 2000.

Dana Müllerová et. al.: ***Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví***, Praha (Karolinum) 2014, je další z řady těch studií, které důstojným způsobem mapují aktuální situaci z nadpisu svého zaměření. Oceňovaným přínosem, kromě jiných informací je zejména přehledný soupis právních předpisů, na konci knihy, upravujících preventivní postupy v souladu s národním zájmem podpory a rozvoje zdraví, stejně jako v součinnosti s návrhy, které doporučuje *Světová zdravotnická organizace*.

Kniha na prvních sto patnácti stranách (z celkových 254 stran publikace), pojednává o tématu výživy veřejnosti (populace). Autoři si všímají nových trendů, které významně napomáhají k rozvoji, tak zvaných civilizačních chorob, spojených právě s potravinovým, nutričním, jídelním fenoménem, který zvlášť v západních státech výrazně ovládl přístup k tématu**:** *životní styl*. Vhodně je tak v knize (od strany 35 an) uveden problém tak zvaných ***nutričních standardů***. Podle autorů: *„Nutriční standard je definován jako množství živiny (nutrientu) na den, které na základě soudobých znalostí kryje fysiologickou potřebu téměř všech zdravých osob. Přičemž fysiologická potřeba živiny definovaná podle Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hematologii a výživu znamená množství a chemickou formu nutrientu, které jsou požadovány k systematickému udržení normálního zdraví a růstu, bez poruchy metabolismu jiného nutrientu*.“ Z tohoto sdělení ve spojitosti s poukazem na obsah předešlé publikace nám jasně plyne, že základem preventivního opatření proti nádorovým chorobám a celkovému tělesnému i psychickému zdraví je rovnováha mezi výživou a psychickými stavy. V obou případech se stabilisuje imunita, tedy tělesná i psychická odolnost s výrazně pozitivní perspektivou pro zdravý životní styl, neboť je jejich součinnost vázána přímo na celkovou homeostásu organismu. Sice se nám nyní preventivní opatření takto zúžilo pouze na tyto dva fenomény, ale znamená to, že z jejich působení je možné interpretovat následně všechny další faktory prevence, na které jsme upozornili už výše. ***Jestliže voláme například po dostatečném pohybu, musí být splněna výživa, energie a motivace aktivitou vůle***.

Autoři se věnují dále prevenci onemocnění hromadného výskytu *(str. 138 a dále)*, jakými jsou např. obezita, kardiovaskulární onemocnění a samozřejmě nádorové choroby. K této kapitole potom následuje hygiena dětí a mladistvých a knihu uzavírá pojednání o tématu oxidační stres, kde si utoři všímají vlivů, které mají na svědomí zdravotní komplikace, odvíjející se již od molekulárních působků, tak jak se dostávají do lidského organismu krví nebo dýcháním a při dlouhodobém vystavování vedou k zásadnímu narušení homeostásy. *„Za normálních okolností je mezi VR* (volnými radikály: oxyd dusnatý, který působí na uvolnění cévních stahů, dále oxyd uhelnatý, který je výsledkem zpracovaného fysiologického pochodu, jako jeho přebytek, který musí být vyloučen nebo zpracován – poznámka AJ) *a antioxidanty* (působky molekulární úrovně, které znemožňují kyslíkovým radikálům dostatečně se v organismu prosazovat – poznámka AJ) *rovnováha*. *Převaha jedné ze složek ohrožuje organismus. Převažují-li volné radikály, nastává oxidační stres, který může vést k ozvoji nemocí z volných radikálů. Výrazná převaha antioxidantů může mít však také nepříznivé následky, protože blokuje příznivé a pro organismus nezbytné účinky volných radikálů, zvyšuje oxidační stres (např. kyselina askorbová redukcí Fe^{3+} na Fe^{2+} umožňuje vznik hydroxylového radikálu Fentonovou reakcí* (tranzitní kovy a hydroxylový radikál – poznámka AJ). *Vztahy mezi volnými radikály a antioxidanty jsou tedy složité a nelze říci, že oxidační stres působí imudodepresí a antioxidační terapie naopak imunostimulací. Žádoucí stav organismu je podmíněn vzájemným ovlivňováním tak, aby se udržovala rovnováha obou stran.“* (Viz, c. d., str. 236)

DIAGNÓSA	VNÍMÁNÍ	PŘEDSTAVIVOST	MYŠLENÍ	CHOVÁNÍ	SEBEREFLEXE
Poruchy příjmu potravy	*zúžené*	*tělo (porovnávání)*	*jídlo (spekulace)*	*vyhýbavé*	*pocity a komplexy méněcennosti*
Poruchy spánku	*nesoustře-divost*	*snížená schopnost abstrakce*	*problémy s pamětí*	*únava*	*hovor zaměřený na problémy se spánkem*
Sexuální dysfunkce	*nízké nebo vysoké libido*	*žádné nebo nadměrné erotické představy*	*žádné nebo hypersexuální potřeby*	*vyhýbá se nebo vyžaduje*	*„sublimace" (náhrady libida)*
Abúzus	*zúžená pozornost k tématům abúzu*	*anticipační úzkost*	*zdůvodňování potřeby*	*abúzus se prohlubuje*	*sebekontrola*
Šestinedělí	*vyčerpání*	*nezvládá postarat se*	*deprese*	*apatie (nebo) přecitlivě-lost*	*nejsem dobrá matka*

*Tabulka základních diagnós **F50 – F59:** Syndromy poruch chování, spojené s fysiologickými poruchami a somatickými faktory (MKN-10)*

Dovolím si ještě na závěr k této, nyní komentované publikaci podtrhnout, společně s jejími autory i pro naše téma důležité a možno říci, že v okruhu zde otevřených námětů společné stanovisko, příhodnou citací: *„Podpora a ochrana zdraví znamená skloubení veřejné a individuální odpovědnosti za zdraví a efektivní využívání prostředků, které ve společnosti jsou k ochraně lidského života a zdraví. Podpora zdraví ve společnosti znamená proces, jehož cílem je vyšší kontrola a zlepšení jak zdraví jednotlivce, tak zdraví ve společnosti, tj. veřejné zdraví. Jeho součástí je nejen získání znalostí a dovedností, ale i navození motivace k vyšší individuální spoluúčasti a zodpovědnosti při kontrole vlastního zdraví, tj. praktikování zdravého životního stylu a vyloučení nežádoucího rizikového chování jednotlivce.“* (Viz, c. d., str. 22) Jako studijní materiál je předložený titul sympatický rovněž možností volně z něj čerpat pro citace, neboť autoři se vzdali omezujících práv ve prospěch studijních účelů.

Jan Poněšický: ***Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění***, Praha (Triton) 2011. Do mozaiky těch publikací, které osvětlují téma prevence určitě patří uvedená kniha Jana Poněšického. Na první pohled útlý svazeček o celkovém objemu 116 stran ovšem překvapí hutností a hlubkou textu. Autor v něm preferuje základ prevence vycházející z faktu, že každý člověk se řídí subjektivním uchopením *uskutečňování emocionálních potřeb, přání a tendencí*. Souběžně se však každý jedinec v takové situaci ocitá i na prahu pochybností. Všechny psychické výkyvy spojené se sebereflexí, potřebami sebevědomí, vztahem k vlastnímu tělu a tak dále zanamenají, že v základním okruhu těchto výše

jmenovaných problémů je a zůstává osobní vztah ke skutečnosti, kterým může být i její odmítání např. cestou *sebeuzavřenosti* (viz, c. d., str. 19 an). Postupné vyvazování z této sebeizolace (ve skutečnosti tedy jako formy obranného mechanismu) je možné cestou psychoanalytické terapie. Její přínos spočívá v tom, že je pacient veden k tomu, aby postupně interpretoval sebe sama v souhrnu psychických a tělesných vlastností, stavů, tak jak je schopen co nejkonkrétněji je u sebe nahlížet. Poněšický dává důraz na lineární vývoj lidského intelektu, který podle jeho pojetí vede od pudů k intersubjektivitě. Pudy představují tu oblast psychiky, kde jsou uložena přání a jejich dosahování překonáváním sebe sama. Intersubjektivita zase znamená tu oblast lidské psychiky, jíž člověk překračuje sebe sama směrem ke světu (lidem) svého okolí. Všude se však takových pochodů účastní fysicky. Proto je nutné do psychoanalýsy vsadit somatické zřetele jako vedoucí opěrné body, stejně jako volnou asociaci a práci s přenosem, oidipským komplexem a sny, aby se psychosomatický zájem o takto prohloubenou psychoterapii setkal u pacienta s jejich pochopením, přijetím a tím také s aktivnější potřebou jejich uvolnění ze subjektivně nebo symptomově vnímaného napětí, vzniklým ze založeného konfliktu, a následně působícím v životě pacienta jako trauma s všelijak utvářenými modifikacemi, vůči kterým byl zaujat postoj emoční a tělesný ještě dříve, než se stal, takto terapeuticky chápaným problémem, pro přístup k vlastní léčbě. Poněšického kniha srozumitelným způsobem seznamuje s terapeutickým přístupem, který vachází z moderních metod psychoanalýsy, ve shodě s nadpisem a nevyhýbá se ani neurologickým tématům.

Jaro Křivohlavý, ***Pozitivní psychologie. Radost, naděje, odpuštění, smiřování, překonávání negativních emocí***, Praha (Portál) 2015. Po roce 1989 se u nás začala rovněž rozvíjet takzvaně: *pozitivní psychologie*, jejíž obsah dnes zahrnuje především oblast odborných výzkumů a zaměření, stejně jako v mnohých pokusech o uchopování s ní pracují alternativní přístupy různé úrovně. Jaro Křivohlavý je v tomto oboru jejím propagátorem a uvedenou knihou dává podněty k dalšímu rozšíření, tohoto tématu, také směrem na universitní pracoviště. Jeho *195* stran textu nás bezpečně o obsahu pozitivní psychologie informuje. To, co bylo, až doposud v našem pojednání popsáno, stejně jako u J. Křivohlavého sebou nese důležitost především psychického (psychologického) chápání *naděje*. Sám autor se zpočátku opírá o základní práci v tomto oboru (viz, C. R. Snyder a S. J. Lopez, ***Handbook of positive psychology***, New York, Oxford University Press, 2002). Kapitolu o *Naději* dělí na osm částí: *Co je naděje, Jak se rodí naděje, Diagnostika naděje, Lidé slabé a silné naděje, Naděje proti úzkosti, strachu a panice, Naděje proti depresi, Jiná – alternativní – pojetí naděje*. Ve spojení s ostatními tématy *(Radost, Odpuštění* a *Dvanáct pohledů do tematiky pozitivní psychologie – Láska, Přátelství, Vděčnost…)* Křivohlavý odhaluje, jak každodenní problematiku zvládání uvedených psychických výzev pro běžný život, stejně jako jejich podíl na prevenci, jestliže se, při jejich aktivizaci a začleňování do komfortu osobních postojů, stávají jasnými podílníky na předcházení těch obtíží, které vedle sebe vždy oscilují, tedy: duševních a tělesných. Následující tabulka *(kniha je otevřená k volné citaci)*, daný okruh témat jednuduše zpřehledňuje.

A. Témata z kognitivní oblasti (myšlení)

- moudrost
- touha poznávat
- vnímaná osobní zdatnost (self-efficacy)
- schopnost a dovednost kladení si cílů (setting goals)
- naděje
- optimistický způsob chápání životního dění
- optimismus (i naučený optimismus)
- životní pohoda (well-being)
- tvořivost
- sebeovládání, sebekontrola a sebeřízení

B. Témata z oblasti emocionálního života

- místo kladných citů a silných kladných emocí v životě člověka
- vrcholné emocionální a životní zážitky (flow)
- subjektivní emocionální pohoda
- emocionální inteligence
- emocionální tvořivost
- nadějné zvládání emocionálních problémů
- emocionální nezlomnost, nezdolnost a houževnatost
- kladné sebeoceňování (self-esteem).

C. Témata z oblasti vzájemných vztahů mezi lidmi (sociální psychologie)

- soucítění (compasion)
- sociální blízkost
- odpouštění a smiřování
- vděčnost
- láska
- empatie a altruismus
- morální motivace

D. Speciální způsoby zvládání životních problémů, konfliktů a distresů

- hledání smysluplnosti života
- humor
- meditace
- spiritualita
- vnímání kladných věcí (kladů dění) a růstu (zrání)
- připomínání si kladných okamžiků
- vyprávění a psaní životních zážitků

E. Speciální osobní přístupy k životu

- osobní pravost a opravdovost – autenticita
- pokora
- zacházení s představa a iluzemi
- snaha být sám sebou, nejen jako jiní – osobní identita
- strategie zvládání a cesta k seberealizaci

„Přehled témat, kterým se věnuje pozitivní psychologie (uvedeno podle témat obsáhlé monografie o pozitivní psychologii – Snyder a Lopez, 2002“; viz, J. Křivohlavý, c. d., str. 9)

The Merc Manual of the Materia Medica – Twentieth Edition, New Jersey, 2018, *(3500 stran)*. Svoji mezinárodní prestiž si udržuje uvedený titul, zapsaný rovněž jako separátní svazek a po léta umístěný s výjimečným postavením také v *Národní kongresové knihovně ve Washingtonu*. Naše universitní pracoviště mají tuto publikaci rovněž běžně k vypůjčení ve svých knižních fondech. Detailní popis známých nemocí, chorob, syndromů, laboratorních vyšetření aj., představuje v této mimořádné publikaci ojedinělým způsobem soustředěný materiál, přístupný na jednom místě a z jednoho respektovaného zdroje. Onkologickému tématu se kniha věnuje se zvláštním přihlédnutím k hematologii na stranách *1088 až 1220*. Autoři se shodují v tom, že krev představuje jednoho z nositelů *(interního přenašeče)* karcinogenních látek *(interních metabolitů)*, jestliže nádorové bujení již přešlo do své rozvinuté fáse. Popisují anemická chronická onemocnění, nebo buněčnou aplasii a její vztah ke krvetvorbě *(viz, c. d. str. 1098 an)*, případně podíl železa stimulujícího v krvi další aktivity, vedoucí k onkologickým fázím vývoje rakoviny. Celkově, vrozené druhy anémie zvyšují, kromě jiných, také rizika spojená s onkologickými chorobami, s nádorovým růstem, kterému je takto krví obtížně dodávána možnost působit léčebně, jestliže tuto možnost vyžaduje doprava preparátu krví.

Další zajímavou částí knihy jsou onemocnění spojená s psychiatrií *(str. 1732 – 1813)*. Zde, autoři opírající se o **DSM-5** upřednostňují, jinak oproti evropským zavedeným standardům, přeci jen více izolovaný pohled k jednotlivým diagnósám. Duševní nemoc je psychickým výrazem jedince. Tento názor je vůdčím, v celé jejich knize.

Maurice Victor, Allan H. Ropper, ***Principles of Neurology***, USA, 2019 *(1692 stran)*, je rovněž publikace, která udává, vzhledem ke své prestiži, pouze *národní místo vydání*. Titul umožňuje sledovat aktuální výzkumné závěry z oblasti klinické neurologie. Přednostním zaměřením jsou: *Základní manifestace neurologických poruch, Somatická manifestace, manifestace prostřednictvím narušeného smyslového vnímání, Specifika epilepsie a poruch vědomí, Úzkost a emoce v souvislosti s neurologií, Tumory, Virální onemocnění, Kraniocerebrální trauma, Vývojové poruchy nervového systému, Vliv alkoholu na patologický vývoj a funkčnost nervového systému*…, abychom tedy jmenovali výběrem, alespoň několik kapitol. V oddíle věnovaném úzkostným poruchám a depresivitě (str. 530 an) probíhá již řadu let (první vydání této publikace pochází z roku 1977) diskuse, zaměřená také na vzájemnou provázanost těchto dvou diagnós s možností upřesňujících terapeutických postupů, upravujících jejich objektivnější izolaci a následnou léčbu. *„The world is full of nervous, tense, apprehensive, and worried peoples“ (Svět je plný nervosity, napětí, obav a lidského znepokojení*). Touto výmluvnou tezí autoři příslušnou kapitolu zahajují. Dochází k závěru, že není nutné, aby vnímaná a prožívaná úzkost nutně přesmykovala do deprese. A naopak, mírná deprese není úzkostí a je zapotřebí ji takto respektovat. To, jaké dopady mají obě diagnósy na vlastní chování pacienta je potom věcí dalšího psychologického šetření (popřípadě terapie). Složkou, která zhoršuje včasnou diagnósu pacientů s chronickou úzkostí nebo dystimní depresí, je jejich temperament, kterým se projevují. Melancholik může být mylně dg. jako úzkostný, flegmatik jako depresivní.

Radkin Honzák, ***Psychosomatická prvouka**,* Praha (Vyšehrad) 2017; *(335 stran)*. Náš přehled uzavřeme poukazem na knihu, která v psychosomatické medicíně, pro zájemce o tento obor, přináší poměrně ucelený přehled i s dávkou osobitých názorů autora. V úvodních částech si zopakujeme některé dnes už známé náměty, jako například dějiny psychosomatiky s vazbou na současné pojetí zdraví a nemoci a přejdeme k oblasti, kterou autor nazývá jako *Enterální mozek a mikrobiom*. Na tuto část potom volně navazuje rovněž podrobné pojednání o emocích, sociální problematice člověka, spiritualitě jako specifiku *„české nemoci“* a komunikaci v rámci terapeutického zaměření směrem na psychosomatické obtíže. Od strany 178 dále se dočteme něco o snech, smyslovém aparátu, bolesti, nebo konkrétních psychosomatických jevech: *kašel, dráždivý tračník, infekce*. Knihu uzavírá informace o hraničních stavech osobnosti, jejich třídění podle literárních postav, nikoli až tak vzdálených archetypové psychologii Carla Gustava Junga.

*„Původní označení pro směs nejrůznějších mikroorganismů sídlících v našem trávícím systému bylo **mikrobiota** a pojem **mikrobiom** byl vyhrazen pro souhrnné označení souboru genů – tedy genomu tohoto funkčního útvaru. Jak čas šel, oba pojmy splynuly a používají se již bez rozlišení.*

Střevní mikrobiom je tak vlastně nově objevený tělesný orgán a komunikace mezi ním a mozkem je sice intenzivně zkoumána, ale víme o něm zatím velmi málo, protože výsledky se dostavují pomalu.“ (str. 59 an) Kniha je vypracována čtivě a mnohé postřehy jsou komentovány srozumitelným způsobem i pro laického čtenáře.

§7. FILOSOFICKÉ PŘESAHY TÉMATU

Měli jsme možnost nahlédnout do několika úhlů pohledů, které zde souvisí s nadpisem naší předkládané knížky**:** *Psychika a tělesná rovnováha – se zvláštním ohledem k onkologii*.

Člověk si prostřednictvím vlastní zkušenosti přisvojuje svět tak, jak mu rozumí. Stejně tak si člověk přisvojuje názor na své tělo, tedy z té zkušenosti, kterou s ním má. Slovo *přisvojuje* tady ovšem může znamet ještě něco jiného, než to, že se svým tělem, takto člověk žije, jako se svým vlastnictvím. Přisvojovat si něco ze své vlastní zkušenosti a vlastnit to, rovněž značí, vyloučit všechny, kteří by se jakkoliv pokoušeli mi takovou zkušenost a s ní i mé vlastnictví na názor k mému tělu odejmout. Jednoduše tomu v jiných, například normativních souvislostech, říkáme: *právo na nedotknutelnost*. Jenže věc není, až tak jednoduchá, jak byla právě předložena. Německý filosof ***Edmund Husserl*** (1859 – 1938) nám k těmto postřehům zanechal nebývale obsáhlé téma. Jako *„vynálezce“* nového směru: *fenomenologie*, se zasloužil o to, že od jeho doby si už filosofie musí analytickým pohledem, při svých výpovědích o tom, co a jak je skutečné, všímat také psychologie. Psychologie v tom ohledu, že o bytí nelze přemýšlet a hovořit bez toho, aby tam chyběl prvek prožitku. Člověk totiž své bytí *(Dasein)* nejen eviduje (reflektuje), ale stejně tak k němu, prožitkem, zaujímá nějaký vztah. Bytí zde znamená fakt, že se člověk vždy někde a nějak vyskytuje a současně tento *sebevýskyt* prožívá jako stav své mysli. To jsou vskutku velmi dobré a jasně formulované postřehy. Co to znamená pro naše současné chápání psýchy a těla?

Pro Husserla je realita rozdělana konstitutivně, neboli stálou výstavbou a přeskupováním animální přírody a duchovního světa. Sama o sobě příroda představuje, poněkud stroze ***soubor faktů*** (rovněž: Ludwig Wittgenstein, ***Traktát logicko-filosofický***, Praha /Oikoymenh/ 2017). Člověk je samozřejmě součástí všech tří. Ovšem odtud plynou ony nové pohledy, které zde chceme zvýraznit.

Mějme na paměti, že nyní hovoříme v duchu filosoficky uchopovaném zaměření na téma člověk a jeho tělo (také zdraví, nemoc, prevence, rehabilitace, smrt a další). Tudíž snažíme se prostředky Edmunda Husserla pojmově rozvrhnout úhel pohledu a hledat v takovém způsobu nazírání možnou logiku, která by nám odpověděla na otázku: *Co je naše tělo samo o sobě, kdo je člověk z pohledu své racionality?*

Já existuji transcendentálně, neboli v úrnu času a těch potřeb, které v tomto čase (respektive v minulosti, přítomnosti, budoucnosti) mohu evidovat pouze jako horizont svých vlastních událostí – *udělal jsem, dělám, budu dělat*. Vedle toho existuji reálně, tudíž musím vyhovovat nárokům světa mého okolí, které si na mě vynucuje svoji nesmlouvavou pozornost. Tím se dostáváme k rozdílu mezi materiální a duševní realitou. *„Duše je nositelkou duševního života se vším subjektivním, jež mu náleží, a jako taková je jednotou, jež se rozprostírá v čase (v tomtéž čase, v němž trvá tělo), a ‚působí' na fysis a zkouší působení z ní pocházející: duše vykazuje identitu tím, že se v celku ‚chová' pravidelným způsobem v tom, jak reaguje na dané fysické okolnosti, tak a tak pociťuje, vnímá atd. Díky těmto pravidelným způsobům chování jí přičítáme psychofysické vlastnosti."* (Porovnej: Ed. Husserl,

Ideje k čisté fenomenologii a fenomenologické filosofii, Praha /Oikoymenh/ 2006, sv. II., str. 125). Husserl, a to je na tomto místě nutné zmínit, zde pracuje rozvíjejícím způsobem, se základní tezí francouzského filosofa **René Descarta**: *"myslím, tedy jsem" (cogito ergo sum)*.

K tomuto stanovisku, které se stalo součástí běžné, každodenní filosofie, pro většinu lidí západní kultury, autor dospěl tím způsobem, že vycházel z tak zvané *metodické skepse*. Ta říká, že je nutné pochybovat o všem *(de omnibus dubitandum est)*, aby se evidence pravdy nestala pouhou teorií. Mohu a musím pochybovat o tom, co se jeví být jisté. Teprve tak může filosofie začít plnit svoji úlohu. Pochybuji o tom, co mi poskytuje smyslové poznání jednotlivých orgánů. Dále mohu pochybovat například i o tom, zdá bůh existuje, nebo o tom, je-li vesmír reálný. Nemohu však pochybovat o tom, že ten kdo pochybuje jsem já sám, a že se toto pochybování děje v aktech mého myšlení. Tento poznatek mi dává nepochybnou jistotu o sobě samém. Proto se jako důkaz nutí stanovisko, že myšlením je potvrzováno mé bytí, tudíž: *myslím, tedy jsem*.

René Descartés vlastní existenci „duše" v souvislosti s „tělem" dál interpretuje tak, že obojí existuje samostatně a naše chápání jejich vztahu se musí obrátit směrem k pojmu *paralelního bytí*. I když jsou v lidském těle sloučeny, ve skutečnosti existují vedle sebe, neboť jejich souběžné bytí jim takto bylo uloženo bohem. Tento dualismus dvou substancí: *tělesné* a *duševní*, tak znamená, že každá z těchto podstat působí samostatně, tudíž: lidské tělo neobsahuje jinou duši, nežli je ta, která s ním nemá nic společného, kromě výše jmenované: *paralelity bytí*.

Tyto názory, zjevně vytvářející mnohé nesrovnalosti, i tak zapůsobily na další myslitele a, až do doby vystoupení Edmunda Husserla měly stálou životaschopnost. Husserl ve spise (původně přednášky pořádané v Paříži na Sorboně) *Kartesiánské meditace* (1931), provedl patrně prozatím poslední pokus o redukci a dotvoření Descartových popstojů v souvislosti s tématem vztahu duše a těla způsobem, tyto nesrovnalosti odstranit. Husserl pro danou nápravu a dotvoření Descartových myšlenek o vztahu těla duše volí ve své době hojně užívaný pojem *psychofysický paralelismus*. Jeho postoj k danému problému je následující: *„Je-li očištění od všeho, co mi není vlastní, provedeno u vnějšího světa, těla a psychofysického celku, ztratil jsem i přirozený smysl svého Já, pokud zůstává vyloučen jakýkoli vztah k možnému smyslu nějakého ‚nám' či ‚my' a veškerá má ‚světovost' v přirozeném smyslu."* (viz dále**:** Edmund Husserl, ***Kartesiánské meditace***, Praha /Svoboda/ 1968, str. 94)

Můžeme nyní Husserlem nadhozenou tezi nějak identifikovat s naším tématem? Existuje jistý předpoklad, že ano! Zkusme připustit, že pacient s onkologickou diagnósou se ocitá ve stejné situaci. Jeho *očištění* převrátíme tady na *pocit prázdnoty*, jestliže se takovou diagnósu dozvídá. Co to znamená? Jeho psychofysické *Já* je pojednou rozděleno na dvě substance: *tělesnou*, která je zaplavena nemocí a *duševní*, která se ocitá v bezperspektivnosti. V momentě, kdy se stávájí pacienti onkologickými, ztrácí dosah ke každodenní vnější realitě *(světu)*, vlastnímu *tělu*, které svojí nemocí *„zrazuje"* zdravého ducha a *psychofysickému celku*, jenž až doposud nabízel, alespoň nějakou jistotu přijatelně evidovaného bytí sebe

sama. Nebo-li, došlo ke *ztrátě i přirozeného smyslu vlastního Já*. Tento druh bytostné beznaděje tak nechává, emocí pacienta dospět k horizontu vlastního bytí. Z toho, *co bylo až do nynějška* samozřejmou provázaností těla a duše, se vyvinuly dvě na sobě nezávisle existující substance: *tělesná*, vyžadující si léčbu a *duševní*, která toto tělo nazírá způsobem ostrého vymezení sebe sama v pocitech a jen s obtížně přijímanou racionalitou s celou problematikou se náležitě smířit a systematicky podstupovat léčbu od prvních okamžiků, kdy je pacient o své situaci zpraven. V Husserlově pojetí to ovšem znamená, že z takových okolností se *pro daný subjekt* stane svět pouhou sumou vnějších potencialit, „fenoménem“, který je nazírán nikoliv z odstupu, ale s pocitem odcizení. Tím tato realita doléhá na všechny prožitky jako tíživá emoce, která je vnímána neodejmutelně, co by „mé vlastnictví“, jemuž lze buďto podlehnout, nebo se mu vzepřít. *„Jestliže před námi ve zkušenosti vystupuje konkrétní předmět* (například nemoc – AJ) *jako něco jsoucího pro sebe a teď se na něj zaměří pohled uchopující pozornosti, pak je v tom prostém uchopení přivlastňován jako pouhý ‚neurčitý předmět empirického nazírání‘.“* (Tamtéž, str. 97) Jemnosti a subtilní soukolí těchto duševních prožitků ve vztahu k vlastnímu *(„onkologickému“)* tělu předznamenávají rozvoj traumatu, nebo post-traumatický syndrom, vázaný na nemoc o níž tady hovoříme, jako možnou variantu dočasně, nebo trvale převládajícího postoje k vlastnímu tělu a psychickým změnám, které tento významný moment, v životě každého pacienta, představuje. Cesta ke změnám vede prostřednictvím naděje. Pravdivá naděje, se musí opírat o obrazy, dosažitelné v reálném čase.

Maurice Merleau-Ponty, ***Fenomenologie vnímání***, Praha (Oikoymenh) 2013; *(560 stran)*. Touto knihou, se pro naši přítomnost (od jejího prvního vydání, a to prestižním nakladatelstvím Gallimard - 1945), otevírá široce rozvětvená diskuse o vztahu psychiky a tělesných jevech, spoluzahrnující oblast filosofie a medicíny v systematicky utříděném textovém souboru. Autor je představitelem francouzské větve fenomenologie, stojící na hraně s existencialismem. Tento fakt stvrzuje dlouholetou spoluprací s ***J.- P. Sartrem*** a dalšími mysliteli své generace, kteří do tohoto okruhu bezprostředně náleželi. Publikace vyvolala široký ohlas, neboť v některých svých bodech racionálně zpochybňuje *pavlovovskou psychologii*, zejména v nauce o počitcích a tím i jeho závěry ve věci vztahu první a druhé signální soustavy. Jde o Merleau-Pontyho tvrzení, že veškerá zkušenost je pouze soubor počitků, nebo postřehy, které jej vedou k tvrzení, že ve skutečnosti žádná asociační síla neexistuje, protože vnímání vzpomínek, nebo z nich pocházející obrazy, odráží opět jen počitky a jejich kombinaci, tudíž pocitová stránka do jejich způsobu vyhodnocování potom, už vnáší pouze zmatek. Komentovaná kniha je obsahově rozdělena na tyto oddíly: *Klasické předsudky a návrat k fenoménům, Tělo, Vnímaný svět, Bytí pro sebe a bytí ke světu*.

Merleau-Ponty nahlíží na tradovanou fysiologii počitků, co by izolovaných aktivátorů zpětné vazby vnějších podnětů. Přisuzuje jim vlastnost, která spočívá na nutnosti, respektovat svého nositele, tedy specifickým způsobem fysiologicky uspořádané tělo toho, komu se počitky dějí. Fysiologie počitků, vázaná na vlastní psychologii, je tak podle Merleau-Pontyho názoru špatně nahlíže-

ný fenomén, neboť, aby počitky mohly plnit svoji funkci, tedy specificky reagovat na podněty, musí k tomu již být všechny dynamické složky osobnosti svým vývojem dokončeny, proto: *„Fysiologická definice počitků neexistuje.“* (str. 36) Počitky jsou již vyhotoveným psychickým celkem, který se podílí na komplexnosti poznání a tudíž počitky spoludotváří jak kognitivní složky, tak složky behaviorální. To, že se něco ve smyslu počitkových reakcí děje v nervové soustavě není způsobeno fysiologií těchto nervů, ale osobnostním výrazem toho, kdo v danou chvíli s počitkem operuje, např. jako s motivem, který je vázán na čichový vjem a od něj se odvíjející emoční zpracování směrem ke vzpomínce a citovému zabarvení psychických pochodů, které s ním ještě mohou souviset. *„Pokusíme-li se uchopit počitek z hlediska tělesných fenoménů, na nichž se zakládá, najdeme nikoli psychické individuum, funkci jistých známých proměnných*, *nýbrž útvar již spjatý s celkem a již nadaný smyslem, který se od komplexnějších vjemů liší jen* (nižším – pozn. AJ) *stupněm, a který nás tedy nedovede ani o krok dále v našem vymezování toho, co je čistě a jen pociťováno.“* (Cit. d. str. 36) Merleau-Ponty z tohoto úhlu pohledu tedy popírá jednoznačnost dělení neuronálních pochodů na první a druhou signální soustavu, nižší a vyšší pochody, podkorové a korové. Snaží se jejich působení sjednotit odmítnutím možnosti, že by naše vnímání vnější reality a sebe samých muselo nutně probíhat v paralelitě (komunikaci) mezi těmito dvěma etážemi naší centrální nervové soustavy. *„Psychologie a fysiologie tedy nejsou dvě paralelní vědy, nýbrž dva způsoby, jak blíže určit chování, první z nich je konkrétní, druhý abstraktní.“* (V tomto tvrzení se Merle-

au-Ponty opírá rovněž o názory, které publikoval ve své knize ***Struktura chování***, (Praha 2008, str. 68 a 83). Odtud potom rovněž napadá i slovník, který se od I. P. Pavlova vžil, poukazem zejména na to, že: *„Významová proměna slov ‚elementární' a ‚vyšší' v moderní fysiologii je předzvěstí filosofické proměny."* (Merleau-Ponty, *Fenomenologie vnímání*, str. 37)

Je-li možné stav věci postavit do takovéhoto úhlu pohledu, potom zde stojí jasně formulovaná otázka: *Co, v rámci fysiologie počitků, lze interpretovat jako nižší složky, a co lze interpretovat jako složky vyšší, když i ty musí ony složky elementární obsahovat, aby se psychický pochod odehrával v nějak přijatelné rovině svého zaměření*? (Tuto otázku tedy předkládám jako výsledek záměru, který z Merleau-Pontyho interpretace plyne - AJ.) Fenomenologickým tématem zde je, že žádné elementární složky neexistují, protože jsou to na výsost složité biochemické pochody, charakteristické svojí osobnostní dynamikou, s nimiž organismus, a tedy i tělo pracují v jednom celkovém výrazu. Dělit je, na ***elementární*** a ***vyšší*** by znamenalo vzdávat se tohoto celku a považovat z podstaty všechno psychické za nějaký zvlášť dokonalý a ve svém vývoji daleko sahající jev, který snad ztrácí, nebo i má právo ztrácet, těmito jinak uměle přiřknutými přesahy, vztah k vlastní tělesnosti.

Podle Merleau-Pontyho se tedy v názorech, kterými se udržujeme v domělé jistotě, že jsme odhalili první základy fungování lidské psychiky, musíme uskromnit. Dost možná, že jsme v určitém předstihu tak některé duševní vlastnosti pojmenovali dříve, než jsme na ně mohli získat jasné odpovědi a držíme se jich, aniž bychom si je ověřili.

§8. ETICKÉ OTÁZKY PREVENCE POHLEDEM ODBORNÉ LITERATURY

V souvislosti s prevencí psychického a tělesného zdraví, tedy požadavku na jejich, jinak maximalisující rovnováhu, se nelze obejít rovněž bez povšimnutí základních otázek, spojených s obecnou a lékařskou, aplikovanou etikou. V rámci etiky jsme vystavováni předně každodenní názorové mnohoznačnosti. Neznamená to však, že si tím pádem můžeme dělat, co chceme nebo, že jsou proto naše případné prohřešky automaticky omluveny. ***Odpovědnost je trvalý stav!*** Platónský ideál mravnosti je postaven na odpovědnosti nejen toho způsobu, jak člověk jedná, ale stejně tak na odpovědnosti za to, jak myslí a své myšlenky presentuje, během komunikace v osobních vazbách s ostatními lidmi. Utváření etiky u Sókrata, Platóna a Aristotela, se neslo v duchu hranice, za níž bezprostředně už následovala psychologie. Filosofie mravnosti tak v oněch dávných dobách vlastně znamenala, uchopování spravedlnosti citem. Tento postoj k etice se udržel, až do současnosti. Konečně, nejednou se lidé mezi sebou častují morálními významy a pravidly, na základě vyzdvihování nějaké psychické újmy, která s tímto okruhem otázek splývá, až do úrovně psychického vydírání, nebo manipulace, beroucí si právo k takovému jednání více z emotivního, než-li faktického způsobu nahlížení směrem na to, co je vlastně předmětem sporu. A vejdou-li do těchto etických *„tahanic“* specifická témata, jako jsou například**:** *zdraví, nemoc, umírání a smrt*, není se co divit, že právě onen, emočně udržovaný potenciál etiky, se zveličí do nezměřitelné velikosti a v samé podstatě, zásadně zbrzí i jinak dobré snahy v nějaké morální reformě uspět.

Helena Haškovcová, ***Lékařská etika***, Praha (Galén) 2015; (225 stran). Představovaná publikace se již po léta drží na čele těch, které pojednávají o dané problematice. Její autorka v tomto posledním vydání značně obsah informací aktualizovala: *Historie lékařské etiky, Lékařská etika jako samostatný obor, Etická komise, Etické kodexy, Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Informovaný souhlas, Práva ženy a práva dítěte, Ochrana osobních dat, Vědecká a nevědecká medicína, Lékaři a novináři, Etické problémy transplantací, Etické problémy umírání a smrti, Chyby, mýty a omyly v lékařské etice, Výuka lékařské etiky, Budoucnost lékařské etiky*…., tedy jen ukázkou některých kapitol knihy. Z toho, co bylo uvedeno je zřejmé, a obsahově to potom odpovídá rovněž zpracování jednotlivých témat, že autorka věnuje prvořadou pozornost oblasti institucionální etiky, která má dané problémy zaštiťovat osvojovanými, morálními kvalitami v přístupech k pacientům. V tomto ohledu se lze tázat, zda tento vnějškový model etiky neodstupuje příliš daleko od poměrně jemnějšího spektra potřeb pacientů v souvislosti s jejich těsným kontaktem se zdravotním zařízením a lidmi, kteří mu nutně poskytuji potřebnou péči, mnohdy dlouhodobě a to, v každodenním osobním kontaktu, a někdy také v souvislosti s paliativní medicínou.

I když autorka žádnému z témat v obsahu nedává jeho rozsahem popisu přednost, přeci jen se dá říci, že oddíl věnovaný oblasti: *Informovaný souhlas*, zaujme. Maximálně vyčerpávajícím způsobem se v této části knihy lze dočíst o právních náležitostech, upravujících, nebo se o právní úpravu pokoušejících, která jsou tak dána záko-

nem a s tím i autorkou rozebíranými etickými normami, vázanými na sociální rozměr daného problému. Pacient, rodina, lékař, zdravotnický personál a další zaangažované subjekty (instituce): problém milosrdné lži, reversu, načasování informace a komu, jak se chovat v akutních – život ohrožujících situacích z pohledu lékaře, jak vést dokumentaci v případě podepsání informovaného souhlasu a další typy souhlasu – neverbálně, verbálně. Otázkou však stále zůstává, jaký souhlas má právo lékař po pacientovi vyžadovat, za jakých okolností lze poskytovat varianty souhlasu na výběr a zda vůbec, a tak dále. Vidíme tedy, že věc není vůbec jednoduchá a její studium si vyžaduje pečlivou přípravu. Autorka však podtrhuje jeden právně důležitý moment, a to, že nepísemný souhlas nelze zpětně prokázat a přitom je zde citelná potřeba s tímto druhem souhlasu pracovat *(viz, uváděné příklady, cit. d., str. 79 an)*.

Radek Ptáček, Petr Bartůněk, Jan Mach et al., ***Informovaný souhlas. (Etické, právní, psychologické a klinické aspekty)***, Praha (Galén) 2017; (330 stran). Tato publikace s jednoznačným názvem předkládá 47 příspěvků autorů z nejrůznějších oblastí medicíny a dalších odborníků, kteří se daným tématem zabývají. Zajímavým se jeví, za všechny také článek Jiřího Beneše: *Jak přínosné by bylo zrušení vedoucí úlohy některých informovaných souhlasů* (str. 77 an). Je věcí určité logiky, že informovaný souhlas mění suverénnost lékaře v jednání, které vedle vlastní odbornosti a odpovědnosti za výkon, ať už jakýkoli, musí takto paralelně sledovat předem danou úmluvu a v celkovém přístupu k pacientovi respektovat její obsah. Už Freud věděl, že štěpené vědomí, nesoustředěné na

podstatu věci, snímá ze schopnosti svého zaměření potřebný díl možnosti soustředění na jedné straně, jakož i zúžený pohled na možnost svobodného rozhodování. Vstupem takových fenoménů do lékařské praxe potom samozřejmě vznikají mnohá nedorozumění, začínající už na samém počátku vlastního přijímání pacienta, k němuž se vlivem nejrůzněji specifikovaných právních stanovisek, necítí být povolán v odpovědnosti, kterou na sebe, tímto krokem přebírá. Od strany 78 a dále, Jiří Beneš tomuto problému věnuje detailní pozornost a název příslušné kapitoly: *Realita na ambulancích*, je víc než výmluvný.

Richard Rokyta a Jitka Fricová potom celou skladbu jednotlivých článků dotváří ukázkami a popisným pohledem na konkrétní formuláře *Informovaného souhlasu (od strany 135 an)*, se specifickým zaměřením na algeziologii.

Své zvláštní postavení v celé problematice mají: *Specifika informovaného souhlasu v neonatalogii* (Blanka Zlatohlávková, str. 171 an) a v neposlední řadě také dnes tolik diskutované otázky kolem stejného problému, který zahrnuje *genetiku* (Pavel Hamet, str. 211 an) a nebo *paliativní péči* (Adam Houska, Martin Loučka, str. 238 an).

Komentovaná publikace je svého druhu ojedinělá v tom smyslu, že soustředí maximální počet autorů a tím také poskytuje široké názorové spektrum, díky kterému si čtenář lépe ujasní vlastní náhledy, kterými se, tak jako tak, občas zabývá, ať už z pohledu profesionála, nebo z pohledu laika, pacienta, který je s lékařským prostředím v přirozeném kontaktu na základě vlastních, preventivních prohlídek, nebo také v rámci nutnějších zákroků, kterými pečuje o své zdraví.

P O Z N Á M K A

Osobně vnímám rozvířené téma informovaného souhlasu jako ústupek a selhání doby. Představuje svojí potřebou chránit možné nedostatky, které tu byly v nějaké podobě vždy, a které tímto aktem už nejsou chápány jako přirozená součást faktu, že medicína není všemocná. Jde o setkání veřejnosti s odborností. Informovaný souhlas chce předejít na jedné straně přílišnému vstupování vnějších pravidel do svého pracovního světa, stejně jako vnější svět, společnost si žádá, víc příležitostí do toho, co se s ní, s jejími jednotlivci, pacienty a jakým způsobem má dělat, ve smyslu humánního zacházení, jinými slovy chce do toho také mluvit. Míra vlivu, který se zde může uplatnit je ovšem nesouměřitelná v jednom podstatném ohledu. Lékař zná souvislosti, kterými může předjímat vývoj nemocného, laik vychází pouze ze své momentální situace (bolest, teplota a jiné jevy), které doprovází emočním zhodnocováním, přenášeným na lékaře a celé prostředí (ambulance nebo lůžkové oddělení nemocnice). Strach může zahrnovat jednak konkrétní vidinu, byť jen krátkodobého, ale nepříjemného vyšetření, které mu bylo na příští den oznámeno, nebo úzkost, charakteristickou tím, že pacientovi doposud nebyla stanovena diagnósa. Tímto druhým faktorem mnohdy u pacienta může vzniknout nespravedlivý dojem vůči lékaři, že své práci nerozumí, nebo že je to s ním tak špatné, že už mu raději nikdo nic sdělovat nebude. V minulosti byly všechny takové okolnosti jednoduše chápány jako přímo souvislé s tím, že lékař má důvěryhodné důvody, postupovat tak, jak postupuje. Dnes se k těmto okolnostem přiřadil doklad, mající *oběma stranám poskytnout jasná stanoviska*.

Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade, ***Klinická etika. (Praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně)***, Praha (Triton) 2019; (230 stran). Oproti výše komentované práci profesorky H. Haškovcové je obsahové téma, na tomto místě zmíněných autorů v tomto knižním příspěvku, vystavěné tím způsobem, že se zaměřuje na pacientovo prožívání situací v konkrétních momentech klinické interakce s lékařem, dále také se zdravotnickým personálem, stejně jako v rámci daného nemocničního prostředí. Kniha tedy skutečně preferuje každodenní praxi a s ní vázaný emoční a komunikační prostor v nejtěsnějších momentech spolupráce obou zainteresovaných stran**:** lékař…, versus pacient. Autoři už od první kapitoly věnují pozornost praktickým otázkám aplikované etiky v medicíně**:** *Lékařská indikace (klinický úsudek a klinická nejistota…)*, a dále**:** *Preference pacienta (schopnost pacienta rozhodnout se**;** selhání vzájemné spolupráce v terapeutickém vztahu…), Kvalita života (život udržující terapie a zpochybněná kvalita života…)*, jsou tedy jen výběrem, nosná témata prvních sto padesáti stran knihy. Doplněno kazuistikami konkrétních pacientů, představuje tak publikace i zážitek z četby, a co víc, také možnost porovnání s vlastními klinickými zkušenostmi, zejména, je-li čtenář v dané problematice angažován nějakou mírou pravidelné aktivity, na jakékoliv úrovni spolupráce, nebo i jako pacient. V poslední části autoři věnují pozornost tak zvaným *Kontextuálním charakteristikám (důvěrnost, religiozita, klinický výzkum…)*. Oblast náboženství chápou autoři jako důležitý mezník mezi motivací k léčbě a nadějí k uzdravení, stejně jako fakt, že pro lékaře, by mělo být náboženství neutrální.

Petr Bartůněk, Radek Ptáček (eds), ***Můžeme to, co umíme. (Kontroverzní témata mezi současnou medicínou a etikou)***, Praha (MF) 2018; (215 stran). V současné řadě publikací zabývajících se lékařskou etikou své výjimečné místo jistě zasluhuje téma, které komentuje názory v souvislosti s reálnými možnostmi lékařské pomoci pacientům. Co dané téma mapuje? Jsou to například otázky kolem *etické práce v souvislosti s editací lidského genomu, transplantacemi, ale také s rodičovstvím a reprodukční medicínou* a další. Za pozornost jistě stojí, mimo jiné článek: *Etické problémy transplantace*, (autor - Pavel Pafko). Ten upozorňje na významové sociální proměny, které se výrazně odráží zejména na problematice zdravotního pojištění. Chtít dosáhnout nějakého plošného morální stanoviska, například v souvislosti s problémem dárcovství je téměř nemožné. *Ne všichni jsou všude na všechno pojištěni* (str. 76 – 77). A také ne všude existuje možnost právního zásahu, například systémem *informovaného souhlasu, který zabezpečuje předpoklad dárcovství posmrtného odběru orgánů* (tamtéž str. 77). Preventivní opatření široce vedeného společenského dialogu je v tuto chvíli patrně jediným možným způsobem, jak celou věc do budoucnosti ošetřit takovými postoji, které budou dostatečně funkční a bez větších rizik, co se týče morálních pasé.

Máme sice transplantační zákon, ovšem je věcí, co se má stát kritériem naléhavosti, například to, že jeden pacient je v pořadí, nebo jiný pacient má bolesti, o ohrožení života nemluvě. Tato témata musí lékaři řešit dnes a denně. A tak, kritériem přístupu pro správné rozhodnutí zde může být mnohdy, už jen jejich svědomí (str. 80).

Marie Opatrná, ***Etické problémy v onkologii*** – *druhé přepracované vydání*, Praha (MF) 2017; (120 stran). Kniha přehledným způsobem mapuje danou problematiku a to moderním vnímáním jejího obsahu a představuje malou etickou encyklopedii oboru: *Zhoubné nádory a lékařská etika, Kurativní, paliativní a symptomatická léčba a péče, Filosofie a lékařská etika, Kodexy a etická doporučení, Etika ctností v péči o onkologické nemocné, Práva pacientů, Právo na úlevu od bolesti, Etické problémy umírání a smrti, Eutanasie, Sdělování nepříznivých informací, Pravda a naděje,* abychom vyjmuli tedy alespoň základní tématický okruh knihy. Od sdělení diagnósy, přes průběh léčby, nebo taková sdělení, která pacienta informují o progredaci nádoru, vzniku metastáz, či recidivě po evidentně krátkodobém zlepšení jeho situace, komunikace představuje jak pro pacienta, tak pro lékaře, významně zátěžové situace. Zátěžové v tom ohledu, že se zde lékař i zdravotnický personál potýká s více faktory najednou. Jsou to například vlastní schopnost pacienta spolupracovat a podílet se na léčbě racionálním zvládáním příjmu informací. Emoční stránka zpracování je vždy přítomná a tvoří mnohdy vyšší stupeň zátěže. Kromě toho, jak lékař, tak zdravotnický personál by měli v dané situaci sdělení být přítomni za obě strany, aby se míra spolupodílení na pacientově léčbe neizolovala pouze na lékaře samotného. Komunikační pole je tím daleko vhodněji rozloženo mezi všechny zúčastněné a při jakémkoliv kontaktu s pacientem *„nevznikají bílá místa“*: *všichni o daném stavu nemoci ví stejnou měrou*. Jak autorka uvádí v krátké kazuistice (str. 81), pro mladou pacientku s onkologickou diagnósou, bylo během pobytu v nemocnici nepříjemné,

když se jí zdravotníci, mimo ošetřujícího lékaře a jinak nutných kontaktů spojených s léčbou určeného personálu, vyhýbali.

§9. PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Zdraví je buď perspektiva, nebo stav, který je zapotřebí udržovat v jeho dosažené stabilitě, preventivním přístupem, nebo nasteveným životním stylem, případně aktuálně vynucovanou potřebou drobných změn v každodenním životě, tedy přizpůsobením.

Proč vlastně a vůbec psychologie zdraví? Má toto spojení nějaké možnosti pro uplatnění směrem k budoucnosti? Co je výhledem zdraví, jestliže se zde sociální a environmentální prostředí prokazatelně zhoršují? Dotýkáme se v samé podstatě a vcelku, obludných otázek, a už to zase vypadá, že - podobně jako mnohé alternativní přístupy, zde bude vyznačováno, jak zachránit lidstvo a nebo rovnou celý svět i s přilehlými galaxiemi. Nikoliv! Budeme se věnovat pouze té části psychologie zdraví, kterou lze uchopit jedincem, jeho životním stylem a změnou myšlení, na kterou stačí svým vlastním intelektem. Tedy, nechť ke každé zde uvedené tezi, přistupuje pouze tak, jak na její chápání stačí. Alternativní „medicína“ se úkoluje vyřešením globálních problémů zdraví, medicína založená na faktech, se chce věnovat jedinci v jeho nastaveném režimu schopnosti přijímat rady lékaře, zdravotníka, bez toho, aby mu do osobního způsobu zvládání takového požadavku, vstupoval nemístný, nejčastěji zásvětný idealismus. Psychologie zdraví, sama o sobě, co by aplikovaný obor, může vycházet jen z takových okolností, které jsou dány rozpoznanou životní situ-

ací. ***Životní situace*** (aktuálně dosažený stav) je konkrétně nastavený způsob zvládání každodennosti prostřednictvím nástrojů, kterým lze obecně přiřknout již výše vyzdvyhnuté označení jako: ***životní styl***. Jak ***životní situace***, tak ***životní styl*** sledují jednu a tutéž, existenciální linii**:** praktické zvládání každodennosti a uplatňování vlastních nástrojů, pro dosahování optimální spokojenosti. Člověk se deno-denně nachází na nějakém stupni dosažených horizontů, kterými si vytyčuje své bytí. Buďto je schopen správně reflektovat tyto stupně a volit optimální kroky, jak dál, nebo nikoliv a dostává se do konfliktů, jejichž výrazem je, nakonec, subjektivně vnímaná nespokojenost z dosažených výsledků, stejně jako rozpačitost (přinejmenším) z reflexe neuspokojivého životního stylu. Shrnuto, podtrženo, reflexe životní situace a životního stylu, spoluzahrnuje schopnost nahlížet, sebeporozumějícím způsobem realitu, v níž skutečně žiji a jak se tato realita odráží na mém celkovém, psychickém a tělesném zdraví.

Co je potom možné považovat za zdraví, a kdy už můžeme hovořit o nemoci, chorobě nebo poruše? Na téma zdraví, paradoxně medicína, možností odpovědět, sama nestačí. Sem si musí přizvat zejména dva další obory**:** *antropologii* a *vývojovou psychologii*. Antropologie prokázala, že vývoj člověka, aby dosáhl stupně jeho dnešních znaků, a to po všech stránkách, musel projít řadou nutných vývojových změn, bez kterých není možné takového stupně vůbec dosáhnout. Zde se ocitáme v oblasti *vývoje rodu* a *vývoje druhu*. *Vývojová*, popřípadě novější obor – *evoluční psychologie*, podtrhují shodně, že vývoj druhu, tedy v našem případě člověka, směřuje od pudové závislosti k racionální autonomii.

Již tento fakt přirozeného založení vývojových faktorů dává na srozuměnou, co lze považovat za fundamentální zdraví. Jinými slovy, dosahovat k racionální autonomii zde představuje požadavek, charakterisující právě onen zdraví prospěšný vývoj jedince. Pudová závislost sice zůstává i nadále součástí základní výbavy, zejména po dosažení prvního tříletého cyklu, ale s tím, že i její vliv, kterým se má potřebu v životě člověka projevovat (prosazovat), je pozvolna touto racionalitou v maximální míře korigován. Takto se lze vcelku bez obtíží orientovat v podkladech, které tak zvaně zdravý vývoj definují přírodními zákony.

Jinou věcí ovšem je, že i přesto, není otázka**:** *co je vlastně zdraví*, ještě ani tak plně zodpovězena. Proč? Protože reálný život, jeho průběh jako *seberealizace každým jedincem*, sebou nese zcela individuální charakteristiky, na podkladě kterých se tohoto života účastní. Spolupůsobí zde dva významné faktory**:** jednak život viděný tím, kdo jej žije sám za sebe a za druhé to, jak život *této jedné, individuální seberealizace (osoby)*, nahlíží také jeho personální okolí. Každý člověk je**:** *seberealisátorem* svého života, stejně jako je vždy i on sám tím, kdo hodnotí seberealizaci u jedinců ve svém okolí. Právě v tomto bodě nastává nejčastěji názorový konflikt. Ve většině případech, pokud budeme hovořit otevřeně o zdraví, dostaneme se bez obtíží do situace, kdy za jediné kritérium obecné platnosti, budou účastníci takové diskuse, prosazovat svůj vlastní názor, podporovaný dogmaticky se přidržující osobní zkušenosti, co by důkazu, opravňujícím je k tvrzení, že mají nepopěrnou pravdu. Jedno z kríterií seřazujících momenty psychického a tělesného zdraví říká,

že: **1.** dravý je ten, kdo je schopný se o sebe sám postarat v souvislosti s nároky každodenního života, dále **2.** zdravým je člověk, pokud sebepéčí usiluje, prevencemi o tělesné a psychické zdraví, **3.** vzděláním pečuje o kariérní růst a ekonomickou stabilitu ve svém životě, **4.** přirozeným způsobem zvládá partnerské soužití založením rodiny a výchovu dětí, **5.** reflektuje svůj věk a tomu odpovídajícím způsobem realisuje tělesnou a duševní hygienu (odpočinek, koníčky, sport, kulturní aktivity, četba…), **6.** upevňuje personální vztahy a zvládá i náročnější životní situace bez zjevných emocionálních a jiných výkyvů, **7.** přijímá sexualitu v její humánní rovině, jako zdravý způsob zájmu o potěšení, **8.** orientuje se v morálních hodnotách a jejich sebepresentaci, **9.** převládá altruismus, **10.** v celkovém osobnostním nastavení má nadhled a tendenčně se jeho životem prolíná také humor.

Konečně, pojem ***zdraví*** jednoznačně kontrastuje s pojemem ***nemoc***. Nic méně, úkolem medicíny a všech léčebných přístupů je, minimalizovat kritéria nemoci, která by se dala v souvislosti s perspektivou, s níž je, ***a priori*** k pacientovi přistupováno, uplatňovat. (Viz, také nejnověji, prestižní, Carl - Walter Kohlmann, et. al., ***Psychologie in Gesundheitsförderung***, Bern /Hogrefe Verlag/ 2018, S. 15 etc.; celkem: 802 stran)

Jak autoři výše zmíněné publikace ve svých příspěvcích uvádí, prevence zdraví je předně sociální téma, stejně jako sociální problém. Souvisí s ním jednak už zmíněné rizikové chování, které může být zdrojem přenašečů nákaz, popřípadě komplikace spojené s aktuálními virovými onemocněními a s tím spojené komplikace v hygieně, kterou je zapotřebí v daném momentě sociálně (ve-

řejně) zdůraznit. Všechna tato témata souvisí jednak se schopností racionálního sebeotevírání směrem k dodržování těchto doporučení, tedy psychické zvládání dodržování doporučených přístupů k prevenci, popřípadě další, individuální napomáhání k prevenci ve vlastním okolí – dohled dětí, a nebo seniorů, či v domácím prostředí poskytování preventivní pomoci těm, kdo již podobné úkony jako je právě hygiena, nezvládají cestou vlastní samoobslužnosti, jejím důrazem na požadované zaměření a zvýšenou pozornost. Taková prevence se nakonec týká i toho, že si jedinec ordinuje pravedelné dodávky vitamínů v potravinových doplňcích, atp. Tudíž, psychologie zdraví je předně aplikovaná psychologie, zaměřující se na praktické zvládání každodennosti, přístupem k péči o své, tedy individuálně vnímané zdraví a jeho význam pro celkově zvládaný život, ve větší míře osobní spokojenosti.

Ještě stále zde však máme mnoho nezodpovězených otázek na téma: ***psychologie zdraví, prevence a onkologie***. Pohledem na knihu Olgy Dostálové, ***Péče o psychiku onkologicky nemocných***, Praha (Grada) 2016; (170 stran) můžeme však o něco pokročit. Publikace je určena zdravotnickému personálu, jako výukový materiál. Kapitola s názvem: *Vliv zhoubné nádorové nemoci na psychiku pacienta a působení sestry* (str. 47 an) danou problematiku otevírá. Co je tady skvělou nápomocí, tak uvedení tématu aplikacemi temperamentových položek v souvislosti s individuálním prožíváním onkologického onemocnění a dále následná adaptace, charakteristická pro ten, či onen temperamentový znak dané osobnosti pacienta. K tomu je nutné, podle autorky, přihlédnout rovněž k věku pacienta (pacientky), který podvědomě operuje s životními

ambicemi na příslušném žebříčku hodnot (c. d., str. 48 an). Úplnost tohoto náhledu autorka plně a místy i originálně dotváří od strany 109, kde se, až do konce své publikace, věnuje popisu s názvem**:** *Stručný přehled některých psychoterapeutických metod použitelných v onkologii*. Jednak se přiklání na stranu těch názorů, které podporují psychosomaticky aktivní přístup (cvičení, jóga), a po té rovněž poukazy na zaměření, která vychází z klasických přístupů, jako jsou autogenní tréning, hypnóza, terapeutická setkávání ve skupinách a otevřená komunikace (dialog) na oblast *hodnot*, docházky na rehabilitační procedury a projektivně relaxační léčbu a jiné. U všech činností je ovšem, podle MUDr. Olgy Dostálové důležitá pravdivá reflexe aktuálního stavu, jak probíhající léčby, tak tím rovněž i celkové nemocnosti pacienta, současně s podporou k udržování základní motivace v léčbě vytrvat.

Osobně musím na tomto místě podtrhnout, že z celé řady možností nejčastěji pro onkologické klienty (pacienty) volím projektivní kresbu s psychoedukací na téma**:** ***vnitřní klid***. Je to obdoba *arte – terapie*, ovšem ve svém zaměření nikoliv směrem ke zjišťování diagnostických znaků nebo vodítek, ale na podporu sebereflexe, uvolněním doposud skrytých, přetrvávajících emocí. Vysoké procento i smířených klientů, se svojí onkologickou diagnósou i přesto, že se poctivě léčí v sobě i nadále podržuje nemalý počet emotivních složek, které se touto metodou přístupu dají rozpohybovat a i když nemusí docházet k jejich intensivnímu výlevu, stačí to na to, aby se klient odtud mnohdy pocházejícími a také přiznanými fragmenty těchto doposud potlačovaných emocí, lépe psychicky srovnal a hledal, nebo přijímal, své pozitivnější výhledy.

Z Á V Ě R

To, co chtělo být v předkládaném textu zdůrazněno, se týká zejména širšího pohledu na aktuální problémy prevence, psychického a tělesného zdraví, ale stejně tak, pokusu, do takové informace začlenit racionálním způsobem pohled na stejnou problematiku v souvislosti s onkologií, onkologickými pacienty, jejich přístupem ke své diagnóse, podporou pozitivních výhledů a sebemotivaci. Každá nemoc je proces. Znamená vynucený přístup k sobě samému. Čím více informací jako objem kvalifikovaných nástrojů pro porozumění svého stavu pacient má, tím lépe zvládá preventivní, léčebné a rehabilitační kroky. Klišé typu, ať se budeme snažit jakkoli, stejně všichni jednoho krásného dne zemřeme, si může říkat i sám lékař, který je jinak člověkem, jako každý jiný. Smyslem života je, vůlí taková klišé překonávat a v osobních příkladech usilovat o kultivované způsoby zvládání kladených překážek, byť se týkají i takových nemocí, jejichž prognóza letálního vývoje je neodvratitelná. Psychicky nemocný člověk je s pocitem nesmyslnosti existence konfrontován stejně, jako onkologický pacient. Proto bylo v této knížce přistoupeno k jejich propojení. Jistá tvrdost života se zde však zmínit musí**:** nikdo a nic za nás neučiní žádné kroky k uzdravení, jsme to pouze a výhradně my sami, kdo se o takový zájem musíme snažit. Můžeme trpět s pocitem křivdy a čekat na zprostředkovatele, kteří nám budou vítanými svojí blízkostí, nebo se můžeme sami stát takovými zprostředkovateli a v síle ducha i těla, které ještě pořád zůstávají, poskytovat i tak, dostatek příkladného sebepřekonávání, bez pocitu obětování, ale s otevřenou vírou v přirozený svět, tedy jeho i náš smysl existence.

D O D A T E K

1. Barbora Szonowská a kol., ***Paliativa v nefrologii***, ***podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin***, Praha (Maxdorf/Jessenius) 2019; (330 stran). Obsah, výběrem**:** *Plánování budoucí péče, Odhadnutí prognósy, Bolest, Deprese a úzkost, Nezahájení a ukončení dialýsy, Umírání a management posledních dnů pacienta, Péče o blízké pacienta a fáse truchlení, péče o paliativní a spirituální potřeby pacienta, Specifika vytvoření a vedení multidisciplinárního paliativního týmu…*
2. MUDr. Olga Dostálová, **Nemoc jako křižovatka, rady onkologickým pacientům**, Praha (Triton), 2018; (352 stran). Obsah, výběrem**:** *Mytické podhoubí vnímání rakoviny, Psychika a zhoubný nádor, Způsoby práce sama se sebou, Tzv. alternativní léčba, Klinické příznaky onemocnění zhoubným nádorem, Přehled klasické léčby zhoubných nádorů a jejich vedlejších účinků, Nositelé Nobelovy ceny za výzkum v oblasti zhoubných nádorů…*
3. Viera Bajčijová a kol., ***Vzácné nádory dětí a dospívajících***, Praha (MF), 2017; (370 stran). Obsah, výběrem: *Nádory hlavy a krku, Nádory hrudníku, Nádory dutiny břišní, Nádory malé pánve, Nádory kůže, Vzácné mezenchymové nádory…*
4. Eva Závadová et al., ***Onkologická imunologie***, Praha (MF) 2015; (320 stran). Obsah, výběrem: *Imunitní reakce jako spolutvůrce úspěšné protinádorové terapie, Imunoterapie u maligního melanomu, Imunoterapie adenokarcinomu pankreatu, Imunoterapie a cílená léčba u nemocných s karcinomem prsu, Onkochirurgie a imunoterapie, Imunoterapie v dětské onkologii…*

5. Eva Syřišťová a kol., ***Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením***, Praha (Avicenum) 1989; (235 stran). Obsah, výběrem**:** *Zvláštnosti psychoterapie u těžce zrakově postižených osob, Některé možnosti psychoterapie sluchově postižených osob, Skupinová psychoterapie u zhoubného nádorového onemocnění, Možnosti individuální a skupinové psychoterapie u nemocných se závažnými krevními chorobami, se zvláštním zřetelem k nemocným akutní leukémií…*
6. Jana Skřičková, Vítězslav Kolek, ***Základy moderní pneumoonkologie***, Praha (Maxdorf/Jessenius) 2017; (560 stran). Obsah, výběrem**:** *Karcinom plic, Primární plicní sarkomy, Nádory pleury, Nádory mediastina, Thymon, Akutní stavy, Nádory plic, pleury a mediastina jako nemoci z povovolání…*
7. Zdeněk Tříkala, Jaroslava Jandová a kolektiv, ***Medicína přírodních léčivých zdrojů (Minerální vody)***, Praha (Grada), 2019; (210 stran velkého formátu). Obsah, výběrem**:** *Stopové prvky, jejich funkce v organismu a výskyt v přírodních léčivých minerálních vodách, Možnosti komplexní lázeňské léčby vnitřních chorob, Přírodní léčivé zdroje minerálních vod, Minerální vody vhodné pro plnění do spotřebitelských obalů, Obsah makronutrientů a mikronutrientů ve vybraných léčivých zdrojích…*
8. Richard Průša, et al., ***Průvodce laboratorními nálezy***, Praha (Raabe) 2013; (1250 stran). Obsah, výběrem**:** *Štítná žláza, Nádorové markery, Játra, Žlučník, Toxikologie, Metabolismus tuků, Kostní metabolismus, Osmolalita, Dynamické testy, Laboratorní alergologie…*

9. Marek Hakl a kolektiv, ***Léčba bolesti (Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů)***, Praha (MF), 2019; (250 stran). Obsah, výběrem**:** *Dělení a hodnocení bolesti, Bolesti páteře, Migréna, Bolesti na hrudi a břicha, Onkologická bolest…*
10. Samuel Vokurka, Jan Hugo, ***Moderní molekuly v onkologii***, Praha (Maxdorf / Jessenius) 2019; (290 stran). Obsah, výběrem**:** *Biologická léčba a léčiva, bioterapie, Cílená léčba (terčová), Imunoterapie, Hepatální a renální dysfunkce, Abecední přehled molekul (jejich hodnocení, a použití v dané terapii), Laboratorní a obchodní názvy…*
11. Richard Rokyta a kolektiv, ***Fysiologie a patologická fysiologie pro klinickou praxi***, Praha 2015 (680 stran); Obsah, výběrem**:** *Fysiologie a patofysiologie buňky, Fysiologie a patofysiologie nervového systému, Fysiologie a patofysiologie imunity, Fysiologie a patofysiologie metabolismu a výživy, Fysiologie a patofysiologie endokrinního systému, Fysiologie a patofysiologie stresové reakce…*
12. Karel Dušek, Alena Večeřová-*Procházková*, ***Diagnostika a terapie duševních poruch***, Praha (Grada) 2015; (650 stran). Obsah, výběrem**:** *Diagnostický proces, Modely duševních poruch, Rozmluva s nemocným a jeho pozorování, Symptomy duševních poruch, Poruchy vnímání, myšlení, Somatické projevy emocí, Poruchy paměti, Syndromy duševních poruch, Halucinatorní syndrom, Paranoidní syndrom, Terapie duševních poruch, Psychofarmakoterapie…*

Každý z výše uvedených titulů, obsahuje rovněž maximální počet citované literatury v příslušných oddílech svého obsahu.

„Pečuj o celek“

Periandros – ze sbírky Démétria Falerského u Stobaia
(7. století př. n. l.)

© Adamec Jiří

PSYCHIKA A TĚLESNÁ ROVNOVÁHA

Se zvláštním ohledem k onkologii

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie
2020
A5, 100 výtisků
ISBN 978-80-87234-87-7